Derginin önceki adı: RAED Dergisi / *formerly RAED Journal*

Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi

Journal of Turkish Society for Rheumatology

ISSN: 2651-2653

www.romatolojidergisi.org

Cilt / Volume: **15** • **Ek Sayı /** Supplement: **2** • **Aralık /** December **2023**

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



galenos yayınevi

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

Editörler Kurulu / Editorial Board

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
Sedat Kiraz

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor
R. Haner Direskeneli

Editör / Editor

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

Editör Yardımcıları / Associate Editors

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

Ömer Karadağ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, 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

Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) Yönetim Kurulu (2023-2025) / Turkish Society for Rheumatology Executive Committee (2023-2025)

Başkan / President
Sedat Kiraz, Ankara, Türkiye

Başkan Yardımcısı / Vice President
Ali İhsan Ertenli, Ankara, Türkiye

Genel Sekreter / Secretary General
Umut Kalyoncu, Ankara, Türkiye

Sayman / Treasurer
Abdulsamet Erden, Ankara, Türkiye

Üyeler / Members
Ahmet Omma, Ankara, Türkiye
Göksal Keskin, Ankara, Türkiye
Ayten Yazıcı, Kocaeli, Türkiye

Bölüm editörleri / Section editors
Servet Akar, İzmir
Kenan Aksu, İzmir
Bahar Artım Esen, İstanbul
Berna Göker, Ankara
Nevsun İnanç, İstanbul
Ayşen Tan, Ankara
Serdal Uğurlu, İstanbul
Eftal Yücel, Ankara

İstatistik editörü / Statistics editor
Koray Taşçılar, Almanya

İçerik editörleri / Content editors
Hakan Babaoğlu, Ankara
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 Bıçakçıgil, İstanbul
Ayşe Çefle, Kocaeli
Ediz Dalkılıç, Bursa
Doruk Erkan, New York, ABD
Ali İhsan Ertenli, Ankara
Ahmet Gül, İstanbul
Vedat Hamuryudan, İstanbul
Murat İnanç, 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, Maryland, ABD
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

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: Son Sürat Daktilo Dijital Baskı Merkezi Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.
Gayrettepe Mahallesi, Yıldızposta Caddesi, Evren Sitesi A Blok No: 32 D: 1 - D: 3 34349 Beşiktaş, İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 (212) 288 45 75
E-posta: info@sonsuratdaktilo.com
Basım Tarihi/Printing Date: Aralık 2023/December 2023
ISSN: 2651-2653 **E-ISSN:** 2651-2661
Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.
International periodical journal published three times in a year.

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology
www.romatolojidergisi.org

Amaç ve Kapsam / Aims and Scope

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, J-Gate, Türk Medline ve TÜBITAK ULAKBİM TR Dizin** veritabanında İndekslenmektedir.

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 paylaşıma 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 dağıtma vb.) haklarını (ilgili içerikte tersi belirtilmediği sürece) Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 30 Unported (CC BY-NC-ND3.0) Lisansı aracılığıyla bedelsiz kullanıma sunmaktadır. İçeriğin ticari amaçlı kullanımı için yayınevinden yazılı izin alınması gereklidir.

Sekreterya, Gülay Koca

E-mail: romatolojiderneği@gmail.com

Adres: Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Kore Şehitleri Caddesi Onurgil İş Merkezi No:35/6 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: , 34093 Fındıkzade-İstanbul-Türkiye

Tel.: +90 212 621 99 25

Faks: +90 212 621 99 27

E-posta: info@galenos.com.tr

OPEN ACCESS

Dergimizde asitsiz kağıt kullanılmaktadır.

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

Aims and Scope / Amaç ve Kapsam

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, J-Gate, Turkish MEDLINE and TUBITAK ULAKBIM TR Index.**

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© 20, 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 proper ty 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: romatolojiderneği@gmail.com

Address: Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Kore Şehitleri Caddesi Onurgil İş Merkezi No:35/6 Esentepe-Şişli-İstanbul

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: , 34093 Fındıkzade-İstanbul-Turkey

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

E-mail: info@galenos.com.tr

OPEN ACCESS

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 ulaşınca bilimsel kalitesi değerlendirilir ve ön değerlendirmeyi geçen yazılar yardımcı editöre gönderilir. Bölüm editörü makaleyi 2 hakeme gönderir. Hakemler 21 gün içinde kararlarını belirtmelidirler. Yardımcı editör hakem kararlarına kendi değerlendirme ve önerisini ekleyerek baş editöre gönderir ve son kararı baş editör verir. Hakemlerin kararları çatışıyorsa dergi editörü yeni hakem atayabilir.

Derginin alıntı kontrolü "Crossref Similarity Check" 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 gördüğü düzeltme ve değişiklikleri önermeye yetkilidir. Dil birliğini sağlamak amacıyla cümlenin bilimsel anlamını değiştirmeyen kelime değişikliklerini yapabilir. Eş değerlendirme sürecinde gerekli düzelti aşamalarını geçtikten sonra sayfa düzeni yapılıp yayına hazır hale getirilen yazıların provası, son baskı onayı için ilgili (yazışmaların yapıldığı) yazara göndeilir.

Romatoloji bilim toplantılarının özetleri veya tam metinleri, derginin ekleri olarak yayımlanabilir. Yalnızca konferans konusu kapsamındaki bildiri metinleri kabul edilmektedir. Dergiye yapılan tüm başvurular, bir editör tarafından incelenmeden önce eksiksizlik açısından ilk değerlendirmeye tabi tutulur. Ardından, bu makaleler konferansın bilimsel editöryel komitesi tarafından değerlendirilir.

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 bildirge 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. Yayımlanmak 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 değerlendirmeye alınmış olmadığını beyan etmelidirler. Geçerli telif hakkı sözleşme ve yasalarına uymalıdırlar. 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 çakışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdür. Çalışmaya yapılan tüm mali katkıları, sponsorlukları ya da proje desteklerini açıklıkla bildirmelidirler. Derginin Çıkar Çakışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çakışması durumunda kullanılabilecek "Çıkar Çakışması 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 çakışması 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 sağlamalıdırlar. Gönderilen yazı ile ilgili tüm bilgilerin yayımlanana kadar gizli tutulmasını garanti altına almalıdırlar. Editörler yayının içeriği ve toplam kalitesinden sorumludur. Erratum sayfaları yoluyla gerektiğinde düzeltme yayımlamalıdırlar. Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında olabilecek herhangi bir çıkar veya rekabet çakışmasına 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 yayınlanmış makaleler dergide yayınlanmak üzere kabul edilmeyecektir. Yazarlar bir başka dergide yayınlanmak üzere olan makaleyi teslim edemez. Tüm değişiklikler, yazar ve yayıncının yazılı izin alındıktan sonra yapılacaktır. Tüm makalelerin tam metinleri derginin 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. İznin 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, Sayılgan C, İpek G. Sistemik lupus eritematozuslu bir olguda aort yetmezliği nedeniyle aort kapak replasmanı. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2008;39:73-5.

Yabancı dilde süreli yayın örneği:

Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA. Termination of slow acting antirheumatic therapy in rheumatoid arhritis: a 14-year prospective evaluatin 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.

Abstracts or full texts of scientific meetings in rheumatology can be published as supplements of the journal. Only proceeding papers within the scope of the conference topic are accepted. All submissions to the journal undergo an initial assessment for completeness before being reviewed by an editor. Then, these articles are reviewed by the scientific editorial committee of the conference.

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 Conflict 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 incompliance 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.

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) 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, Sayılgan 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 arhritis: a 14-year prospective evaluatin 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)

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
11-15 Ekim 2023

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan
Sedat Kiraz

Başkan Yardımcısı
İhsan Ertenli

Genel Sekreter
Umut Kalyoncu

Sayman
Abdülsamet Erden

Üyeler
Ahmet Omma
Göksal Keskin
Ayten Yazıcı

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı
İhsan Ertenli

İkinci Başkan
Sedat Kiraz

Kongre Genel Sekreteri
Umut Kalyoncu

Sayman
Abdülsamet Erden

Üyeler
Ahmet Omma
Ayten Yazıcı
Göksal Keskin
Levent Kılıç
Ömer Karadağ
Şule Apraş Bilgen

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology
www.romatolojidergisi.org

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
11-15 Ekim 2023

A-XIV Bilimsel Program / Program Schedule

Özetler / Abstracts

1 Sözlü Sunumlar (SS-001 — SS-035)

51 Çocuk Romatoloji'de Zor Olgular (OS-001 — OS-010)

59 Poster Sunumları (PP-001 — PP-269)

297 Poster Turu Sunumları (PS-270 — PS-286)

Dizin / Index

315 Yazar Dizini

11 Ekim 2023 Çarşamba			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
13:00-17:00	**Maketler Üzerinden Enjeksiyon Teknikleri Kursu** Alp Çetin Hakan Erdem Muhammet Çınar Emine Sarıyıldız Duygu Tecer	**SMART Spine Reloaded** Kurs Koordinatörü: Pamir Atagündüz **Eğitmenler:** Servet Akar, Ömer Karadağ, Gazanfer Ekinci, Pamir Atagündüz **13:00–13:15 Açılış ve Hedefler** **Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Spondiloartritte MRG Endikasyonları** Pamir Atagündüz **13:15–14:15 Radyolojik Anatomi; Spinal MRG, Kesitler, Artefaktlar ve Üç Boyutlu Hayal Gücümüz** Gazanfer Ekinci **14:15–15:15 Spondiloartritte Spinal Manyetik Rezonans ile Saptanabilecek Lezyonların Tanımlanması** Servet Akar **15:15–15:30 Ara** **15:30–17:00 Vakalarla Spondiloartritli Olgularda Spinal MRG Değerlendirilmesi ve Ayırıcı Tanısı** Ömer Karadağ Servet Akar Gazanfer Ekinci Pamir Atagündüz **Katılım Kriteri:Kurs spinal manyetik rezonans görüntüleme odaklı olacaktır.Kursa kayıt olan katılımcıların daha önce SMART kursuna katılmış olması gerekmektedir.**	**Sistemik Skleroz- Modifiye Rodnan Cilt Skorlaması Kursu** Oturum Başkanları: Ali Akdoğan, Veli Yazısız **Modifiye Rodnan Cilt Skoru (mRSS)** Yasemin Yalçınkaya **Cilt Tutulumu Değerlendirmesinde mRSS Dışı Yöntemler** Duygu Temiz Karadağ **Pratik uygulama (1.tur)** Alper Sarı, Duygu Temiz Karadağ, Orhan Küçükşahin, Yasemin Yalçınkaya **Pratik Eğitim** **Pratik uygulama (2.tur)** Alper Sarı, Duygu Temiz Karadağ, Orhan Küçükşahin, Yasemin Yalçınkaya

11 Ekim 2023 Çarşamba			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
14:30-14:45	**Kahve Arası**		
17:00-17:15	**Kahve Arası**		
17:15-17:30	**Kongre Açılış Oturumu** İhsan Ertenli Sedat Kiraz		
17:30-18:00	**Açılış Konferansı** Oturum Başkanı: Vedat Hamuryudan **Hastalık Sınıflama Kriterleri: Ne Tanı Ne De Araştırma İçin!** Hasan Yazıcı		
18:00-19:00	**Yılın Gözden Geçirilmesi (Year in Review)** **Preklinik** Yeşim Özgüler **Klinik** Gökhan Keser		
19:00-19:15	**Ulusal Romatoloji Bildirileri 2023** Umut Kalyoncu		

12 Ekim 2023 Perşembe			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
07:45-08:30	**Uzmanına Danış** **10 soruda PAH** Alper Sarı	**Uzmanına Danış** **Behçet Hastalığında Kimi, Nasıl Tedavi Ediyorum?** İzzet Fresko	**Uzmanına Danış** **Dirençli FMF tedavisi** Serdal Uğurlu
08:30- 10:00	**Panel-1: SpA Paneli** Oturum Başkanları: İhsan Ertenli, Şebnem Ataman **8:30-8:55 Erken AxSpA Kavramı** Servet Akar **Evaluation of Radiological Progression in AS** Xenofon Baraliakos (Online) **ASAS-EULAR Recommendations for The Management of AxSpA/2022 Update** Sofia Ramiro (Online)		**Panel-2: Çocuk Romatoloji Paneli: SpA** Oturum Başkanları: Balahan Bora Makay, Nuray Aktay Ayaz **Çocuk Romatolojide Zor Olgular** Oya Köker Turan Selen Duygu Arık Nuran Belder Hatice Kübra Zora Rüya Torun Elif Kılıç Könte Müge Sezer
10:00-10:30	**Kahve Arası**		
10:30-11:15	**Uydu Sempozyum 1** **Verxant Her Adımda Yanında: Hekimlerin Güvendiği Tedavi 5. Yılında** **Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Servet Akar** **Konuşmacılar: Pamir Atagündüz, Timuçin Kaşifoğlu**		
11:15-11:45	**Konferans 1** Oturum Başkanları: Ahmet Gül, Gözde Yıldırım Çetin **11:15-11:35: Antifosfolipid Sendromu Güncelleme** Doruk Erkan (Online) **11:35-11:45: Sözlü Bildiri 1: 2023 ACR/EULAR Antifosfolipid Antikor Sendromu Sınıflandırma Kriterlerinin Antifosfolipid Antikoru Pozitif Hasta Kohortundaki Performansı** Rıza Can Kardaş	**Konferans 2** Oturum Başkanları: Yavuz Pehlivan, Ahmet Omma **Romatolojik Hastalıklarda Yağ Dokusu Bir Hedeftir: Romatolojik Hastalıkların Gözden Kaçan Komplikasyonu, Lipodistrofiler** Süleyman Nahit Şendur **Biyolojik İlaçlarda Kilo Etkisi** İsmail Sarı	**Konferans 3** Oturum Başkanları: Balahan Bora Makay, Nuray Aktay Ayaz, Kenan Barut **Çocuk Romatolojide Zor Olgular** Gülcan Özomay Baykal Hatice Melisa Kaçmaz Emil Aliyev

12 Ekim 2023 Perşembe			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
11:45-12:30	**Sözlü Bildiri Oturumu 1** Oturum Başkanları: Tahsin Murat Turgay, Emire Seyahi **Sözlü Bildiri 2: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Romatolojik Nedenlerle Böbrek Nakli Yapılan Hastaların Kısa ve Uzun Dönem Klinik Sonuçlarının İncelenmesi** Mesut Buğra Hatipoğlu (7 dk) **Sözlü Bildiri 3: Herhangi Bir Sebeple Abdomen Bilgisayarlı Tomografi Çekilen Spondiloartrit Hastalarında Romatoloğun Tomografik Olarak Sakroiliak Eklem Değerlendirmesi İle Radyoloğun Raporundaki Sakroiliit Bulgularının Uyumu** Başak Gülşah Kalaslıoğlu (7 dk) **Sözlü Bildiri 4: Sakroiliak MRG'de Aktif Lezyonlardan Yapısal Değişikliklere Geçiş ve İlişkili Faktörler** Levent Kılıç (7 dk) **Sözlü Bildiri 5: Takayasu Arteritine Eşlik Eden Spondiloartrit Spektrumundaki Hastalıkların Sıklığı ve Hastalık Seyrine Etkisi** Kerem Yiğit Abacar (7 dk)		

12 Ekim 2023 Perşembe			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
11:45-12:30	**Sözlü Bildiri 6: Behçet Hastalarının 1.Derece Yakınlarında Ailesel Behçet Taraması: Ana Femoral Ven Duvar Kalınlık Ölçümünün Erken Tanıda Değerlendirilmesi** Ayşe Elif Boncukoğlu (7 dk) **Sözlü Bildiri 7: MİR-183-5p, MİR-451a ve MİR-625-3p'nin Sistemik Sklerozis Patogenezindeki Temel Rolleri ve Biyobelirteç Potansiyelleri** Belkıs Nihan Coşkun (7 dk) **Sözlü Bildiri 8: Lupus Nefritli Hastalarda Disfonksiyonel Hdl İle İlgili Biyobelirteçler ve Subklinik Ateroskleroz İle İlişkisi** Sibel Zaralı (7 dk)		
12:30-13:30	**Öğle Yemeği**		
13:30-15:00	**Panel 3** Oturum Başkanları: Sibel Bakırcı, Umut Kalyoncu **13:30-14:00: Treatment of Psoriatic Arthritis** Laure Gossec (Online) **14:00-14:30: Focus On Cardiometabolic Comorbidities and Their Clinical and Molecular Role in the Disease Process of PsA** Kurt De Vlam (Online) **14:30-14:40: Sözlü Bildiri 9: Non-Spesifik Aksiyal Semptomu Olan Psöriasis ve Psöriatik Artrit Hastalarının Düşük Doz Bt İle Değerlendirilmesi** Gizem Ayan	**Panel 4: Vaskülit-1** Oturum Başkanları: Emel Gönüllü, Timur Pırıldar **13:30-13:55: Takayasu Arteritinde Kime Biyolojik Tedavi Verilmeli?** Fatma Alibaz **13:55-14:20: DHA'da Steroid Dozu Düşürmek İçin Kullanılan Ajanlar: Kime, Ne Zaman?** Haner Direskeneli **14:20-14:30: Sözlü Bildiri 10: Ulusal Dev Hücreli Arterit Veritabanı İzlem Verisi: Relaps Oranı Kontrollü Çalışmalardan Düşüktür** Fatma Alibaz	**Panel 5: Romatizmal Hastalıklar Çocukluk Çağında Erişkinlerden Ne Kadar Farklı?** Oturum Başkanları: Özgür Kasapçopur, Yelda Bilginer **13.30-13.45: Çocukluk Çağında Sistemik Lupus Eritematosus Erişkin SLE'den Farklı mı?** Sezgin Şahin **13.45-14.00: Çocukluk Çağında Dermatomiyozit Erişkin Dermatomiyozitinden Farklı mı?** Erbil Ünsal **14.00-14.15: Çocukluk Çağında Skleroderma Erişkin Sklerodermadan Farklı mı?** Amra Adrovic

12 Ekim 2023 Perşembe			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
13:30-15:00	**14:40-15:00: Psöriatik Artrit Hastalarında Tanı Sürecinde Gecikmeler ve Sonuçları** Umut Kalyoncu	**14:30-15:00: ANCA İlişkili Vaskülit Tedavisinde Tartışmalı Konular: Kime, Hangi Tedavi?** Kenan Aksu	**14:15-14:30: Çocukluk Çağına Özgü Vaskülitler Erişkinde Neden Görülmüyor?** Betül Sözeri **14:30-14:45: Çocukluk Çağından Erişkinlik Dönemine Uzayan Enflamatuvar Kökenli Olmayan Artropatiler: İskelet Displazileri ve Metabolik Hastalıklarda Tanılandırıcı İpuçları** Mehmet Yıldız **14:45-14:55: Sözlü Bildiri 11: Çocukluk Çağı Başlangıçlı Era Ve Poliartrit'in Uzun Süreli Takibi Ve Sonuçları: Hür-Bio Deneyimi** Emine Büşra Ata **14:55-15:05: Sözlü Bildiri 12: Pediyatrik Başlangıçlı Behçet Hastalığı'nın Genç Erişkinlik Döneminde Klinik Seyri** Tuğçe Bozkurt
15:00-15:15	**Kahve Arası**		
15:15-16:15	**Uydu Sempozyum 2** **Açılış: "Dünden Bugüne Tofasitinib"** **Pfizer Gelişmekte Olan Pazarlar** **Dilara Balkan** **"Gerçek Yaşam Verileriyle ve Klinik Deneyimlerle AS Tedavisinde Tofasitinib"** **Moderatör: Sedat Kiraz** **Konuşmacılar: Ahmet Gül, Servet Akar**		

12 Ekim 2023 Perşembe			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
16:15-17:00	**Konferans 4** Oturum Başkanları: Ahmet Mesut Onat, Gerçek Şen **Yeni Kılavuzlarda Neler Değişti?** (Bağ Dokusu Hastalıkları ve Diğerleri) Nazife Şule Yaşar Bilge **Yeni Kılavuzlarda Neler Değişti?** (Vaskülitler) Nilufer Alpay Kanıtez	**Konferans 5** Oturum Başkanları: Bünyamin Kısacık, Vedat Gerdan **16:15-16:50: Romatizmal Hastalıklar ve Böbrek** Yunus Erdem **16:50-17:00: Sözlü Bildiri 13: Sistemik Vaskülitli Hastalarda Renal Elastografi: Vaskülitik Akut Böbrek Hasarı Tanısında Yardımcı Bir Yöntem Olabilir Mi? Prospektif Gözlemsel Kohort Çalışması** Fatih Yıldırım	**Otoenflamatuar Hastalıklar Oturumu** Oturum Başkanı: Seza Özen, Sercan Gücenmez **Otoenflamasyon Kavramı ve Otoenflamatuar Hastalıklarda Genel Değerlendirme** Seza Özen **Çocukluk Çağında Çok Bilinmeyenli Denklem: İnterferonopatiler** Ezgi Deniz Batu
17:00-17:45	**Uydu Sempozyum 3** **Moderatör : Sedat Kiraz** **Romatoloji Alanında Yeni Ses İLKO** **Özlem Işıksal** **Romatoid Artrit Tedavisinde Yeni Seçenek JANDARK** **Onur Pınarbaşlı** **Vakalar Eşliğinde Romatoid Artrit Tedavisinde Tofasitinib** **Gökhan Keser**		
17:45-18:00	**Kahve Arası**		
18:00-18:45	**Yarışma: Görselden Tanıya** İhsan Ertenli - Emre Bilgin		
18:45-19:45	**Çalışma Grupları**	**Çalışma Grupları**	**Çalışma Grupları**

13 Ekim 2023 Cuma			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
07:45 - 08:30	**Uzmanına Danış** **Erişkinlerde FMF Dışı Otoinflamatuvar Hastalıklara Yaklaşım** Özgür Kasapçopur	**Uzmanına Danış** **Mediastinal Lenfadenopati ve Sarkoidoza Yaklaşım** Mehmet Soy	**Uzmanına Danış** **Metabolik Kemik Hastalıklarına Yaklaşım** Cengiz Korkmaz
08:30- 10:00	**Panel 6: Romatoid Artrit** Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Süleyman Özbek **8:30-9:00: RA Pathogenesis: New Insights** Gerd Burmester **9:00-9:30: RA Tedavisinde Jakinibler** Ahmet Gül **9:30-10:00: Kılavuzlar Eşliğinde Olgularla RA Tedavisi** **Olgu Sunumları**: Emre Bilgin **Tartışmacılar** İhsan Ertenli Nevsun İnanç		**Panel 7: Osteoporoz Tanı ve Tedavisine Yaklaşım** Oturum Başkanları: Füsun Oğuz, Ali Taylan **8:30-9:00: Osteoporoz Tanısı: DXA, FRAX Kullanımı, Biyobelirteçler** Alp Çetin **9:00-9:30: Tedavi Nasıl Olmalı /Ardışık tedaviler/ Yeni Tedaviler** Lale Altan İnceoğlu **Tedavi Takibinde Dikkat Edilmesi Gerekenler** Alp Çetin
10:00-10:30	**Kahve Arası**		
10:30-11:15	abbvie **Uydu Sempozyum 4** **Romatolojik Hastalıklarda Tedavi Beklentilerine Meydan Okuyun** **Moderatör: Ahmet Gül** **Romatoid Artrit Tedavisinde RINVOQ** **Cemal Bes** **Aksiyal Spondiloartritlerin Tedavisinde RINVOQ** **Timuçin Kaşifoğlu** **Psöriatik Artrit Tedavisinde RINVOQ** **Umut Kalyoncu**		

13 Ekim 2023 Cuma			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
11:15-11:45	**Konferans 6 - D2T İnflamatuvar Artrit** Oturum Başkanları: Sebahattin Yurdakul, Şükran Erten **11:15-11:25: D2T RA** Ediz Dalkılıç **11:25-11:35: D2T SpA/PsA** Pamir Atagündüz **11:35-11:45: Sözlü Bildiri 14: Tedavisi Zor ('Difficult To Treat' (D2t)) Olarak Sınıflandırılan Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit Ve Psoriatik Artrit Hastalarında Tedaviye Yanıtsızlık Nedenleri** Fulya Coşan	**Konferans 7** Oturum Başkanları: Ayşen Akıncı, Atalay Doğru **Bir Romatologun Fibromiyalji ile İmtihanı: Fibromiyaljinin Alt Grupları Var mı?** Ömer Karadağ	**Konferans 8** Oturum Başkanı: Lale Altan İnceoğlu, Melike Ersoy **Üst Ekstremite Bölgesel Ağrıları:** **Rotator Kılıf Hastalıkları (Labrum Sorunları Dahil)** **Lateral Epikondilit** Akın Erdal **Alt Ekstremite Bölgesel Ağrıları:** **Priformis Sendromu** **Büyük Torakanter Ağrısı** Duygu Kurtuluş
11:45-12:30	**Konferenas 9** Oturum Başkanları: Melike Melikoğlu, Mehmet Şahin **11:45-12:10: Behçet Hastalığı Tedavisi 2023** Vedat Hamuryudan **12:10-12:20: Sözlü Bildiri 15: Antikoagulan Tedavi Eklenmesi Behçet Hastalığı Pulmoner Tutulumunda Relaps Riskini Azaltır** Kerem Yiğit Abacar **12:20-12:30: Sözlü Bildiri 16: İnkomplet Behçet Hastalığında Tanısal Test Olarak Ana Femoral Ven Duvar Kalınlığı Ölçümü** Seda Kutluğ Ağaçkıran		

13 Ekim 2023 Cuma			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
12:30-13:30	**Öğle Yemeği**		
13:30-15:00	**Panel 8: Romatolojide Akciğer Tutulumu** Oturum Başkanları: Ayşe Çefle, Emine Figen Tarhan **13:30-13:50: Romatolojide Kullanılan İlaçlara Bağlı Akciğer Hastalığı: Söylentiler ve Gerçekler** Cemal Bes **13:50-14:00: Sözlü Bildiri 17: HRCT Yıllık Skoru: Sistemik Skleroz İlişkili Pulmoner Tutulumda Yeni Bir Takip Parametresi Olabilir** Sıla Kalender **14:00-14:25: Grup 4 PH Sebebi Olarak Primer Sistemik Vaskülitler** Ali Akdoğan **14:25-14:35: Sözlü Bildiri 18: Pulmoner Arteriyal Hipertansiyonu Olan Sistemik Sklerozlu Hastalarda Mortalite Ve İlişkili Faktörler, Tek Merkez Analizi** Shirkhan Amikishiyev **14:35-15:00: Romatoid Artrit ve Sistemik Skleroza Bağlı Akciğer Tutulumunda Antifibrotikler: Kime, ne zaman?** Ender Terzioğlu	**Panel 9: Vaskülitler-2** Oturum Başkanları: Ömer Karadağ, Mehmet Derya Demirağ **13:30-13:55: Romatolog Gözüyle Primer SSS Vasküliti** Hakan Emmungil **13:55-14:20: Tek Organ Vaskülitleri** Mehmet Engin Tezcan **14:20-14:30: Sözlü Bildiri 19: Anca İlişkili Vaskülitlerde Merkezi Sinir Sistem Tutulumu ve Taklitçileri** Yeliz Yağız Özoğul **14:30-15:00: Vaskülitlerde Taklitçiler ve Zor Olgular** Sevil Kamalı	**Panel 10:Osteoartrit** Oturum Başkanı: Kenan Akgün, Gökhan Sargın **13:30-14:00: Erken Osteoartrti nedir** İlker Yağcı **14:00-14:30: Osteoartrit Tedavi Rehberleri: Farklılıklar Önemli mi?** Deniz Palamar **14:30-15:00: Osteoartrit Tedavisinde Yenilikler** Gamze Kılıç
15:00-15:15	**Kahve Arası**		

13 Ekim 2023 Cuma			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
15:15-16:00	**Uydu Sempozyum 5** **Konu: Romatoid Artrit Tedavisinde Barisitinib ve Psöriyatik Artrit Tedavisinde Ixekizumab Etkililik ve Güvenlilik Verileri** **Moderatör: İhsan Ertenli** **Konuşmacılar: Nevsun İnanç - Süleyman Serdar Koca**		
16:00-16:45	**Konferans 10: Patogenezlere Farklı Bakış** Oturum Başkanları: Zevcet Yılmaz, Lale Öcal **16:00-16:20: Spondilit Patogenezinde Bağırsak ve Eklemde Farklılıklar** Fatoş Önen **16:20-16:30: Sözlü Bildiri 20: Behçet Hastalığında Oral ve Sistemik Hastalık Aktivitesi İle Netosis Bulguları Arasındaki İlişki** Erdem Bektaş **16:30-16:45: Behçet Sendromunun Patogenezinde ve Seyrinde Enfeksiyonlar** Gülen Hatemi	**Konferans 11** Oturum Başkanları: Yasemin Kabasakal, Sedat Yılmaz **16:00-16:35: Sjögren Sendromunda Kanıta Dayalı Tedavi ve Yakın Gelecek** Aşkın Ateş **16:35-16:45: Sözlü Bildiri 21: Primer Sjögren Sendromlu Hastalarda Immunsupresif İlaç Kullanımının Glandüler Tutulum Üzerine Etkisi** Seda Günay	**Konferans 12: Fibromyalji Tanı ve Tedaviye Pratik Yaklaşım** Oturum Başkanları: Alp Çetin, Adem Küçük **Uzun Covid Fibromyalji Alt Grubu mu?** **Covid Sonrası Fibromyalji Semptomları** Ayşen Akıncı **Nöropatik Ağrı Güncel Tedaviye Bakış, Gelecek Tedaviler** Murat Birtane
16:45-17:30	**Uydu Sempozyum 6** **Erelzi: Romatolojik Hastalıklarda Sandoz Etanercept Tecrübesi** **Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Ahmet Gül** **Dünyada ve Türkiye'de biyobenzerler** **Süleyman Serdar Koca** **Klinik çalışma ve vakalarla romatolojik hastalıklarda Erelzi** **Servet Akar**		
17:30-17:45	**Kahve Arası**		
17:45-18:30	**Türkiye Romatoloji Derneği Dernek Toplantısı**		
18:45-19:45	**TRD Genç Romatologlar Toplantısı**		

14 Ekim 2023 Cumartesi			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
07:45-08:30	**Uzmanına Danış** **Romatolojide PET-BT Kullanımı** Neslihan Yılmaz Funda Aydın	**Uzmanına Danış** **GUT Tedavisinde Yeni Ne Var?** Mehmet Akif Öztürk	**Uzmanına Danış** **İmmun Yetmezlikler ve Romatizmal Hastalıklar** Taşkın Şentürk
08:30- 10:00	**Panel 11: SLE** Oturum Başkanları: Şule Apraş Bilgen, Ahmet Eftal Yücel **8:30-8:55: SLE Patogenezinde Yenilikler** Bahar Artım Esen **8:55-9:20: SLE'de Remisyonun Değerlendirilmesi** Murat İnanç **9:20-9:30: Sözlü Bildiri 22: Lupus Nefriti Hastalarında Mikrotrombüs Oluşumu Mortalite İle İlişkili Olabilir** Eda Otman **9:30-10:00: SLE Nefritinde Tedavi Güncellemesi** Antonis Fanouriakis		
10:00-10:30	**Kahve arası**		
10:30-11:15	abbvie **Uydu Sempozyum 7** **Bio-naif Hastaların Tedavi Yolculuğunda HUMIRA** **Moderatör: Sedat Kiraz** **Konuşmacılar: Güzide Nevsun İnanç ve Servet Akar**		
11:15-11:45	**Konferans 13** Oturum Başkanları: Ali Akdoğan, Yasemin Yalçınkaya **Otoantikorların İdiopatik İnflamatuvar Miyozit Tedavisindeki Rolü** Dana Ascherman	**Konferans 14** Oturum Başkanları: Göksal Keskin, Duygu Ersözlü **İmmun Kontrol Noktası İnhibitörleri *(immune checkpoint inhibitors)* ve Romatizmal Hastalıklar** Fulya Coşan	

14 Ekim 2023 Cumartesi			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
11:45-12:30	**Sözlü Bildiri Oturumu 2** Oturum Başkanları: Murat İnanç, Özgül Soysal Gündüz **Sözlü Bildiri 23:Sistemik Sklerozis Hastalarında Nek7-Nlrp3 İnflamazom Yolağının Ekspresyonu Ve Fibrozis İle İlişkisi** Tuba Yüce İnel (7 dk) **Sözlü Bildiri 24: Gastrointestinal Tutulumu Olan Behçet Sendromu Hastalarında Abdominal Cerrahi** Sinem Nihal Esatloğlu (7 dk) **Sözlü Bildiri 25: Dev Hücreli Arterit Tanısında Temporal Arter Biyopsi Bulgularının 2022 DCVAS Kohort Önerilerine Göre İncelenmesi** Gül Sandal Uzun (7 dk) **Sözlü Bildiri 26: Spondiloartritlerde Latent Tüberküloz Taramasında Sağlık Bakanlığı Kılavuzu: İnterferon Gama Salınım Testleri Ne Kadar Kullanışlı? Bu Kılavuza Ne Kadar Uyuluyor?** Zehra Özsoy (7 dk) **Sözlü Bildiri 27: Granülomatöz Polianjiitis Hastalarınında Retina Ve Optik Diskin Optik Koherens Tomografi İle Değerlendirilmesi** Nihal Lermi (7 dk)		

14 Ekim 2023 Cumartesi			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
11:45-12:30	**Sözlü Bildiri 28: Türkiye'de Romatoid Artrit Prevalansı/ İnsidansı Ve Hastaların Genel Özellikleri** Gizem Ayan (7 dk) **Sözlü Bildiri 29: Ana Femoral Ven Duvar Kalınlığının Doppler Ultrasonografi İle Ölçümü, Behçet Üveitinin Diğer İnflamatuar Üveitlerden Ayırt Edilmesinde Yararlı Bir Tanı Aracıdır** Seda Kutluğ Ağaçkıran (7 dk) **Sözlü Bildiri 30: Psöriatik Artrit Hastalarında Biyolojik Dmard İle Birlikte Leflunomid Kullanımın Etkinlik Ve Güvenilirliği** İbrahim Yahya Çakır (7 dk)		
12:30-13:30	**Öğle Yemeği**		
13:30-15:00	**Panel 12: Bağ Dokusu Hastalıkları** Oturum Başkanları: Yüksel Maraş, Berkan Armağan **13:30-14:00: ANA (AC) Sınıflaması** Timuçin Kaşifoğlu **14:00-14:25: Undiferansiye Bağ Doku Hastalığı Kavramı: Seyri, Ön Göstericiler** Abdulsamet Erden **14:25-14:35: Sözlü Bildiri 31: Akciğer Tutulumu Olan İdiyopatik İnflamatuar Miyopati Hastalarının Özellikleri: Tek Merkez Sonuçları** Ahmet İlbay **14:35-15:00: İmmun Nekrotizan Miyozitler: Zor Vakalar** Sedat Kiraz – Mustafa Ekici	**Panel 13: Sağlık Bakanlığı Paneli** Umut Kalyoncu Orhan Küçükşahin	
15:00-15:15	**Kahve Arası**		

14 Ekim 2023 Cumartesi			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
15:15-16:00	**Uydu Sempozyum 8** **Pulmoner Fibroziste Progresyonu Yavaşlatın** **Konuşmacılar: Murat İnanç, Gülfer Okumuş**		
16:00-16:45	**Konferans 15** Oturum Başkanları: Merih Birlik, Melih Pamukçu **16:00-16:20: Sistemik Sklerozda Steroid Kullanımı** Levent Kılıç **16:20-16:45: Sistemik Sklerozda Biyolojik Kullanımı** Yasemin Yalçınkaya	**Konferans 16** Oturum Başkanları: İsmail Doğan, Sema Yılmaz **16:00-16:35: Akciğer Dışı Sarkoidoz** Ayten Yazıcı **16:35-16:45: Sözlü Bildiri 32: Kardiyak Sarkoidoz: Tek Merkez Deneyimi** Fatih Yıldırım	
16:45-17:45	**Uydu Sempozyum 9** **PDE-4 İnhibitörü Apremilast: Sahne Senin** **Romatolojide Apremilastın Yeri** **Konuşmacı: Gülen Hatemi** **PsA'da Gerçek Yaşam Verileri İle Apremilast** **Konuşmacı: Kurt De Vlam** **Dermatolojide Apremilastın Yeri** **Konuşmacı: Murat Borlu**		
17:45-18:00	**Kahve Arası**		
18:00-18:45	**Yarışma: Uydulardan Neler Öğrendik?**		

15 Ekim 2023 Pazar			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
09:00-09:30	**Romatolojide İVİG kullanımı: Kimde, Ne Zaman? Etki Mekanizması** Oturum Başkanları: Rıdvan Mercan, Servet Yolbaş Konuşmacı: Taşkın Şentürk		
09:30-10:00	**HIV İlişkili Otoimmün Hastalıklar** Oturum Başkanları: Yusuf Karabulut, Lütfi Akyol Konuşmacı: 9:30-9:50: Veli Yazısız **9:50-10:00: Sözlü Bildiri 33: Bağ Dokusu Hastalıklarıyla İlişkili İnterstisyel Akciğer Hastalığında HHV-6'nın Rolü** Orhan Zengin		
10:00-10:30	**Ayrıca Tanıda Mukopolisakkaridoz** Oturum Başkanları: Oğuz Gürler, Selime Ermurat Konuşmacı: Süleyman Serdar Koca		
10:30-10:45	**Kahve Arası**		

15 Ekim 2023 Pazar			
Saat	**A Salonu**	**B Salonu**	**C Salonu**
10:45-11:25	**Konferans 17** Oturum Başkanları: Kemal Üreten, Cem Özişler **10:45-11:05: Teletıp ve Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri** Hakan Babaoğlu **11:05-11:15: Sözlü Bildiri 34: Tırnak Yatağı Kapilleroskopi Morfolojisi: Yapay Zeka Destekli Sınıflandırma Modeli** Figen Çakmak **11:15-11:25: Sözlü Bildiri 35: Teletıp Uygulamasında Muayene Öncesi Hasta Değerlendirme Formu: Hasta-Doktor Uyumunun Analizi** Mustafa Ekici		
11:25-12:25	**Ulusal Kongre 2023'de öne çıkanlar** Oturum Başkanları: Mehmet Sayarlıoğlu , Umut Kalyoncu **11:25-11:45: Preklinik** Ertuğrul Çağrı Bölek **11:45-12:05: Klinik** Levent Kılıç **12:05-12:25: Tedavi** Gezmiş Kimyon		
12:25-12:30	**Kapanış:** İhsan Ertenli Sedat Kiraz		

13-14 EKİM 2023
23. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ HEMŞİRELİK PROGRAMI

13 Ekim 2023, CUMA / D Salonu	
13:30-14:00	AÇILIŞ KONUŞMALARI Romhemder Başkanı: **Deniz Delikkaya** 23. Ulusal Romatoloji Kongresi Başkanı: **İhsan Ertenli** TRD Başkanı: **Sedat Kiraz**
Oturum Başkanları: Yasemin Kabasakal, Dilşen Çevirgen	
14:00-14:20	Romatolojideki Güncel Gelişmeler **Gezmiş Kimyon**
14:20-14:40	Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Sentetik DMARD'lar ve Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar **Betül Tan**
14:40-15:20	Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Biyolojik DMARD'lar ve Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar İntravenöz Uygulanan Biyolojik Tedaviler **Tuğçe Saraç** Subkutan Uygulanan Biyolojik Tedaviler **Çiğdem Marangoz**
15:20-15:40	Biyolojik Tedavi Alan Romatoloji Hastalarının Tedavi Sürecinde Yaşadığı Zorluklar **Filiz Koç**
15:40-16:00	**KAHVE MOLASI**
Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Mine Batumlu	
16:00-16:20	Romatolojik Aciller ve Yaklaşım **Müçteba Enes Yayla**
16:20-16:40	Romatoloji Pratiğinde Sık Kullanılan İlaçlar ve Acil Sorunları **İsmail Uçar**
16:40-17:00	Romatolojik Hastalıklar ve Malignite İlişkisi **Emine Uslu Yurteri**
Oturum Başkanları: Ender Terzioğlu, Deniz Delikkaya	
17:00-17:20	Ankilozan Spondilit Hastalığında Tanı ve Tedavi Yöntemleri **Emrah Koç**
17:20-17:40	Ankilozan Spondilitte Hemşirelik Bakımı ve Hasta Eğitimi **Büşra Yücel**

14 Ekim 2023, CUMARTESİ / D Salonu	
Oturum Başkanları: Şükran Fındıkoğlu, Ayten Dağ	
09:20-09:40	Romatolojik Hastalıkların Yönetiminde Hemşire Danışmanlığının Rolü ve Önemi **Berna Doğukargın**
09:40-10:00	Romatolojik Hastalıklarda Bakım Verenin Yükü **Nebahat Güney**
Oturum Başkanları: Göksal Keskin, Deniz Delikkaya	
10:00-10:20	Romatolojik Hastalıklarda Enfeksiyon Yönetimi **Emine Alp Meşe**
10:20-10:40	Romatolojik Hastalıklarda Aşılama **Servet Akar**
10:40-11:00	Romatolojik Hastalıklarda Fertilite **Handan Yarkan**
11:00-11:20	**KAHVE MOLASI**
Oturum Başkanları: Berkan Armağan, Dilşen Çevirgen	
11:20-11:40	Romatolojik Hastalıklarda Deri Tutulumu **Önay Gerçi**
11:40-12:00	Romatolojik Hastalıklarda Göz Tutulumu **Serdar Sezer**
12:00-12:20	Romatolojik Hastalıklarda Renal Tutulum **Sinem Nihal Esatoğlu**
12:20-13:30	**ÖĞLE ARASI**
Oturum Başkanları: Ahmet Omma, Şükran Fındıkoğlu	
13:30-13:50	Romatolojik Hastalıklarda Nörolojik Tutulum **Recep Yılmaz**
13:50-14:10	Romatolojik Hastalıklarda Pulmoner Tutulum **Cemal Bes**
14:10-14:30	Romatolojik Hastalıklarda Gastrointestinal Sistem Etkilenmesi **Zeynep Toker Dinçer**
14:30-14:50	Romatolojik Hastalıklarda Kardiyovasküler Sistem Etkilenmesi **Ertuğrul Çağrı Bölek**
14:50-15:10	**KAHVE MOLASI**
Oturum Başkanları: Timuçin Kaşifoğlu, Ali Şahin	
15:10-15:30	Osteoporoz **Duygu Tecer**
15:30-15:50	Gut Hastalığı **Mehmet Emin Derin**
15:50-16:10	Romatoloji Yönüyle Sarkoidoz **Seda Yürümez Çolak**
16:10-16:30	Romatoloji Taklitçileri **Gökçe Kenar**
16:30-17:00	**KAPANIŞ, KONGRE DEĞERLENDİRMESİ**

POSTER SUNUMLAR

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
113	PS-01	BEHÇET SENDROMUNDA AKTİF FOLİKULİT VARLIĞI EŞ ZAMANLI PATERJİ POZİTİFLİĞİ İLE İLİŞKİLİ	Ayşe Özdede
29	PS-02	BEHCET HASTALIĞI PULMONER TUTULUMUNDA RADYOLOJİK BULGULARIN SEMPTOM VE AKUT FAZ YANITI İLE İLİŞKİSİ	Aysun Aksoy
175	PS-03	B/TSDMARDS KULLANAN RA HASTALARINDA SÜREKLİ YÜKSEK HAQ-DI SKORU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: HURBIO TEK MERKEZ KAYIT SİSTEMİNİN UZUNLAMASINA ANALİZİ	Emre Bilgin
418	PS-04	SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA İNSENTİF SPİROMETRİ İLE ÖLÇÜLEN ZORLU İNSPİRATUAR VİTAL KAPASİTENİN SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ İLE UYUMLULUĞU	Erdinç Ünaldı
142	PS-05	AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA OBSTETRİK SÜREÇLERİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ	Rabia Deniz
160	PS-06	PULMONER ARTER TUTULUMLU BEHÇET HASTALARI İLE HUGHES STOVIN SENDROMLU HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK AÇIDAN KARŞILAŞTIRILMASI	Baver Ordu
397	PS-07	ROMATOLOJİ HASTALARI, DOKTORLARI VE DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AŞILAMA İLE İLGİLİ FARKINDALIKLARI NASIL; EĞİTİMİN FARKINDALIK ARTIŞINA KATKISI OLUR MU?	Aydan Köken Avşar
166	PS-08	PERİFERİK VE AKSİYEL SPONDİLOARTRİT HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN VE IBA ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI; PERİFERİK SPA HASTALARININ İZLEMİNDE FARKLI SONLANIM ÖLÇEKLERİNE İHTİYACIMIZ OLABİLİR	Hasan Kocaayan
233	PS-09	ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTALARDA ARTERİYEL DAMAR SERTLİĞİ VE KAPİLLEROSKOPİK BULGULAR ARASINDAKİ KO-RELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ	Yahya Ürkmez
119	PS-10	COAST PROGRAMININ 3 YILLIK BULGULARINA GÖRE AKSİYEL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA İXEKİZUMAB TEDAVİSİNİN GÜVENLİLİĞİ VE ETKİLİLİĞİ	Soydan İnce
24	PS-11	VASKÜLER BEHÇET HASTALARINDA POST TROMBOTİK SENDROM TANISINDA KULLANILAN HASTA KÖKENLİ VİLLALTA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VALİDASYONU VE ÖLÇEĞİN PROSPEKTİF DEĞER-LENDİRMESİ	Tuğçe Kübra Güneş
77	PS-12	DİFFÜZ VE LİMİTLİ SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA DERİ Bİ-YOMEKANİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE OBJEKTİF BİR YÖNTEM: MYOTONPRO	Duygu Şahin
291	PS-13	ERKEK VE KADIN ROMATOİD ARTRİT HASTALARI ARASINDAKİ FARKLILIKLAR: E.NABIZ VERİLERİ	Hasan Satış
293	PS-14	ZOR ROMATOİD ARTRİT HASTALARININ ÖZELLİKLERİ: E.NABIZ VERİLERİ	Hasan Satış
371	PS-15	ANTİ-RO52 ANTİKORUNUN SİSTEMİK OTOİMMÜN HASTALIKLAR-IN TANISINDA ROLÜ VAR MI?	Mustafa Ekici
21	PS-16	BAZAL KAPİLLAROSKOPİ BULGULARI LONG-COVID HASTA-LARINDA MİKROVASKÜLER DEĞİŞİKLİKLERE İLİŞKİN KANIT SAĞLAMIYOR	Bahar Özdemir Ulusoy
250	PS-17	BİRDEN FAZLA OTOİNFLAMATUVAR GEN VARYANTI TAŞIYAN HASTALARIN FENOTİPLERİ: SINIFLANDIRILABİLEN VE MİKST OTOİNFLAMATUAR HASTALIKLAR (MAID)	Shirkhan Amikishiyev

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
287	PS-18	ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA MENİNKS TUTULUMU VAKA SERİSİ: 11 HASTANIN KLİNİK, RADYOLOJİK VE PATOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ	Erdinç Ünaldı
351	PS-19	AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA SERUM PROTEİN 14-3-3 ETA DÜZEYİ İLE HASTALIĞIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ	Ayla Avcu
290	PS-20	ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TROMBOZ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: E.NABIZ VERİLERİ	Umut Kalyoncu
129	PS-21	PRİMER SJÖGREN SENDROMU VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	Zeliha Ademoğlu
281	PS-22	BEHÇET SENDROMUNDA AKSİYEL SPONDİLOARTRİT PREVALANSI: ARDIŞIK HASTA POPÜLASYONUNDA ASAS KRİTERLERİ İLE DEĞERLENDİRME	Alihan Özay
343	PS-23	PRİMER SJÖGREN SENDROMU'NUN PAROTİS BEZİ ULTRASONOGRAFİ GÖRÜNTÜLERİNDE MAKİNE ÖĞRENİMİ İLE TANISAL AYRIMININ İNCELENMESİ	Gamze Akkuzu
367	PS-24	LUPUS NEFRİTİ VE RENAL TUTULUMLU SİSTEMİK VASKÜLİTLERDE SGLT2 İNHİBİTÖRÜ KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Rıza Can Kardaş
378	PS-25	PULMONER HİPERTANSİYONLU BEHÇET HASTALARI: 5 YILLIK İZLEM	Mustafa Ekici
126	PS-26	ÇOK ULUSLU, PROSPEKTİF, GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMANIN 12 AYLIK AVRUPA VERİLERİNE GÖRE ROMATOİD ARTRİTTE BARİSİTİNİBİN ETKİNLİĞİ VE BIRAKILMASINA KADAR GEÇEN SÜRE	Zeynep Eylül Özmen
318	PS-27	ÇOCUK ROMATOLOJİ UYGULAMASINDA KANAKİNUMAB KULLANIMI, UZUN DÖNEM ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Elif Kılıç Könte
336	PS-28	ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT HASTALARINDA CİDDİ ENFEKSİYON SIKLIĞI VE CİDDİ ENFEKSİYON İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Duygu Sevinç Özgür
138	PS-29	KLİNİSYENE GÖRE İNFLAMATUAR BEL AĞRISI OLAN HASTALAR AKSİYEL SPONDİLOARTRİT HASTALARINDAN FARKLI MIDIR?	Halil İbrahim Yiğit Atlı
348	PS-30	SİLİKON İMPLANTLAR VE ROMATIZMAL HASTALIKLAR.	Mehmet Soy
363	PS-31	ROMATOİD ARTRİT-İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINDA RADYOGRAFİK İLERLEME İÇİN KORUYUCU OLARAK METOTREKSAT: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ	Mustafa Ekici
431	PS-32	BEHÇET SENDROMU HASTALARINDA ADALİMUMAB TEDAVİSİ ALTINDA DE-NOVO GELİŞEN TUTULUMLAR	Özge Sönmez
145	PS-33	AKSİYEL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA ARTMIŞ IL33-SOLUBLE ST2 AKSININ KLİNİK ÖNEMİ	Emine Uslu Yurteri
147	PS-34	ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ROMATOLOJİ BÖLÜMÜ İNTERSİTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI KOHORTU: MULTİDİSİPLİNER TAKİP DENEYİMLERİ	Serdar Can Güven
398	PS-35	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARININ TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİLERİNDE SAPTANAN MANUBRİOSTERNAL EKLEM DEĞİŞİKLİKLERİ VE KLİNİK BULGULARLA OLAN İLİŞKİSİ	Yeşim Erez

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
419	PS-36	HEDEFE YÖNELİK TEDAVİ STRATEJİSİ ('TREAT TO TARGET (T2T)) İLE TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLEN ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİNİN KABUL EDİLMEME SIKLIĞI VE NEDENLERİ	Fulya Coşan
466	PS-37	BAĞ DOKUSU HASTALIĞI İLİŞKİLİ PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON TEDAVİSİ: META-ANALİZ	Mustafa Erdoğan
177	PS-38	AKSİYEL VE PERİFERİK SPONDİLOARTRİT TANILI HASTALARDA PERİFERİK ARTRİT ÖZELLİKLERİ: ASAS- PERSPA ÇALIŞMASI TÜRKİYE VERİLERİ	Emine Sarıyıldız
221	PS-39	GRANÜLOMATÖZ MASTİTLİ HASTALARDA BAŞLANGIÇ M-SKORU NÜKSÜ ÖNGÖRMEDE ETKİLİ MİDİR?	Mehmet Akif Ötegeçeli
334	PS-40	İNFLAMATUAR ROMATOLOJİK HASTALİKLARDA KOMORBİDİTE	Rezan Koçak Ulucaköy
337	PS-41	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA VE SAĞLIKLI TÜRK POPÜLASYONUNDA HLA ALLEL SIKLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	Çisem Okur Maden
347	PS-42	GASTROİNTESTİNAL SİSTEM TUTULUMU OLAN BEHÇET HASTALARINDA AKSİYEL SPONDİLOARTRİT SIKLIĞI İLE SPONDİLOARTRİT İLİŞKİLİ SEMPTOM VE BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	Musab Öztürk
360	PS-43	ROMATİZMAL HASTALIĞI OLAN GEBELERİN TAKİBİ: İKİ YILLIK GÖZLEMSEL PROSPEKTİF ÇALIŞMA	Belkıs Nihan Coşkun
116	PS-44	SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMATUAR İNDEKS VE PROGNOSTİK NUTRİSYONEL İNDEKSİN PSÖRİATİK ARTRİT AKTİVASYONU İLE İLİŞKİSİ	Emine Melda Akdağ Kaval
162	PS-45	BLEOMİSİNLE OLUŞTURULAN SKLERODERMA CİLT MODELİNDE ERKEN VE GEÇ DÖNEM DEĞİŞİKLİKLERİN FARKLI HAYVAN TÜR VE SOYLARINDA HİSTOPATOLOJİK VE RADYOLOJİK KARŞILAŞTIRMASI	Duygu Temiz Karadağ
399	PS-46	SİSTEMİK SKLEROZ VE PRİMER RAYNAUD SENDROMUNDA ANJİOTENSİN 1-7, ALAMANDİN, MRGD DÜZEYLERİ	Mesude Seda Aydoğdu
434	PS-47	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA ZONULİN VE YAĞ ASİDİ BAĞLAYICI PROTEİN	Dilek Tezcan
209	PS-48	SSC, SLE VE SS TANILI BİREYLERİN BİLDİRDİĞİ YORGUNLUK İLE ANKSİYETE-DEPRESYON, FONKSİYONELLİK VE BİYOPİSKOSOSYAL DURUMLARININ İNCELENMESİ	Orkun Tüfekçi
244	PS-50	PEROKSİREDOKSİN-4: SİSTEMİK SKLEROZ İLİŞKİLİ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINDA YENİ BİR BİYOMARKER OLABİLİR Mİ?	Gizem Tuğçe Alp
265	PS-51	KOLŞİSİN İNTOLERAN AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA IL-1 ANTAGONİSTİNİN MONOTERAPİ KULLANIMI İLE ETKİN TEDAVİ MÜMKÜN MU?	Rıza Can Kardaş
42	PS-52	PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON TANILI HASTALARDA MİKS BAĞ DOKUSU HASTALIĞININ PREVALANSI VE PROGNOZUNUN İNCELENMESİ	Esra Bayram Sürmeli
141	PS-53	MEDİKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ TEKRARLAYAN MONOARTRİT TEDAVİSİNDE SİNOVİYAL HİPERTROFİ ALANLARINA MİKRODALGA ABLASYON UYGULAMASI	Rabia Deniz
195	PS-54	RADYOGRAFİK OLMAYAN AX-SPA HASTALARININ RADYOGRAFİK AX-SPA'YA DÖNÜŞÜM ORANININ VE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Esra Erpek Karaova

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
270	PS-55	ERKEN DÖNEMDE (≤ 2 YIL) BDMARD BAŞLANAN SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARIN ÖZELLİKLERİ- HURBİO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ	Büşra Fırlatan
359	PS-56	FARKLILAŞMAMIŞ BAĞ DOKU HASTALIĞI OLAN HASTALARIN KLİNİK, LABORATUVAR VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ KOHORTU	Senar Şan
98	PS-57	AVUSTRALYA OPAL VERİ KÜMESİNDEKİ ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA JANUS KİNAZ İNHİBİTÖRLERİNİN GERÇEK YAŞAM KOŞULLARINDA KULLANIMI VE ARALARINDAKİ GEÇİŞ	Zeynep Eylül Özmen
341	PS-58	ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA BT İLE KANITLANMIŞ PULMONER ROMATOİD NODÜL PROGRESYONUNDA ACPA POZİTİFLİĞİ EN ÖNEMLİ RİSK FAKTÖRÜDÜR	Gül Sandal Uzun
194	PS-59	RADYOGRAFİK OLMAYAN AXSPA'DA KALÇA TUTULUMUNU PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER OLABİLİR Mİ?	Esra Erpek Karaova
443	PS-60	SJÖGREN SENDROMU OLAN HASTALARDA TÜKÜRÜK BEZLERİN GA-68 PSMA PET/BT İLE DEĞERLENDİRİLMESİ	Ayşegül Avcu
467	PS-61	SKLERODERMA HASTALARINDA SİGARA KULLANIMI DİJİTAL ÜLSER GELİŞİMİNİ ETKİLİYOR OLABİLİR	Eda Otman
158	PS-62	İNFLAMATUVAR BEL AĞRISI KRİTERLERİNİN SPONDİLİARTRİT İÇİN PERFORMANSI	Hasan Kocaayan
219	PS-63	PSORİATİK ARTRİTTE CİNSİYET DAĞILIMI: SİSTEMATİK LİTERATÜR TARAMASI	Büşra Fırlatan
457	PS-64	ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞINDA MEVSİMSEL DAĞILIM VE HASTALIĞIN SEYRİ İLE MEVSİMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ	Burcu Ceren Uludoğan
276	PS-65	GÜVENLİK SONLANIMLI ÇALIŞMALARINDA ARTIŞ VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM SORUNU	Ayşe Özdede
288	PS-66	HERHANGİ BİR NEDENLE TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ YAPILAN ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDAKİ MANUBRİOSTERNAL EKLEM DEĞİŞİKLİKLERİNİN ORTAYA KONULMASI VE SAĞLIKLI POPÜLASYON İLE KARŞILAŞTIRILMASI	Yeşim Erez
298	PS-67	ROMATOİD ARTRİTLİ YAŞLI BİREYLERDE DEPRESYON, POLİFARMASİ VE KOGNİTİF FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	Eftal Ahmet Yücel
317	PS-68	B-DMARD ALAN SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA TEDAVİNİN ERKEN DÖNEMİNDE KAS ULTRASONU	Zehra Özsoy
331	PS-69	HLA-B27 POZİTİFLİĞİNİN AKSİYAL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALAR ÜZERİNE ETKİSİ	Haluk Cinaklı
350	PS-70	İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARIN ETYOLOJİSİNDE YER ALAN ROMATOLOJİK HASTALIKLAR VE OLMAYANLAR ARASINDAKİ KAPİLLEROSKOPİK BULGULARIN DEĞERLENDİLMESİ	Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu
161	PS-71	PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA OTOANTİKOR VE FENOTİP ARASINDA İLİŞKİ VAR MI? HANGİ ANTİKOR? HANGİ KLİNİK?	Cansu Arslantürk Güneysu
234	PS-72	PRİMER SJÖGREN SENDROM TANILI BİREYLERDE PSSQOL ANKETİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ - PİLOT ÇALIŞMA	Sinan Buran
274	PS-73	PSORİATİK ARTRİTTE TIRNAK TUTULUMU; NAPSI SKORUNA ROMATOLOG DEĞERLENDİRMESİ	Özlem Özdemir Işık

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
43	PS-74	PERSİSTAN ORTA-YÜKSEK SEVİYEDE IZOLE ANTİ-KARDİYOLİPİN ANTİKORU IGA VEYA ANTİ- β2-GLİKOPROTEİN-I IGA IZOTİPLERİNİN KLİNİK ÖNEMİ VAR MI?	Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer
52	PS-75	BEHÇET SENDROMUNDA STAZ ÜLSERİ: TEK MERKEZ TAKİPLİ 51 HASTANIN RETROSPEKTİF VERİLERİ	Alican Karakoç
313	PS-76	ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA HİDROKSİKLOROKİN KESİLME NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Berkan Armağan
197	PS-77	TÜRKİYE'DE SPONDİLOARTRİT PREVALANSI/İNSİDANSI VE HASTALARIN ÖZELLİKLERİ	Gizem Ayan
365	PS-78	STİLL HASTALIĞI VE İNFLAMATUVAR MİYOZİTLERDE PET'TE DALAK ORTALAMA SUV DEĞERİ İLE MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU RİSKİNİN VE MORTALİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Rıza Can Kardaş
414	PS-79	NEFROLİTİAZİS, AKSİYEL SPONDİLOARTROPATİLERİN EKSTRAARTİKÜLER BULGUSU OLABİLİR Mİ?	Elif Er Gülbezer
27	PS-80	AKSİYAL SPONDİLOARTRİTİ OLAN HASTALARDA AKSİYAL TUTULUM DIŞI MANİFESTASYONLARIN SIKLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ ALTINDAKİ SEYRİ	Ayşenur Yılmaz
294	PS-81	AİLESEL AKDENİZ ATEŞİNDE KANAKİNUMAB VE KOLŞİSİN KULLANIMI RENAL SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİLİ Mİ?	Tahir Saygın Öğüt
196	PS-82	B/TSDMARD TEDAVİSİ ALTINDAKİ PSA HASTALARINDA TANIDA 6 AYLIK GECİKMENİN KLİNİK VE FONKSİYONEL DURUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TREASURE VERİ TABANINDAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR	Gizem Ayan
366	PS-83	İÇ HASTALIKLARI TARAFINDAN ROMATOLOJİ BÖLÜMÜNE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	Pınar Akyüz Dağlı
391	PS-84	AKSİYAL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA EKLEM DIŞI BULGULARIN BİYOLOJİK TEDAVİ SEÇİMİNE ETKİSİ: TÜRKBİO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ	Aydan Köken Avşar
58	PS-85	2003-2013 YILLARI ARASINDA TAKİP EDİLEN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS TANILI HASTALARIN KLİNİK, TEDAVİ VE PROGRESYONLARININ 10 YILLIK SÜREÇTE DEĞERLENDİRİLMESİ	Mine Nokay
321	PS-86	SEKONDER SJÖGREN SENDROMU PSÖRİASİSTE NADİRKEN PSÖRİATİK ARTRİTTE YAYGINDIR: MADALYONUN İKİ YÜZÜ	Kerem Yiğit Abacar
358	PS-87	IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIKTA KLİNİK FENOTİPLENDRİME VE YANIT DEĞERLENDİRME: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Rıza Can Kardaş
380	PS-88	BEHÇET BUDD-CHİARİ SENDROMLU HASTALARDA PULMONER HİPERTANSİYON: NADİR BİR İLİŞKİYE YENİ BİR BAKIŞ	Mustafa Ekici
257	PS-89	PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN GLOBAL DEĞERLENDİRMESİNDE HASTALAR VE HEKİMLERİ ARASINDAKİ UYUMSUZLUKTA AĞIZ KURULUĞUNUN ROLÜ	Nevsun İnanç
416	PS-90	SKLERODERMALI HASTALARDA PERİFERİK VASKÜLER TUTULUMA BAĞLI CİLT BULGULARI VE KAPİLLEROSKOPİK DEĞERLENDİRMENİN, SKLERODERMAYA BAĞLI AKCİĞER HASTALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ	Nehir Şişman
320	PS-91	PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA İNFLAMATUAR BEL AĞRISININ PREVALANSI VE SAKROİLİAK EKLEMDEKİ AKUT VE YAPISAL DEĞİŞİKLİKLERLE İLİŞKİSİ	Kerem Yiğit Abacar

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
330	PS-92	GASTROİNTESTİNAL TUTULUMU OLAN HASTALARIN BEHÇET SENDROMLU HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ	Emine Uslu Yurteri
432	PS-93	ANCA-İLİŞKİLİ VASKÜLİTLERDE SERBEST HAFİF ZİNCİRLER: TEK-MERKEZ PİLOT ÇALIŞMA	Mustafa Ekici
112	PS-94	RAPID3 (‘ROUTİNE ASSESSMENT OF PATİENT DATA 3’) VE PAS2 (‘PATİENT ACTİVİTY SCALE 2’)TÜRKÇE VERSİYONLARININ ROMATOID ARTRİTLİ HASTALARIMIZDA VALİDİTASYON ÇALIŞMASI.	Müyesser Nergiz Yanmaz
217	PS-96	YAŞLI ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERİN KIRILGANLIK DURUMLARININ İNCELENMESİ	Ayşe Nur Bayındır Akbaş
407	PS-97	GRANÜLOMATÖZ POLİANJİİTİS VE EOZİNOFİLİK GRANÜLOMATÖZ POLİANJİİTİS HASTALIKLARININ DEMOGRAFİK DAĞILIMLARI VE OTORİNOLARİNGOLOJİK SEMPTOMLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI	Nihal Lermi
428	PS-98	SJÖGREN SENDROMU HASTALARINDA OTOANTİKORLARIN OTONOM DİSFONKSİYON İLE İLİŞKİSİ	Gökhan Yavuzbilge
445	PS-99	DİFFİCULT-TO-TREAT ROMATOİD ARTRİT; KATKIDA BULUNAN FAKTÖRLER VE GERÇEK YAŞAM VERİLERİ	Gülay Alp
198	PS-100	2012 YILI ÖNCESİ BDMARD TEDAVİSİ BAŞLANAN RA HASTALARI HALEN TAKİPLERİNE GELİYOR MU? TEK MERKEZ VERİLERİ	Özlem Şahan Güven
319	PS-101	GENETİK ANALİZİN AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ TANISINA KATKISI	Sadettin Uslu
406	PS-102	PEDİATRİK İDYOPATİK REKÜRREN PERİKARDİTLER	Aybüke Günalp
171	PS-103	TÜRKİYE’DEKİ AKADEMİK ÜNVANI OLAN ROMATOLOJİ UZMANLARININ BİBLİYOMETRİK PARAMETRELER İLE ANALİZİ	Haluk Cinaklı
386	PS-104	SİSTEMİK SKLEROZ İLİŞKİLİ PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON’A GENEL BİR BAKIŞ- ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ VERİLERİ	Alper Sarı
458	PS-105	ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞINDA MEVSİMSEL DAĞILIM VE HASTALIĞIN SEYRİ İLE MEVSİMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ	Burcu Ceren Uludoğan
41	PS-106	BEHÇET HASTALIĞI İLE TAKİPLİ HASTALARDA OBSTETRİK SÜREÇLERİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Rabia Deniz
251	PS-107	NLRP1 GEN VARYANTLARI İLE İLİŞKİLİ SİSTEMİK OTOİNFLAMATUVAR HASTALIK FENOTİPİ OLAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ	Shirkhan Amikishiyev
254	PS-108	PRİMER SJÖGREN SENDROMU OLAN HASTALARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ	Nevsun İnanç
192	PS-109	RADYOGRAFİK VE NON RADYOGRAFİK AX-SPA HASTALARININ KARŞILAŞTIRILMASI; CİNSİYET YÖNÜNDEN AYRINTILI BİR ANALİZ SONUÇLARI	Esra Erpek Karaova
446	PS-110	IGA VASKÜLİTİNİN ÇOCUK VE ERİŞKİNLERDE KARŞILAŞTIRILMASI: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA	Murat Karabacak
376	PS-112	JÜVENİL SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS TANILI HASTALARDA HASHİMATO TİROİDİTİ SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI	Elif Kılıç Könte
252	PS-113	ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞININ SEMİ-KANTİTATİF RADYOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ VE KLİNİK BULGULARLA KORELASYONU	Duygu Temiz Karadağ
253	PS-114	SJOGREN SENDROMUNDA HASTALIK TANI YAŞI VE SEMPTOM BAŞLANGIÇ YAŞI KOGNİTİF FONKSİYONLARI ETKİLİYOR MU?	Gamze Dilek

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
268	PS-115	SERUM HİGH MOBİLİTY BOX PROTEİN 1(HMGB-1) DÜZEYLERİNİN PSORİASİSLİ VE PSORİATİK ARTRİTLİ HASTALAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI	İbrahim Vasi
309	PS-116	SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA SPONDİLODİSKİT BULGULARININ ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİ CEVAPLARININ BELİRLENMESİ	Zehra Özsoy
332	PS-117	BEHÇET HASTALARINDA PULMONER TROMBÜSLERİN RADYOLOJİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ	Zehra Özsoy
370	PS-118	MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ ARACILIĞIYLA ROMATOLOJİ VE ÇOCUK ROMATOLOJİ KLİNİKLERİNE YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN KESİTSEL DEĞERLENDİRİLMESİ	Deren Esencan
148	PS-119	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA İZONİAZİD KULLANIMI ANTİ-TNF TEDAVİSİNDE İLAÇTA KALIM SÜRESİNİ UZATIYOR MU?	Bilgin Karaalioğlu
173	PS-120	SERONEGATİF PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALAR FARKLI KLİNİK VE LABORATUVAR ÖZELLİKLER GÖSTERİYOR MU?	Müçteba Enes Yayla
300	PS-121	AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Nazife Şule Yaşar Bilge
312	PS-122	SPONDİLODİSKİT'İN KONVANSİYONEL RADYOGRAFİ İLE SAPTANMASI NE KADAR MÜMKÜNDÜR?	Zehra Özsoy
105	PS-123	ANTİ-IL-17 İLE TEDAVİ EDİLEN PSÖRİYATİK ARTRİT HASTALARINDA GERÇEK YAŞAM KOŞULLARINDA TEDAVİYE DEVAM ETME VE TEDAVİ PATERNLERİNE İLİŞKİN PERFIL-17 ÇALIŞMASI	Soydan İnce
143	PS-124	İKİLİ GÜÇ: METOTREKSAT VE LEFLUNOMİD KOMBİNE TEDAVİSİNİN ROMATOİD VE PSÖRİATİK ARTRİTTEKİ RİTMİ	Gülay Alp
228	PS-125	ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT HASTALARINDA OSTEOPOROZU NE KADAR TANIYORUZ? ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ANALİZ	Tuba Demirci Yıldırım
249	PS-126	ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIMIN ETKİNLİĞİ: SİSTEMATİK DERLEME	Nazlı Elif Nacar
383	PS-127	ROMATİZMAL HASTALIKLARDA MALİGNİTESİ OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Kevser Orhan
392	PS-128	İMMUNGLOBULİN G4 İLİŞKİLİ HASTALIK TÜRKİYE VERİSİ: PEDİATRİK VE ERİŞKİN PERSPEKTİF	Mustafa Ekici
401	PS-129	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ROMATOLOJİ SERVİS HASTALARININ BİYOPSİKOSOSYAL DURUMLARI	Bilge Başakcı Çalık
236	PS-130	PRİMER SJÖGREN SENDROMU HASTALARINDA KURU GÖZ HASTALIĞI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE HASTALIK ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ	Gizem Sevik
90	PS-131	ROMATOİD ARTRİT'Lİ BİREYLERDE SARKOPENİ VARLIĞININ İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA	Bilge Başakcı Çalık
245	PS-132	SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA FOSFODİESTERAZ-5 İNHİBİTÖRÜ VE ENDOTELİN RESEPTÖR ANTAGONİSTİ KULLANIMININ MİKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLAR, SOLUNUMSAL PARAMETRELER VE PULMONER ARTER BASINCINA ETKİSİ	Yağmur Karaman
451	PS-133	SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA SARS-COV-2 ENFEKSİYONUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIK SEYRİ	İbrahim Vasi
7	PS-135	ROMATİZMAL HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE ANTİ-TNF TEDAVİSİ ÖNCESİ GİZLİ TÜBERKÜLOZ TARAMASI İÇİN KULLANILAN TÜBERKÜLİN DERİ TESTİ İLE İNTERFERON GAMA SALINIM TESTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	Ebru Yılmaz

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
31	PS-136	SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA PARK-7 EKSPRESYONUNUN KLİNİK PARAMETRELERLE KORELASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ	Dilara Bulut Gökten
11	PS-137	ROMATOİD ARTRİTTE OTOİNFLAMATUAR BULGULARIN SIKLIĞI VE TEDAVİ YANITINA ETKİSİ	İrem Kılavuz
176	PS-138	ODONTOİD PROSESTE REZORPSİYON VE PANNUS DOKUSU ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA ATLANTO-AKSİYAL SUBLUKSASYON İLE İLİŞKİLİDİR	Umut Kalyoncu
408	PS-139	FARKLI SEMPTOMLAR NEDENİYLE KRANİAL MR İSTENEN SJÖGREN SENDROMLU HASTALARIN SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRMESİ	Mehtap Kalçık Unan
463	PS-140	FARKLI MEFV GENOTİPLERİNİN AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLAN HASTALARIN KLİNİK FENOTİPİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: EKLEM TUTULUMUNA ÖZEL VURGU	Esma Aslan
199	PS-142	ROMATİZMALI BİREYLERİN BİLDİRDİKLERİ BİYOPSİKOSOSYAL ETKİLENİMLERİNİN İNCELENMESİ	Edibe Ünal
263	PS-143	PRİMER SJÖGREN SENDROMU İÇİN TANISAL ARAÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Gamze Akkuzu
327	PS-144	SPONDİLOARTROPATİ HASTALARINDA SECUKİNUMAB VE SERTOLİZUMAB TEDAVİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	Berkan Armağan
339	PS-145	TÜMÖR NEKROZİS-ALFA İNHİBİTÖRÜ KULLANAN İNFLAMATUAR ROMATİZMAL HASTALIK TANILI HASTALARDA İLAÇ YAN ETKİ PROFİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Ceren Demir
447	PS-146	PSÖRİAZİS LEZYONLARININ YERLEŞİMİ VE PSÖRİATİK ARTRİTTE ETKİLENEN EKLEM BÖLGELERİ İLİŞKİLİ MİDİR?	Elif Er Gülbezer
50	PS-147	PFAPA SENDROMU BEHÇET HASTALIĞINA GİDEN YOLCULUĞUN ERKEN DURAĞI MI?	Sara Şebnem Kılıç Gültekin
70	PS-148	PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI:ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI KOHORTUNDAN DENEYİMLER	Hatice Ecem Konak
169	PS-149	ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SİSTEMİK SKLEROZ: TEK MERKEZ İZLEM SONUÇLARI	Gülşah Pirim
410	PS-150	SİCCA SEMPTOMLARI İLE GELEN FİBROMYALJİ VE SJÖGREN HASTALARINI OBJEKTİF KURULUK TESTLERİ İLE AYIRT EDEBİLİR MİYİZ?	İdil Kurut Aysin
424	PS-151	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA SERUM IL -17 VE TNF-ALFA DÜZEYİ İLE HASTALIK AKTİVİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	Neslihan Güneş Aydemir
248	PS-152	SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS HASTALARINDA ANTİ-DSDNA OTOANTİKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÜÇ FARKLI YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI	Nazife Şule Yaşar Bilge
455	PS-153	METOTREKSAT KULLANAN İNFLAMATUAR ARTRİT HASTALARINDA KARACİĞER FİBROZİSİNİ DEĞERLENDİRMEDE BASİT, NON-İNVAZİV FİB-4 SKORU YOL GÖSTERİCİ OLABİLİR	Gül Sandal Uzun
264	PS-154	PSORİASİSLİ VE PSORİATİK ARTRİTLİ HASTALARDA SERUM CXCL13 DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	İbrahim Vasi
285	PS-155	MOYAMOYA SENDROMU VE ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU BİRLİKTELİĞİ	İbrahim Vasi

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	**Sunum No**	**Başlık**	**Sunacak Yazar**
239	PS-156	KLİNİSYENE GÖRE İNFLAMATUAR BEL AĞRISI OLAN HASTALAR İLE AKSİYAL SPONDİLOARTRİT TANILI KADIN VE ERKEK HASTALARIN İBA ÖZELLİKLERİ FARKLI OLABİLİR Mİ?	Özge Yoğurtçu
220	PS-157	PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARINDA C-REAKTİF PROTEİN/ALBUMİN ORANI VE ALBUMİN/FİBRİNOJEN ORANI HASTALIK AKTİVASYONUYLA İLİŞKİLENDİRİLEBİLİR Mİ?	Derya Akarken
104	PS-158	ERİŞKİN AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA İLAÇ UYUMUNUN HASTALIK ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Sibel Yılmaz Öner
247	PS-159	SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA GASTROİNTESTİNAL TUTULUM ÖZELLİKLERİ İLE ANTİ MUSKARİNİK RESEPTÖR 3 ANTİKORLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Fatma Rukiye Uysal
381	PS-160	BEHÇET HASTALIĞINA BAĞLI GÖZ TUTULUMU OLUP BİYOLOJİK TEDAVİ ALAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Tuğba Ocak
100	PS-161	SKLERODERMA HASTALARINDA TAİ CHİ EGZERSİZ PROGRAMININ KARDİYOPULMONER FONKSİYONLAR VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ	Sebahat Yaprak Çetin
246	PS-162	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSÖRİYATİK ARTRİTTE SEKUKİNUMAB KLİNİK DENEYİMİ	Zübeyde Uğurlu
377	PS-163	OTOİMMÜN ROMATİZMAL HASTALIKLARDA IGE YÜKSEKLİĞİ VE KLİNİK ÖNEMİ- ÖN RAPOR SONUÇLARI	Elif Kılıç Könte
149	PS-164	SİSTEMİK SKLEROZDA PERİFERİK FOLİKÜLER T HÜCRELERİ İLE HASTALIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	Melek Şahinoğlu
190	PS-165	SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİNİ NE SIKLIKLA KULLANIYORUZ? - TEK MERKEZ DENEYİMİ	Büşra Fırlatan
352	PS-166	SARKOİDOZ OLGULARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Mehmet Soy
193	PS-167	AKSİYAL SPONDİLOARTRİTTE HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN SONLANIM ÖLÇEKLERİNE HASTA EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Esra Erpek Karaova
415	PS-168	METOTREKSAT VE AZATİOPRİN DİRENÇLİ İDİYOPATİK GRANÜLOMATÖZ MASTİT TANILI DOKUZ HASTAMIZDA ADALİMUMAB DENEYİMİMİZ	Nihal Lermi
212	PS-169	ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİTİ OLAN HASTALARDA ANEMİ SIKLIĞININ VE İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ İLE OLAN İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI	Ebru Yılmaz
382	PS-170	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA TIRNAK YATAĞI KAPİLLEROSKOPİ BULGULARI -ÖN ÇALIŞMA	Enes Başaran
91	PS-171	NADİR BİR OLGU SUNUMU: MAJEED SENDROMU	Metin Özgen
427	PS-172	ROMATOİD ARTRİT'Lİ HASTALARDA ALBÜMİN/FİBRİNOJEN VE CRP/ALBÜMİN ORANININ HASTALIK AKTİVİTE TAKİBİNDE ÖNEMİ	Derya Akarken
89	PS-173	FİBROMİYALJİ'Lİ BİREYLERDE BASINÇ AĞRI EŞİĞİ İLE EKSTREMİTE FONKSİYONELLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	Bilge Başakcı Çalık
74	PS-174	BEHÇET SENDROMUNA BAĞLI DAMAR TUTULUMUNDA TOSİLİZUMAB KULLANIMI HASTALIK ALEVLENMESİNE YOL AÇIYOR OLABİLİR	Ayşe Özdede

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
75	PS-175	NADİR BİR AKUT BÖBREK HASTALIĞI NEDENİ OLARAK "AMİLOİD FIRTINASI": NELER BİLİYORUZ?	Ege Sinan Torun
215	PS-176	İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI TANILI BAĞ DOKU HASTALARINDA SEKONDER SJÖGREN SENDROMU SIKLIĞI VE HASTALIK ÜZERİNE ETKİSİ	Alida Aliyeva
329	PS-177	PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA D VİTAMİNİ DÜZEYİ KLİNİK, SEROLOJİK VE PATOLOJİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?	Nilay Erdik
333	PS-178	ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞI; UZAMIŞ KAŞINTILI DÖKÜNTÜ HİPERFERRİTİNEMİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR?	Gizem Varkal
224	PS-179	SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE OTONOM DİSFONKSİYON ARASINDA BİR İLİŞKİ VAR MI?	Tamer Acat
311	PS-180	ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARININ TEDAVİSİNDE SİSTEMİK SECUKİNUMAB: SİSTEMİK VE GÖZYAŞI PROİNFLAMATUAR SİTOKİNLERİ İLE OKÜLER YÜZEY BULGULARININ İLİŞKİSİ	Zehra Özsoy
135	PS-181	MEMENİN MPO POZİTİF VASKÜLİTİ	Elif Güngör
412	PS-182	EBV İLİŞKİLİ LENFOPROLİFERATİF HASTALIK SEYRİNDE HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZİS	Oğuz Çelebi
181	PS-183	FMF'Lİ HASTALARDA TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER YETERİNCE DEĞERLENDİRİLİYOR MU? KOLŞİSİNE-DİRENÇLİ FMF HASTALARINDA TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER OLDUKÇA YAYGINDIR	Bayram Farisoğulları
78	PS-184	ÜRTİKERYAL VASKÜLİT HASTASINDA SAPTANAN PULMONER TUTULUM: OLGU SUNUMU	Sevilay Batıbay
260	PS-185	PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA RAYNAUD FENOMENİ VARLIĞI VE DEPRESYON İLİŞKİSİ	Sümeyye Merve Türk
444	PS-186	SKLERODERMA RENAL KRİZ OLGUSUNDA BÖBREK NAKLİ VE REJEKSİYON	Numune Aliyeva
356	PS-187	SPONDİLOARTRİTLERİN TEDAVİSİNDE BİYOLOJİK DMARD SONRASI TEDAVİ SEÇİMİ	Rıza Can Kardaş
8	PS-188	GRANÜLOMATÖZ MASTİT, ERİTEMA NODOZUM VE OLİGOARTRİT BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU	Sibel Ösken
13	PS-189	MALİGNİTE İLİŞKİLİ DERMATOMİYOZİT: İKİ OLGU SUNUMU	Zübeyde Uğurlu
140	PS-190	ROTHMUND-THOMSON SENDROMU: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRDE YERİ	Dilara Bulut Gökten
153	PS-191	DİZ AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ : BİLATERAL LİPOMA ARBORESANS OLGU SUNUMU	Sinem Burcu Kocaer
338	PS-192	SJOGREN SENDROMLU HASTALARININ KLİNİK, LABORATUAR VE PATOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN İRDELENMESİ	Seyyid Bilal Açıkgöz
342	PS-193	SERUM ACE YÜKSEKLİĞİ HER ZAMAN SARKOİDOZ DEĞİLDİR	Mehmet Soy
368	PS-194	VEXAS SENDROMUNDA ADALİMUMAB KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Rıza Can Kardaş
101	PS-195	PSORİATİK ARTRİTLİ HASTALARDA VE SAĞLIKLI BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE FİZİKSEL UYGUNLUK DÜZEYİNDEKİ FARKLILIKLAR	Sebahat Yaprak Çetin
210	PS-196	IXEKIZUMAB KULLANAN PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARININ ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Ali Ekin

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
400	PS-198	SARKOİDOZDA KALP VE KARACİĞER TUTULUMU: 3 OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ	Nagehan Dik Kutlu
450	PS-199	DİRENÇLİ PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU İLE SEYREDEN LUPUS OLGUSU	Derya Akarken
461	PS-200	MALİGNİTE ARAŞTIRIRKEN BRUCELLA SAPTANAN OLGU SUNUMU	İzel Özsavaş
63	PS-201	LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ HASTASINDA KAS-İSKELET SİSTEMİ BULGULARI: HASTALIK TUTULUMU MU, SPONDİLOARTRİT Mİ?	Muhammed Abdulkerim Şahin
76	PS-202	TEKRARLAYAN İNFARKT: ADENOZİN DEAMİNAZ 2 EKSİKLİĞİ Mİ?, BEHÇET HASTALIĞI MI?	Aydan Yekedüz Bülbül
110	PS-203	GEÇ BAŞLANGIÇLI STATİN İLİŞKİLİ İMMÜN NEKROTİZAN MYOPATİ VAKASI	Sertaç Ketenci
163	PS-204	PLEVRAL EFÜZYON ETYOLOJİSİNDE İKİ HASTALIK, BİR HASTA: OLGU SUNUMU	Gül Güzelant Özköse
261	PS-205	BÜYÜK TAKLİTÇİ: METASTATİK OVER KANSERİ Mİ? SARKOİDOZ MU?	Ahmet Kıvanç Cengiz
316	PS-206	KRONİK REKÜRREN MULTİFOKAL OSTEOMİYELİT(KRMO) [PEDİATRİK SİNOVİT, AKNE, PÜSTÜLOZİS, HİPEROSTOZ, OSTEİT SENDROMU (SAPHO)]: BİR OLGU SUNUMU	Zeynep Tüzün
417	PS-207	SİSTEMİK SKLEROZ AYIRICI TANISINDA NADİR BİR HASTALIK: MANDİBULOAKRAL DİSPLAZİ	Adem Ertürk
454	PS-208	ROMATOİD ARTRİTLİ OLGUDA ARTRALJİYLE SEYREDEN TREPENOMA WHİPPLEİ	Fatma Başıbüyük
460	PS-209	BEHÇET HASTALIĞININ SEYRİNDE GELİŞEN PİYODERMA GANGRENOSUM OLGU SUNUMU	Bilge Arslan
155	PS-210	HASTA TEMELLİ AKTİVİTE ÖLÇEKLERİNİN SPONDİLOARTRİT VE NON SPA HASTALARINDA PERFORMANSI; ASDAS-CRP DAHA UYGUN BİR ÖLÇEK OLABİLİR Mİ?	Ayten Özkan
191	PS-211	GRANÜLOMATÖZ MASTİT RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ; TEK MERKEZLİ İKİ YILLIK GÖZLEMSEL ÇALIŞMA	Melis Dilbil
2	PS-212	SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS KLİNİĞİ İLE GELEN HASTA DA IG M NEFROPATİSİ	Serdar Esmer
33	PS-213	COGAN SENDROMU TEKRARLAYAN OFTALMOLOJİK TUTULUMLAR VE SENSÖRİNÖRAL İŞİTME KAYBINDA AKLA GELMELİDİR, OLGU SUNUMU	Mestan Şahin
82	PS-214	VASKÜLİT VE BAĞ DOKU HASTALIKLARI AYIRICI TANISINDA NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU	Burcugül Kaya
157	PS-215	ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA GEÇ DÖNEM DEFORMİTELERİ	Murat Baloğlu
255	PS-216	EVANS SENDROMU VE SJÖGREN SENDROMU: NADİR BİR GÖRÜLEN BİRLİKTELİK	Merve Nalbant
259	PS-217	ZOR VAKALAR; AKCİĞER TÜBERKÜLOZU İLE KOMPLİKE, DİRENÇLİ GÖZ TUTULUMU OLAN BEHÇET HASTASINI NASIL TEDAVİ EDELİM?	Zeynep Yılmaz Bozkurt
326	PS-218	JÜVENİL BAŞLANĞICLI ANTİ-PL7 ANTİKOR İLİŞKİLİ AMİYOPATİK DERMATOMİYOZİT VAKASI	Sarvan Ağamuradov

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
353	PS-219	ÇOCUKLUK ÇAĞINDA MONOGENİK LUPUSLU OLGULARIN DEĞERLENDİRMESİ	Gülçin Aytaç
405	PS-220	MULTİPLE EKZOSİTOZ TİP 1	Serpil Ergülü Eşmen
453	PS-221	ÜST DUDAKTA ŞİŞLİKLE SEYREDEN, LOKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ GRANULOMATOZ KEİLİTİS OLGUSU	Özkan Urak
14	PS-222	DERMATOMİYOZİT VE MORFEA 'YA EŞLİK EDEN DİRENÇLİ KALSİNOZİS KUTİS OLGU SUNUMU	Zübeyde Uğurlu
20	PS-223	DİRENÇLİ TEKRARLAYAN POLİKONDRİT OLGU SUNUMU	Zübeyde Uğurlu
44	PS-224	DUYUSAL AKSONAL POLİNÖROPATİ İLE PREZENTE OLAN SJÖGREN SENDROMU OLGUSU	Yeter Mahmutoğlu
51	PS-225	NEFROTİK DÜZEYDE PROTEİNÜRİ İLE PREZENTE OLAN LUPUS PODOSİTOPATİSİ OLGUSU	Ege Sinan Torun
128	PS-226	ENDER BİR YAKINMA İLE BAŞLAYAN DEV HÜCRELİ ARTERİT VAKASI	Mehtap Tınazlı
184	PS-227	ROMATOİD ARTRİT TANILI BİR HASTADA PSOAS APSESİ	Nihan Neval Uzun
214	PS-228	SALMONELLA ENFEKSİYONUNUN GİZEMLİ YÜZÜ: GASTROİNTESTİNAL BELİRTİLER OLMAKSIZIN OLUŞAN EPİDURAL ABSE VE OSTEOMYELİT VAKASI	Dilara Bulut Gökten
226	PS-229	DİRENÇLİ KUTANÖZ ÜLSERLERLE SEYREDEN BİR ANTİ MDA-5 POZİTİF DERMATOMİYOZİT OLGUSU	Rahime Duran
314	PS-230	TEKRARLAYAN PANNİKÜLİT İLE GİDEN ANTİ-MDA5 POZİTİF HİPOMİYOPATİK JUVENİL DERMATOMİYOZİT OLGUSU	Serkan Türkuçar
379	PS-231	OLGU SUNUMU: PULMONER VASKÜLİTİK TUTULUMU OLAN TAKAYASU ARTERİTİ HASTASINDA ENDARTEREKTOMİ CERRAHİSİNİN SONUÇLARI	Erdinç Ünaldı
388	PS-232	İNTRAVENÖZ İLOPROST SONRASI GELİŞEN FLEBİT OLGUSU	Feyza Şahan Gürpınar
402	PS-233	NADİR SAPTANAN BİR İSKELET DİSPLAZİSİ: PROGRESİF PSÖDOROMATOİD DİSPLAZİ	Ahmet Furkan Çolak
436	PS-234	VASKULİTİ TAKLİT EDEN İNFEKTİV ENDOKARDİT OLGUSU	Numune Aliyeva
448	PS-235	DİZDE ŞİŞLİKLE GELEN HASTADA İNFLAMATUAR ARTRİT TAKLİTÇİSİ: LİPOMA ARBORESENS	Buğu Bulat
26	PS-236	COVİD 19 PANDEMİ SÜRECİNDE ROMATOLOJİ HASTALARININ BİYOLOJİK İLAÇ KULLANIM DURUMU VE AŞILANMA ORANI	Mehmet Şakir Altuner
6	PS-237	SARKOİDOZ VAKASINDA KOİNSİDENTAL GELİŞEN ANKİLOZAN SPONDİLİT	Reyhan Bilici
117	PS-238	İNFANTİL DÖNEMDE BAŞLAYAN STING İLİŞKİLİ VASKÜLOPATİ (SAVI) OLGUSU	Duygu Kerim
152	PS-239	DÜŞÜK AYAK İLE PREZENTE OLAN SJÖGREN SENDROMU VAKASI	Özlem Doğan Ağbuga
302	PS-240	ANTİ SENTETAZ SENDROMUNUN KLİNİK PROGRESYONUNDA NADİR BİR SEBEP: KIZAMIK PNÖMONİSİ	Abdulsamet Erden
304	PS-241	ROMATOİD ARTRİT HASTASINDA SEPTİK TENOSİNOVİT	Işıl Ezelsoy
361	PS-242	HİDROKSİKLOROKİN İLE İNDÜKLENEN AKUT GENERALİZE EKZAMATÖZ PÜSTÜLOZ: KOLŞİSİN TEDAVİ SEÇENEĞİ OLABİLİR Mİ?	Şule Ketenci Ertaş
384	PS-243	GENÇ KADIN HASTADA VENTRİKÜLER TAŞİKARDİ: KARDİYAK SARKOİDOZ VAKA SUNUMU	Özge Karakök
385	PS-244	KOLŞİSİN MİYOPATİSİ DEĞİLSE NE?	Tuncay Aydın

POSTER SUNUMLARI			
12-13-14 Ekim 2023, Perşembe-Cuma-Cumartesi - Poster Alanı - 09:00 - 18:00			
Ref No	Sunum No	Başlık	Sunacak Yazar
409	PS-245	STATİN KAYNAKLI İMMUN ARACILI NEKROTİZAN MYOPATİ OLGUSU	Banu Çiçek Yalçın Dulundu
425	PS-246	MADEN İŞÇİSİNDE ERASMUS SENDROMU VE KLATSKİN TÜMÖR BİRLİKTELİĞİ	Gülçin Çelebi
32	PS-247	ROMATOİD ARTRİTLİ TANISI İLE RİTUKSİMAB TEDAVİSİ BAŞLANAN BİR HASTADA GELİŞEN PSÖRİAZİS VAKASI	Yunus Durmaz
67	PS-248	GUT TOFÜSÜNÜ TAKLİT EDEN NADİR BİR HASTALIK MELORHEOSTOZİS: OLGU SUNUMU	Ali Karakaş
71	PS-249	ADALİMUMAB KULLANIMI SONRASINDA GELİŞEN LENFOMA HİKAYESİ	Zübeyde Uğurlu
174	PS-250	ROMATOİD ARTRİT İLİŞKİLİ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI VARLIĞINDA İMMUNSUPRESİF TEDAVİ İLE BERABER NİNTEDANİB KULLANAN VAKA SUNUMU	Bengisu Aslan
180	PS-251	SOĞUK AGLÜTİNİN HASTALIĞI İLE PREZENTE MDA5 İLİŞKİLİ DERMATOMİYOZİT OLGUSU	Tahir Saygın Öğüt
227	PS-252	IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK VE ÇOKLU MALİGNİTE BİRLİKTELİĞİ OLAN 2 OLGU SUNUMU	Rahime Duran
243	PS-253	FETAL BRADİKARDİ İLE TANI ALAN VE EK KOMPLİKASYON GELİŞMEDEN 34. HAFTAYA ULAŞAN NEONATAL LUPUS OLGUSU: OLGU SUNUMU	Mustafa Cem Bülbül
262	PS-254	İZOLE IGG4 İLİŞKİLİ AKCİĞER HASTALIĞI: NADİR BİR OLGU	Sarvan Aghamuradov
283	PS-255	DİSFAJİ İLE PREZENTE OLAN HASTA: MDA-5 İLİŞKİLİ DERMATOMYOZİT	Engin Çeşmeci
299	PS-256	VASKÜLİT İLE KARIŞABİLEN NADİR BİR DURUM; PROLİDAZ ENZİM EKSİKLİĞİ	Abdülsamet Erden
364	PS-257	KALSİYUM PİROFOSFAT DİHİDRAT HASTALIĞI MALİGNİTEYE SEKONDER GELİŞEBİLİR	Ruveyda Sak İnal
389	PS-258	ROMATOİD ARTRİT' TE TAKİPTE SAPTANAN LENFOMA OLGUSU	Burcugül Kaya
430	PS-259	ACİL TRAKEOSTOMİYE GİDEN SUBGLOTTİK STENOZLU GRANULOMATÖZ POLİANJİİTİS VAKASI	Muhammet Emin Kutu
15	PS-260	AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ'NE EŞLİK EDEN ENFEKTE SAKROİLEİT OLGUSU	Zübeyde Uğurlu
237	PS-261	AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ VE MULTİPL SKLEROZ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU	Betül Dikkanoğlu Demirok
87	PS-262	NEKROTİZAN DİSKOİD LUPUS VAKASI	Sevil Yiğit
139	PS-263	ROMATOİD ARTRİTE EŞLİK EDEN IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK OLGUSU	Çetin Ergül
165	PS-264	EŞLİK EDEN EOZİNOFİLİ VE IG A NEFROPATİSİ OLAN ROMAROİD ARTRİT VAKASI	Nurhan Güven
218	PS-265	KRONİK LYME ARTRİTİNE EŞLİK EDEN CHLAMYDİA ENFEKSİYONLU OLGU	Feyza Ak
235	PS-266	KARDİYAK TUTULUM İLE SEYREDEN BİR EOZİNOFİLİK GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS OLGUSU	Gizem Sevik
187	PS-267	DİRENÇLİ CİLT TUTULUMLU SİSTEMİK SKLEROZ VAKASI	Taylan Kaplan
121	PS-268	SKLERODERMADA LGK-974 VE ETC-159 FİBROZİSİ BASKILAR	Ayşe Koçak
167	PS-269	İNFLİKSİMAB TEDAVİSİ İLE TEDAVİ EDİLEN GRANÜLOMATÖZ MASTİT VAKASI	Mehmet Emin Derin

POSTER TURU SUNUMLARI			
Poster Turu Başkanları			
12 Ekim, Perşembe: Mustafa Özmen, Yaşar Karaaslan, Didem Arslan			
13 Ekim, Cuma: Şükran Erten, Atalay Doğru, Ezgi Deniz Batu, Nihal Coşkun			
14 Ekim, Cumartesi: Hamit Küçük, Ali Şahin, Mehmet Engin Tezcan, Ahmet Omma			
Ref No	**Sunum No**	**Başlık**	**Sunacak Yazar**
64	PS-270	RADYOGRAFİK VE RADYOGRAFİK OLMAYAN AKSİYEL SPONDİLOARTRİT: TREASURE VERİ TABANINDAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR	Levent Kılıç
271	PS-271	BEHÇET HASTALIĞI'NDA CİNSİYETİN KLİNİK BULGULARA ETKİSİ	Burcu Ceren Uludoğan
30	PS-272	İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA ENTEROPATİK ARTRİT SIKLIĞI	Dilara Bulut Gökten
10	PS-273	PSÖRİYAZİS HASTALARINDA TURPAS (TURKİSH PSORİATİC ARTHRİTİS SCREENİNG TOOL)'IN VALİDASYONU	Murat Bektaş
292	PS-274	ENTEZİT İLİŞKİLİ ARTRİT TANILI HASTALARDA UZUN DÖNEM TAKİP SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ	Mehmet Yıldız
369	PS-275	BDMARD KULLANAN SPONDİLOARTRİT'LERDE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI SÜRECİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER VE TEDAVİ SEÇİMİ	Gül Sandal Uzun
420	PS-276	POTANSİYEL DİFFİCULT-TO-TREAT PSÖRİATİK ARTRİT SIKLIĞI VE KATKIDA BULUNAN FAKTÖRLER	Gülay Alp
241	PS-277	TAKAYASU ARTERİTİNDE VASKÜLER KALSİFİKASYON; SOL VENTRİKÜLER KİTLE İNDEKSİ VE KAROTİS İNTİMA-MEDİA KALINLIĞI İLE İLİŞKİSİ	Hazan Karadeniz
279	PS-278	SJÖGREN SENDROMLU HASTALARIN YAKIN AKRABALARINDAKİ KANSER SIKLIĞI	Tuba Uğur Tuzcu
289	PS-279	ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA GLUKOKORTİKOİD İLİŞKİLİ TOKSİSİTENİN OBJEKTİF VE PROSPEKTİF TAKİBİ; GLUKOKORTİKOİD TOKSİSİTE İNDEKSİ	Ömer Karadağ
297	PS-280	İLK MUAYENEDE VİTREUS HÜCRESİ OLUP POSTERİOR ÜVEİTİ OLMAYAN BEHÇET SENDROMU HASTALARINDA POSTERİOR ÜVEİT RİSKİ	Başak Ecem Bircan
222	PS-281	ANTİ-MDA5 POZİTİF DERMATOMİYOZİT: İNFLAMATUVAR MİYOPATİLER ARASINDAKİ SIKLIĞI, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE UZUN DÖNEM TAKİP VERİLERİ	Ömer Uludağ
57	PS-282	SİSTEMİK SKLEROZLU HASTALARININ SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİNE UYUMU	Gül Sandal Uzun
164	PS-283	B/TSDMARD KULLANAN ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SUBKONDRAL RADİUS KİSTLERİNİN SIKLIĞI VE ÖNEMİ	Umut Kalyoncu
272	PS-284	ORBİTAL İNFLAMATUVAR HASTALIK: TANI, TAKİP VE TEDAVİSİNE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM	Zeynep Toker Dinçer
349	PS-285	BİYOLOJİK DMARD TEDAVİSİ BAŞLANILAN PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARINDA TAKİP SÜRESİ 10 YILIN ÜZERİNDE OLANLARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	Gözde Sevgi Kart Bayram
423	PS-286	İDİYOPATİK GRANÜLOMATÖZ MASTİT HASTALARINDA İNTRALEZYONEL STEROİD TEDAVİSİ	Mesude Seda Aydoğdu

Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

DOI: 10.4274/raed.galenos.2023.S2
Ulus Romatol Derg 2023;15(Suppl 2):1-314

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
11-15 Ekim 2023
Sözlü Sunumlar
(SS-001 — SS-035)

SS-001

2023 ACR/EULAR antifosfolipid antikor sendromu sınıflandırma kriterlerinin antifosfolipid antikoru pozitif hasta kohortundaki performansı

Rıza Can Kardaş, İbrahim Vasi, Derya Yıldırım, Burcugül Kaya, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Revize Sapporo sınıflandırma kriterleri, antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) hastalarının sınıflandırılması için en yaygın kullanılan kriter setidir. 2006'daki revizyonundan bu yana, literatürde çeşitli klinik ve laboratuvar belirtiler bildirilmiştir. Bunlar arasında livedo retikularis (rasemoza), deri ülserleri, trombositopeni, kardiyak, pulmoner ve renal tutulum bulunur. 2023'te ACR ve EULAR antifosfolipid antikor sendromu için yeni sınıflama kriterleri yayınlamıştır. Bu çalışmada, antifosfolipid antikor pozitifliği olan bir hasta kohortunda, yeni sınıflandırma kriterlerinin performansını revize Sapporo kriterleri ile karşılaştırdık.

Yöntem: 2016'dan bu yana kurumumuzda takip edilen pozitif antifosfolipid antikoru [lupus antikoagülanı (LA), anti-kardiyolipin (aCL) IgM veya IgG, anti-β_2-glikoprotein I (aB2GPI) IgM veya IgG] olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri retrospektif olarak kaydedildi. Tüm parametreler, 2006 revize Sapporo ve 2023 sınıflama kriterlerine referansla değerlendirildi (Tablo 1-3).

Bulgular: Çalışmamıza 40 hasta dahil edildi. Hastaların %80'i (n=32) kadındı. Hastaların tanı veya ilk antikor pozitifliği yaş ortalaması 33,9 yıl idi (SS: 13,3 yıl, %95 GA: 29,7-38,1 yıl). Hastaların %27,5'i (n=11) kalıtsal trombofili için tarandı; sadece bir hastada heterozigot faktör V Leiden mutasyonu bulundu. Hastaların %37'si (n=13), kohorta dahil olmadan önce sigara içmişti. Hastaların %57,5'inin (n=23) sekonder AFAS'ı, %12,5'inin primer AFAS'ı vardı. Hastaların %30'u ise izole antifosfolipid antikoru pozitifliğine sahipti. Sekonder AFAS hastalarının büyük çoğunluğunda SLE (n=20) vardı ve hepsi 2019 ACR/EULAR SLE sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Hastaların %47,5'i (n=19) vasküler tromboz öyküsüne sahipti. On altı hastada venöz ve 5 hastada arteriyel tromboz vardı. Kadın hastaların %62,5'i (n=20) AFAS ile ilişkilendirilen obstetrik morbiditesi vardı. Hastaların %20,5'i (n=8) AFAS ile uyumlu bir deri bulgusuna sahipti ve bunların en yaygını livedo racemosa idi (n=7). İki hastada pulmoner kanama, iki hastada kalp kapaklarında (her ikisi de aort kapağı) vejetasyon ve iki hastada renal biyopside trombotik mikroanjiyopati bulguları vardı. Hastaların %50'sinde trombositopeni vardı ve ortanca minimal değer 85 bin/mm³ idi. Hastaların %20'si (n=8) otoimmün hemolitik anemi geliştirmişti. Yalnızca bir hastada katastrofik AFAS öyküsü vardı. Olguların %17,5'inde (n=7) LA pozitifti. En yaygın pozitif antifosfolipid antikoru aCL IgG'ydi (%55, n=22), onu anti-B2GP-I IgG (%28, n=11) izledi. Hastaların %82'si (n=33) pozitif ANA testine sahipti, %62,5'inin (n=25) kompleman (C3 veya C4) düzeyleri düşüktü. Genel olarak, hastaların %42,5'i (n=17) 2006 revize Sapporo kriterlerini karşılarken, %40'ı (n=16) 2022 taslak kriterlerini karşılıyordu. İki kriter seti arasında büyük bir uyum vardı; bir hastanın 2006 kriterlerini karşıladığı ancak 2023 kriterlerini karşılamadığı ve iki hastanın 2006 kriterlerini karşılamadığı halde 2023 kriterlerini karşıladığı görüldü.

Sonuç: Hastalarımızın kohortunda trombositopeni yaygın bir bulgu idi ve önemli bir azınlıkta livedo rasemoza ve otoimmün trombositopeni vardı. Yalnızca izole antifosfolipid antikoru pozitifliği olan hastaların birçoğunun taslak kriterlerin ilk tarama aşamasını karşılamasına rağmen, nihai sınıflama kriterlerini

karşılamadığı görüldü. 2023 tarama kriterlerini karşılayan hastaların uzun vadeli takibi gelecekte ek bilgiler sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid antikor sendromu, sınıflama kriterleri

Tablo 1. 2023 ACR/EULAR AFAS sınıflama kriterleri: Klinik özellikler

Klinik	Puan
Venöz tromboemboli (VTE)	
Yüksek VTE risk profili var	1
Yüksek VTE risk profili yok	3
Arteriyel tromboz	
Yüksek kardiyovasküler hastalık risk profili var	2
Yüksek kardiyovasküler hastalık risk profili yok	4
Mikrovasküler tutulum	
Şüpheli	2
İspatlı	5
Obstetrik	
≥3 tekrarlayan düşük/fetal ölüm (<16 hafta)	1
Fetal ölüm (≥16hafta–<34 hafta) Şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezlik yok	1
Şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezlik var (<34 hafta)	3
Şiddetli preeklampsi ve plasental yetmezlik var (<34 hafta)	4
Kalp kapağı	
Kalınlaşma	2
Vejetasyon	4
Trombositopeni (min 20–130 bin/mcL)	2

Tablo 2. 2023 ACR/EULAR AFAS sınıflama kriterleri: Laboratuvar özellikleri

Laboratuvar	Puan
LA pozitifliği	
Bir kez	1
Persistan	5
aCL/aB2GPI pozitifliği	
Yalnızca orta/yüksek aCL ve/veya aB2GPI IgM	1
Orta yükseklikte aCL ve/veya aB2GPI IgG	4
Yüksek aCL veya aB2GPI IgG	5
Yüksek aCL ve aB2GPI IgG	7

Tablo 3. 2023 ACR/EULAR AFAS <sınıflama kriterleri: Giriş ve sınıflama kriterleri

Prensipler	Her bir alt başlık (domain) altında yalnızca en yüksek puan alan değer kullanın
Giriş	≥1 klinik kriter+ ≥1 laboratuvar kriteri
Sınıflama	Klinik kriterler: ≥3 puan ve laboratuvar kriterleri: ≥3 puan

SS-002

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde romatolojik nedenlerle böbrek nakli yapılan hastaların kısa ve uzun dönem klinik sonuçlarının incelenmesi

Mesut Buğra Hatipoğlu[1], Berivan Bitik[2], Cihat Burak Sayın[3], Caner İncekaş[4], Mehmet Haberal[5], Eftal Ahmet Yücel[2]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

[4]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

[5]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatolojik hastalıklar, farklı spektrumlarda böbrek tutulumuna neden olabilirler. Bu spektrum, normal böbrek fonksiyonuna sahip hafif eritrositüri/proteinüri gibi anormalliklerden, hızla ilerleyen böbrek yetmezliğine kadar uzanır. Romatolojik hastalık ilişkili böbrek tutulumunda, etkin tedaviye rağmen son dönem böbrek hastalığı (SDBH) gelişebilmektedir. SDBH, yaşam kalitesini bozan, mortalite ve morbiditeleri artıran ve maliyet yükü fazla olan bir hastalıktır. Renal replasman tedavisi (RRT) seçeneklerinden olan böbrek nakli, diyaliz tedavisine göre avantajlı bir tedavi yöntemidir. Literatürde, romatolojik hastalığı olan bireylerde böbrek nakil sonuçlarını araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada, romatolojik hastalık ilişkili SDBH nedeniyle böbrek nakli yapılan hastaların laboratuvar ve klinik verileri incelenmiştir. Bu spesifik hasta grubunda, nakil sonrası beşinci ve onuncu yılda, romatolojik hastalık dışı nedenlerle nakil yapılan bireylere göre hasta ve allograft sağkalımı açısından farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Nakil sonrası takipte dikkat edilmesi gereken noktalara dikkat çekilmiştir.

Yöntem: Ocak 1994-Eylül 2022 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan 18 yaş ve üzerindeki 50 kontrol hastası ve romatolojik nedenlerle böbrek nakli yapılan 18 yaş ve üzerindeki 93 hasta olmak üzere toplamda 143 hastaya ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Araştırmanın değişkenlerine yönelik hasta bilgileri için, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi medikal bilgi sistemi "Nucleus MBS" (Monad Yazılım) ve Clinerion Hasta Kayıt Sistemi Platformu kullanılmıştır. İstatistiksel analizler RStudio yazılımı (R Core Team Version 1.4.1106, 2021) programı ile gerçekleştirildi. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak p<0,05 değeri kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya böbrek nakli yapılan 20 sistemik lupus eritematozus (SLE), 43 ailevi Akdeniz ateşi (FMF), 9 romatoid artrit (RA), 21 spondiloartrit (SpA), 50 kontrol grubu hastası olmak üzere toplam 143 hasta dahil edilmiştir. SLE grubunda 20 hasta olup hastaların 14'ü (%70) kadın, 6'sı erkekti, ortanca nakil yaşı 26 (22,5-38,5) yıldı. Takip süresince hastalardan 4'ünün (%20) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle anlamlı olarak SLE grubunda ölüm oranı daha yüksek bulundu (p=0,005). SLE grubunda on yıllık allograft sağkalım oranı (%63,64) kontrol grubuna göre (%92,86) daha düşük olup on yıllık hasta sağkalım oranı da (%73,33) kontrol grubuna göre (%100) daha düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0,042; p=0,011). SLE grubunda nakil öncesi daha kısa süre diyalize girmenin sağkalıma yararı görüldü (p=0,038). FMF grubunda 43 hasta olup hastaların 15'i kadın (%34,88) 28'i erkekti (%65,12), ortalama nakil yaşı 31,98±12,03 yıldı. Takip süresince hastalardan 14'ünün (%32,56) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle FMF grubunda ölüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001). Beş ve on yıllık hasta sağkalımları FMF grubunda sırasıyla %87,5 ve %71,43 iken kontrol grubunda %100 olup, FMF grubunda anlamlı derecede daha düşük bulundu (p=0,026; p=0,004). Beş ve on yıllık allograft sağkalımlarıysa FMF grubunda sırasıyla %79,49 ve %73,91 iken kontrol grubunda sırasıyla %97,56 ve %92,86 olduğu görüldü (p=0,013; p=0,119). Kardiyak patolojisi AA amiloidoz ile uyumlu olan bir FMF hastasına böbrek nakli sonrasında kalp nakli de yapıldığı görülmüştür. RA grubunda 9 hasta olup hastaların 4'ü kadın (%44,44) 5'i erkekti. Ortanca nakil yaşı 43 (31-54) yıldı. Takip süresince hastalardan 5'inin (%55,56) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle RA grubunda ölüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001). Beş ve on yıllık hasta sağkalımları RA grubunda sırasıyla %71,43 ve %50,00 iken kontrol grubunda %100 olup RA grubunda anlamlı derecede daha düşük bulundu (p=0,019; p=0,003). SpA grubunda 21 hasta olup hastaların 7'si kadın (%33,33), 14'ü erkekti. Ortalama nakil yaşı 39,65±13,81 yıldı. Takip süresince hastalardan 4'ünün (%19,05) öldüğü görülürken kontrol grubunda ölüm görülmemesi nedeniyle SpA grubunda ölüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,006). SpA grubunda beş ve on yıllık hasta sağkalımlarının kontrol grubundaki gibi %100 olduğu, beş ve on yılık allograft sağkalım oranlarınınsa SpA grubunda kontrol grubuyla benzer olduğu görüldü. Nakil zamanı yüksek düzeyde CRP'ye sahip olmanın, SpA hastalarında mortaliteyi artırdığı görüldü (p=0,027).

Sonuç: Çalışmamızda, SLE hastalarında yapılan böbrek nakillerinde, kontrol grubuna kıyasla ölüm oranının daha fazla, on yıllık allograft ve hasta sağkalım oranının daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca SLE hastalarında nakil öncesi diyaliz süresinin uzun olmasının hasta sağkalımını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. FMF hastalarında, kontrol grubunda yapılan böbrek nakillerine oranla ölüm oranının daha fazla, beş yıllık allograft, beş ve on yıllık hasta sağkalım oranının daha düşük olduğu bulunmuştur. RA ve SPA hastalarında yapılan böbrek nakillerinde, kontrol grubuna kıyasla, ölüm oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca SpA hastalarında nakil zamanı CRP değerinin yüksek olmasının ise mortaliteyi artırdığı gösterilmiştir. Tüm romatolojik hasta gruplarında, böbrek nakli sonrası en sık ölüm nedeninin enfeksiyon olduğu görülmüştür. Çalışmamızın romatolojik hastalarda böbrek nakli sonuçlarına dair az sayıda yayın olması sebebiyle literatüre önemli katkılar sağlaması beklenmektedir. Bu çalışma ile romatolojik hastalık ilişkili SDBH olan hastalarda, endikasyonu olan durumlarda nakilden kaçınılmaması gerektiği, en iyi RRT şeklinin böbrek nakli olduğu desteklenmiştir. Nakil sonrası gelişebilecek enfeksiyonlar ve erken tedavileri açısından dikkatli olunmalıdır. Nakil döneminde romatolojik hastalık aktivitesinin düşük olmasına dikkat edilmelidir. Nakil sonrasında da romatolojik hastalık nüksü açısından multidisipliner takibe devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lupus nefriti, renal amiloidoz, böbrek nakli

Tablo 1. SLE ve kontrol grubu hastalarının klinik özellikleri ve nakil sonuçları

Değişkenler		SLE (n=20)	Kontrol (n=50)	p-değeri
Cinsiyet (n,%)	Kadın	14 (70,00)	16(32,00)	**0,004***
	Erkek	6 (30,00)	34(68,00)	
Yaş; yıl (ortalama.±standart sapma)		41,3±8,73	44,08±11,79	0,286[a]
Nakil yaşı; yıl, ortanca (Q1-Q3)		26 (22,5-38,5)	31,5 (21-43)	0,339
Takip süresi; ay, ortanca (Q1-Q3)		120 (60-192)	126 (60-192)	0,896
Nakil öncesi hemodiyaliz süresi; (ay) ortanca (Q1-Q3)		30 (24-72)	12 (3-30)	**0,012***
Kreatinin mg/dL, 5. yıl, ortanca (Q1-Q3)		1,16 (0,91-1,9)	1,36 (1,04-1,64)	0,641
Kreatinin mg/dL, 10. yıl, ortanca (Q1-Q3)		1,59 (1-8,4)	1,58 (1,03-2)	0,602
Kadavra (n, %)		5(26,32)	7(14,00)	0,289
Ölüm (n, %)		4(20,00)	0(,00)	**0,005***
5 yılda allograft sağkalım oranı (n,%)		14/16(87,5)	40/41(97,56)	0,187
5 yılda hasta sağkalım oranı (n,%)		16/17(94,12)	41/41(100,00)	0,293
10 yılda allograft sağkalım oranı (n,%)		7/11(63,64)	26/28(92,86)	**0,042***
10 yılda hasta sağkalım oranı (n,%)		11/15(73,33)	(100,00)	**0,011***

Tablo 2. FMF ve kontrol grubu hastalarının klinik özellikleri ve nakil sonuçları

Değişkenler		FMF (n=43)	Kontrol (n=50)	P değeri
Cinsiyet, n (%)	Kadın	15(34,88)	16(32,00)	0,769
	Erkek	28(65,12)	34(68,00)	
Yaş; yıl (ortalama±ss)		42,86±11,32	44,08±11,79	0,614[a]
Nakil yaşı; yıl (ortalama±ss)		31,98±12,03	33,14±13,72	0,613[a]
Takip süresi; ay, ortanca (Q1-Q3)		108 (60-168)	126 (60-192)	0,643
Nakil öncesi hemodiyaliz süresi (ay), ortanca (Q1-Q3)		12 (0-96)	12 (3-30)	0,371
Kreatinin mg/dL, 5. yıl		1,25 (0,99-1,71)	1,36 (1,04-1,64)	0,651
Kreatinin mg/dL, 10. yıl		1,23 (0,99-2,34)	1,58 (1,03-2)	0,817
Kadavra (n, %)		11(25,58)	7(14,00)	0,159
Ölüm (n, %)		14(32,56)	0(,00)	**<0,001***
5 yılda allograft sağkalım oranı (n,%)		31/39(79,49)	40/41(97,56)	**0,013***
5 yılda hasta sağkalım oranı (n,%)		35/40(87,50)	41/41(100,00)	**0,026***
10 yılda allograft sağkalım oranı (n,%)		17/23(73,91)	26/28(92,86)	0,119
10 yılda hasta sağkalım oranı (n,%)		20/28(71,43)	28/28(100,00)	**0,004***

SS-003

Herhangi bir sebeple abdomen bilgisayarlı tomografi çekilen spondiloartrit hastalarında romatoloğun tomografik olarak sakroiliak eklem değerlendirmesi ile radyoloğun raporundaki sakroiliit bulgularının uyumu

Başak Gülşah Kalaslıoğlu, İsmail Sarı

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir

Amaç: Spondiloartrit (SpA) tanılı hastalara akut batın şüphesi, malignite taraması veya nefrolitiazis gibi nedenlerle abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildiğinde radyolog tarafından primer hedefe yönelik olarak rapor yazılabilmekte ve sakroiliak eklemdeki (SİE) yapısal değişiklikler bildirilmemektedir. Bu çalışmada herhangi bir sebeple abdomen BT çekilen SpA tanılı hastaların SİE görüntülemelerini retrospektif olarak inceleyip sakroillit varlığı açısından radyoloğun raporuyla uyumuna bakmayı hedefledik.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde SpA olarak değerlendirilen, herhangi bir sebeple en az bir kez çekilmiş abdomen BT'si olan 188 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların eşlik eden komorbiditeleri, klinik bulguları, laboratuvar verileri ve ilaç kullanımları incelendi. Pelvis direkt grafileri iki ayrı romatolog tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirildi. Abdomen BT'leri de füzyon varlığı ve total erozyon skoru açısından incelendi. Bu veriler hastane sistemindeki abdomen BT radyoloji raporlarında bildirilen sakroiliit verileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: BT raporları incelendiğinde 33 hastada sakroiliit ile uyumlu bulgular mevcutken, 155 hastada sakroiliit bildirilmemişti. Görüntüler tekrar değerlendirdiğinde 82 hastada sakroiliit ile uyumlu yapısal değişiklikler saptandı. BT'de yapısal değişikliği olan bu hastaların sadece 23'ünde (%28) sakroiliit rapor edilmişti. BT'de yapısal değişikliği olmayan hastaların (106 hasta) 10'unda (%9,4) radyoloji raporunda sakroiliit varken 96 hastanın (%90,6) radyoloji raporunda sakroiliit yoktu (p<0,001). Tekrar incelenen BT'lerde aşikar değişiklik/füzyon oranları radyoloji raporunda sakroiliit bulgusu olan grupta %75,8 iken radyoloji raporunda sakroiliit bildirilmeyen grupta %34,2 olarak saptandı (p<0,001). Total füzyonu olan hastaların %30,8 inde (16 hasta) radyoloji raporunda sakroiliit bildirilmişken, total füzyonu olmayan hastaların sadece %12,5 inde (17 hasta) sakroiliit raporlanmıştır (p=0,003).

Sonuç: Çalışmamız; SpA tanısı olup herhangi bir sebeple abdomen BT çekilen hastaların görüntülerinin romatologlar tarafından yeniden değerlendirilerek radyoloji raporları ile kıyaslandığı literatürdeki ilk çalışmadır. Çalışmada 82 hastada sakroiliit ile uyumlu yapısal değişiklik saptanmışken, BT'de yapısal değişikliği olan hastaların sadece 23'ünde (%28) sakroiliit rapor edilmişti. Bu duruma hekim başına düşen rapor yükünün fazla olması ve sadece tetkik istem nedenine cevap olarak bulguların değerlendirilmesi yol açıyor gibi gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, sakroiliit, bilgisayarlı tomografi, erozyon

SS-004

Sakroiliak MRG'DE aktif lezyonlardan yapısal değişikliklere geçiş ve ilişkili faktörler

Umut Kalyoncu[1], Gizem Ayan[1], Levent Kılıç[1], Pamir Atagündüz[2], Servet Akar[3], Nazife Şule Yaşar Bilge[4], Ediz Dalkılıç[5], Yavuz Pehlivan[5], Orhan Küçükşahin[6], Cemal Bes[7], Hakan Emmungil[8], Duygu Ersözlü[9], Aşkın Ateş[10], Rıdvan Mercan[11], Gezmiş Kimyon[12], Süleyman Serdar Koca[13], Emel Gönüllü[14], Veli Yazısız[15], Nilüfer Alpay Kanıtez[16], Abdülsamet Erden[17], Belkıs Nihan Coşkun[5], Burcu Yağız[5], Sedat Yılmaz[18], Timuçin Kaşifoğlu[4], Ali İhsan Ertenli[1], Sedat Kiraz[1]

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

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

[3]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[5]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[6]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Cam ve Şakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[8]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

[10]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[11]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[12]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

[13]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

[14]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[15]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

[16]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[17]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[18]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sakroiliak MRG'de hem aktif hem de kronik lezyonlar görülebilir. Spondiloartrit (SpA) hastalarından oluşan bir bDMARD kohortunda sakroiliak MRG'de aktif ve yapısal lezyonları olan hastaların demografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: TReasure, 2017 yılında Türkiye'de başlatılan ve şu anda 17 merkezi içeren ulusal, çok merkezli, uzunlamasına ve gözlemsel bir veri tabanıdır. 1230/7015 (%17,5) SpA [Psoriatik artrit (PsA) dahil] hastasının MRG'sinde sakroiliit ile uyumlu

bulgular vardı ve bu bulgular her merkezdeki radyolog tarafından aktif ve yapısal lezyonların varlığı açısından kaydedildi. Hastaların demografik özellikleri, SpA ile ilişkili özellikler; daktilit, entezit, üveit, İBH, SpA aile öyküsü, kalça tutulumu, kalça replasmanı, mNY ile sakroiliit, sindesmofit. bDMARD başlanması sırasındaki hastalık aktivitesi; ASDAS-CRP, ASDAS- ESR, BASDAI, ESR, CRP, VAS (hekim global, hasta global), fonksiyon ve yaşam kalitesi; BASFI (>40 mm), HAQ-DI (<0,5, 0,5-1,0, >1,0), EQ5D, değerlendirilmiş ve aktif/aktif ve yapısal/yapısal lezyonlu gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Sakroiliak MRG'si olan 1230 hastanın 548'inde (%44,5) sadece aktif lezyonlar, 418'inde (%33,9) hem aktif hem de yapısal lezyonlar ve 264'ünde (%21,5) sadece yapısal lezyonlar vardı. Hastaların tanıları r-SpA 833 (%67,7), periferik SpA 329 (%26,7), nr-SpA 321 (%26,1), enteropatik SpA 79 (%6,4), PsA 64 (%5,2) şeklindeydi. MRG'de "sadece aktif lezyon" ile "sadece yapısal lezyon" arasında yaş daha büyük, hastalık süresi daha uzun, mNY kriterlerini karşılama ve kalça tutulumu oranı daha yüksek, HLA-B27 pozitifliği daha yüksek, sindesmofit varlığı daha yüksek, üveit daha fazlave metrolojik indeksler (BASMI ve Schober testi) daha kötüydü (Tablo 1). Çok değişkenli analizde aktif lezyonlardan yapısal lezyon gelişimiyle ilişkili faktörler olarak OR 1,09 (%95 GA 1,04-1,14) ile hastalık süresi, OR 3,36 (%95 GA 1,52-7,40) ile mNY pozitif sakroiliit ve 3,80 (%95 1,23-11,8) ile üveit gösterildi.

Sonuç: Sakroiliak MRG'de aktif lezyonlardan yapısal lezyonlara geçiş zamanla ilişkili olabilir ve yaklaşık 5 yıl içinde kronikleşmenin geliştiği gözlenmiştir. Beklendiği gibi, MRG'de yapısal lezyonlar geliştiğinde, mNY kriterlerini karşılama oranı yaklaşık 3 kat artmaktadır. Üveit ile yapısal hasar gelişimi arasında bir ilişki vardır. Metrolojik indekslerin yapısal hasar ile ilişkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak MR'de merkezi okumanın olmaması bu değerlendirmede bir kısıtlamadır.

Anahtar Kelimeler: Sakroiliak, MRG, SpA

Tablo 1. MRG'de aktif/aktif ve yapısal/yapısal lezyonları olan hastaların özellikleri

	Aktif lezyonlu MRG n=548	Aktif ve kronik lezyonlu MRG n=418	Kronik lezyonlu MRG n=264	P
Güncel yaş (yıl)	40 (33-48)	41 (35-50)	45 (38-52)	<0,001
Cinsiyet (erkek) n, (%)	279 (50,9)	200 (47,8)	146 (55,3)	0,16
Hastalık süresi, yıl, (semptom-bDMARD başlanması)	5,1 (2,4-9,0)	5,9 (2,7-10,3)	7,5 (3,1-14,7)	<0,001
Hastalık süresi, yıl, (tanı-bDMARD başlanması)	1,6 (0,5-4,4)	2,2 (0,6-5,9)	2,9 (0,7-7,4)	<0,001
AS n=833 Periferik SpA n=329 nr-AxSpA n=321 Enteropatik artrit n=79 PsA n=64	301 (36,1) 176 (53,5) 204 (63,6) 41 (51,9) 31 (48,4)	323 (38,8) 91 (27,7) 76 (23,7) 24 (30,4) 25 (39,1)	209 (25,1) 62 (18,8) 41 (12,8) 14 (17,7) 8 (12,5)	NA
BMI	25,9 (23,4-29,4)	27,6 (23,4-30,6)	26,7 (23,9-30,9)	0,011
mNY kriterleri n (%)	301 (56,9)	323 (80,0)	209 (81,3)	<0,001
BASMI	1,8 (1,0-2,6)	3,0 (1,8-3,8)	3,4 (1,9-4,6)	<0,001
Schober`s testi ≤2 cm n (%)	11 (4,2)	23 (12,6)	19 (19,2)	<0,001
HAQ-DI skoru HAQ-DI <0,5, n (%) HAQ 0,5-1,0, n (%) HAQ >1,0, n (%)	0,50 (0,20-0,90) 126 (45,3) 84 (30,2) 68 (24,5)	0,63 (0,35-0,98) 66 (28,4) 105 (45,3) 61 (26,3)	0,63 (0,30-1,0) 40 (31,0) 53 (41,1) 36 (27,9)	0,025 0,001
Sindesmofit, n (%)	57 (12,1)	62 (17,4)	56 (24,3)	<0,001
Entezit, n (%)	155 (34,9)	70 (21,2)	64 (31,2)	<0,001
Üveit, n (%)	45 (8,3)	34 (8,3)	42 (16,2)	0,001
Kalça tutulumu, n (%)	45 (9,3)	69 (18,3)	49 (20,4)	<0,001

Sürekli değişkenler medyan (%25-75) olarak sunulmuştur AS: Ankilozan Spondilit, SpA: Spondiloartrit, AxSpA: Aksiyel SpA, PsA: Psöriatik Artrit, BMI: Vücut kitle indeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi, mNY: Modifiye New York Kriterleri, HAQ- DI: Sağlık Değerlendirme Anketi Engellilik İndeksi

SS-005

Takayasu arteritine eşlik eden spondiloartrit spektrumundaki hastalıkların sıklığı ve hastalık seyrine etkisi

Kerem Yiğit Abacar[1], Sema Kaymaz-Tahra[2], Özün Bayındır[3], Burak İnce[4], Muhammet Emin Kutu[5], Ayten Yazıcı[6], Elif Durak Ediboğlu[7], Tuba Demirci Yıldırım[8], Zeliha Ademoğlu[9], Ahmet Amma[10], Nazife Şule Yaşar Bilge[11], Gezmiş Kimyon[12], Timuçin Kaşifoğlu[11], Hakan Emmungil[9], Fatoş Önen[8], Servet Akar[7], Ayşe Çefle[6], Nilüfer Alpay Kanıtez[13], Selda Çelik[5], Murat İnanç[4], Kenan Aksu[3], Gökhan Keser[3], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[6]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[7]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

[9]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[10]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[11]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[12]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

[13]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

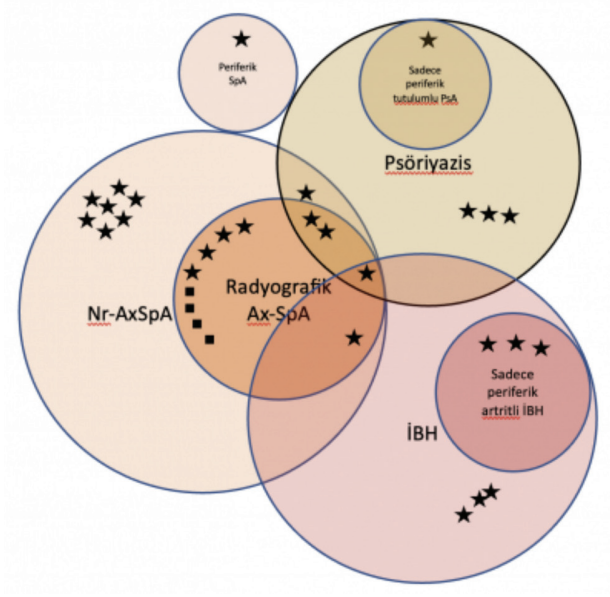
Amaç: Takayasu arteritli (TAK) hastalara spondiloartrit (SpA) spektrumundaki hastalıklar veya bu hastalıkların bulguları eşlik edebilmektedir. Ancak hastalığın kendisi veya bulgularının, TAK seyrine etkisi ve vasküler bulgularla ilişkisi hakkında yeterli veri yoktur. TAK hastalarında SpA, enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ve psoriasis sıklığını, klinik özelliklerini ve TAK'nin klinik özellikleri ve seyri üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, Türkiye genelinde 12 üçüncü basamak romatoloji kliniğinden ACR 1990 kriterlerine göre sınıflandırılabilen 350 TAK hastası dahil edildi. Tüm bu hastalar Aksiyel SpA (axSpA), İBH veya psoriasis varlığı açısından değerlendirildi. SpA spektrum bozukluğu olan veya olmayan TAK hastalarının demografik ve klinik özellikleri, anjiyografik tutulum paternleri, hastalık aktivitesi, hasar skorları ve tedavileri kaydedildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı (SS) 45,5 (13,6) yıl ve ortalama takip süresi (SS) 76,1 (65,9) aydı. Üç yüz elli hastanın 31'inde (%8,8) SpA spektrumundan en az bir hastalık vardı: 8'inde (%2,2) İBH, 8'inde (%2,2) psoriasis ve 20'sinde (%5,7) axSpA tespit edildi (Şekil 1). TAK-SpA grubunda, TAK, grubun geri kalanına kıyasla istatistiksel anlamlı olarak daha erken hastalık başlangıcına sahipti (26,03±7,49 yıl ve 31,59±12,6 yıl, p=0,041). SpA ile ilişkili semptomlar genellikle TAK ilişkili semptomlardan daha önce başlamıştı. TAK için biyolojik tedavi kullanımı oranı TAK-SpA grubunda (%70,9) diğer TAK hastalarına (%27,9) göre anlamlı olarak yüksek idi (p<0,001) (Tablo 1). Damar tutulum paternleri her iki grupta benzerdi.

Sonuç: Çalışmamız, SpA spektrumundaki hastalıkların TAK hastalarında nadir olmadığını doğruladı. Bu tür hastalarda TAK semptomlarının daha erken ortaya çıktığı ve TAK-SpA grubunda biyolojik ajanlarla daha agresif tedavinin gerekli olduğu göz önüne alındığında, SpA-spektrum bozukluklarının varlığının TAK hastalarında daha şiddetli bir hastalık seyrine neden olabileceği sonucuna varılabilir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, spondiloartrit



Şekil 1. TAK/SpA hastalarının SpA spektrumu içinde dağılımı
SpA: Spondiloartrit, AxSpA: Aksiyel spondiloartrit, Nr-AxSpA: Non-radyografik aksiyel spondiloartrit, PsA: Psöriyatik artrit, İBH: Enflamatuvar barsak hastalığı, : kadın, : : erkek

Tablo 1. TAK'ın klinik özelliklerinin SpA-spektrum hastalıklarının varlığına göre karşılaştırılması

	TAK/SpA	SpA'sız TAK	p
Tanı yaşı, ort (SS)	29.5 (9.96)	34.05 (13.06)	0.087
Kadın/Erkek oranı	4/27	48/271	1
TAK ilişkili semptomların başlangıç yaşı (yıl), ort (SS)	26 (7.5)	31.6 (12.6)	***0.041***
Tanıda gecikme süresi (ay), ort (SS)	31.2 (34.5)	34.7 (54.3)	0.557
Tanı sırasında ITAS, ort (SS)	11.5 (6.4)	11.3 (5.3)	0.995
Tanı sırasında ateş, n (%)	6 (20)	76 (25.6)	0.507
Eritema nodosum, n (%)	5 (16.7)	5 (1.6)	***0.001***
Rekürren oral aftöz stomatit, n (%)	4 (13.3)	23 (7.3)	0.477
İlk DMARD sonrası remisyon, n (%)	15 (68.2)	175 (70.8)	0.795
Relaps, n (%)	8 (34.8)	113 (40.3)	0.591
Relaps sayısı, ort (SS)	0.4 (0.7)	0.7 (1.05)	0.365
Biyolojik tedavi, n (%)	22 (70.9)	85 (27.9)	***<0.001***
Güncel PGA skoru, ort (SS)	1.6 (1.6)	2.4 (2.1)	***0.035***
Güncel ITAS, ort (SS)	1.2 (2.4)	2.25 (2.6)	***0.007***
Güncel VDI, ort (SS)	3.7 (2.7)	3.7 (2.5)	0.771
Kümülatif kortikosteroid dozu (gram), ort (SS)	8478 (8437)	11016 (11037)	0.254
CRP (TAK tanısı sırasında) (mg/L), ort (SS)	27.9 (8.5)	26.7 (9.2)	0.856

(TAK: Takayasu Arteriti, SpA: Spondiloartrit, SS: Standart Sapma, ITAS: Indian Takayasu Activity Score, DMARD: Disease Modifying Anti-Rheumatismal Drugs, PGA: Physician Global Assessment, VDI: Vasculitis Damage Index)

SS-006

Behçet hastalarının 1. derece yakınlarında ailesel Behçet taraması: Ana femoral ven duvar kalınlık ölçümünün erken tanıda değerlendirilmesi

Ayşe Elif Boncukçuoğlu[1], Erhan Topal[2], Rabia Ergelen[3], Dilara Kaş[4], Elifnur Alkan[4], Gamzenur Kaya[4], Şevket Girgin[5], Tülin Ergun[2], Haner Direskeneli[6], Fatma Alibaz Öner[6]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) sıklıkla eski ipek yolu ülkelerinde izlenen, patogenezinde genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Genellikle sporadik olmakla birlikte daha önce yapılan çalışmalarda ailesel agregasyon gösterilmiştir. Çalışmamızda Behçet hastalarının 1. derece yakınlarının BH klinik semptom ve bulguları açısından taranması ve ana femoral ven duvar (AFV) kalınlık ölçümünün ailesel BH'nın erken tanısında ek faydası olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı Behçet Kliniği'nde izlemde olan 129 Behçet hastası ve bu hastaların 230'u 1. derece yakını dahil edildi. Behçet hastaları ve hasta yakınları demografik veriler ve BH klinik bulguları açısından sorgulandı. Klinik muayeneyi kabul eden 111 hasta yakınına paterji testi ve ultrasonografik olarak AFV duvar kalınlık ölçümleri yapıldı. Ölçüm yapılan hasta yakınları ISG ve ICBD kriter setlerine göre sınıflandırıldı ve kriter setlerini karşılamayanlar BH için oral afta ek olarak anlamlı en az bir klinik bulgusu olması halinde "Şüpheli BH" grubuna dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hasta yakınlarından %47,4'ü kadın, %52,6'sı erkek olup ortanca yaş 32 olarak gözlenmiştir. İki yüz otuz hasta yakınına yapılan klinik sorgulamada en sık bulgu olarak oral aft %46,5 oranında gözlenmiş olup eklem tutulumu %31,3, folikülit %28,3 ve EN %11,8 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda 111 hasta yakınına klinik muayene yapılmış ve bunlardan 10'una BH tanısı konulmuştur. BH tanısı alan 10 kişiden 8'inde femoral ven duvar kalınlığı 0,5 mm ve üzeri cut-off değerinde saptanmıştır. AFV kalınlık oranları ISG ve ICBD tanı kriter setini karşılayan grupta karşılamayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0,001). Şüpheli BH grubuna dahil edilenlerin AFV duvar kalınlık ölçümleri Şüpheli BH grubunda olmayanlara kıyasla istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir (p=0,003). OA, GU, folikülit veya EN semptom varlığı ile AFV duvar kalınlık artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (p=0,004, p<0,001 ve p=0,002). Semptom sayısı ve venöz duvar kalınlık artışı arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (r=0,419).

Sonuç: Çalışmamızda Behçet hastalarının 1. derece yakınlarında %9 oranında yeni BH tanısı konulmuştur. Ayrıca hasta yakını grubunda artmış OA, GU, EN, folikülit ve eklem tutulum sıklığı gözlenmiştir. AFV kalınlık ölçümleri BH için ISG ve/veya ICBD tanı kriter setini karşılayan hasta yakınlarının %80'inde 0,5 mm ve üzeri cut-off değerinde saptanmıştır. AFV kalınlığı şüpheli BH grubunda da yüksek saptanmış olup sonuçlarımız Behçet hastalarının 1. derece yakınlarında erken BH hastalığı tanısında AFV duvar kalınlığını ölçümünün faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Tanı kriterlerini karşılamayan, az sayıda semptom veya bulgusu olan şüpheli BH grubunun takibinde artmış AFV kalınlığının BH gelişimini predikte edip etmediği çalışmamızın longitudinal takip verileri ile netleşecektir.

Anahtar Kelimeler: Aile, Behçet hastalığı, femoral ven/diyagnostik görüntüleme

SS-007

MİR-183-5P, MİR-451A ve MİR-625-3P'nin sistemik sklerozis patogenezindeki temel rolleri ve biyobelirteç potansiyelleri

Yavuz Pehlivan[1], Belkıs Nihan Coşkun[1], Oğuzhan Akgün[2], Burcu Yağız[1], Yaren Yıldız[2], Emel Bülbül Başkan[3], Şaduman Balaban Adım[4], Ediz Dalkılıç[1], Ferda Arı[2]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[2]Bursa Uludağ Üniversitesi, Biyoloji Bölümü, Moleküler Biyoloji Anabilim Dalı, Bursa

[3]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa

[4]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

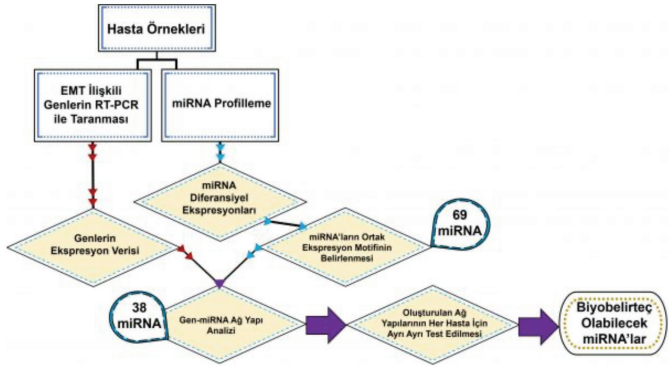
Amaç: Epitel-mezenkimal geçiş (EMT) yolağının sistemik skleroz (SSk) patogenezi sürecinde önemli olabilecek gen-miRNA ağ yapısının açıklığa kavuşturulmasıdır.

Yöntem: Punch biyopsi örnekleri, ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan, SSk tanısını yeni alan ve tedavi başlanmamış olan hasta gruplarından alındı. Ayrıca SSk tanısı olmayan sağlıklı kontrollerden de biyopsi alındı. Alınan örneklerde miRNA ifade seviyeleri RNA sekans, Gen ekspresyon seviyeleri ise RT-PCR kullanılarak analiz edildi. İlk olarak Epithelial-Mesenchymal Transition Database v2 (dbEMT2) ve Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes (KEGG) veri tabanları kullanılarak EMT mekanizmasında merkezi görevlere sahip genler belirlendi. Her hasta örneğinde farklı miRNA ekspresyon durumları olabileceğinden R/Bioconductor yazılımı altında "WGCNA" paketi kullanılarak ortak ekspresyon motifleri (co-expression) belirlendi. EMT ilişkili genler ile ortak ekspresyon motifine sahip miRNA'lar için ekspresyona bağlı ilişki ağları R'da mirNet paketi kullanılarak miRTarBase, TarBase ve miRecords veritabanlarında analiz edildi. Bu sayede EMT ilişkili genler ile ilişkili miRNA'lar belirlenerek ağ yapı analizleri "cytoscape" yazılımında gerçekleştirildi. Son olarak ağ yapı analizleri sonucu elde edilen veriler tüm hastalarda ayrı ayrı test edildi. Ve biyobelirteç olabilecek miRNA'ların ayrım gücü artırıldı (Şekil 1). Bu araştırma klinik araştırmalar etik kurulu "2011-KAEK-26/434" sayılı kararı ile gerçekleştirilmekte ve ayrıca üniversitemiz Bilimsel Araştırma Proje Birimi tarafından desteklenmektedir. Deneysel çıktılar projemizin ikinci aşama sonuçlarını içermektedir.

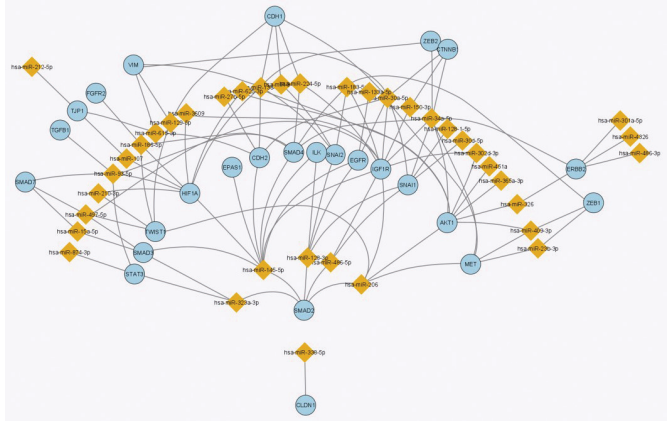
Bulgular: Yapılan analizler sonucu sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla SSk hastalarında 69 adet miRNA'nın farklı ifade profilleri sergilediği belirlenmiştir. RT-PCR çalışmalarında ise *AKT1*, *SMAD4*, *ERBB2*, *IGF2*, *FGFR2*, *STAT3* genlerinde anlamlı ekspresyonlar gözlenmiş ve gen-miRNA ağ yapı analizleri sonucu 38 miRNA'nın EMT ilişkili olabileceği tespit edilmiştir. Tüm örnekler için ayrı ayrı yapılan ağ yapı analizleri sonucu ise özellikle hsa-miR-183-5p, hsa-miR-451a ve hsa-miR-625-3p'nin biyobelirteç olma potansiyellerinin bulunduğu gözlenmiştir (Şekil 2). Ayrıca alınan sonuçlar Raynaud fenomeninin uzun yıllardır olması ve deri bulgularının şiddetine göre korelasyon göstermiştir.

Sonuç: SSk'da fibrotik bozukluk hastalığın birçok klinik bulgusunun oluşmasında önemlidir. SSk'daki fibrozis sürecinde EMT yolağına yönelik terapötik veya diagnostik hedef/hedefler henüz tam olarak araştırılmamıştır. Çalışmamızda anlamlı ekspresyon artışı saptanan EMT ilişkili 24 gen ve 69 miRNA ile yapılan ağ analizi sonucunda 38 miRNA'nın etkin olduğu gözlenmiştir. Her hastanın ayrı ayrı gen ve miRNA ekspresyon profili test edilip hedef biyobelirteç olabilecek 38 miRNA'nın her hastada ayrım gücünün yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Biyobelirteç, epitel-mezenkimal geçiş (EMT), miRNA, patogenez, sistemik sklerozis



Şekil 1. Çalışma dizaynı



Şekil 2. Sistemik skleroz hastalarının miRNA profilleri

SS-008

Lupus nefritli hastalarda disfonksiyonel HDL ile ilgili biyobelirteçler ve subklinik ateroskleroz ile ilişkisi

Sibel Zaralı[1], Eda Cingöz[2], Suzan Çınar[3], Derya Baykız[3], Arzu Poyanlı[2], Ahmet Kaya Bilge[4], Yasemin Yalçınkaya[5], Ahmet Gül[5], Murat İnanç[5], Bahar Artım Esen[5]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, Aziz Sancar Deneysel Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[5]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Lupus hastalığında enflamasyon varlığında oluşan disfonksiyonel HDL, ateroskleroz belirteçleri olan plak varlığı veya intima-media kalınlığı ile koreledir. Nefrit gelişen SLE hastalarında plak sıklığı artmıştır. Çalışmada nefriti olan hastalarda disfonksiyonel HDL ilişkili biyobelirteçlerin (Pon-1, Apo-A1, Anti-Apo A1) subklinik ateroskleroz ile ilişkisinin karotis ve femoral Doppler USG ile ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Altmış sekiz biyopsi kanıtlı class 4 ve 5 lupus nefriti (LN) hasta, 45 non-nefrit SLE tanılı hasta, 36 sağlıklı gönüllü kontrol grubu dahil edildi. Toplam 139 hastaya karotis ve femoral Doppler ultrasonografi ve ekokardiyografik değerlendirme yapıldı. Eş zamanlı serum örneklerinde Pon-1, Apo-A1, Anti-ApoA1 ELİSA ile çalışıldı.

Bulgular: Renal SLE ve nonrenal SLE'de ayrı ayrı sağlıklı kontrole göre Pon-1 aktivitesi ve Apo-A1 düzeyi düşük, Anti-ApoA1 düzeyi yüksek saptandı (tümü için p<0,05). Renal SLE ile nonrenal SLE arasında biyobelirteç düzeyleri anlamlı farklılık göstermedi. Renal ve nonrenal SLE'de karotis ve femoral intima-media kalınlığı sağlıklı kontrollere kıyasla yüksekti ve SLICC ile pozitif koreleydi. SLEDAİ skoru ile belirlenen aktif ve inaktif SLE ayrımında da Pon-1, Apo-A1 ve Anti-ApoA1 tanısal değerde bulunmadı. Renal ve nonrenal SLE'de sağlıklılara göre anlamlı yüksek karotis ve/veya femoral plak mevcuttu, nefriti olan ve olmayan SLE arasında plak sıklığı istatistiksel anlamlılık göstermedi. Renal SLE'de karotis ve femoral plak birlikteliği, nonrenal SLE grubuna göre yüksekti (p=0,02). Plağı olan renal SLE ile plağı olan nonrenal SLE grubu karşılaştırıldığında, Pon-1 aktivitesi ve Apo-A1 düzeyi istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da renal SLE'de daha düşük, Anti-ApoA1 düzeyi plağı olan renal SLE'de daha yüksek titrede idi; ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı görülmedi. Plak varlığında bu biyobelirteçler tanısal açıdan anlamlı bulunmadı. Renal ve nonrenal SLE'de plak varlığı tahmin etmede yaş (p<0,001) her bir birimlik artışta plak görülme olasılığında %14,9 artış ve hastalık süresi (p<0,05) fazladan geçirilen her ayda plak görülme olasılığında %1,4 artış sağladı.

Sonuç: SLE'de artmış akserele subklinik ateroskleroz varlığının erken tespit edilmesinde görüntüleme önemli yere sahiptir. Proenflamatuvar HDL'nin aterosklerozda rolü düşünüldüğünde, HDL komponentleri ve onlara yönelik gelişen antikorların görüntüleme bulguları eşliğinde longitudinal izlemde anlamlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, ateroskleroz, plak

Tablo 1. PON-1, APO-A1 ve Anti-APOA1 ELISA sonuçları

Özellik	Renal SLE (n=68)	Nonrenal SLE (n=45)	P*	Sağlıklı (n=36)	P**	P***
Pon-1	137,9±117,4	157,6±135,6	0,4	436,3±206,4	<0,001	<0,001
Apo-A1	11,3±10,3	12,9±13,2	0,2	37,5±27,2	<0,001	<0,001
Anti-ApoA1	4,08±3,8	4,3±3,8	0,8	2,9±1,4	0,04	0,02

* Renal SLE vs nonrenal SLE karşılaştırması
** Renal SLE vs sağlıklı kontrol
*** Nonrenal SLE vs sağlıklı kontrol

Tablo 2. Gruplarda plak varlığı

Özellik	Renal SLE (n=68)	Sağlıklı (n= 26)	P*	Nonrenal SLE (n=45)	P**	P***
Herhangi bir plak varlığı, n(%)	39(57,4)	7(26,9)	0,01	20(44,4)	0,2	0,24
Karotis plak varlığı, n(%)	30(44,1)	5(19,2)	0,03	12(26,7)	0,57	0,07
Femoral plak, n(%)	23(33,8)	5(19,2)	0,2	10(22,2)	1.0	0,21
Karotis ve femoral plak, n(%)	14(20,6)	3(11,5)	0,38	2(4,4)	0,34	0,02

* Renal SLE vs sağlıklı kontrol karşılaştırması
** Nonrenal SLE vs sağlıklı kontrol
*** Renal SLE vs nonrenal SLE

Tablo 3. Plak varlığı için risk oluşturan parametrelerin çoklu analizi

	OR	%95 GA	P
Yaş, yıl	1,149	1,066-1,238	<0,05
SLE hastalık süresi, ay	1,014	1,001-1,027	<0,05
Kümülatif steroid dozu, gr	0,956	0,866-1,054	0,367
SLICC hasar skoru	0,878	0,479-1,608	0,673
Diyabetes mellitus	1,920	0,080-46,172	0,688
Hipertansiyon	0,679	0,196-2,356	0,542
Sigara	0,702	0,181-2,720	0,609
Hiperlipidemi	1,577	0,330-7,536	0,568
APS	0,287	0,011-7,393	0,452
aPL pozitifliği	1,517	0,035-65,390	0,828
LAK pozitifliği	0,315	0,008-11,903	0,533
Anti-aKL IgM pozitifliği	0,089	0,003-3,053	0,180
Anti-aKL IgG pozitifliği	0,322	0,009-10,956	0,529
Antikoagulan kullanımı	8,087	0,588-111,301	0,118
Herhangi bir dozda steroid kullanımı	1,727	0,455-6,552	0,422
Steroid ilişkili hasar varlığı	0,639	0,111-3,690	0,617

SS-009

Non-spesifik aksiyal semptomu olan psoriasis ve psöriatik artrit hastalarının düşük doz BT ile değerlendirilmesi

Şerife Asya Germe[1], Gizem Ayan[1], Sibel Doğan Günaydın[2], Başak Yalıcı Armağan[2], Levent Kılıç[1], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

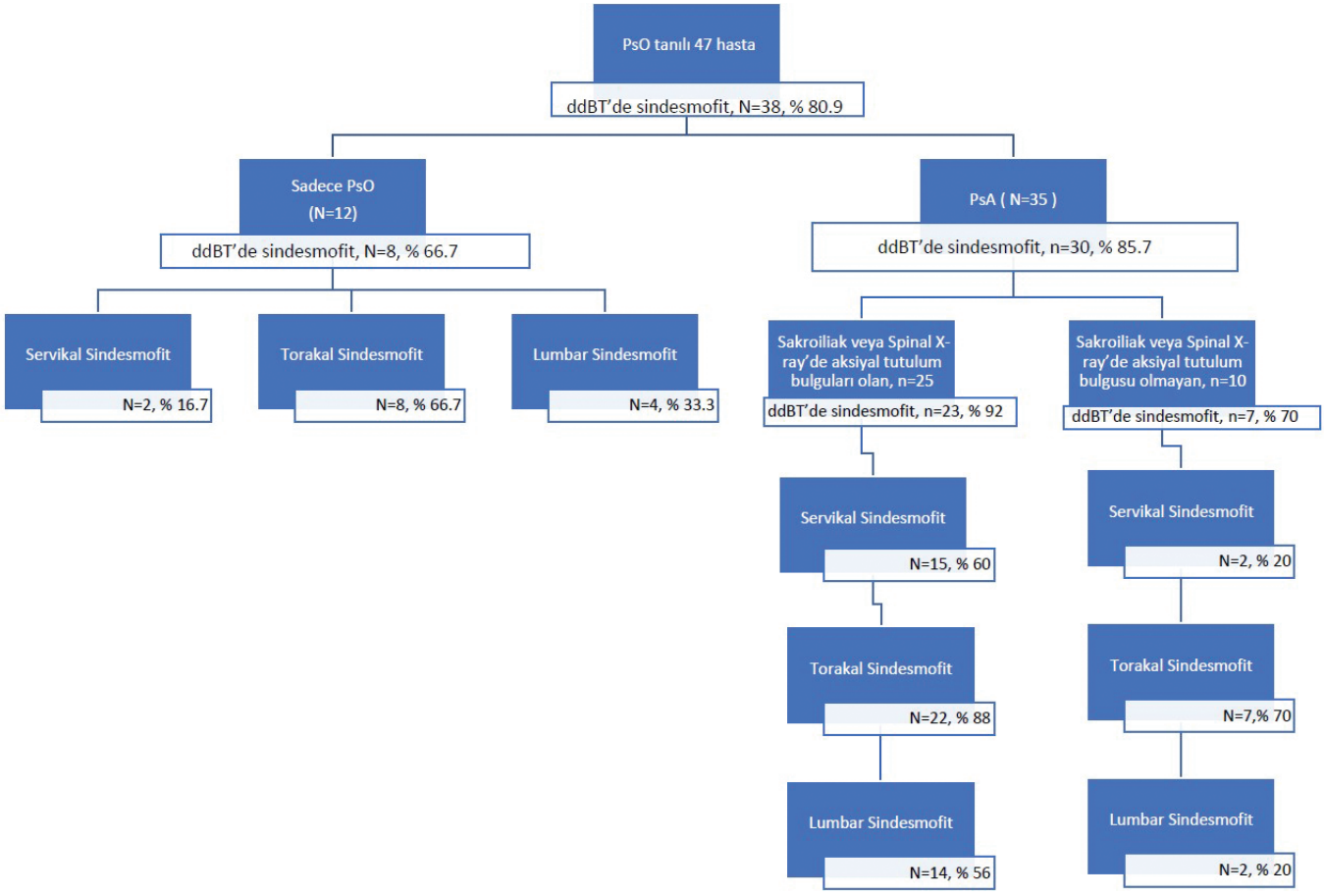
Amaç: Aksiyal Spondiloartrit (SpA) hastalarında yapısal değişikliklerin saptanmasında spinal düşük doz BT'nin (ddBT) konvansiyonel radyografiden üstün olduğu gösterilmiştir. Psöriatik Artrit (PsA) hastalarında bu konuda henüz çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı psoriasis (PsO) ve PsA hastalarında spinal ddBT'nin tanı ve hastalık ciddiyetine katkısının belirlenmesidir.

Yöntem: Son 9 ay içerisinde dermatoloji polikliniğinden yönlendirilmiş olan 143 PsO hastası değerlendirildi. Bu hastaların 116'sında herhangi bir aksiyal semptom vardı, 35/116'sı (%30,1) enflamatuvar karakterdeydi. 47/116'sı (%40,5) pelvis, lumbar, servikal X-ray (XR) grafiler ve tüm spinal ddBT ile değerlendirildi. Bu hastaların yaşları, cinsiyetleri, PsO ve PsA hastalık süreleri kaydedildi. Hastalar XR'ine göre; modifiye New York kriterlerini (mNY) karşılamıyor, sadece mNY'ye göre sakroiliit (Sİ), sindesmofit (SİN) ve mNY'a göre sakroiliit, sadece sindesmofit şeklinde dört gruba ayrıldılar (iki romatoloji doktorunun konsensusuna göre, UK ve LK). Tüm spinal BT'ler (koronal ve sagittal planda) iki romatoloji doktoru tarafından değerlendirildi. C2-S1 arasında sindesmofit var/yok belirlendi, köprüleşme ve Anderson lezyonu var ise ayrıca not edildi (iki romatoloji doktorunun konsensusuna göre, UK ve GA). Spinal ddBT'nin aksiyal tutuluma katkıları değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışmaya 47 hasta dahil edildi. On beş (%32) hasta enflamatuvar, 32 hasta (%68) non-spesifik aksiyal semptom tarifliyordu. Hastaların (%68,1 kadın, %31,9 erkek) ortalama yaşı 47,4 yıldı. Medyan PsO süresi 15 yıl; daha önceden PsA tanısı olan 10 hastanın medyan hastalık süresi 4,5 yıldı. On iki (%25,5) hastada sadece PsO, 35 (%74,5) hastada PsA vardı (Figür 1). PsA olanların 25/35'inde (%71) XR'e göre aksiyal tutulum (Sİ ve/veya SİN) varken, 10/35'inde (%29) XR normaldi. Tüm spinal ddBT ile değerlendirildiğinde sadece PsO olanların 8/12'sinde (%66,7) sindesmofit saptandı (8 torakal, 4 lumbar, 2 servikal). PsA hastalarının ise 30/35'inde (%85,7) sindesmofit vardı (Figür 1). Düşük doz BT'de bölgelere göre sindesmofit dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Köprüleşme ve Anderson lezyonları sırasıyla PsO hastalarında 1/12 (%8,3) ve 2/12 (%16,7); PsA hastalarında ise 17/35 (%48,6) ve 8/35 (%22,9) saptandı. PsO ve PsA olan 47 hasta değerlendirmeye alındığında; XR normal olanların 15/22'sinde (%68), XR'de sadece sakroiliit olanların 7/9'unda (%77,7), XR'de sakroiliit ve sindesmofit olanların 5/54'ünde (%100), XR'de sadece sindesmofit olanların 11/11'inde (%100) ddBT'de sindesmofit saptandı. Buna göre 38/47 (%80,8) hastada ddBT'de en az bir sindesmofit vardı (Tablo 1).

Sonuç: Non-spesifik aksiyal semptomu olan PsO ve PsA hastaları spinal ddBT ile değerlendirildiğinde hastaların önemli bir kısmında da yeni sindesmofit saptanmıştır (sadece PsO tanısı olan hastaların bile 2/3'ünde) ya da sindesmofitlerin yaygınlığında artış görülmüştür. SpA'da olduğu gibi torakal vertebra en sık tutulan alanların başında gelmektedir. Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmalı çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Sedef hastalığı, psoriatik artrit, radyoloji



Şekil 1. Konvansiyonel radyografi sonuçları ile ddBT bulgularının dağılımı

Tablo 1. ddBT'de saptanan sindesmofitlerin dağılımı

	Tüm Hastalar n=47	Sadece mNY sakroiliit (+) n=9	Sakroiliit ve Sindesmofit n=5	Sadece Sindesmofit n=11	mNY ve Sindesmofit negatif n=22
C2-L5 en az bir vertebrada	38 (80,9)	7 (77,8)	5 (100)	11 (100)	15 (68,2)
C2-L5 en az iki bölgede*	28 (59,6)	5 (55,6)	5 (100)	10 (90,9)	8 (36,4)
C2-L5 en az üç bölgede*	10 (21,3)	1 (11,1)	1 (20)	7 (63,6)	1 (4,5)
C2-C7 en az bir vertebrada	19 (40,4)	3 (33,3)	2 (40)	10 (90,9)	4 (18,2)
C2-C7 en az iki vertebrada	7 (14,9)	0	1 (20)	6 (54,5)	0
T1-T12 en az bir vertebrada	37 (78,7)	7 (77,8)	5 (100)	10 (90,9)	15 (68,2)
T1-T12 en az iki vertebrada	34 (72,3)	7 (77,8)	5 (100)	10 (90,9)	12 (54,5)
T1-T12 en az üç vertebrada	24 (51,1)	4 (44,4)	5 (100)	8 (72,7)	7 (31,8)
L1-L5 en az bir vertebrada	20 (42,6)	3 (33,3)	4 (80)	7 (63,6)	6 (27,3)
L1-L5 en az iki vertebrada	14 (29,8)	3 (33,3)	4 (80)	5 (45,5)	2 (9,1)

** bölge: servikal-torakal-lumbar*

SS-010

Ulusal dev hücreli arterit veritabanı izlem verisi: Relaps oranı kontrollü çalışmalardan düşüktür

Fatma Alibaz Öner[1], Bahar Keleşoğlu[2], Mehmet Ali Balcı[3], Gözde Kübra Yardımcı[4], Berkan Armağan[4,5], Levent Kılıç[4], Özlem Karakaş[5], Abdulsamet Erden[5], Sule Yasar Bilge[6], Rıza Can Kardaş[7], Hamit Küçük[7], Orhan Zengin[8], Murat Taşcı[9], Sinem Burcu Kocaer[10], Sule Yavuz[11], Atalay Doğru[12], Mehmet Şahin[12], Özün Bayındır[13], Gizem Sevik[1], Zeynep Ertürk[1,14], Nilüfer Alpay Kanıtez[15], Hasan Göğebakan[16], Mehmet Engin Tezcan[17], Mustafa Ferhat Öksüz[18,19], Ayşe Çefle[20], Orhan Küçükşahin[21], Ayten Yazıcı[20], Esen Kasapoğlu[21], Cemal Bes[22], Ali Uğur Ünal[1,23], Ediz Dalkılıç[18], Gözde Yıldırım Çetin[16], Kenan Aksu[13], Gökhan Keser[13], Fatoş Önen[10], Veli Çobankara[24], Bünyamin Kısacık[25], Ahmet Mesut Onat[26], Mehmet Akif Öztürk[7], Timuçin Kaşifoğlu[6], Ahmet Omma[5], Ömer Karadağ[4], Aşkın Ateş[2], Haner Direskeneli[1]

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

[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

[5]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[6]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

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

[8]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

[9]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bolu

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

[11]Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[12]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

[13]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[14]Medipol Çamlıca Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[15]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[16]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

[17]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[18]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[19]Medical Park Pendik Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[20]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[21]Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[22]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[23]Medical Park Ordu Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ordu

[24]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

[25]Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

[26]Medical Park Gaziantep Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA) büyük çaplı arterleri tutan kronik granülomatöz bir vaskülittir. DHA'da kortikosteroidler ilk seçenek standart tedavi olarak kabul edilir. Ancak tosilizumab ve abatasept ile yapılan kontrollü çalışmalarda, sadece kortikosteroid tedavi alan hastalarda relaps oranı, 12-24 aylık takipte %70-80 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, günlük pratikte DHA tanısıyla izlenen hastalarda, kullanılan tedavilerin ve takipte gelişen relaps oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Türkiye'de tersiyer romatoloji merkezlerinde ACR 1990 kriterlerine göre DHA tanısıyla izlenen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların klinik ve demografik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve takip verileri dosyalarından elde edilmiştir. Takip eden hekimin, steroid dozunu artırmasına veya yeni immünosüpresif tedavi (IS) eklemesine neden olan akut faz yanıtı artışı veya yeni hastalık bulgusu gelişimi relaps olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 330 (kadın/erkek: 196/134) hasta dahil edildi. Tanı sırasında ortalama hasta yaşı 68,9±9,0 yıl idi. Polimyaljia romatika hastaların %24,5'inde (n=81) mevcuttu (Tablo 1). Temporal arter biyopsisi yapılan 241 hastanın, 180'inde (%54,5) DHA tanısı histopatolojik olarak gösterildi. Remisyon indüksiyonunda tüm hastalara 0,5-1 mg/kg/gün kortikosteroid tedavisi başlandığı, ayrıca 69 (%20,9) hastanın başlangıçta pulse kortikosteroid tedavisi aldığı saptandı. İdame tedavide 256 (%76,4) hasta ek IS tedavi almaktaydı (metotreksat: 187, azathioprin: 54, tosilizumab: 9, siklofosfamid: 2). Tanı sonrasında medyan takip süresi 26,5 (6-190) aydı. Altı aydan uzun süre takip verisi olan 260 (%78,8) hasta mevcuttu. Takip süresince gelişen relaps oranı %18,8 (n=49) ve mortalite oranı %4,2 (n=11) saptandı. Relaps gelişimi ile hastalık ve tedavi ilişkili faktörler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Takip süresi sonunda yalnızca 62 (%23,8) hastada kortikosteroid tedavisinin kesilebildiği saptandı. Son takip vizitinde 13 (%5) hasta takip eden hekim tarafından verilen tedavilere refrakter/aktif olarak değerlendirildi. Hastaların %24,6'sında kortikosteroid ilişkili yan etkiler ve %66,2'sinde en az bir vaskülit hasar indeksi bulgusu mevcuttu (Şekil 1).

Sonuç: Türkiye'den bildirilen bu ilk çok merkezli DHA serisinde, hastaların %76,4'üne tanıdan itibaren kortikosteroid-azaltıcı IS ajan başlandığını ve ortalama 26 aylık takip boyunca hastaların yaklaşık beşte birinde relaps geliştiğini saptadık. Takip sonunda hastaların %25'inde kortikosteroid ilişkili yan etkiler mevcuttu. Bu sonuçlar DHA hastalarında tanıdan itibaren ek IS kullanımının takipte daha az relaps ile ilişkili olabileceğini ancak IS kullanımına rağmen hastaların önemli bir kısmında kortikosteroid ilişkili yan etkilerin geliştiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, relaps, kortikosteroid, immünosüpresif tedavi



Şekil 1. Kortikosteroid ilişkili yan etkilerin dağılımı

Tablo 1. Dev hücreli arterit hastalarının tanı anındaki klinik özellikleri

	Dev Hücreli Arterit n=330
Sistemik İnflamasyon Bulguları	
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/saat) (n=328)	79.7 ± 29.2
C-reaktif protein (mg/l) (n=325)	84.9 ± 69.3
Anemi (n,%)	202 (61.8)
Halsizlik (n,%)	261 (81.3)
Kilo kaybı (n,%)	137 (41.5)
Ateş (n,%)	80 (24.3)
Polimyaljia Romatika (n,%)	81 (24.5)
Vasküler İskemi Bulguları	
Başağrısı, n (%)	294 (89.1)
Saçlı deride hassasiyet, n (%)	156 (47.3)
Çene kladikasyosu, n (%)	128 (38.8)
Oküler semptomlar, n (%)	139 (42.1)
Ekstremite kladikasyosu, n (%)	18 (5.9)
Nörolojik bulgular, n (%)	14 (9.0)
Komorbiditeler	
Hipertansiyon, n (%)	177 (78.6)
Diabetes mellitus, n (%)	92 (41.1)
Hiperlipidemi, n (%)	78 (26.0)
İskemik kalp hastalığı, n (%)	64 (20.2)
Kronik böbrek yetmezliği, n (%)	26 (8.1)
Malignite, n (%)	12 (3.6)

SS-011

Çocukluk çağı başlangıçlı ERA ve poliartritin uzun süreli takibi ve sonuçları: HÜR-BİO deneyimi

Emine Büşra Ata, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Şule Apraş Bilgen, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Levent Kılıç, Emre Bilgin, Gizem Ayan, Zehra Duman Aksoy, Güllü Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdinç Ünaldı, Büşra Fırlatan, Sevgi Gözde Kart Bayram, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Çocukluk çağında başlangıçlı kronik artritler farklı şekilde gruplanmaktadır, erişkin yaşta en sık entezit ilişkili artrit (ERA) ve poliartiküler artrit vardır. Bu çalışmada biyolojik hastalık modifiye edici ilaç (DMARD) kullanan bir erişkin kohortunda çocukluk yaşında entezit ilişkili artrit (ERA) ve poliartiküler artriti olan hastaların klinik özellikleri ve fonksiyonel durumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: HÜR-BİO veri tabanı 2005 yılında kurulmuş, prospektif olarak bDMARD kullanan hastaların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. HÜR-BİO SpA (3448 hasta), RA (2365 hasta) ve PsA (634 hasta) olarak üç farklı veri tabanına kaydedilmektedir. Toplam 6447 hastanın 167'si (%2,6) 16 yaşından önce tanı almıştır. Bu hastalar çocukluk başlangıçlı kronik artritler olarak isimlendirilmiştir. Bu hasta grubunda ILAR sınıflama kriterlerine göre ERA ve poliartiküler (RF pozitif veya negatif) 147 hasta belirlenmiştir. Bu iki grubun demografik özellikleri, biyolojik DMARD başlama yaşları, cs ve bDMARD ve steroid kullanma öyküsü, bDMARD öncesi ve son kontrolde hastalık aktivitesi (DAS-28), fonksiyonel durumu (HAQ-DI, bDMARD devam oranları, bDMARD'lara arasında değişim varlığı, FMF ve kalça/diz protezi öyküsü kaydedilmiştir.

Bulgular: Toplam 82 ERA (%17,1 kadın), 65 (%80,0 kadın) poliartiküler artrit hastası değerlendirilmiştir. Poliartrit hastalarının 26/65'inde (%40,0) RF pozitiftir. ERA hastalarında semptom başlangıç yaşı 2 yıl, tanısı ise 3 yıl daha geçtir. ERA hastaları daha sık sulfasalazin, poliartrit hastaları ise metotreksat ve steroid kullanmaktaydı. ERA hastalarında bDMARD'a kadar geçen süre çok daha kısadır [5,0 (5,1) karşı 11,2 (10,1) yıl, p<0,001]. bDMARD tedavisi öncesinde hastalık aktivitesi daha az [DAS-28 3,0 (1,2) karşı 4,7 (1,3), p<0.001], fonksiyonel durum daha iyidir [HAQ-DI 0,62 (0,37) karşı 1,18 (0,82)]. ERA hastaları ilk semptomlarından itibaren 17 yıl, poliartiküler artrit hastaları 23 yıl takip edilmişlerdir. Son kontrolde poliartrit hastaların hastalık aktivitesi daha yüksek, fonksiyonel durumu daha kötü, protez ihtiyacı daha fazladır (Tablo 1).

Sonuç: Çocukluk çağında başlayan ERA erişkin yaşta spondiloartrite, poliartiküler artrit ise romatoid artrite benzemektedir. Gerçekten de cinsiyet, tedavi seçimleri bu ayrımı desteklemektedir. ERA hastalarında bDMARD'a kadar geçen süre daha makul düzeydeyken poliartiküler artritte daha uzun süre geçmektedir. Yüksek hastalık aktivitesi, kötü fonksiyonel durum ve özellikle kalça protezindeki sıklık birlikte değerlendirildiğinde

yaklaşık 20 yıllık takibin sonunda poliartiküler artritlerin daha kötü prognoza sahip olduğu öngörülebilir, bu hastaların daha erken dönemde gelişmiş tedaviye başlaması daha uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Jüvenil idiyopatik artrit, entezit ilişkili artrit, poliartiküler jüvenil idiyopatik artrit

Tablo 1. Entezit ilişkili artrit ile poliartiküler artrit hastalarının demografik ve klinik verileri

	ERA n=82	**Poliartiküler artrit n=65**	**p**
Yaş, ort. (SD)	29,0 (6,1)	32,9 (9,5)	0,006
Cinsiyet kadın n (%)	14 (17,1)	52 (80,0)	<0,001
Semptom başlangıç yaşı, ort. (SD)	13,6 (2,3)	10,7 (4,7)	<0,001
Tanı yaşı ort. (SD)	13,6 (2,3)	10,7 (4,7)	<0,001
Semptomdan tanıya kadar geçen süre (SD)	1,78 (2,41)	1,17 (2,04)	0,105
Hastalık süresi ort. (SD)	15,5 (6,5)	22,2 (10,4)	<0,001
Vücut kitle indeksi ort. (SD)	23,2 (4,3)	22,1 (4,3)	0,118
FMF, n (%)	24 (29,3)	6 (9,2)	0,074
Metotreksat kullanımı n (%)	47 (57,3)	58 (89,2)	<0,001
Sülfosalazin kulllanımı n (%)	66 (80,5)	35 (53,8)	0,001
Steroid kullanımı n (%)	36 (43,9)	54 (83,1)	<0,001
Biyolojik başlama yaşı (SD)	18,5 (4,8)	21,9 (9,6)	0,012
Biyolojik tedaviye kadar geçen süre ort. (SD)	5,0 (5,1)	11,2 (10,1)	<0,001
İlk kullanılan biyolojik ilaç			
Adalimumab	15 (18,3)	9 (13,8)	
Etanersept	46 (56,1)	47 (72,3)	
İnfliksimab	15 (18,3)	5 (7,7)	
Sertolizumab	1 (1,2)	2 (3,1)	
Golimumab	3 (3,7)	0 (0)	
Anakinra	2 (2,4)	0 (0)	
Abatacept	0 (0)	1 (1,5)	
Tosilizumab	0 (0)	1 (1,5)	
Biyolojikler arasında değişim, n (%)	39 (47,6)	45 (69,2)	0,008
Biyolojik değişimine kadar geçen ortanca süre (ay) (SD)	125,1 (14,6)	116,3 (8,3)	0,409
Biyolojik öncesi HAQ, ort. (SD)*	0,62 (0,37)	1,18 (0,82)	0,020
Biyolojik öncesi DAS-28, ort. (SD)*	3,0 (1,2)	4,7 (1,3)	<0,001
Son kullanılan biyolojik ilaç			
Adalimumab	23 (28)	17 (26,2)	
Etanersept	32 (39,0)	19 (29,2)	
İnfliksimab	4 (4,9)	2 (3,1)	
Sertolizumab	10 (12,2)	6 (9,2)	
Golimumab	5 (6,1)	3 (4,6)	
Sekukinumab	3 (3,7)	0 (0)	
Ustekinumab	1 (1,2)	0 (0)	
Anakinra	1 (1,2)	0 (0)	
Abatacept	0 (0)	1 (1,5)	
Tosilizumab	0 (0)	13 (20,0)	
Tofasitinib	0 (0)	3 (4,6)	
Barisitinib	0 (0)	1 (1,5)	
Son kontrol HAQ, ort. (SD)*	0,22 (0,29)	0,56 (0,66)	<0,001
Son kontrol DAS-28, ort. (SD)*	1,8 (0,9)	2,8 (1,6)	<0,001
Biyolojik altında takip süresi ort. (SD) (yıl)	7,2 (4,7)	8,0 (5,2)	0,365
Kalça protezi, n (%)	1 (1,2)	12 (18,5)	<0,001
Diz protezi, n (%)	0 (0)	3 (4,6)	0,084

SS-012

Pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalığının genç erişkinlik döneminde klinik seyri

Tuğçe Bozkurt[1], Mehmet Yıldız[2], Rabia Deniz[3], Ayten Yazıcı[4], Murat Karabacak[5], Hakan Karataş[1], Seda Kutluğ Ağaçkıran[5], Aybüke Günalp[2], Elif Kılıç Könte[2], Sezgin Şahin[2], Oya Köker[6], Kenan Barut[2], Cemal Bes[3], Ayşe Çefle[4], Tülin Ergun[7], Haner Direskeneli[5], Özgür Kasapçopur[2], Fatma Alibaz Öner[5]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[4]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[6]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[7]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH), genellikle puberte sonrası ortaya çıkar ve sıklıkla genç yaşlarda aktif seyreder. Yetişkinlikte tanınmasına rağmen hastalığın ilk semptomları daha erken yaşlarda başlayabilir, olguların %4-26'sında hastalık nadiren 16 yaşından önce tanı alır. Pediyatrik BH, yalnızca başlangıç yaşı açısından değil, klinik bulguların sıklığı, hastalık şiddeti açısından da erişkin BH'dan farklılık gösterir ve tam bir hastalık fenotipinin gelişimi uzun sürebilir. Bu çalışmada pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalarının klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi ve bu hastaların erişkin dönemdeki takiplerinde hastalık seyri ve prognozunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 5 klinikten (Marmara Üniversitesi erişkin multi-disipliner Behçet kliniği ve pediyatrik romatoloji bilim dalı (BD), Kocaeli Üniversitesi Romatoloji BD, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Romatoloji BD ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji BD) seçilen ve 18 yaşından önce BH tanısı almış olan 112 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Takip süresi 6 ay ve üzerinde olan 93 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, takip ve tedavi verileri dosyalardan kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %64,5'i (n=60) erkekti. Medyan tanı yaşı 15 (4-17), medyan semptom başlangıç yaşı 14 (1-17) yıl, medyan takip süresi 55 (6-236) aydı. Oral aft hastalarda en sık görülen bulgu olmakla birlikte genital ülser, eritema nodosum, artrit/artralji, papülopüstüler lezyon sıklığı ve paterji pozitifliği oranı her iki cinsiyette de benzerdi. Hastalığın klinik bulgularının cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %52,6'sında (n=49) tanı sırasında veya takibinde majör organ tutulumu mevcuttu. Vasküler tutulum erkeklerde daha sık iken diğer organ tutulum sıklıkları iki cinsiyette de benzerdi (Tablo 1). Altmış sekiz (%73,1) hastanın medyan 47 ay (1-200) erişkin dönemde de takip verileri mevcuttu. Pediyatrik dönem takiplerinde yalnızca mukokutanöz bulgular ile seyreden 40 (%58,8) hastanın erişkin dönemde 15'inde (%22) majör organ tutulumu gelişirken, 25 (%36,8) hastanın takibinde organ tutulumu olmadı. Pediyatrik dönemde majör organ tutulumu olan 28 (%41,2) hastanın erişkin dönem takiplerinde ise 12 (%17,7) hastada aynı organ relapsı ve/veya yeni majör organ tutulumu gelişti. On altı (%23,5) hastada ise hastalık aktivitesi gözlenmedi.

Sonuç: Sonuçlarımız, pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalarının üçte birinden fazlasının yetişkinlik döneminde hala aktif hastalık belirtilerine (çoğunlukla yeni majör organ tutulumu) sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalığı, majör organ tutulumu

Tablo 1. Hastalığın klinik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımları

	Erkek (n=60)	Kadın (n=33)	p	Toplam (n=93)
Oral aft	57 (%96,6)	32 (%97)	1	89 (%96,7)
Genital ülser	46 (%78)	26 (%81,3)	0,713	72 (%79)
Paterji pozitifliği	29 (%55,8)	14 (%50)	0,622	43 (%53,8)
Papülopüstüler lezyon	27 (%48,2)	14 (%43,8)	0,686	41 (%46,6)
Eritema nodosum	25 (%44,6)	19 (%59,4)	0,184	44 (%50)
Artrit/artralji	8 (%13,6)	6 (%18,2)	0,554	14 (%15,2)
Aile öyküsü	11 (%19)	10 (%30,3)	0,217	21 (%23,1)
Majör organ tutulumu	34 (%56,7)	15 (%45,5)	0,300	49 (%52,7)
Vasküler	17 (%28,3)	3 (%9,1)	0,031	20 (%21,5)
Göz	19 (%31,7)	8 (%24,2)	0,421	27 (%29)
Nörolojik	9 (%15)	4 (%12,1)	0,766	13 (%14)
Gastrointestinal	4 (%6,7)	2 (%6,1)	1	6 (%6,5)

Tablo 2. Erişkin dönemde takip edilen pediyatrik başlangıçlı Behçet hastalarının hastalık seyri

Pediyatrik başlangıçlı BH'nın erişkin dönemdeki hastalık seyri	n=68 (%)
Pediyatrik dönemde organ tutulumu olan hastalar	28 (%41,2)
Yeni majör organ tutulumu ve/veya relaps	12 (%17,7)
Yalnızca mukokutanöz bulgular ile izlenen	16 (%23,5)
Pediyatrik dönemde organ tutulumu olmayan hastalar	40 (%58,8)
Yeni majör organ tutulumu	15 (%22)
Yalnızca mukokutanöz bulgular ile izlenen	25 (%36,8)

S-013

Sistemik vaskülitli hastalarda renal elastografi: Vaskülitik akut böbrek hasarı tanısında yardımcı bir yöntem olabilir mi? Prospektif gözlemsel kohort çalışması

Fatih Yıldırım[1], Samet Mutlu[2], Merve Şam[2], Melek Yalçın Mutlu[3], Selahattin Alp Temiz[3], Sena Tolu[4], Gamze Akkuzu[1], Duygu Sevinç[1], Bilgin Karaalioğlu[1], Rabia Deniz[1], Gürsel Yıldız[5], Cemal Bes[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

[3]Friedrich Alexander Üniversitesi, Erlangen Üniversite Kliniği, Romatoloji ve İmmünoloji Departmanı, Erlangen

[4]Medipol Üniversitesi, Medipol Mega Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, İstanbul

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Akut böbrek hasarı durumunda etiyolojik nedenin hızlıca belirlenerek nedene yönelik tedavinin erken başlanması, kalıcı böbrek hasarının önlenebilmesi aşısından oldukça önemlidir. Vaskülitik akut renal hasarın kesin tanısı histopatolojik değerlendirmeye dayalı olmakla birlikte klinik pratikte kısa süre içinde böbrek biyopsisine erişimin zorlukları yadsınamaz. Yine günümüzde güvenli olduğu kabul edilse de invaziv bir işlem olan böbrek biyopsinin komplikasyonları üremik hastalarda daha sık görülmektedir. Tüm bu sebepler klinisyenleri tanıyı destekleyebilecek, prognostik değere sahip non-ivaziv inceleme yöntemlerini aramaya itmiştir. Shear-Wave elastografi (SWE) dokuların elastisitesini kantitatif olarak değerlendirebilen ultrasonografik bir inceleme yöntemidir. Daha önce kronik böbrek yetmezliği ve renal transplant hastalarında renal parankimal fibrozisin değerlendirilmesi amacıyla SWE kullanılmış ve etkinliği gösterilmiştir Bununla birlikte akut böbrek hasarında etiyolojik ve prognostik açıdan renal elastografik değerlendirmeyle ilgili literatür verisi oldukça azdır. Bu çalışmada akut böbrek hasarı ile başvuran hastaların Share-Wave renal elastografi yöntemi ile incelenerek bu yöntemin vaskülite bağlı akut böbrek hasarını diğer etiyolojik nedenlerden ayırmadaki etkinliği araştırıldı.

Yöntem: Çalışma prospektif gözlemsel kohort çalışması olarak tasarlandı. Hastanemiz romatoloji ve nefroloji kliniklerine akut böbrek hasarı bulguları (yeni başlayan hematüri, proteinüri, akut böbrek yetmezliği) ile başvuran ve daha önce bilinen bir böbrek hastalığı olmayan 65 yaş altı hastalar ardışık olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalara böbrek hasarına yönelik tedavi başlanmadan önce hastanemiz uzman radyologları tarafından klinik bilgiler açısından kör olacak şekilde Share-Wave renal elastografi yapıldı ve hastaların renal kortikal parankim sertlik değerleri kayıt altına alındı. Takip süresi sonunda akut renal hasar sebebi vaskülit olan ve olmayanlar netleştirildikten sonra renal elastografi bulguları gruplar arasında karşılaştırıldı. Çalışmaya kontrol grubu olarak 65 yaş altında ve bilinen bir böbrek hastalığı olmayan 20 sağlıklı erişkin dahil edildi.

Bulgular: Çalışma, sistemik küçük damar vasküliti kaynaklı akut böbrek hasarı olan 22 hasta, vaskülitik olmayan akut böbrek hasarına sahip 22 hasta ve kontrol grubu olarak bilinen bir böbrek hastalığı olmayan 20 sağlıklı gönüllü ile yürütüldü. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve beden kitle endeksi açısından fark yoktu. GFR değeri vaskülitik olmayan akut böbrek hasarı grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (31 vs. 90 mL/min/1,73 m^2), p<0,001. Share-Wave renal elastografi ile ölçülen ortalama renal kortikal sertlik değerleri hem vaskülitik hem de vaskülitik olmayan akut böbrek hasarı gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksekti. Akut böbrek hasarı olan gruplar karşılaştırıldığında ise ortalama renal kortikal sertlik değerleri vaskülitik akut böbrek hasarı grubunda (left: 9,37±1,96 kPa / right: 9,63±2,3 kPa) vaskülitik olmayan akut böbrek hasarı grubuna göre (left: 6,70±2,22 kPa/ right: 6,27±1,67 kPa) anlamlı derecede daha yüksekti, p<0,001. Karşılaştırmalı parametreler Tablo 1'de verilmiştir. Vaskülitik akut böbrek hasarını diğer etiyolojik sebeplere bağlı akut böbrek hasarı tablolarından ayırmak için belirlenen renal kortikal sertlik değerinin optimal kesim noktası 8,26 kPa'ydı. Bu kesim noktasında Share-Wave renal elastografi %81 doğruluk, %81 duyarlılık ve %81 özgüllük oranına sahipti ve vaskülitik akut böbrek hasarı açısından gerçek pozitif ve negatif olguları belirlemede eşit oranda etkiliydi (Şekil 1).

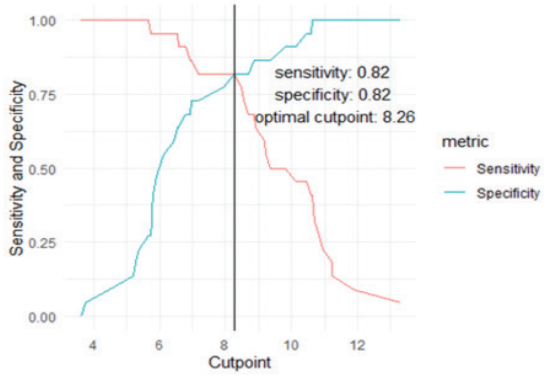
Sonuç: Bu çalışma renal kortikal sertlik değerinin vaskülit kaynaklı akut böbrek hasarı olan hastalarda diğer etiyolojik nedenlerden kaynaklanan akut böbrek hasarına sahip hastalara oranla anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Vaskülitik akut böbrek hasarı şüphesi ile başvuran hastalarda Share-Wave renal elastografi tekniği ile saptanan artmış renal kortikal sertlik düzeyi tanıyı destekleyebilir ve erken tedavi konusunda klinisyeni cesaretlendirebilir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, elastografi, akut böbrek hasarı

Tablo 1. Gruplar arası karşılaştırılmalı veriler

	Tüm hastalar N=64	Sağlıklı Kontrol Grubu (n=20)	Vaskülitik akut böbrek hasarı olan grup (n=22)	Vaskülit dışı akut böbrek hasarı olan grup (22)	*p değeri*
Yaş, median (min-max)	33 (18-64)	28 (21-63)	39 (19-58)	41 (18-64)	0,763
Cinsiyet, n/N (%)					
Erkek	26 (40,6)	8 (40)	11 (25)	7 (16)	0,469
Kadın	38 (59,4)	12 (60)	11 (25)	15 (34)	
Gfr, median (mL/min/1.73m2)	90 (6-140)	113 (89-126)	90 (6-140)	31 (9-110)	***<0,001***
Beden-kitle endeksi, ortalama (kg/m^2)	25,1±3,1	25,1±3,5	24,6±3,4	25,7±2,3	0,149
Renal kortikal sertlik, ortalama (kPa)					
Sol	7,2±2,4	5,5±1,1	9,37±1.96	6,70±2,22	***<0,001***
Sağ	7,1±2,5	5,4±1,1	9,63±2,3	6,27±1,67	***<0,001***

Gfr: glomerular filtration rate, kPa: kilo-pascal



Şekil 1. Vaskülitik ve vaskülit dışı akut renal hasar ayrımı için optimal renal kortikal sertlik cut-off değeri

SS-014

Tedavisi zor ['difficult to treat' (D2T)] olarak sınıflandırılan romatoid artrit, ankilozan spondilit ve psoriatik artrit hastalarında tedaviye yanıtsızlık nedenleri

Muhammed Mert Sonkaya[1], Işılsu Ezgi Uluışık[1], Sebahat Dilek Torun[2], Fulya Coşan[1]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarının takibinde tedavi hedefine ulaşamayan bir grup hasta, EULAR tarafından "tedavisi zor" [Difficult to treat' (D2T)] olarak tanımlanmış ve D2T tanımına enflamatuvar aktivitenin kontrol altına alınamadığı refrakter hastalara ek olarak, psikolojik ve sosyoekonomik faktörler nedeniyle zor tedavi edilen olgular da dahil edilmiştir. RA'nın yanı sıra, diğer hastalıklardaki D2T olgularında etkili faktörlerin tanımlanması önem kazanmıştır. Bu çalışmada en az iki bDMARD/tsDMARD tedavi kullanmış olan RA, ankilozan spondilit (AS) ve psöriatik artrit (PSA) hastalarında, tedaviye yanıtsızlık ve ilaç değişimi nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2015-2023 yılları arasında romatoloji polikliniğinden takip edilen, en az 2 bdMARD/tsDMARD kullanım öyküsü olan 110 RA, 70 AS ve 34 PSA hastası (toplam 214 hasta) dahil edilmiştir. Yüz on RA hastasının 254 ilaç değişimi [ortalama 3,13 ilaç (2-9)], 70 AS hastasının 19 ilaç değişimi [ortalama 3,6 ilaç (2-9)] ve 34 PSA hastasının 80 ilaç değişimi [ortalama 3,21 ilaç (2-7)] (toplam 527 ilaç değişimi) retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: D2T RA hastalarında 4 ve daha fazla ilaç değişimi olan hasta oranı %30,9, AS'de %41, PSA'da %38,3 bulunmuştur. İlaç değişimi sırasında psikosomatik yakınma sıklığı RA'da %39,1, AS'de %42,3 ve PSA'da %32,4 bulunmuştur. Cerrahi ilişki tedavi aksamaları/tedavi yanıtsızlığı RA'da %11,8, AS'de %9,9 ve PSA'da %5,9 oranında; kanser ya da kanser riski nedeniyle ilaç değişimi/kesilmesi RA'da %6,4, AS'de %2,8 ve PSA'da %5,9 sıklığında; ciddi enfeksiyon nedeniyle ilaç değişimi RA'da %9,1, AS'de %1,4; gebelik nedeniyle tedavi değişimi/aksaması RA'da %7,4, AS'de %6,2, PSA'da %8 bulunmuştur. Takipsizlik nedeniyle hastalık aktivitesinde artış RA'da %23,6, AS'de %15,5 ve PSA'da %11,8 oranında gözlenmiştir. Düzenli takibi olan, gerekli tedaviyi düzgün kullanmasına rağmen hastalık aktivitesi yüksek olan refrakter hasta sıklığı RA'da %15,5, AS'de %16,9, PSA'da %20,6 bulunmuştur. RA hastalarının %12,7'sinde, AS hastalarının %23,9'unda ve PSA hastalarının %17,6'sında hasta isteği ile daha önce kullanılmış olan ilaca geri dönülmüştür. RA hastalarının ilaç değişim nedenleri incelendiğinde %35,4 primer yanıtsızlık, %28,3 sekonder yanıtsızlık, %7,5 allerji/yan etki, %5,1 uygulama zorluğu, %0,8 hasta isteği, %8,7 takipsizlik, %7,1 ciddi enfeksiyon, %81,1 hastalık aktivitesi olarak tespit edilmiştir. AS hastalarının ilaç değişimi nedenleri; %31,1 primer yanıtsızlık, %37,3 sekonder yanıtsızlık, %6,7 yan etki/allerji, %6,2 uygulama zorluğu, %2,6 hasta isteği, %6,2 takipsizlik, %5,2 ciddi enfeksiyon, %78,2 hastalık aktivitesi bulunmuştur. PSA hastalarında ise %56 primer yanıtsızlık, %27,5 sekonder yanıtsızlık, %3,8 yan etki/allerji, %2,5 uygulama zorluğu, %1,2 hasta isteği, %3,8 takipsizlik, %1,2 ciddi enfeksiyon, %91,2 hastalık aktivitesi, %33,8 psikosomatik bulgular saptanmıştır. RA, AS ve PSA hastalarından elde edilen veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: D2T hastalarında kontrol altına alınamayan enflamasyonun yanı sıra non-enflamatuvar sebepler (psikosomatik bulgular, gebelik, cerrahi ve takipsizlik vb.) de önemli rol oynamaktadır. D2T hastalarının takibi, hastanın eğitimi, özel durumlarda desteklenmesi, psikosomatik yakınmaların tedavi edilmesi, tedavi seçiminde "sürdürülebilirliğe" öncelik verilmesi gibi unsurları da içermelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, psoriatik artrit, DMARD

Tablo 1. RA, AS ve PSA hastalarında ilaç değişim nedenlerinin karşılaştırmalı olarak gösterilmesi

İlaç değişim nedenleri (%)	RA	AS	PSA
Primer yanıtsızlık	35,4	31,1	56
Sekonder yanıtsızlık	28,3	37,3	27,5
Yan etki/allerji	7,5	6,7	3,8
Uygulama zorluğu	5,1	6,2	2,5
Hasta isteği	0,8	2,6	1,2
Takipsizlik	8,7	6,2	3,8
Ciddi enfeksiyon	7,1	5,2	1,2
Hastalık aktivitesi	81,1	78,2	91,2
Psikosomatik bulgular	41,3	42,5	33,8

SS-015

Antikoagülan tedavi eklenmesi Behçet hastalığı pulmoner tutulumunda relaps riskini azaltır

Kerem Yiğit Abacar[1], Ayşe Elif Boncukçuoğlu[2], Aysun Aksoy[3], Derya Kocakaya[4], Çağatay Çimşit[5], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Alanya

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

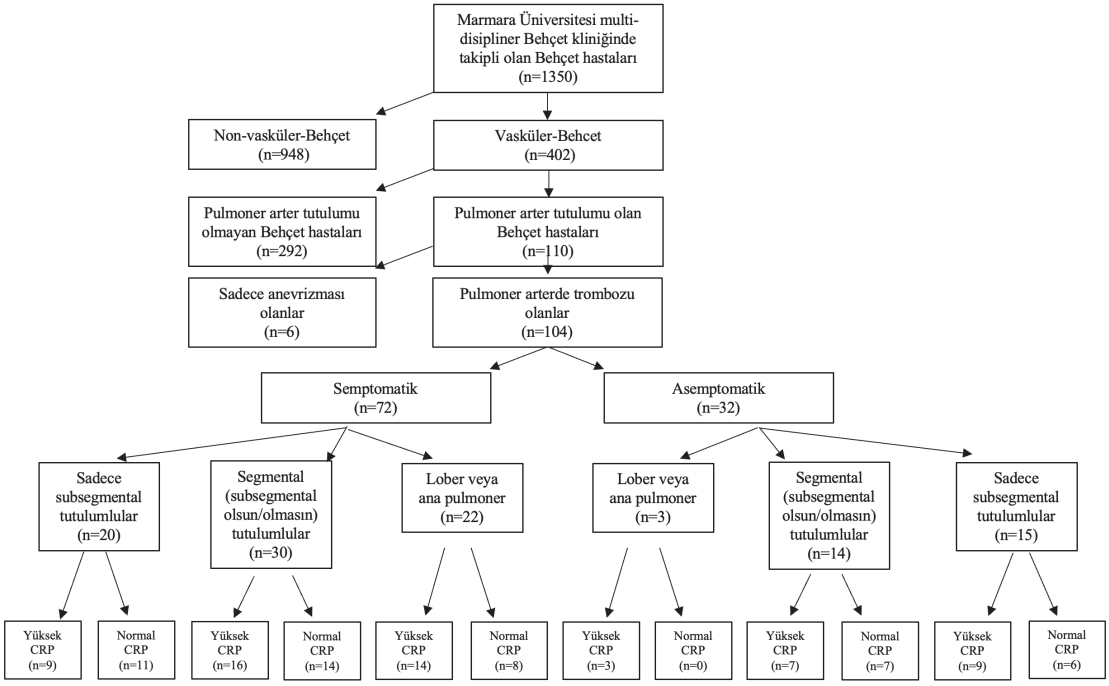
Amaç: Vasküler enflamasyon, Behçet hastalığı (BH) patogenezinde önemli bir histopatolojik bulgu olmakla birlikte büyük damarlarda doğrudan Vasküler-Behçet hastalığı (VBH) olarak da kendini gösterebilir. En sık alt ekstremite venöz yapılarında rastlanmakla birlikte pulmoner arter tutulumu (PAT) veya Budd-Chiari sendromuna yol açarak mortalitenin de en önemli sebeplerindendir. PAT kapsamında anevrizmal veya trombotik tutulumun sıklığı ile ilgili çelişkili veriler mevcuttur. Ayrıca PAT'nin klinik seyri, nüks riskini etkileyen hastalık veya tedavi ile ilgili faktörler kesin bilinmemektedir. BH ilişkili PAT'nin klinik özellikleri, seyri ve nüks riskini etkileyen faktörlerin retrospektif değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Multidisipliner Behçet Kliniği'nde 1990-2022 tarihleri arasında tanı almış ve takipli olan BH hastaları dahil edildi. Takipte radyolog tarafından bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) görüntüleme ile pulmoner damarlarda saptanan, tromboz veya anevrizmal oluşumlar PAT olarak tanımlandı. Tutulumlar trombotik veya anevrizmal oluşumun saptandığı damar yapılarına göre ana pulmoner arter, lober dal, segmental dallar ve subsegmental dalların tutulumu olarak sınıflandırıldı. Hastaların demografik verileri, BH ile ilgili klinik özellikleri, PAT sırasındaki semptom ve görüntüleme bulguları ve verilen tedaviler kaydedildi. Takip sırasında PAT hastalarının relaps zamanları, relaps sırasındaki klinik özellikler ve verilen tedavi bilgisi dosyalardan elde edildi. Relaps riskini belirleyen faktörler çok değişkenli Cox regresyon analizi kullanılarak tespit edildi.

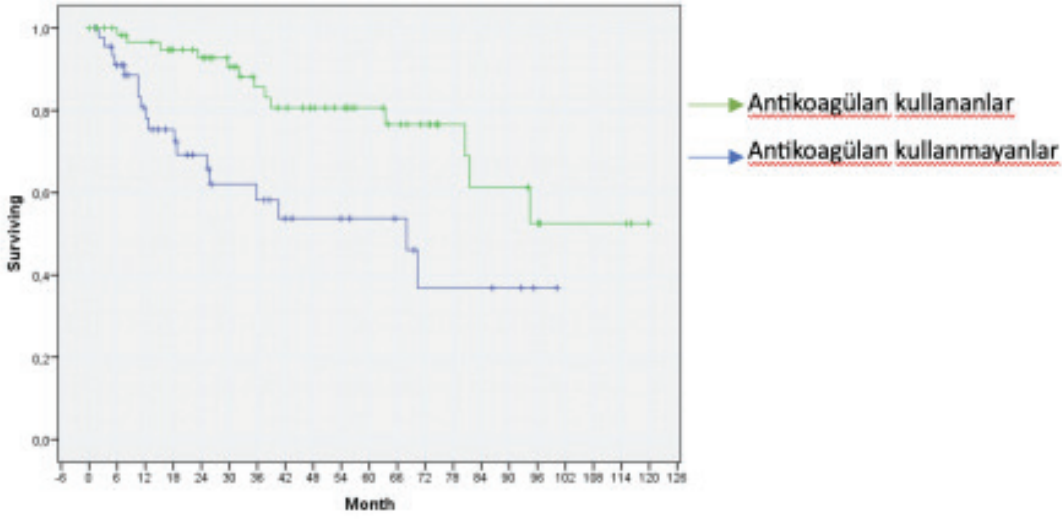
Bulgular: Bin üç yüz elli BH hastasının 402'sinde (%29,8) VBH, 110'unda (%8,1) ise PAT mevcuttu. PAT'li hastaların ortalama yaşı (SS) 42,4 (11,6) yıl olup, kadın/erkek oranı 34/76 idi. Yüz on hastadan 32'si (%29,1) PAT tanısı anında asemptomatikti (Şekil 1). Bu 32 hastanın 16'sı (%50) immünosüpresif (IS) tedavi almıyordu, olay sonrası 27 (%84,4) hastaya yeni IS, 61 (%55,5) hastaya da antikoagülan tedavi başlanmıştı. Semptomatik hastalar asemptomatik hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yaşlıydı (p=0,031) ve kadın cinsiyet (p=0,001) ve relaps (p=0,019) oranları daha yüksekti. Hastalarda ilk tutulumda en sık görülen semptom nefes darlığı idi (%47,3). Trombotik tutulum 104 (%94,5), anevrizma ise 9 (%6,6) hastada görüldü. İlk PAT sırasında en sık görülen BTPA bulgusu subsegmental dal tutulumları (%74,5) iken hem birinci hem de ikinci ataklarda segmental dal tutulumları ön plandaydı (sırasıyla %36,7 ve %50). PAT hastalarında 31 (%28,2) hastada bir kez, 10 (%9) hastada ise iki kez relaps görüldü. Medyan (IQR 25-75) 24 (15-72) aylık takip süresinde dokuz (%8,2) hastada kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon gelişirken, 3 (%2,7) hasta öldü. Tek değişkenli analizde yaş, semptomların varlığı, N-terminal proBNP düzeyleri, AK başlanmaması ve ilk PAT sırasında PAH relaps ile ilişkilendirildi (p<0,05). Çok değişkenli analizde AK başlanmaması (HR 5,11, %95 CI 1,21-21; p=0,026) relaps riski ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkiliydi.

Sonuç: Çalışmamızda, PAT Behçet hastalarının %10'undan azında görülmüştür. Tromboz, BH'ye bağlı pulmoner tutulumun en sık prezantasyon şeklidir. Anevrizmatik tutulum nadirdir. PAT'li hastaların bir alt grubunda (%29), diğer hastalık belirtileri nedeniyle verilmiş olan IS tedavisi altında hastalar asemptomatik olabilir. PAT sonrası 2 yıllık takipte, hastaların üçte birinde IS tedaviye rağmen relaps gelişmiştir. Çalışmamızda IS tedaviye eklenen antikoagulan tedavinin BH'ye bağlı pulmoner tutulumda relaps riskini anlamlı derecede azalttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, pulmoner



Şekil 1. Hastalara PAT teşhisi konulduğu andaki semptom durumuna, tutulan damarların büyüklüğüne ve akut faz reaktan düzeylerine göre sınıflandırılması



Şekil 2. Kaplan-Meier sağkalım eğrisi. Kaplan-Meier sağkalım analizine göre ilk PAI sonrası antikoagülan başlanan grupta başlamayan gruba göre nüks oranı daha düşüktü (p=0,003)

SS-016

İnkomplet Behçet hastalığında tanısal test olarak ana femoral ven duvar kalınlığı ölçümü

Seda Kutluğ Ağaçkıran[1], Rabia Ergelen[2], Fatma Temiz[3], Tülin Ergun[4], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[4]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Behçet hastalığı (BH) tanısı klinik bulguların tespitine dayalı konulur. Bu nedenle, özellikle hastalığın düşük prevalansla görüldüğü yerlerde, sadece majör organ tutulum başlangıçlı hastalarda, hekim açısından tanıyı koymak zor olabilir. Bu hastalar Japon Araştırma Komitesi Kriterleri'ne göre inkomplet/şüpheli Behçet hastalığı, Behçet Hastalığı Uluslararası Kriterleri'ne göre ise olası Behçet hastalığı olarak adlandırılmaktadır. Bu hastalarda günlük pratikte tanı, "uzman görüşü" ile konulmaktadır. Grubumuz yakın zamanda, BH'de artmış ana femoral ven kalınlığını (FVK) gösteren ilk kontrollü Doppler ultrasonografi (USG) çalışmasını yayınlamış, aynı zamanda, artmış FVK'nın, ≥0,5 mm'lik cut-off değeri için %80'den yüksek bir özgüllükle BH'nin ayırt edici bir özelliği olduğunu göstermişti. Ayrıca Türkiye'den farklı gruplar tarafından da bu gözlem doğrulanmış, çocukluk çağı başlangıçlı Behçet ve inkomplet Behçet hastalarında da FVK artışının tanısal kullanılabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada, uzman görüşü ile "inkomplet Behçet Hastalığı" tanısı almış hastalarda, Doppler USG ile FVK ölçümünün tanısal performansını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Behçet Kliniği'nde inkomplet (26 erkek, 25 kadın) BH tanısı almış 51 hasta ve 41 yaş-cinisyet uyumlu sağlıklı kontrol dahil edildi. Inkomplet Behçet Hastalığı tanımı, Uluslararası Çalışma Grubu ve Japon Araştırma Komitesi Kriterleri'ni doldurmayan ancak uzman görüşü ile BH tanısı hastalar olarak belirlendi. Rutin ziyaretler sırasında demografik ve klinik özellikler ve tedavi verileri kaydedildi. Ana femoral ven duvar kalınlığı aynı gün deneyimli bir radyolog tarafından ölçüldü.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 39 (10,9) ve ortalama hastalık süresi 60,3 (51,7) aydı. On altı hastanın (%31,4) birinci derece yakınlarında BH öyküsü bulunmaktaydı ve 7 (%13,7) hastanın paterji testi pozitifti. Kırk iki (%82,4) hastada majör organ tutulumu mevcuttu (20 vasküler, 8 oküler, 8 nörolojik tutulum). Hastalara ait demografik ve klinik veriler Tablo 1'de verilmiştir. Her iki bacakta inkomplet BH grubunda, yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrollere göre ana femoral ven duvar kalınlığı anlamlı olarak yüksekti [sağ FVK: 0,71 (0,16) vs. 0,18 mm (0,05); sol FVK: 0,71 (0,15) vs. 0,19 mm (0,04), p<0,001 her iki analiz için]. Vasküler tutulumu olan ve olmayan hastaların FVK ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı (Tablo 2, Resim 1). Kırk sekiz (%94,1) hastanın FVK ölçümleri 0,5 mm'lik cut-off değerinin üstündeydi.

Sonuç: Çalışmamız, sınırlı hastalık tutulumu olan hastaların ayırıcı tanısında da FVK ölçümünün klinik pratikte faydalı bir test olarak kullanılabileceğini göstermiştir. Özellikle venöz tromboz görülen hastalarda, Behçet hastalığına bağlı tromboz ile non enflamatuar venöz trombozların ayrımı, tedavinin tamamen farklı olmasından dolayı kritik öneme sahiptir. Bu sebeple Doppler USG ile FVK ölçümü, özellikle majör organ tutulumlu hastalarda değerli, non invaziv ve kolay ulaşılabilen bir tanı aracı olarak kullanılabilir.

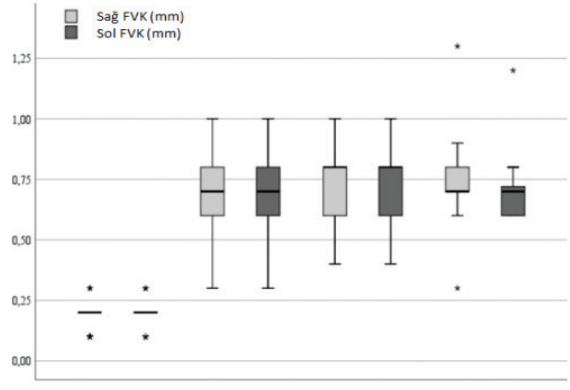
Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ultrasonografi

Tablo 1. İnkomplet Behçet hastaları ve sağlıklı kontrollerin demografik ve klinik verileri

	İnkomplet Behçet (n=51)	Sağlıklı kontrol (n=41)	p
Yaş (yıl), ort. (SS)	39,0 (10,9)	36,8 (8,3)	0,29
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	26 (51,0)	21 (51,2)	
Kadın	25 (49,0)	20 (48,8)	0,98
Tanı anındaki yaş (yıl), ort. (SS)	34.8 (11,2)		
Aile öyküsü, n (%)	16 (31,4)		
Hastalık süresi (ay), ort. (SS)	60.3 (51,7)		
Paterji pozitifliği, n (%)			
Pozitif	7 (13,7)		
Negatif	43 (84,3)		
Bilinmiyor	1 (2)		
Takip süresi (ay), ort. (SS)	38,6 (46,7)		
Mukokütanöz tutulum, n (%)	9 (17,6)		
Majör organ tutulumu, n (%)	42 (82,4)		
Eklem tutulumu, n (%)	3 (5,9)		

Tablo 2: İnkomplet Behçet hastalarının organ tutulumlarına göre ana femoral ven kalınlık (FVK) subgrup analizi

	Sağ FVK, ort (SS), mm	Sol-FVK, ort (SS), mm
İnkomplet BH, tüm grup (n=51)	0,71 (0,16)	0,71 (0,15)
Mukokütanöz tutulumlu inkomplet BH (n= 9)	0,68 (0,09)	0,70 (0,07)
Majör organ tutulumlu inkomplet BH (n=42)	0,72 (0,17)	0,71 (0,16)
Vasküler tutulumlu inkomplet BH (n=20)	0,73 (0,16)	0,73 (0,15)
Oküler tutulumlu inkomplet BH (n=8)	0,68 (0,12)	0,64 (0,14)
Nörolojik tutulumlu İnkomplet BH (n=6)	0,75 (0,28)	0,73 (0,23)
Vasküler dışı majör organ tutulumlu inkomplet BH (n=16)	0,71 (0,21)	0,69 (0,19)



Resim 1. İnkomplet Behçet hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ana femoral ven kalınlıklarının (FVK) dağılımı

SS-017

HRCT yıllık skoru: Sistemik skleroz ilişkili pulmoner tutulumda yeni bir takip parametresi olabilir

Sıla Kalender[1], Tuba Demirci Yıldırım[2], Fatma Dülger Özer[1], Semih Gülle[2], Merih Birlik[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

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

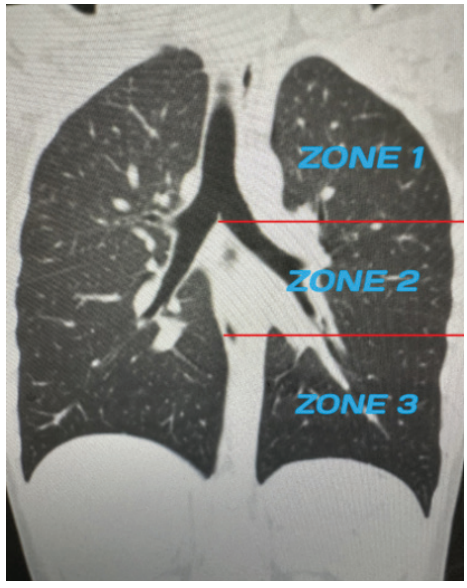
Amaç: Çalışmamızda, sistemik sklerozda (SSk) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tutulumunun prognozunu öngördürücü pratik bir skorlama sistemi geliştirmeyi ve skorlama sisteminin sağkalımı öngörmedeki etkinliğini test etmeyi amaçladık.

Yöntem: SSk tanısı ile takip edilen 323 hastadan dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ilk ve son yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ve bu HRCT tarihlerinde yapılan solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçları değerlendirildi. HRCT'de sağ ve sol akciğer, anatomik bölgeler ile zonlara ayrıldı (Resim 1). Literatürdeki HRCT skorlama sistemleri referans alınarak puanlama yapıldı (Tablo 1), hastaların takip süresi (yıl) kaydedildi. Elde edilen HRCT ve zorlu vital kapasite (FVC) yıllık değişim skorlarının mortalite ve progresyon üzerine öngörme gücü araştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 100 (91 kadın, 9 erkek) hastanın verileri değerlendirildi. Hastaların ortanca takip süresi 113,5 aydı (min-maks: 17,0-196,0). Yıllık HRCT skorundaki değişim hesaplandı [HRCT skor yıllık değişim= (son HRCT toplam skor-ilk HRCT toplam skor)/(son HRCT tarih-ilk HRCT tarih) yıl]. ROC analizinde eğri altında kalan alan (AUC) ve Youden index kullanılarak mortalite riskinin artışında yıllık HRCT skor değişimi için cut-off değer 0,39 hesaplandı. HRCT skorunda yıllık 0,39'dan fazla artış olan hastalarda mortalite riski, olmayanlara göre 4,4 kat (%95 GA 1,7-11,2) daha fazla saptandı (Tablo 2). Hastalar cut-off değer 1 puan (HR=10,8 %95 GA 3,5-33,1 p<0,001) ve 2 puan (HR=13,7 %95 GA 4,1-46,1 p<0,001) alınarak değerlendirildiğinde skor arttıkça mortalite riskinin arttığı görüldü. FVC mL değerindeki yıllık değişimin mortalite için öngörü değeri 77,6 mL bulundu (Tablo 3). Hastalar yıllık HRCT skor değişimleri ve FVC ml değişimlerine göre gruplandırıldı ve en yüksek mortalite oranı (%71,4) yıllık HRCT skor değişiminde artış ve yıllık FVC mL değerindeki azalış olan hasta grubunda bulundu. (p<0,001).

Sonuç: SSk-İAH'li hastalarında geliştirdiğimiz yıllık HRCT toplam skorundaki değişim hastalığın progresyonunun takibinde, mortaliteyi öngörmede ve genel sağkalım süreleri üzerinde etkili bir parametredir. FVC mL ve yıllık HRCT toplam skoru birlikte kullanıldığında progresyon gözlenen SSk-İAH'li hastaların mortalite oranları daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, zorlu vital kapasite



Şekil 1. HRCT değerlendirmesinde akciğer zonlarının anatomik sınırları

Tablo 1. HRCT skorlama sistemi

HRCT bulguları	Puan
Normal, apikal fibroelastozis	0
Bal peteği dışındaki değişiklikler, plevral kalınlaşma, subplevral nodüller, buzlu cam alanları	1
Kistik görünüm (4 mm ve üzeri kist sayısı tüm zonda %25'inden az)	2
Kistik görünüm (4 mm ve üzeri kist sayısı tüm zonda %25'inden fazla)	3

Tablo 2. Yıllık HRCT skorundaki değişimin mortaliyeti öngörme gücünün değerlendirmesi

	AUC %95 GA	p-değeri	Cut-off	Sensitivite%	Spesifite%	OR %95 GA
HRCT skorunda yıllık değişim	0,699 (0,567-0,867)	0,006	0,39	63,2	80,2	4,4 (1,7-11,2)

Tablo 3. Yıllık FVC ml değerindeki değişimin mortaliteyi öngörme gücünün değerlendirmesi

	AUC %95 GA	p-değeri	Cut-off	Sensitivite%	Spesifite%	OR %95 GA
FVC mL değerindeki yıllık değişim	0,652 (0,502-0,802)	0,040	77,6 mL azalma	42,1	87,7	5,2 (1,7-15,9)

SS-018

Pulmoner arteriyal hipertansiyonu olan sistemik sklerozlu hastalarda mortalite ve ilişkili faktörler, tek merkez analizi

Shirkhan Amikishiyev[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Konul Mammadova[2], Numune Aliyeva[1], Görkem Durak[3], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Ahmet Kaya Bilge[4], Gülfer Okumuş[2], Murat İnanç[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner arteryal hipertansiyonun (PAH) sistemik skleroz (SSk) seyrinde yeni tedavi ve stratejilere rağmen prognozu yeteri kadar düzelmemiştir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen SSk-PAH hastalarının klinik ve tedavi özellikleri incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya alınan SSk hastalarının PAH tanısı sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile doğrulanmıştır ve hastalar interstisyel akciğer hastalığı (İAH) olan ve olmayan olarak 2 gruba ayrılmıştır. İAH olan grup Goh ve ark.'nın önerdiği yönteme göre sınırlı ve yaygın tutulum olarak değerlendirilmiştir. Sınırlı İAH ve İAH olmayan grup ile yaygın İAH gruplarda tanı anında genel demografik özellikleri, transtorasik ekokardiyografide (TTE) sistolik PAB (sPAB), SSK ile elde edilen hemodinamik veriler, solunum fonsiyon testleri, PAH spesifik tedavi özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde 415 SSk'lı hastadan 44 (%10,6) hasta SSk-PAH nedeniyle 2008-2022 yılları izlenmiştir. Yaş ortalaması 56,6±13,5 (aralık 34-82, 42 kadın/2 erkek) idi. Sınırlı İAH, İAH olmayan ve yaygın İAH olan grupların her birinde 22 hasta vardı (Tablo 1). SSk-PAH sonrası medyan izlem süresi 45 aydı ve 23 (%52,3) hasta ölmüştür. Yaygın İAH olan grupda bazal FVC, DLCO değerleri daha düşüktü ve ölüm (16/23) daha fazlaydı (Tablo 2, Figür 1, p=0,007). Sağkalım analizi sonucunda %91'lik 1-yıl sağkalım, %75'lik 2-yıl sağkalım, %68'lik 3-yıl sağkalım ve %43,1'lik 5-yıl sağkalım oranları saptanmıştır. Ölüm nedenleri arasında kardiyak-solunum yetmezliği 6 (%26), bir hastada COVID olmak üzere enfeksiyon 6 (%26) ve malignite 3 (%13) saptanmıştır. Tanı anında PAH spesifik ajanlardan monoterapi 31 (%70,5) ve ikili tedavi 11 (%25) hastada başlanmıştı. Takipte 15 (%34) hastada monoterapiden kombine (ikili veya üçlü) tedaviye geçilmişti. Bosentan (%11,4) monoterapide, ambrisentan ve tadalafil (%9,1) kombine tedavide daha fazla tercih edilmişti. Medyan sağkalım monoterapiye göre kombine tedavi grubunda daha iyiydi (44 ve 61 ay, p=0,01) (Şekil 1).

Sonuç: SSk-PAH kohortumuzda IAH ilişkili PAH, anti-Scl-70 pozitifliği, azalmış bazal DLCO ölçümleri, monoterapi kötü prognozla ilişkilendirildi. Erken tanı, erken kombine tedavi, tedavide farklı immün yolakların kullanılması bu hasta grubunda sağkalımı olumlu yönde değiştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, pulmoner arteriyel hipertansiyon, interstisyel akciğer hastalığı

- Tablo 1 : SSk-PAH hastalarının interstisyel akciğer hastalığı zemininde gruplandırılması ve demografik özellikleri.

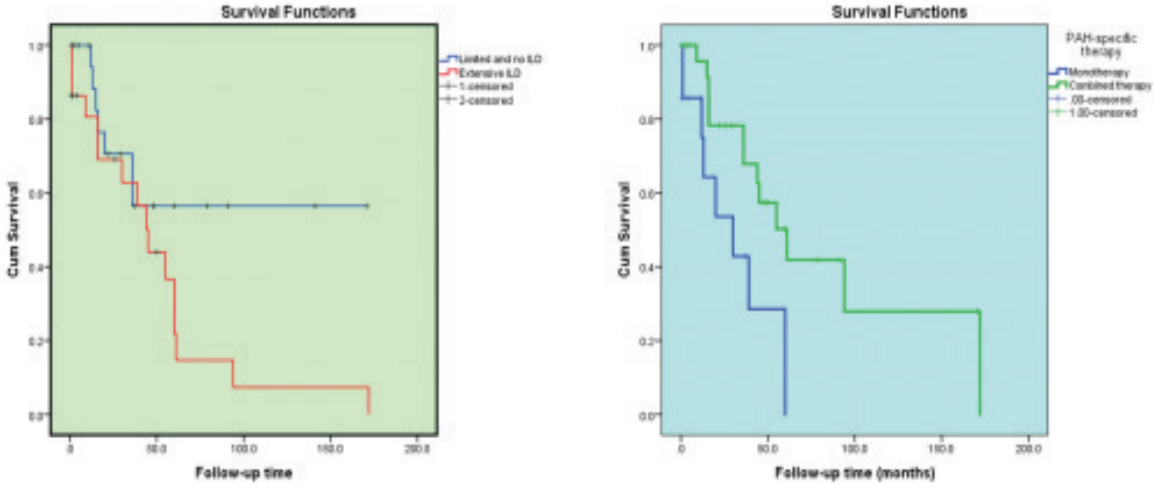
	Sınırlı İAH ve İAH yok (n=22)	Yaygın İAH (n=22)	P-değeı
Kadın	22 (50)	20 (45.5)	AD*
Ölen, n (%)	7 (15.9)	16 (36.4)	**0.007**
Ortalama yaş, yıl (ort±SD)	59.2±11.4	56.5±13.5	AD
Klinik özellikler, n (%)			
Raynaud fenomeni süresi ay (ort±SD)	227±116	191±109	AD
Takip süresi ay (ort±SD)	173±106	163±97	AD
PAH tanısına kadar geçen süre, ay (ort±SD)	23±39	17±20	AD
PAH takip süresi, ay (ort±SD)	40.6+44	35.7±40	AD
Leroy Kriterleri			
Diffüz kutanöz SSk	18 (40.9)	16 (36.4)	AD
MRSS skoru, n (%)			
>14	3 (6.8)	9 (20.5)	**0.04**
YÇBT* bulgusu			
NSIP*	5 (35.7)	10 (58.8)	**0.001**
UIP*	2 (14.3)	7 (41.2)	
Dijital ülser	9 (20.5)	11 (25)	AD
Telanjiektazi	19 (43.2)	17 (38.6)	AD
Gastrointestinal tutulum	11 (25)	16 (36.4)	AD
Sinovit	4 (9.1)	3 (6.8)	AD
Fleksiyon kontraktürü	2 (4.5)	7 (15.9)	0.06
Renal kriz	0	2 (4.5)	AD
Otoantikorlar, n (%)			
Anti-sentromer	8 (18.2)	0	**0.007**
Anti-Scl-70	7 (15.9)	15 (34.1)	**0.04**
Yüksek CRP	5 (11.4)	12 (27.3)	**0.03**

- YÇBT: Yüksek çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi
- NSIP: Nonspesifik İnterstisyel Pnömoni
- UIP: Usual interstisyel pnömoni
- AD*: Anlamlı değil

Tablo 2: SSk-PAH hastalarının transtorasik ekokardiyografide sistolik PAB ölçümü, sağ kalp kateterizasyonunda hemodinamik değerler, solunum fonksiyon testleri, fonksiyonel sınıf ve tedavi özellikleri

	Sınırlı İAH ve İAH yok (n=22)	Yaygın İAH (n=22)	P-değeri
TTE			
sPAB, mmHg, (ort±SD)	54.5±19.3	61.4±25.4	AD*
SSK bulguları			
oPAB, mmHg, (ort±SD)	31.0±7.2	33.9±9.7	AD
SağAB, mmHg, (ort±SD)	7.0±3.0	6.9±2.8	AD
PVR, WÜ, (ort±SD)	5.0±4.1	5.0±2.2	AD
PKUB, mmHg, (ort±SD)	11.5±3.1	11.3±3.4	AD
KO, l/dk, (ort±SD)	4.7±1.2	4.4±1.4	AD
Kİ, L/dk/m2 , (ort±SD)	2.4±0.5	2.7±0.8	AD
NT-proBNP, pg/ml, (ort±SD)	1095±1366	1632±3321	AD
Fonksiyonel değerlendirme			
FVC, %, (ort±SD)	91.0±16.2	61.9±15.2	**<0.001**
DLCO, %, (ort±SD)	54.1±20.7	39.7±12.5	**0.01**
6 DYM, metre, (ort±SD)	249±165	209±164	AD
BORG skoru, (ort±SD)	4.0±1.8	2.3±2.1	0.06
DSÖ-FS, n (%)			
III-IV	11 (50)	12 (54.5)	AD
PAH spesifik tedavi			
Kombine tedavi	14 (63.6)	11 (50)	AD

* AD*: Anlamlı değil



Şekil 1. Sınırlı İAH olan, İAH olmayan grup ve yaygın İAH olan grupta genel ve PAH spesifik tedaviye göre Kaplan-Meier eğrileri

SS-019

ANCA ilişkili vaskülitlerde merkezi sinir sistem tutulumu ve taklitçileri

Yeliz Yağız Özoğul[1], Sinem Nihal Esatoğlu[2], Murat Özoğul[3], Osman Kızılkılıç[4], Yeşim Özgüler[1], Uğur Uygunoğlu[5], Vedat Hamuryudan[1], Gülen Hatemi[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul*

[4]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[5]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: ANCA ilişkili vaskülitlerde (AAV) merkezi sinir sistem (MSS) tutulumu nadir görülmektedir. Bununla birlikte, immünosüpresif tedavi komplikasyonları veya hastalığın diğer tutulumları MSS tutulumunu taklit edebilmektedir. Bu çalışmada, MSS tutulumu olan veya MSS tutulumu dışında herhangi bir nedene bağlı nörolojik semptom ile başvurmuş AAV hastalarımızı özetlemeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2001-2022 tarihleri arasında AAV tanısı alan 430 hastanın poliklinik ve/veya yatış dosyası incelendi. Nörolojik semptom ve/veya bulguları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, AAV tipleri, nörolojik semptom ve bulguları, laboratuvar ve görüntülemeleri, tedavileri, nörolojik semptom ile ilişkili son tanıları ve prognozları not edildi.

Bulgular: Dört yüz otuz AAV hastasının içinde, 61 hasta (%14) nörolojik semptom sebebiyle MSS tutulumu açısından araştırılmıştı. Bu hastalar arasında nörolojik semptomların nedeni 9 hastada AAV ilişkili MSS tutulumu, 30 hastada diğer AAV ilişkili tutulumlar ve 15 hastada MSS tutulumunu taklit eden ikincil komplikasyonlardı. Geriye kalan 9 hastada nörolojik semptomların nedeni bulunamadı (Tablo 1). Tüm hastaların nörolojik semptomlarının ortaya çıktığı dönemde hastalık aktiviteleri yüksek [ortanca (ÇAA) BVAS: 11 (7-15)] idi. Nörolojik semptomları AAV'nin MSS tutulumu ile ilişkili olan 9 (%14,7) hastanın klinik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur. MSS tutulum tipi 3 hastada meninks tutulumu, 3 hastada vasküler tutulum ve 1'er hastada psödotümör serebri, posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) ve fasiyal sinir tutulumuna sekonder fasiyal sinir felci idi. Meninks tutulumu olan üç hastanın ilkinde dural tutulum ve sekonder parankimal infarkt mevcuttu ve rituksimab (RTX), glukokortikoid (GK) ve anti-epileptik ile sekelli iyileşti. İkinci hastada meningeal, parankimal tutulum ve sekonder siringomiyeli tespit edildi ve RTX, azatiopurin (AZA) ve GK ile sekelli iyileşti. Meningeal tutulumu olan son hastada ise dural tutulum mevcuttu ve intravenöz immünoglobulin ile sekelli iyileşti. Vasküler MSS tutulumu olan üç hastadan ilki iskemik serebrovasküler olay (SVO) sonrası siklofosfamid (CYC) ve GK ile sekelli iyileşti. İkinci hastada iskemik SVO ve hemorajik transformasyon mevcuttu; CYC, GK ve anti-epileptik ile sekelsiz iyileşti. Vasküler tutulumu olan son hasta ise serebral venöz sinüs trombozu sonrası RTX, AZA ve GK ile sekelsiz iyileşti. MSS tutulumu psödotümör serebri olan hasta CYC, RTX ve GK ile sekelsiz iyileşti. PRES'i olan hasta GK ve anti-epileptik ile sekelli iyileşti. Fasiyal sinir felci olan son hasta ise GK ve CYC ile sekelli iyileşti. Yirmi dokuz hastada (%47,5) semptomlar AAV'nin diğer tutulumları ile ilişkiliydi. Periferik sinir sistemi tutulumu olan 8 hasta, sinonazal tutulumu olan 6 hasta, aktif hastalığa ikincil olduğu düşünülen 4 hasta, oküler tutulumu olan 2 hasta, orbita ve sinonazal tutuluma sekonder abdusens sinir felci olan 2 hasta, orbita tutulumu olan 1 hasta, orbita tutulumuna bağlı fasiyal sinir felci olan 1 hasta, parotis bezi tutulumuna bağlı fasiyal sinir felci olan 1 hasta, parotis bezi tutulumu olan 1 hasta, kardiyak kitleye bağlı kardiyoembolik SVO olan 1 hasta, kardiyak tutulumu olan 1 hasta ve nazofarengeal kitlesi olan 1 hasta tespit edildi. Tüm hastalara immünosüpresif tedavi uygulandı. Yirmi bir hasta sekelsiz, 8 hasta ise sekelli iyileşti. Nörolojik belirti veya bulguların sekonder komplikasyonlar ile ilişkili bulunduğu 14 (%22,9) hasta tespit edildi. Sekiz hastada bu bulgulara yol açan neden kardiyovasküler hastalıktı [aterosklerotik SVO (n=5), hipertansiyona sekonder hemorajik SVO (n=1), kalp yetmezliği (n=1), atriyal fibrilasyon sonucu kardiyoembolik SVO (n=1)]. Dört hastanın bulguları ise enfeksiyona ikincildi [aortik psödoanevrizma ve spondilodiskit (n=1), kafa tabanı osteomyeliti (n=1), septik kraniyal emboli (n=1), ketoasidoz ve sepsis (n=1)]. Spondilodiskit ve ketoasidoz tanıları olan hastalar kaybedildi. Son 2 hastada ise nörolojik belirtiler ilaç yan etkisi olarak değerlendirildi. Dokuz hastada (%14,7) herhangi bir patoloji bulunmadı; 4 hastanın nörolojik semptomları geçici idi ve bu hastaların 36, 52, 57 ve 120 aylık takip süreleri boyunca semptomlarında nüks izlenmedi. Üç hastada nörolojik semptomun sebebi net olarak anlaşılamadı. Komayla başvuran hasta kraniyal enfeksiyon veya MSS tutulumu ayırıcı tanısı yapılamadan aniden kaybedildi. İki hasta ise nörolojik semptomlar nedeni ile tetkik edilirken takipten çıkmıştı.

Sonuç: MSS tutulumu ANCA ilişkili vaskülitlerde oldukça nadir olup 430 hastanın sadece %1,6'sında saptanmıştır. AAV hastalarında oküler, orbital ve nazofarengeal gibi diğer AAV ilişkili tutulumlar ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar MSS tutulumunu taklit edebilir. Bu taklitçiler nörolojik semptom ile başvuran hastaların neredeyse %75'inde altta yatan sebebi oluşturmaktaydı

Anahtar Kelimeler: ANCA, vaskülit, AAV, MSS, nörolojik

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri

Cinsiyet	34 E/27 K
Ortalama yaş (SS yıl)	51,6±15,4
Granülomatöz polianjit tanılı hasta sayısı (GPA) (%)	41 (67,2)
Mikroskopik polianjit tanılı hasta sayısı (MPA) (%)	11 (18)
Eozinofilik granülomatöz polianjit tanılı hasta sayısı (EGPA) (%)	9 (14,7)
Periferik sinir sistemi tutulumlu hasta sayısı	21 (34,4)
Kesin tanısı AAV MSS tutulumu olan hasta sayısı (%)	9 (14,7)
Kesin tanısı AAV'nin diğer tutulumları olan hasta sayısı (%)	29 (47,5)
Kesin tanısı sekonder komplikasyon olarak değerlendirilen hasta sayısı (%)	14 (22,9)
Patoloji saptanamayan hasta sayısı (%)	9 (14,7)

Tablo 2. ANCA ilişkili vaskülitin merkezi sinir sistemi tutulumu tanısı alan hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hasta	Cinsiyet	AAV sınıfı	Tanıda yaş	AAV'nin MSS tutulumunda yaş	AAV'nin MSS tutulumu	BVAS	Tedavi	Sonlanım
1	E	GPA	45	47	İskemik SVO	11	CYC, GK	Sekelli iyileşti
2	K	EGPA	42	42	İskemik SVO, hemorajik transformasyon	19	CYC, GK, anti-epileptik	Sekelsiz iyileşti
3	K	GPA	55	55	Dural tutulum, sekonder parankimal infarkt	13	RTX, GK, anti-epileptik	Sekelli iyileşti
4	E	GPA	51	54	Meningeal, parankimal tutulum, sekonder siringomiyeli	10	RTX, AZA, GK	Sekelli iyileşti
5	E	GPA	41	42	Dural tutulum	8	IVIG	Sekelli iyileşti
6	K	GPA	23	24	Psödotümör serebri	10	CYC, RTX, GK	Sekelli iyileşti
7	E	MPA	20	21	Serebral venöz sinüs trombozu	12	RTX, AZA, GK	Sekelsiz iyileşti
8	K	GPA	40	40	PRES	21	GK, anti-epileptik	Sekelli iyileşti
9	E	GPA	31	31	Fasiyal sinir felci	15	GK, CYC	Sekelli iyileşti

SS-020

Behçet hastalığında oral ve sistemik hastalık aktivitesi ile netosis bulguları arasındaki ilişki

Erdem Bektaş[1], Rabia Deniz[2], Zeliha Emrence[3], Sema Sırma Ekmekçi[3], Neslihan Abacı[3], Shirkhan Amikishiyev[4], Yasemin Yalçınkaya[4], Bahar Artım Esen[4], Murat İnanç[4], Ahmet Gül[4]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Genetik Bilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

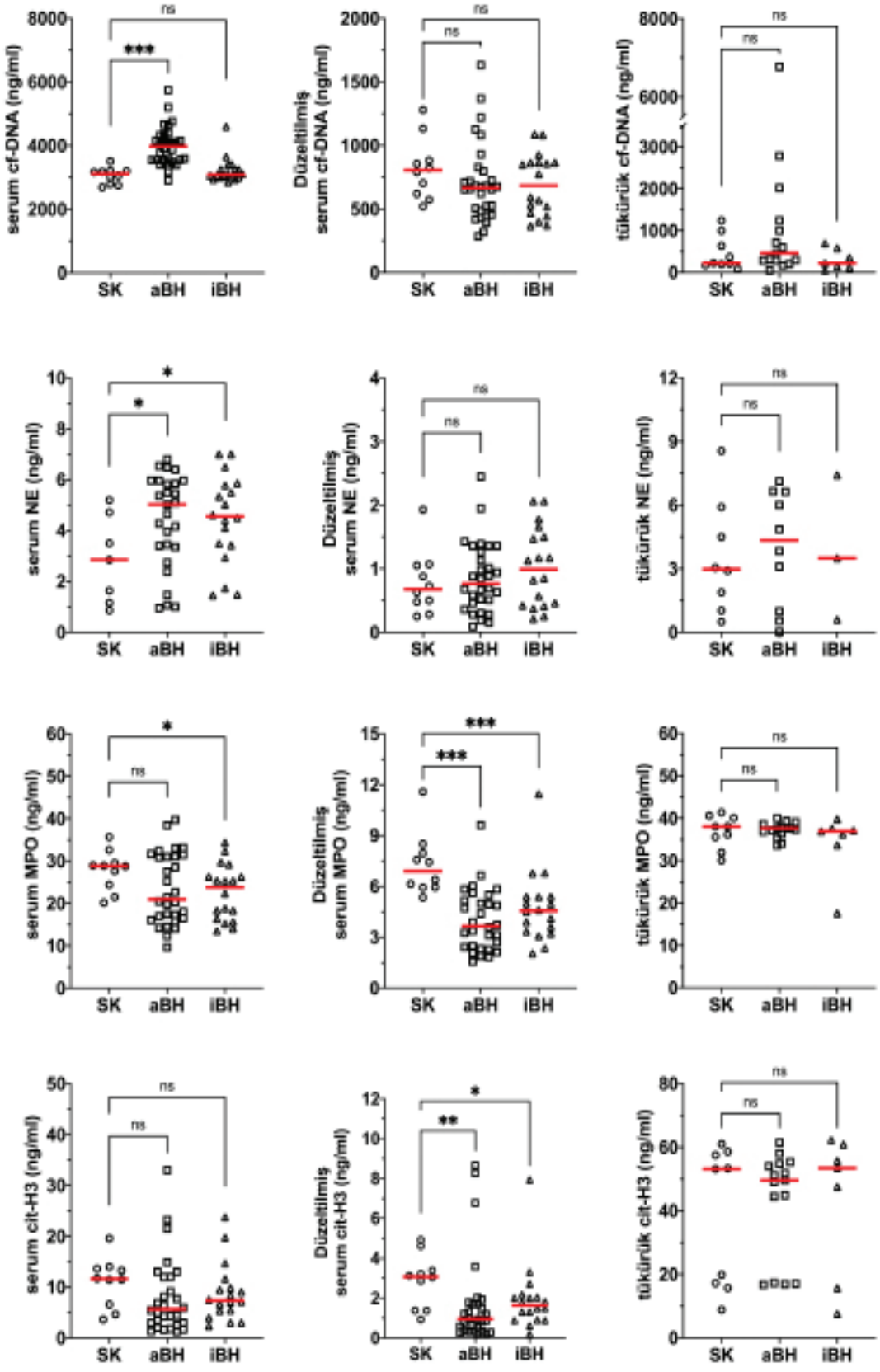
Amaç: Behçet hastalığı (BH) etiyolojisi bilinmeyen multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Klinik bulguların bir kısmı nötrofilik dermatozlar içerisinde sınıflandırılmakta ve nötrofil ekstraselüler tuzakların (NET) patogenezde rolünün olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, NETosis bulgularıyla BH'nin oral ve sistemik aktivitesi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya ISG-1990 kriterlerini karşılayan oral ve/veya sistemik olarak aktif 30 hasta ve 10 sağlıklı birey dahil edilirken; ek enflamatuvar hastalığı olanlar ve biyolojik ilaç kullananlar dahil edilmedi. Kesitsel ve boylamsal olarak takip edilen hastaların aktif (oral ülser ve/veya sistemik tutulum bulguları varlığı) ve remisyonda (tutulum yok, normal akut faz reaktanları) oldukları dönemde serum ve tükürük örnekleri ile eş zamanlı kan nötrofil sayısı ve enflamatuvar belirteçler (CRP, ESR) için örnek toplandı. NETosis bulgusu olarak hücre-dışı DNA (cf-DNA), nötrofil elastaz (NE), myeloperoksidaz (MPO) ve sitrulinlenmiş histon-3 (cit-H3) düzeyleri ölçüldü, ayrıca 1 milyon nötrofil başına düşen belirteç miktarı hesap edilerek değerler düzeltilerek değerlendirildi.

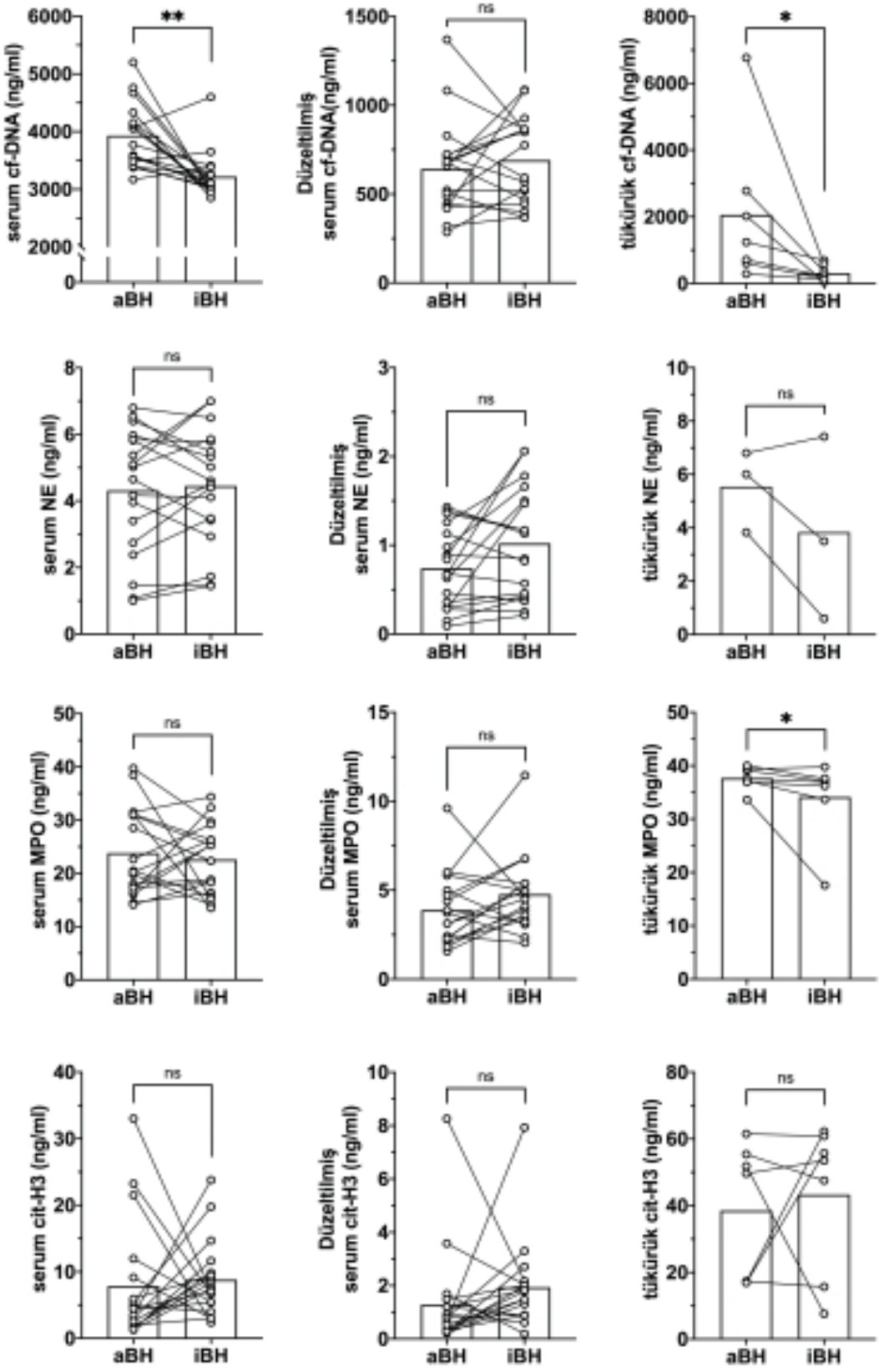
Bulgular: Aktif hastalık ve remisyon döneminde örnek alınan hastaların demografik ve klinik özellikleri ile oral aft özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir. BH'de aktif dönemde serum cf-DNA ve NE düzeylerinin yüksek olduğu ($p \leq 0,001$, $p < 0,05$), düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3 düzeylerinin ise düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,01$). Serum NE remisyon döneminde de yüksek saptandı ($p < 0,05$). Tükürük NETosis belirteçlerinde kontrol ve hastalar arasında fark saptanmadı (Şekil 1). Serum ve tükürük cf-DNA değerinin boylamsal takipte azaldığı görüldü ($p \leq 0,01$, $p < 0,05$) (Şekil 2). Serum cf-DNA, düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3 ile enflamatuvar belirteçler arasında ve düzeltilmiş serum NETosis belirteçlerinin birbiri arasında korelasyon saptanırken, tükürük cf-DNA ile enflamatuvar belirteçler arasında korelasyon bulundu ($p < 0,05$). Serum cf-DNA ve NE ile düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3'ün hastaları sağlıklı gruptan ayırmada; serum ve tükürük cf-DNA'nın aktif hastaları inaktif hastalardan ayırmada bir biyobelirteç adayı olarak kullanılabileceği görüldü ($p < 0,05$) (Şekil 3).

Sonuç: Çalışmamızda, NETosis bulgularının BH'nin sistemik ve lokal aktivitesiyle ilişkili olarak değişebileceği gösterilmiştir. Özellikle, cf-DNA lokal ve sistemik aktiviteyi gösterebilirken, NE ise serumda hem aktif hem de remisyon döneminde yüksek saptanmıştır. Periferik nötrofil sayısına göre düzeltme yapıldığında serum NETosis bulgularında değişiklik olması aktif dönemdeki yüksek nötrofil döngüsüyle ilişkili olabilir. Aktif hastalık döneminde düzeltilmiş serum MPO ve cit-H3'ün belirgin düşük bulunmasına sebep olan mekanizmanın açıklanması ve NETosis'in BH patogenezindeki yeriyle biyobelirteç rolünün aydınlatılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

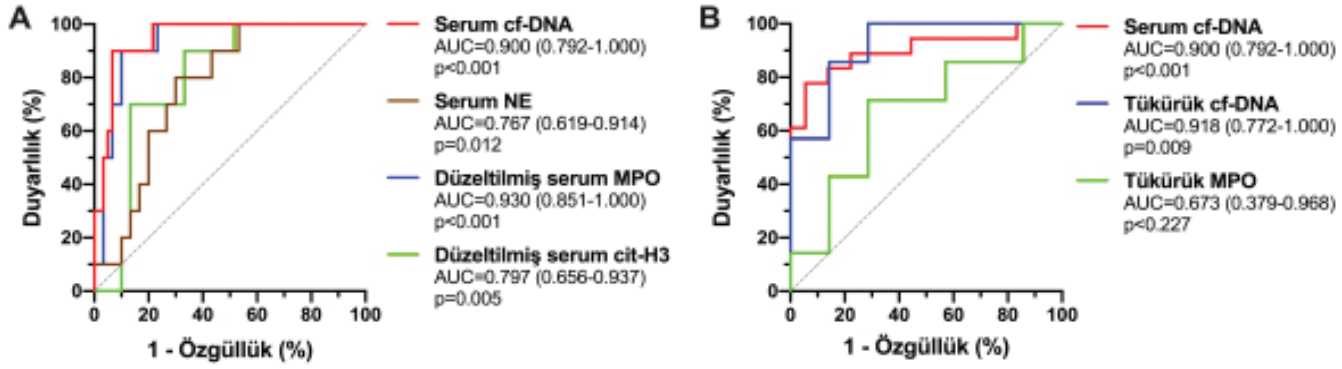
Anahtar Kelimeler: Nötrofil ekstraselüler tuzaklar, NETosis, nötrofil, Behçet hastalığı



Şekil 1. Kontrol grubu, aktif ve inaktif hasta gruplarındaki serum ve tükürük NETosis belirteçlerinin düzeyleri. Veriler ortanca olarak belirtilmiştir (kırmızı çizgi). Mann-Whitney U testi, ns: anlamlı değil, *p<0,05, **p≤0,01, ***p≤0,001. [SK, sağlıklı kontrol (çember); aBH, aktif Behçet hastası (kare); iBH, inaktif Behçet hastası (üçgen)]



Şekil 2. Boylamsal takipte serum ve tükürük NETosis belirteçlerinin düzeylerindeki değişim. Veriler ortalama olarak belirtilmiştir (sütun). Wilcoxon testi, ns: anlamlı değil, *p<0,05, **p≤0,01. (aBH, aktif Behçet hastası; iBH, inaktif Behçet hastası)



Şekil 3. A. Hastaları kontrol grubundan ayırmada NETosis belirteçlerinin ROC eğrileri. B. Aktif hastaları inaktif hastalardan ayırmada NETosis belirteçlerinin ROC eğrileri

Tablo 1. Aktif ve inaktif hastalık döneminde örnek alınan hastaların demografik ve kümülatif klinik özellikleri

	Aktif BH (n=30)	**İnaktif BH (n=18)**
Cinsiyet, erkek, n (%)	21 (70)	11 (61,1)
Yaş, yıl, ort. ± SS	35,3±10,7	36,5±9,1
Hastalık süresi, ay, med (ÇAA)	54 (10-150)	48 (10-70)
HLA*B51, n/N (%)	10/13 (76,9)	9/12 (75)
Sigara, n (%)	8 (26,7)	7 (38,9)
Hastalık tutulumları, n (%)		
Mukokütanöz	30 (100)	18 (100)
Artrit	12 (40)	8 (44,4)
Üveit	8 (26,7)	2 (11,1)
Nörolojik	2 (6,7)	1 (5,6)
Gastrointestinal	1 (3,3)	0 (0)
Vasküler	7 (23,3)	6 (33,3)
Diğer	1 (3,3)	1 (5,6)
Tedaviler, n (%)		
Naif	7 (23,3)	0 (0)
Kolşisin	23 (76,7)	18 (100)
Azatioprin	7 (23,3)	10 (55,6)
Kortikosteroid	3 (10)	9 (50)
TNFi	0 (0)	1 (5,6)
Laboratuvar değerleri		
Nötrofil sayısı/µL, med (ÇAA)	6300 (4700-7700)	4700 (3400-6600)
CRP, mg/L, med (ÇAA)	7,5 (3,16-26,5)	2,44 (0,6-4,46)
ESH, mm/saat, med (ÇAA)	10 (7-23)	9 (3-15)

Tablo 2. Oral aktif ve inaktif durumda (aktif olduğu dönemdeki) iken tükürük örneği alınan hastaların oral aft özellikleri

	Aktif dönemde örnek alınan hastaların aktif dönemdeki oral aft özellikleri (n=15)	**Boylamsal olarak takip edilen hastaların aktif dönemindeki oral aft özellikleri (n=7)**
Aft sayısı, med (ÇAA)	1 (1-3)	2 (1-4)
Aft tipi, n (%)		
Minör aft	11 (73,3)	5 (71,4)
Majör aft	4 (26,7)	2 (28,6)
Herpetiform aft	0 (0)	0 (0)
Aft süresi, gün, med (ÇAA)	4 (2-7)	4 (3-7)
Nüks sıklığı, atak/yıl, med (ÇAA)	6 (5-12)	7 (4-12)

SS-021

Primer Sjögren sendromlu hastalarda immünosüpresif ilaç kullanımının glandüler tutulum üzerine etkisi

Seda Günay[1], Esra Sevimli[2], Gonca Mumcu[3], Nevsun İnanç[4]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Öğr. Gör. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, İstanbul Arel Üniversitesi; Doktora Öğrencisi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Marmara Üniversitesi, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı, primer Sjögren sendromlu (pSS) hastalarda, immünosüpresif (IS) ilaç kullanımının glandüler tutulum üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu retrospektif araştırmaya 2016 ACR/EULAR pSS tanı kriterlerini karşılayan 75 pSS tanısı konmuş hasta katıldı (K/E: 71/4; yaş ort.: 53,20±11,14 yıl). Araştırma grubunda, hiç "IS kullanmamış" olan hastaların oranı %38,7 (n=29) olarak belirlendi. İmmünosüpresif (IS) tedavi alan hastalar (n=46); "Aralıklı IS" (n=10, %13,3) ve "Uzun dönem IS" kullanımı (n=36, %48) olarak da iki gruba ayrıldı. Hastaların son vizitlerinde uyarılmış ve uyarılmamış tükürük akış hızları hesaplandı. Hastalar uyarılmamış tükürük akış hızlarına (≤0,1 mL/min) göre ağız kuruluğu olup (n=29, %38,7) olmamasına (n=46, %61,3) göre 2 gruba ayrıldılar.

Bulgular: Araştırma grubunda IS ilaç kullanım süreleri "Aralıklı IS" kullanan grupta 41,44±36,95 ay ve "uzun dönem IS" kullanan grupta 79,69±72,01 aydır. Gruplar arasında yaş, sigara kullanımı, diabetes mellitus ve SS-A pozitifliği açısından farklılık görülmedi (p>0,05). "Uzun dönem IS" tedavi alan grupta akciğer ve böbrek tulum oranlarının %19,4 (n=7) ve %25 (n=9) olduğu, artrit görülme sıklığının ise "aralıklı IS" alan hastalarda %70 (n=7) olduğu görüldü. Ağız kuruluğu (≤0,1 mL/min) görülme sıklığının "IS kullanmayan" hastalarda (%52) "Uzun dönem IS" kullanan hastalara (%25) göre daha fazla olduğu belirlendi (p=0,056). "Uzun dönem IS" alan hastalarda uyarılmamış ve uyarılmış tükürük akış hızlarına bakıldığında (0,24±0,18 mL/dakika ve 1,04±0,69 mL/dakika), "aralıklı IS" alan hastalara (0,20±0,31 mL/dakika ve 0,54±0,41 mL/dakika) (p=0,038, p=0,069) ve "IS tedavi almayan" hastalara (0,14±0,15 mL/dakika ve 0,20±0,31 mL/dakika) göre daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,009 ve p=0,025). Ancak "aralıklı IS" alan hastalar ile "IS almayan" hastalar arasında ise anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre, IS'lerin uzun dönem kullanımının pSS'lu hastalarda tükürük bezlerdeki hasarının önlenmesi ve fonksiyonların korunması üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İmmünosüpresif tedavi, tükürük akış hızı, primer Sjögren syndrome

SS-022

Lupus nefriti hastalarında mikrotrombüs oluşumu mortalite ile ilişkili olabilir

Eda Otman[1], İrfan Öcal[2], Fulya Çakalağaoğlu[2], Zeki Soypaçacı[3], Dilek Solmaz[4], Servet Akar[4]

[1]Manisa Şehir Hastanesi, Manisa

[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

[4]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarının yaklaşık yarısında görülür ve böbrek hasarının en yaygın şeklidir. Ancak son zamanlarda renal vasküler lezyonların önemi vurgulanmaktadır. Bu lezyonlardan özellikle trombotik mikroanjiyopatinin (TMA) prognoz üzerine etkisine yönelik çalışmalar yapılmıştır ve çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Literatürde mikrotrombozun bazı belirteçlerle daha iyi gösterilebildiği gözlenmiştir. Bu amaçla biz de LN tanısı olan hastalarımızdaki mikrotrombüs sıklığını ve prognoz üzerine etkisini inceledik.

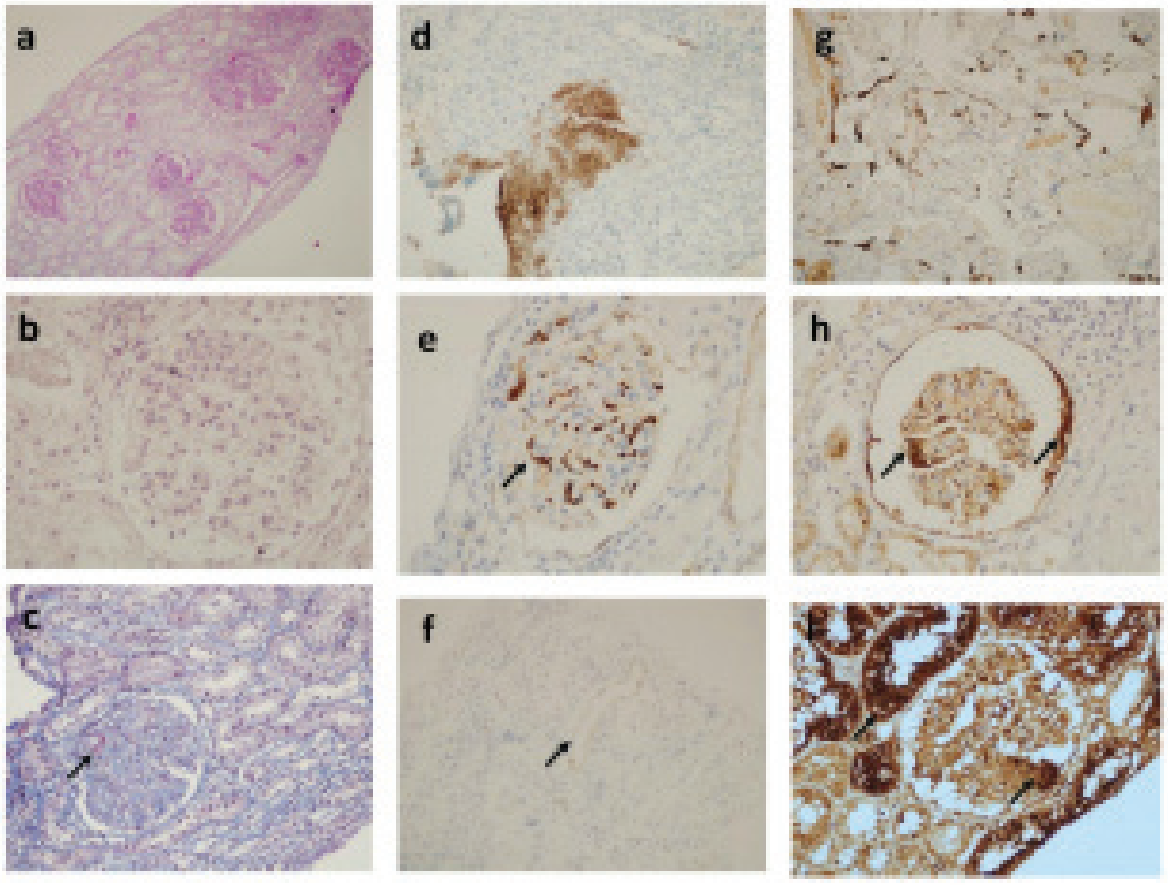
Yöntem: 2009-2020 yılları arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde LN tanısı almış hastaların böbrek biyopsileri tekrar değerlendirildi. Rutin histopatolojik değerlendirmeye ek olarak mikrotrombozları değerlendirmek için anti-glikoptotein IIIa (CD61, 1/50, M075301-1, mouse mono, Y2/51, DAKO) ve anti-fibrin (1/50, A008002-2, rabbit poly, DAKO) uygulandı (Şekil 1). Hastaların son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), kronik böbrek yetmezliği (KBY), mortalite gelişme durumu sonlanım olarak belirlendi ve bu şekilde prognostik faktörler incelendi.

Bulgular: LN tanısı konulan, ilk böbrek biyopsisi kliniğimizde yapılmış olan 66 hasta analizlere dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 42,6 (±14,6), SLE tanı yaşı 33,5 (±15,1), LN tanı yaşı 35,3 (±15,1) idi ve kadın hasta oranı (%80,3) daha fazlaydı. Biyopsilerin %56,5'i anti-CD61, %41,7'si anti-fibrin pozitif boyanma gösterdi. Anti-CD61 ve anti-fibrin pozitif ve negatif hastaların bazal demografik, klinik özellikleri benzerdi. Anti-fibrin pozitif hastalarda anti-fosfolipid antikor (AFA) pozitifliği, anti-fibrin negatif gruba göre istatistiksel anlamlı derecede daha fazlaydı (%52,9 vs. %15, p=0,014) (Tablo 1). Histopatolojik değerlendirmede anti-fibrin pozitif hastalarda negatif olanlara kıyasla kronisite indeksi daha yüksekti [2,90 (±1,16) vs. 2,30 (±1,46); p=0,040] (Tablo 2). Anti-fibrin pozitif grupta negatif gruba göre remisyon oranlarının 12. ayda daha düşük olduğu gözlendi (%40 vs. %72; p=0,046) (Tablo 3). Ayrıca mortalite oranının anti-fibrin pozitif grupta daha yüksek (%36,8 vs. %10,7; p=0,032) olduğu gözlendi (Şekil 2). Medyan 38 (0-136) ay takip süresi sonunda hastaların %20'sinde KBY, %10'unda SDBY geliştiği ve gruplar arasında bu sonlanımlar açısından istatistiksel anlamlı fark olmadığı gözlendi. Anti-CD61 pozitifliği ile mukokutanöz tutulum (r=0,302 ve p=0,042) ve biyopsi anındaki C4 düşüklüğü (r=0,316 ve p=0,034) arasında hafif düzeyde korelasyon saptandı. Ölen hasta grubunda ise

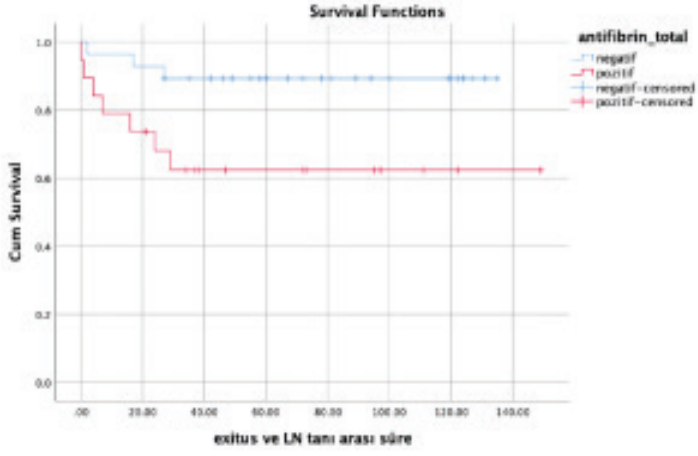
SLE tanı yaşı [46,4 (±20,0) vs. 30,7 (±11,9); p=0,006] ve LN tanı yaşının [48,7 (±18,3) vs. 32,4 (±12,3); p=0,002] daha ileri olduğu görülürken, daha sık AFA pozitifliği (p=0,030) ve anti-fibrin pozitifliğinin (p=0,032) olduğu görüldü.

Sonuç: Anti-CD61 ve anti-fibrin gibi mikrotrombüsü saptamada daha duyarlı olduğu düşünülen belirteçlerin geleneksel yöntemlere göre mikrotrombüsü daha iyi tespit ettiği gözlenmiştir. Ancak bu belirteçlerin klinik önemi ile ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, mikrotrombüs, prognoz



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. Lupus nefriti hastalarının demografik ve bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Tüm hastalar	Anti-CD61 (+)	Anti-CD61 (-)	p-değeri	Anti-fibrin (+)	Anti-fibrin (-)	p-değeri
Demografik özellikler	n=66	n=26	n=20		n=20	n=28	
Yaş ort (±SS)	42,6 (±14,6)	42,6 (±15,2)	43,4 (±15,9)	0,991	43,5 (±17,4)	40,5 (±11,6)	0,794
Kadın cinsiyet, n (%)	53 (80,3)	24 (92,3)	15 (75,0)	0,213	15 (75)	26 (92,9)	0,111
SLE tanı yaşı, yıl ort (±SS)	33,5 (±15,1)	34,1 (±15,3)	32,9 (±13,9)	0,799	35,5 (±18,0)	31,2 (±10,8)	0,623
LN tanı yaşı, yıl ort (±SS)	35,3 (±15,1)	36,2 (±15,0)	35,0 (±14,0)	0,877	37,1 (±17,5)	33,7 (±11,8)	0,645
Takip süresi, ay medyan (min-maks)	38 (0-136)	29,5 (0-126)	47 (0-131)	0,542	21 (0-118)	45,5 (0-131)	0,072
Klinik özellikler, n (%)							
Akut kutanöz lupus	15/65 (23,1)	3 (11,5)	7 (35,0)	0,056	5 (25,0)	5 (17,9)	0,548
Kronik kutanoz lupus	8/65 (12,3)	2 (7,7)	4 (20,0)	0,380	2 (10,0)	4 (14,3)	1,000
Oral ülser	12/65 (18,5)	3 (11,5)	6 (30,0)	0,118	3 (15,0)	6 (21,4)	0,574
Skar bırakmayan alopesi	10/65 (15,4)	5 (19,2)	3 (15,0)	1,000	7 (35,0)	1 (3,6)	0,006
Eklem tutulumu	38/65 (58,5)	16 (61,5)	13 (65,0)	0,809	13 (65,0)	17 (60,7)	0,762
Serozit	16/65 (24,6)	6 (23,1)	6 (30,0)	0,596	6 (30,0)	6 (21,4)	0,499
Nörolojik tutulum	6/65 (9,2)	1 (3,8)	4 (20,0)	0,151	4 (20,0)	1 (3,6)	0,146
Hemolitik anemi	11/53 (20,8)	7/23 (30,4)	4/16 (25,0)	0,711	5/17 (29,4)	6/23 (26,1)	0,816
Lökopeni veya lenfopeni	44/63 (69,8)	17 (65,4)	16 (80,0)	0,275	14 (70,0)	20 (71,4)	0,915
Trombositopeni	15/65 (23,1)	9 (34,6)	3 (15,0)	0,133	6 (30,0)	7 (25,0)	0,701
AFA pozitifliği	15/45 (33,3)	5/17 (29,4)	6/18 (33,3)	0,803	9/17 (52,9)	3/20 (15)	0,014

Tablo 2. Lupus nefriti hastalarının histopatolojik özelliklerinin karşılaştırılması

	Tüm hastalar	Anti CD61 (+)	Anti CD61 (-)	p-değeri	Anti-fibrin (+)	Anti-fibrin (-)	p-değeri
Histopatolojik bulgular	n=66	n=26	n=20		n=20	n=28	
Ortalama glomerül sayısı	12 (2-32)	14 (6-32)	13,5 (5-25)	0,570	14 (6-28)	13 (5-32)	0,240
Aktivite indeksi, ort. (±SS)	5,52 (±3,60)	6,36 (±4,36)	5,6 (±3,5)	0,629	6,00 (±3,46)	5,74 (±4,27)	0,544
Endokapiller hiperselülarite	1,54 (±0,83)	1,60 (±0,91)	1,55 (±0,94)	0,773	1,75 (±1,02)	1,48 (±0,80)	0,252
Lökosit infiltrasyonu	0,82 (±0,68)	0,84 (±0,68)	0,90 (±0,78)	0,909	0,85 (±0,67)	0,89 (±0,75)	0,962
Subendotelyal hiyalin deposit	0,82 (±0,95)	0,80 (±0,95)	1,00 (±1,02)	0,495	1,05 (±1,09)	0,70 (±0,86)	0,293
Fibrinoid nekroz/karyoreksis	0,70 (±1,24)	1,20 (±1,52)	0,60 (±1,14)	0,127	0,70 (±0,97)	0,88 (±1,50)	0,948
Selüler kresent	0,458 (±1,030)	0,63 (±1,13)	0,11 (±0,48)	0,085	0,26 (±0,70)	0,50 (±1,06)	0,530
İntertisyel enflamasyon	1,23 (±0,84)	1,20 (±0,76)	1,45 (±0,99)	0,314	1,25 (±0,63)	1,37 (±1,00)	0,862
Kronisite indeksi, ort. (±SS)	2,63 (±1,30)	2,52 (±1,53)	2,5 (±0,7)	0,686	2,90 (±1,16)	2,30 (±1,46)	0,040
Glomerüler skleroz	0,69 (±0,68)	0,72 (±0,67)	0,55 (±0,60)	0,410	0,80 (±0,69)	0,52 (±0,64)	0,150
Fibröz kresent	0,03 (±0,17)	0,08 (±0,27)	0,00 (±0,00)	0,201	0,05 (±0,22)	0,04 (±0,19)	0,829
Tübüler atrofi	0,92 (±0,51)	0,80 (±0,57)	1,00 (±0,32)	0,148	1,00 (±0,45)	0,81 (±0,55)	0,217
İntertisyel fibrozis	0,98 (±0,48)	0,92 (±0,57)	1,00 (±0,32)	0,550	1,05 (±0,39)	0,93 (±0,55)	0,383

Tablo 3. Lupus nefriti hastalarının 12. ay takiplerinin karşılaştırılması

	Tüm hastalar n=66	Anti CD61 (+) n=26	Anti CD61 (-) n=20	p-değeri	Anti-fibrin (+) n=20	Anti-fibrin (-) n=28	p-değeri
Proteinüri, mg/g ort. (±SS)	931 (±1,076)	714 (±895)	1,162 (±1,380)	0,560	1,176 (±984)	802 (±1,220)	0,170
12. ayda tam remisyon, n (%)	31/55 (56,4)	15/23 (65,2)	9/15 (60,0)	0,744	6/15 (40,0)	18/25 (72,0)	0,046
Kreatinin (mg/dL) ort. (±SS)	1,3 (±2,5)	1,8 (±3,9)	0,7 (±0,3)	0,322	1,3 (±1,6)	1,4 (±3,5)	0,469
eGFR (mL/dk/1,73 m^2) ort. (±SS)	102,4 (±45,2)	90,5 (±38,1)	106,4 (±42,2)	0,328	95,1 (±56,8)	102,8 (±32,4)	0,383
Anti-dsDNA pozitifliği, n (%)	6/24 (25,0)	3/8 (37,5)	1/10 (10,0)	0,163	0/6 (0,0)	4/11 (36,4)	0,091
Düşük C3, n (%)	13/29 (44,8)	5/9 (55,6)	5/13 (38,5)	0,429	3/7 (42,9)	7/14 (50,0)	0,757
Düşük C4, n (%)	12/29 (41,4)	6/9 (66,7)	3/13 (23,1)	0,041	2/7 (28,6)	7/14 (50,0)	0,350

SS-023

Sistemik sklerozis hastalarında NEK7-NLRP3 inflamazom yolağının ekspresyonu ve fibrozis ile ilişkisi

Tuba Yüce İnel[1,2], Ufkay Karabay[2], Mehtap Yüksel Eğrilmez[2], Fatih Alp Öztürk[2], Haluk Vayvada[2], Ahmet Merih Birlik[2]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

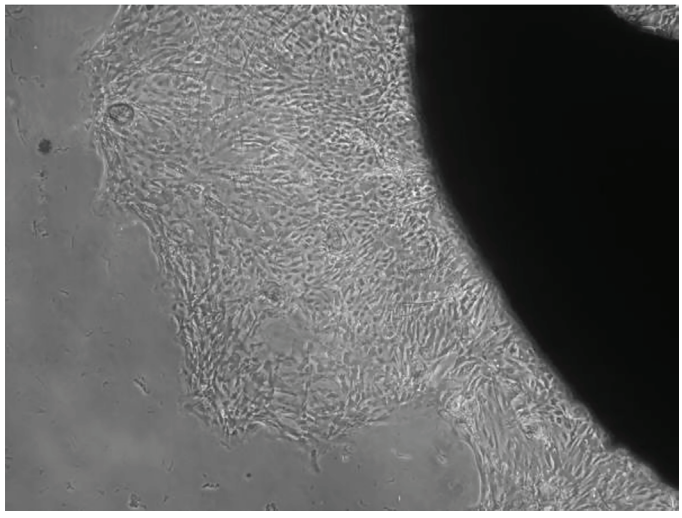
Amaç: İnflamazomun fibrozis üzerindeki etkisi aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Aktive olan inflamazom tipi, otokrin veya parakrin yanıtları etkileyen genetik varyasyonlar, inflamazomun aktive olduğu hücre tipi veya tüm bu faktörlerin kombinasyonu fibrozis gelişip gelişmeyeceğini etkileyebilir. NIMA-ilişkili kinaz 7 (NEK7), NLRP3 oligomerizasyonu ve aktivasyonunu düzenlemek için hücre içi potasyum iyonlarının akışında görev yapan bağlayıcı bir proteindir. NLRP3'ün Nek7 ile etkileşimi ASC, kaspaz-1 veya kaspaz-11'den bağımsızdır. NEK7, NLRP3 inflamazom aktivasyonuna bağlı enflamatuvar hastalıkları tedavi etmek için potansiyel terapötik bir hedef olabilir. Biz de bu çalışmayla NEK7-NLRP3 inflamazomunun sistemik sklerozis tanılı hastaların cildinde eksprese olup olmadığını ve fibrozis üzerindeki etkisini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya skleroderma benzeri hastalıklardan ayırt etmek için diyagnostik amaçla deri biyopsisi yapılan veya tıbbi gereklilik (nekroz, digital ülser) nedeniyle parsiyel/total digital ampütasyon uygulanan sistemik sklerozis tanılı 9 hasta ve kozmetik sebeplerle opere edilmiş 3 kontrol dahil edildi. Biyopsi örnekleri iki kez PBS (fosfat-buffered saline) ile yıkanıp ve daha küçük parçalara ayrılarak örnekler enzimatik yöntem ile parçalanmıştır. Dokular, 1 mL enzim karışımında [Kollegenaz + Dispaz] 37 °C'de karıştırılarak yaklaşık 1 saat tüm doku dissosiye olana kadar bekletilip santrifügasyon ile çöktürülüp ve hücre kültür ortamında [DMEM + penisilin/streptomisin (100 Ü/mL + FCS (%30) +Glutamin (2 mM)] resüspanse edilerek 35 mm'lik petride inkübe edilip biyopsi örneklerinin tomurcuklanması sağlanmıştır. Sistemik sklerozlu ve kontrol gruplarından elde edilen fibroblast hücrelerinden "RNA izolasyon" kiti kullanılarak RNA izolasyonu yapılmıştır. Bu işlemde önce lizis solüsyonuyla hücre ve nükleus membranı parçalanarak DNA ve RNA açığa çıkarılmıştır. Ardından DNA ve RNA'nın silikaya yapışma özelliğinden yararlanmak için örnekler silika membran içeren kolondan geçirilmiştir. Daha sonra silikaya yapışan DNA'nın uzaklaştırılması için deoksiribonükleaz enzimiyle enkübasyon yapılmıştır. Sonrasında etanol solüsyonlarıyla yıkama yapılmış ve RNA, santrifüj ardından distile su içinde toplanmıştır. RNA'nın saflığı ve konsantrasyonu spektrofotometrik ölçüm ile değerlendirilmiştir. Complementary DNA (cDNA) sentezi için 1 µg RNA, 100 pmol random hekzamer, 1 mM dNTP mix, 200 ünite RevertAid Reverse transkriptaz enzimi kullanılmıştır. Örneklerden "termal cycler" aletinde cDNA elde edilmiştir. Daha sonra NEK7, NLPR3, ASC, Kaspaz-1, IL-1ß, IL-18, COL1A1 ve kontrol housekeeping genler olan GAPDH ve Aktin mRNA'larına özgül primerler ile SYBR green içeren qPCR mastermix kullanılarak Real-time PCR yapılmıştır. Erime eğrisi analiziyle de ürünlerin kalite kontrolü gerçekleştirilmiştir. Ekspresyon farklılığı delta delta Ct yöntemine göre analiz edilmiştir.

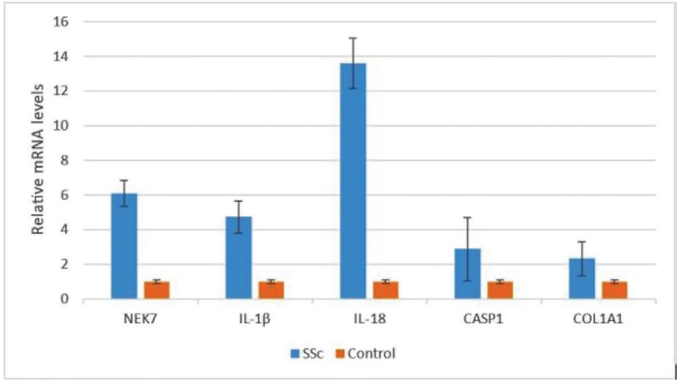
Bulgular: SSc hastalarının %77,8'i kadındı ve medyan yaşı 56 (41-69) idi. Hastaların üçte ikisi diffüz SSc olup, dördünde Sjögren birinde miyozit eşlik etmekteydi. Ortalama tanı süresi 46 (11-276) aydı. Hastaların modifiye rodnan skoru 10 (4-44) iken, medsger skoru 7 (3-18) idi. SSc hastalarında NEK7-NLRP3 inflamazom yolağının aktivasyonu ile ASC, IL-1β, IL-18, Kaspaz1 ve Kollajen1A1 mRNA ekspresyonlarında upregülasyon olduğu saptandı. Şekil 1'de SSc tanılı hastalardan birisinin hücre kültüründeki fibroblast izolasyonu görülmektedir. Tabloda SSc ve kontrol hastalarındaki inflamazom yolağında eksprese olan moleküllerin mRNA düzeyleri, Şekil 2'de ise iki grup arasındaki fark gösterilmektedir.

Sonuç: İlk kez Gasse ve ark., inflamazom, IL-1 reseptörü ve MyD88 sinyali ile fibrozis arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. ASC proteininde eksiklik olan farelerde, profibrotik bir ajan olan bleomisine verilen yanıt azalmıştır. Bu çalışma, IL-1 reseptörü ve MyD88 üzerinden IL-1 sinyalinin pulmoner fibrozisteki rolünü göstermiştir. IL-1R1 ve MyD88 eksikliği olan farelerde, bleomisine verilen yanıt ortadan kalkmıştır. Ayrıca, rekombinant fare IL-1ß'nin vahşi tip farelerin akciğerlerine doğrudan uygulanması, enflamasyonla birlikte artmış doku destrüksiyonuna ve kollajen birikimine neden olmuştur. Vahşi tiplerde fibrozisin sınırlandırılmasında IL-1 reseptör antagonisti eklenmesinin, IL-1ß nötrleştirici antikorların uygulanmasından daha etkili olduğu görülmüştür. Artlett ve ark. tarafından SSc fibroblastlarda kaspaz-1 aktivitesinin yaklaşık 2 kat arttığı ve fibrotik lezyonlardan izole edilen fibroblastların daha fazla IL-1ß ve IL-18 proteini salgıladığı ve bu salgının kaspaz-1'in kimyasal veya siRNA inhibisyonu ile ortadan kaldırılabileceği gösterilmiştir. Kaspaz-1 inhibitörü YVAD ile muamele edilmiş fibroblastlar ve NLRP3 eksikliği olan fibroblastların, miR-155 ekspresyonunu ve kollajen sentezini önemli oranda azalttığı saptanmıştır. Araştırmamızda SSc hastalarında NEK7-NLRP3 inflamazom yolağının aktivasyonu ile ASC, IL-1β, IL-18, Kaspaz1 ve Kollajen1A1 mRNA ekspresyonlarında upregülasyon olduğunu saptadık. IL-1ß ve IL-18'in aktivitesi ve salgılanması, inflamazom ile düzenlenir ve her iki sitokin, birçok hücre tipinde bulunan spesifik reseptörlerine bağlanıp enflamatuvar yanıtı daha da şiddetlendirmektedir. Sonuçlarımıza göre SSc hastalarında IL-1β ve IL-18 mRNA ekspresyonları kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edilmiştir. IL-1ß üretiminin, toll benzeri reseptör yolağından ziyade ASC sinyalizasyonuna daha fazla bağımlı olduğu bu NLRP3 inflamazom yolağının etkinleştiği, aşırı kollajen birikimi ve enflamatuvar hücrelerin hasarlı dokulara alınmasına neden olduğu da bilinmektedir. Ancak SSc hastalarının hastalık süreleri, deri ve organ tutulum şiddetleri ve otoantikorlarıyla NEK7-NLRP3 inflamazom yolağı arasındaki ilişkinin aydınlatılması için daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnflamazom, fibrozis, NEK7, NLRP3, sistemik skleroz



Şekil 1. Deri biyopsi örneğinden hücre kültürü ile fibroblast izolasyonu



Şekil 2. SSc ve kontrol grubunda inflamazom yolağındaki moleküllerin mRNA düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 1. SSc ve kontrol grubunda inflamazom yolağındaki moleküllerin mRNA düzeyleri

	NEK7	IL-1β	IL-18	CASP1	COL1A1	GAPDH
Toplam HASTA	18,9347	31,55144	28,8343	26,37693	18,84881	16,64278
Toplam KONTROL	18,01756	30,273	29,07244	24,38256	16,54211	13,11589
ΔCt-K	4,901667	17,15711	15,95656	11,26667	3,426222	
ΔCt-H	2,291926	14,90867	12,19152	9,734148	2,206037	
ΔΔCt	-2,60974	-2,24844	-3,76504	-1,53252	-1,22019	
mRNA levels	6,10394	4,751702	13,59531	2,892904	2,329766	

SS-024

Gastrointestinal tutulumu olan Behçet sendromu hastalarında abdominal cerrahi

Sinem Nihal Esatoğlu[1], Sabriye Güner[1], Sevim Güler[1], Gülen Hatemi[1], Nuray Kepil[2], Yusuf Ziya Erzin[3], Aykut Ferhat Çelik[3], İbrahim Hatemi[3]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Gastrointestinal sistem tutulumu olan Behçet sendromu (GİBS) hastalarının yaklaşık üçte biri gastrointestinal tutuluma bağlı abdominal cerrahi olmaktadır. Bu çalışmada, abdominal cerrahi geçiren GİBS hastalarının klinik özelliklerini, tedavilerini ve uzun vadeli prognozlarını özetlemeyi amaçladık.

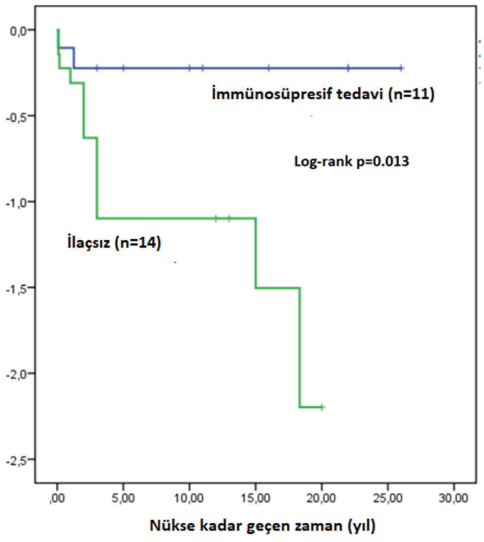
Yöntem: 1978 ile 2022 yılları arasında takibe alınmış olan tüm Behçet sendromu (BS) hastalarının dosyaları geriye dönük olarak incelendi. GİBS olup gastrointestinal tutulum nedeniyle abdominal cerrahi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikler, cerrahi türü, tedaviler, nüksler ve prognoz not edildi. Bağırsak rezeksiyonunu takiben pozitif bir fekal kalprotektin testi ile aktif gastrointestinal klinik aktivetinin varlığı veya endoskopide aktif hastalık saptanması nüks olarak tanımlandı.

Bulgular: 11.200 BS hastasında 119 (%1) GİBS hastası vardı. Bu 119 hastanın 29'u (%24) (19 erkek, yaş ortalaması: 49±11 yıl) abdominal cerrahi geçirmişti (Tablo 1). On dokuz hastada (%65) gastrointestinal tutulumdan önce BS tanısı konulmuştu. On hasta ise BS ve gastrointestinal tutulum tanısını aynı anda almıştı. Refrakter hastalık nedeniyle ileoçekal rezeksiyon geçiren 1 hasta dışında, hepsi abdominal cerrahi sonrasında GİBS tanısı almıştı. Abdominal cerrahinin en sık nedenleri perforasyon (n=18, %62) ve masif hematokezya idi (n=6, %21). Abdominal cerrahi türü 25 hastada bağırsak rezeksiyonu, 2 hastada primer kapama ve 2 hastada tanısal laparotomi idi. Gastrointestinal tutulumu refrakter olan 2 hasta yaygın vasküler tutulum (n=1) ve sekonder amiloidoz (n=1) nedeniyle kaybedildi. Bağırsak rezeksiyonu geçiren 25 hastanın 14'ü (%56) ortanca 24 (ÇAA: 1,75-36) aylık takip süresi boyunca nüks yaşadı. Bu 14 hastadan 12'si sadece bir kez nüks yaşadı. Nüks nedeniyle 4 (%29) hasta yeniden abdominal cerrahi geçirmek durumunda kaldı. Geriye kalan 11 hasta ortanca 13 (ÇAA: 10-22) aylık takip süresi boyunca nüks yaşamadı. Operasyon sonrası azatiopurin tedavisi, 3'ü anti-TNF ile beraber olmak üzere, toplamda 11 hastada başlandı. Bu 11 hastadan 3'ünde nüks gözlenirken, operasyon sonrası immünosüpresif tedavi almayan 14 hastadan 11'i nüks yaşadı (%27 vs. %79; p=0,01). Operasyon sonrası immünosüpresif tedavi kullanımı nüks riskini önlemde koruyucu bir faktör olarak bulundu (OR: 0,10; %95 GA: 0,016-0,644). Operasyon sonrasında nükse kadar geçen zaman immünosüpresif tedavi alan hastalarda almayanlara göre anlamlı olarak daha uzundu (p=0,013, log-rank testi, Şekil 1).

Sonuç: Gastrointestinal tutulum BS hastalarında ilk prezentasyonda perforasyon veya ciddi kanama nedeniyle abdominal cerrahi

gerektiren akut bir tablo ile ortaya çıkabilir. Bu kohortta GİBS hastalarının %24'ünde abdominal cerrahi gerekmişti ve bir hasta dışında hepsinde GİBS tanısı operasyon sonrasında konmuştu. Hastaların yaklaşık %50'si nüks yaşadı ve nükslerin çoğu 3 yıl içinde meydana geldi. Nüks yaşayan hastaların %30'unda yeniden abdominal cerrahi gerekti. Cerrahi sonrası immünosüpresif tedavi kullanımı nüks riskini %90 azaltarak nüksten koruyucu bir faktör olarak saptandı

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, gastrointestinal, cerrahi, rezeksiyon



Şekil 1.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Abdominal cerrahi geçiren GİBS hastaları (n=29)
Erkek, n (%)	19 (66)
Ortalama (SS) yaş, yıl	49±11
Jüvenil BS, n (%)	4 (13)
Ortalama (SS) BS tanı yaşı, yıl	28±10
Ortalama (SS) GİBS tanı yaşı, yıl	34±11
ISG kriterini dolduranlar, n (%)	23 (79)
Majör organ tutulumu, n (%)	15 (51)
Üveit	11
Vasküler tutulum	5
Merkezi sinir sistem tutulumu	2
Paterji pozitifliği, n/N (%)	13/27 (48)
HLA-B51, n/N (%)	12/18 (66)
Cerrahi nedenleri, n (%)	
Perforasyon	18 (62)
Masif hematokezya	6 (21)
İleus	2
Akut batın şüphesi	2
Refrakter hastalık	1
Cerrahi sırasında immünosüpresif ilaç kullanımı, n (%)	3 (10)

SS-025

Dev hücreli arterit tanısında temporal arter biyopsi bulgularının 2022 DCVAS kohort önerilerine göre incelenmesi

Gül Sandal Uzun[1,2], Özay Gököz[3], Betül Öğüt[4], Aylin Heper[5], Servet Güreşçi[6], Rıza Can Kardaş[7], Mehmet Akif Öztürk[7], Emine Uslu Yurteri[8], Aşkın Ateş[8], Berkan Armağan[9], Ahmet Omma[9], Levent Kılıç[1,2], Ömer Karadağ[1,2]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Vaskülit Araştırma Merkezi, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

[5]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

[6]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

[8]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[9]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Dev Hücreli Arterit (DHA) tanısında temporal arter biyopsisinin (TAB) yeri ile ilgili The Diagnostic and Classification Criteria in Vasculitis (DCVAS) çalışmasının verileri 2022 yılında yayınlandı. Biyopside mononükleer hücre infiltrasyonu, dev hücre varlığı ve internal elastik laminada fragmantasyon "definitif vaskülitle" ilişkili histopatolojik bulgular olarak tanımlandı. Bu çalışmada Ankara ili içerisinde üç üniversite ve bir eğitim araştırma hastanesinde DHA ön tanısı ile TAB yapılan hastaların histopatolojik bulgularının bu kapsamda tekrar değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

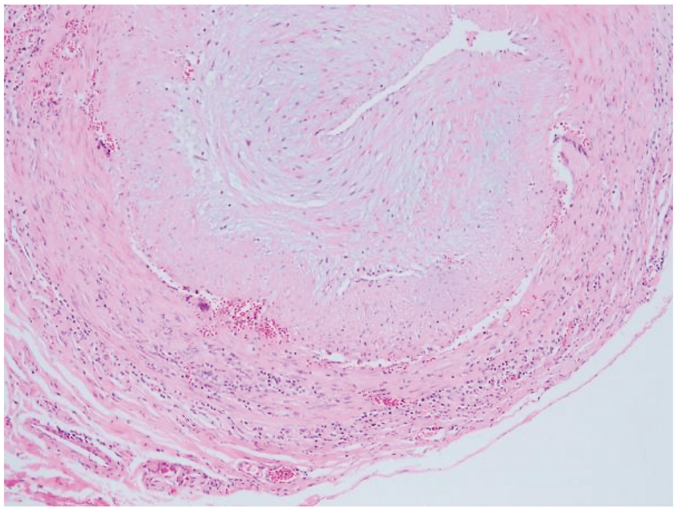
Yöntem: Ocak 2012 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında klinisyenlerce DHA tanısı konulan ve TAB yapılmış alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane elektronik kayıt sistemlerinden hastaların tanıları gözden geçirildi ve ANCA-asosiye vaskülit tanısı almış olan 2 hasta çalışmadan dışlandı. Toplamda 90 hastanın patoloji raporlarındaki mevcut histopatolojik bilgiler bir patolog (ÖG) ve bir romatoloji yan dal asistanı (GSU) tarafından değerlendirildi. Patoloji raporlarında mikroskopik bulguları belirtilmeyen 36 (%40) hastanın patoloji preparatları tekrar değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve TAB sonucundaki histopatolojik bulguları kaydedildi. Ayrıca vaskülit tanılı hastalar definitif vaskülit-DHA ve definitif olmayan-DHA olmak üzere iki gruba ayrıldı klinik ve görüntüleme özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 90 DHA hastasının ortalama tanı yaşı 69,8 (±8,5) ve %52,2'si kadın cinsiyetti. Hastaların %80,9'unda en az bir kraniyal semptom ve kraniyal fizik muayene bulgusu mevcuttu. Altmış altı (%73,3) hastanın patoloji raporunda TAB biyopsisinin nihai sonucu DHA ile uyumlu idi. DCVAS kohortunda definitif vaskülitle ilişkili bağımsız histopatolojik bulgulara göre kriterler incelendiğinde ise 76 (%84,4) hastada definitif vaskülit mevcuttu. Patoloji raporunda DHA ile uyumlu olmayan 24 hastanın 10'unda (%41,6) en az bir definitif vaskülit bulgusu vardı. Bu incelemede histopatolojik bulgular arasında en sık rapor edilen mononükleer hücre infiltrasyonu

idi (%57,7) (Resim 1). Definitif vaskülit-DHA hastalarının akut faz reaktan düzeyleri daha yüksek (Eritrosit sedimantasyon hızı; p=0,01 ve C-reaktif protein; p=0,03) ve biyopsi materyalleri daha uzundu (p=0,005). Definitif olmayan-DHA hastalarda temporal Doppler USG'sinde halo bulgusu daha sıktı (p=0,01).

Sonuç: 2022 DCVAS kohortu verilerinden üretilerek kullanımı önerilen histopatolojik bulgular DHA hastalarının %84,4'ünde mevcuttur. İlk patolojik değerlendirmede negatif olarak rapor edilen biyopsilerin DCVAS definitif vaskülitle ilişkili histopatolojik bulgular açısından tekrar yorumlandığında hastaların yaklaşık yarısında definitif vaskülit olduğu belirlendi. Belirtilen kriterler DHA hastalarında standart biyopsi değerlendirmesine katkı sunacağı düşünülmüştür. 1 cm civarında biyopsi alınmasının yeterli olmadığı mümkünse daha uzun biyopsi alınmasının daha tanımlayıcı olacağı belirtilebilir.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, biyopsi, dev hücreli arterit, definitif vaskülit, skalp hassasiyeti, temporal arter ultrasonografisi



Şekil 1. Temporal arter biyopsi kesitinde ye alan; internal elastik laminada fragmantasyon, mononükleer hücre infiltrasyonu, dev hücre varlığı dikkati çekmektedir

Tablo 1. Klinisyenlerce DHA tanısı konulan hastaların demografik ve histopatolojik özellikleri

Demografik bilgiler ve histopatolojik bulgular	**n=90**
Yaş, ortalama (SS)	69,88 (±8,6)
Cinsiyet, kadın, n (%)	47 (52,2)
Sigara içimi, n (%)	
• Halen içiyor	23/53 (43,3)
• Önceden içmiş bırakmış	9/53 (16,9)
• Hiç içmemiş	29/53 (54,7)
Eşlik eden PMR tanısı, n (%)	35/81 (43,2)
En az bir kraniyal semptom olması	68/84 (80,9)
• Görme kaybı	27/84 (32,1)
• Saçlı deride hassasiyet	15/84 (17,2)
• Yeni başlayan/kötüleşen baş ağrısı	64/84 (71,1)
• Çene kladikasyosu	35/84 (41,6)
• Ekstremite kladikasyosu	4/84 (4,7)
• Ateş	16/84 (19)
• Kilo kaybı	22/84 (26)
• Kas iskelet sistemi semptomları	34/84 (40,4)
Fizik muayene bulguları, n (%)	
• Temporal arterde anormallik	24/81 (29,6)
• Diğer vasküler anormallikler	3/81 (3,7)
Laboratuvar bulguları*	
• Anemi, n (%)	63 (70)
• Hemoglobin, g/L ortalama (SS)	11,4 (1,8)
• Lökositoz, n (%)	21 (23,3)
• Lökosit sayımı, ortanca (min-maks)	9,850 (5,100-21,950)
• Anormal ESH, n (%)	76/89 (85,5)
• ESH, ortalama (SS)	73,8 (34,9)
• Anormal CRP, n (%)	81/89 (91)
• CRP, ortanca (min-maks)	6,8 (0,17-36,6)
Görüntüleme bulguları, n (%)	
• USG'de halo işareti	23/59 (38,9)
• PET'de damar tutulumu	12/65 (16,9)
• MRG'de anormal angiografi bulguları	12/64 (18,5)
Tedavi, n (%)	
• Metotreksat	38/80 (48)
• Leflunomid	5/80 (6,6)
• Azatiopürin	11/80 (14,6)
• Siklofosfamid	5/80 (6,7)
• Tosilizumab	7/80 (9,3)
Komorbid hastalıklar n (%)	
• Hipertansiyon	42/84 (50)
• Diabetes mellitus	20/84 (23,8)
• Koroner arter hastalığı	19/84 (22,6)
• Hiperlipidemi	37/84 (44)
• Astım/KOAH	13/84 (15,4)
• Serebrovasküler hastalık	3/84 (3,5)
• Tromboz öyküsü	8/84 (9,5)
Histopatolojik bulgular, n (%)	
Dev hücre varlığı	37 (41,1)
İnternal elastik laminada fragmantasyon	44 (48,8)
Mononükleer hücre infiltrasyonu	52 (57,7)
İntimal kalınlık artışı,	47 (52,2)
En az bir histopatolojik bulgu varlığı	76 (84,4)
En az iki histopatolojik bulgu varlığı	46 (52,8)
Vasküler tromboz, n (%)	2 (2,2)
Granülom, n (%)	1 (1,1)
Perivasküler enflamasyon varlığı, n (%)	-
Medyal kalsinozis, n (%)	6 (6,6)
Miksoid dejenerasyon, n (%)	7 (7,7)

*BT: Bilgisayarlı tomografi, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, PET: Pozitron emisyon tomografisi, PMR: Polimiyaljiya romatika, SS: Standart sapma, USG: Ultrasonografi, *: Laboratuvar bulgularının referans aralıkları: Hemoglobin düzeyi; erkek: (13,5-17,5), kadın= (12,5-15,5); lökosit sayısı= (4,000-11,000) arasında; CRP, (0-0,8) mg/dL; ESR, (0-25) mm/saat*

Tablo 2. Histopatolojik bulgulara göre definite vaskülit olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

Klinik özellikler	Definitif vaskülit-DHA n=76	Definitif vaskülit olmayan-DHA n=14	p
Biyopsi anındaki yaş, ortalama (SS)	74 (7,2)	69,9 (11,3)	0,06
Cinsiyet, kadın, n (%)	39 (50)	10 (69,2)	0,16
Sigara maruziyeti, n (%)	20/42 (47,6)	3/10 (30)	0,25
Ateş, n (%)	14/72 (19,4)	2/11 (18,1)	0,5
Kilo kaybı, n (%)	19/72 (26,3)	3/13 (23,1)	0,4
Eşlik eden PMR tanısı, n (%)	30/72 (41,6)	5/13 (38,5)	0,47
Görme kaybı, n (%)	21/72 (29,1)	6/13 (46,2)	0,2
Saçlı deride hassasiyet, n (%)	12/72 (16,2)	2/13 (15,4)	0,65
Yeni kötüleşen baş ağrısı, n (%)	53/72 (73,6)	11/13 (84,6)	0,5
Çene kladikasyosu, n (%)	29/72 (43,3)	3/13 (23)	0,3
Ekstremite kladikasyosu, n (%)	3 /72 (4)	0	NA
Biyopsi uzunluğu, ortalama (SS)	21,2 mm (14,8)	10,4 mm (6,6)	0,005
Kas iskelet semptomları, n (%)	24 /72 (33,3)	8/13 (61,5)	0,09
Fizik muayene bulguları, n (%)			
• Temporal arter anormallikleri	21 (28,8)	3 (23,1)	0,3
• Diğer vasküler anormallikler	3 (4,1)	0	NA
Laboratuvar bulguları, n (%)*			
• Anemi	54 (72,6)	9 (69,2)	0,57
• Lökositoz	16 (25,1)	6 (46,2)	0,1
• Anormal ESH	65 (94)	11 (84,6)	0,09
• Anormal CRP	66 (95,5)	11 (91,7)	0,49
CRP, ortalama (SS)	8,1 (7,1)	4,2 (3,1)	0,03
ESH, ortalama (SS)	77,6 (34,2)	55,6 (33,3)	0,01
Görüntüleme bulguları, n (%)*			
• Temporal USG'de halo bulgusu	14 (29,5)	9 (66,7)	0,01
• PET'de anormal tutulum	10 (20)	1 (8,3)	NA
• BT/MR angioda tutulum	10 (16,3)	2 (8,3)	NA
Komorbid hastalıklar, n (%)			
• Hipertansiyon	34/72 (47,2)	8/12 (66)	0,48
• Diabetes mellitus	15/72 (20,8)	5/12 (41,6)	0,25
• Koroner arter hastalığı	15/72 (20,8)	4/12 (33,3)	0,18
• Hiperlipidemi	24/72 (33,3)	10/(83,3)	<0,001
• Astım/KOAH	8/72 (11,1)	5/12 (41,6)	0,03
• SVH	2/72 (2,7)	0	NA
• Tromboz öyküsü	7/72 (9,7)	1/12 (7,7)	NA

** Eksik veriler mevcuttur*

SS-026

Spondiloartritlerde latent tüberküloz taramasında Sağlık Bakanlığı Kılavuzu: İnterferon gama salınım testleri ne kadar kullanışlı? Bu kılavuza ne kadar uyuluyor?

Zehra Özsoy[1], Adem Özdemir[2], Mustafa Ekici[1], Emre Hafızoğlu[1], Asena Eken[3], Furkan Çakmak[3], Zeynep Sarıbaş[2], Burçin Şener[2], İhsan Ertenli[1], Ömer Karadağ[1], Levent Kılıç[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

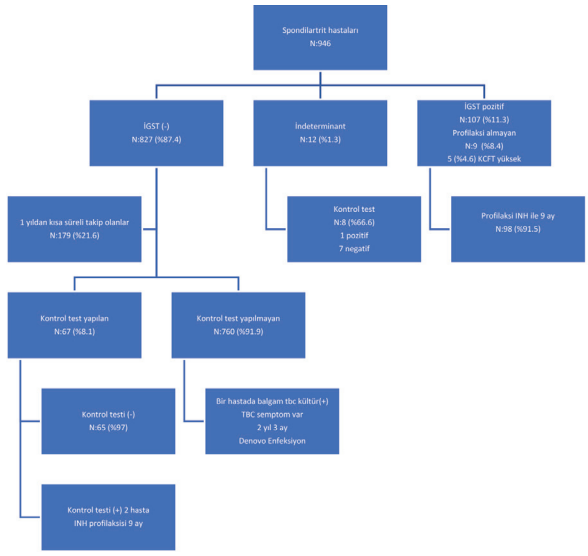
Amaç: Biyolojik/hedefe yönelik tedavi alacak olan ve/veya alan enflamatuvar artritli hastalarda latent tüberküloz enfeksiyonunu (LTBE) taramasının ne sıklıkta tekrarlanması gerektiği ve nasıl izleneceği klinik hayatta belirsizliğini korumaktadır. 2016 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın Anti-TNF Kullanan Hastalarda Tüberküloz Rehberi yayınlamıştır. LTBE saptanmayan hastalarda yıllık LTBE taraması önerilmektedir. Bu çalışmada, gerçek yaşamda spondiloartrit (SpA) hastalarında LTBE taraması interferon gama salınım testi (İGST) ile yapılan hastalarda, bu testin ne kadar kullanışlı olduğu ve hangi sıklıkta tekrar edildiğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Polikliniğimizde Mayıs 2017 tarihinden itibaren LTBI taramasında İGST kullanılmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Veri Tabanına (HURBIO) kayıtlı, Ocak 2018-Mart 2021 tarihleri arasında takip edilen SpA hastasının verileri incelendi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar değerleri, komorbiditeleri, sigara içme durumları değerlendirildi. QFT-Plus test sonuçları (pozitif, negatif veya indeterminate) kayıtlarımızdan/hastane kayıtlarından elde edildi. QFT-Plus testi (-) saptanan hastaların izlemlerinde varsa tekrarlanan İGST testi ile zamanlaması incelendi. Takip süresince tüberküloz reaktivasyonu varsa hastaların bu dönemdeki klinik durumları kaydedildi. Daha önce İGST (-) iken kontrol testinde pozitifleşen ancak aktif TBC kliniği olmayan hastaların yönetimi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 946 hastanın 534'ü (%56,4) kadın ve ortanca yaşları 41 (min: 18-maks: 80) idi. QFT-Plus testi 107 (%11,3) hastada pozitif iken 827'sinde (%87,4) negatif bulundu. QFT testi negatif olan hastaların biyolojik/hedefe yönelik tedavi altında takip süresi medyan 3 (0-42) ay idi. QFT-Plus testi negatif 648 hastanın, ilk biyolojik tedavi sonrası 1 yıl üzerinde izlemi vardı. Bu hastaların sadece 67'sinde (%8,1) kontrol test yapıldığı; 27 hastada 1 yıldan önce, 40 hastadan 1 yıldan sonra incelendiği belirlendi. Kontrol İGST testleri bakılan hastaların sadece ikisinde pozitiflik tespit edildi (bir hasta 4 ay sonra, diğeri 2 yıl 7 ay sonra pozitif). Bu hastalarda aktif tüberküloz saptanmamış ve 9 ay süreli INH profilaksi ile izlendiği görüldü. İlk QFT-Plus sonucu negatif olan ve kontrol QFT-Plus görülmeyen 1 hastanın izleminde 2 yıl 3 ay sonra klinik semptomları olması sebebi ile yapılan balgam tbc kültüründe üreme (Denovo infeksiyon?) olmuştu.

Sonuç: Spondiloartrit hastalarında biyolojik/hedefe yönelik ilaç tedavisi öncesi latent tüberküloz enfeksiyonunun İGST ile taranması ve pozitif hastalara profilaksi verilmesi akılcı bir yaklaşımdır. Ulusal kılavuza göre LTBI saptanmayan hastaların, yıllık olarak test edilmesine uyum oldukça düşük bulunmuştur. Buna karşın İGST negatif hastalarda 3 yıllık medyan takipte TBC enfeksiyonu/aktivasyonu oldukça nadirdir. Ulusal rehberlerin gerçek yaşam verileri doğrultusunda güncellenmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartritler, interferon gama salınım testi, latent tüberküloz enfeksiyonunu



Şekil 1. Spondiloartrit hastalarının latent ve aktif tüberküloz açısından izlemleri

SS-027

Granülomatöz polianjiitis hastalarında retina ve optik diskin optik koherens tomografi ile değerlendirilmesi

Belkıs Nihan Coşkun[1], Gamze Uçan Gündüz[2], Nihal Lermi[1], Sema Nizam[2], Ediz Dalkılıç[1], Yavuz Pehlivan[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Granülomatozis polianjiitis (GPA) küçük ve orta çaplı damarları etkileyen bir vaskülittir. Pek çok organ ve sistem etkilenebilirken %28-87 oranında oküler bulgular ortaya çıkabilir. Oküler ön segment bulguları arasında episklerit, sklerit ve periferik ülseratif keratit yer alır. Hastaların %5-12'sinde retina veya koroid tutulumu görülür. Biz de bu çalışmamızda GPA tanılı hastalarla sağlıklı kontroller arasında retina ve optik diskin optik koherans tomografisi (OCT) ölçümlerindeki farkları belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: GPA tanısıyla romatoloji polikliniğinde takipli 56 hasta ve 58 kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri, hastalık aktiviteleri ve kullandıkları tedaviler kayıt edildi. Hasta ve sağlıklı kontrole göz hastalıkları tarafından OCT ölçümü yapıldı. OCT ölçümleri, santral makula kalınlığı (CMT), sinir lifi tabakası (NFL), gangliyon hücre tabakası (GCL), iç pleksiform tabaka (IPL), iç nükleer

tabaka (INL), dış pleksiform tabaka (OPL), dış nükleer tabaka (ONL), retina pigment epiteli (RPE) ve retinal sinir lifi tabakasının (RNFL) çeşitli bölümleri dahil olmak üzere analiz edildi. OCT koroid tabaka değerlendirilmesinde; santral foveal koroid kalınlığı (SFKK), nazal koroid kalınlığı, temporal koroid kalınlığı ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya 27 (%48,2) kadın ve 29 (%51,8) erkek 56 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 51 (28-73) saptandı. Hastalar ile kontrol grubu arasında görme keskinliğinde, lens durumunda ve retina değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar mevcuttu (sırasıyla; p<0,001, p=0,002, p<0,001) OCT ölçümlerinde; sağ CMT, sol NFL, sağ ve sol GCL ve sağ INL değerleri kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla; p=0,027, p=0,005, p<0,05, p<0,01, p<0,01). Koroid tabaka değerlendirilmesinde de temporal koroid kalınlığı ve SFKK'de fark saptandı (sırasıyla; p<0,001, p<0,005).

Sonuç: Retina-koroid bölgesini tutan sistemik vaskülitli hastalarda, kullanım kolaylığı, yüksek çözünürlüklü görüntüler elde edilmesi ve özellikle tekrarlanan takiplerdeki güvenlik profili nedeniyle OCT'nin rolü artmaktadır. Koroid kalınlığın GPA hastalarında fazla çıkması vasküler tutulum açısından anlamlı olabilir. Retina tabakalarındaki kalınlık artışı da yine yüzeyel kapiller pleksustaki enflamasyona sekonder olabilir. GPA tanılı hastaların, retina ve optik diskin OCT ölçümlerinde sağlıklı kontrollere göre belirgin farklılıklar saptanmış olup bu bulguların klinik sonuçlarını anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz polianjiitis, optik koherens tomografi, vaskülit

SS-028

Türkiye'de romatoid artrit prevalansı/insidansı ve hastaların genel özellikleri

Gizem Ayan[1], Umut Kalyoncu[1], Hasan Satış [2], Erdem Karabulut[3], Abdülsamet Erden[4], Emre Bilgin[1], Berkan Armağan[5], Duygu Tecer[6], Alper Sarı[7], Hakan Babaoğlu[5], Levent Kılıç[1], Orhan Küçükşahin[8], Murat Çağlayan[9], Mustafa Okan Ayvalı[10], Naim Ata[10], Mustafa Mahir Ülgü[11], Şuayip Birinci[12]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

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

[5]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[7]Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[9]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

[10]Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

[11]Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

[12]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

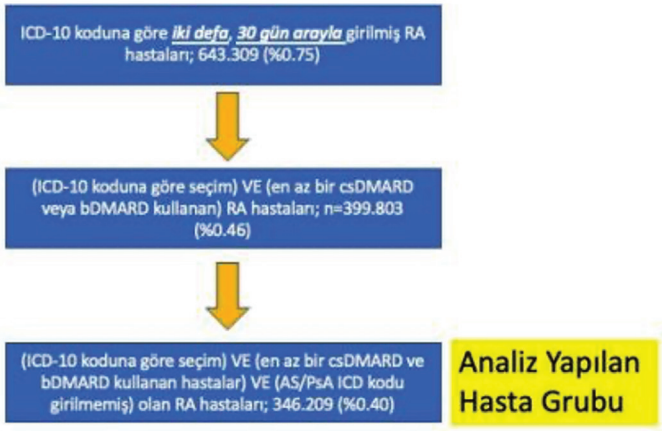
Amaç: Romatoid artrit (RA) simetrik poliartrite neden olan sistemik bir hastalıktır. Hastalık prevalansı Avrupa ve Kuzey Amerika'da %0,5-1,0 arasında değişmekte olup, kadınlarda daha sık görülmektedir. Bununla birlikte, RA prevalansını/sıklığını belirlemek için Türkiye'de veya ülke çapında nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Bu değerlendirmede, Türkiye'de RA prevalansının/insidansının özelliklerini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak ülke çapında kohort değerlendirmesi yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2014 yılından bu yana Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veri Tabanı (e-Nabız) adlı merkezden elde edilen veriler aracılığıyla bilgisayar uygulamaları kullanarak tüm ülkeyi kapsayan sağlık veri depoları oluşturmuştur. Bu e-Nabız sistemi, Türkiye'deki seksen milyondan fazla kişinin demografik özelliklerini, laboratuvar sonuçlarını, ilaç geçmişini, eşlik eden hastalıkları içeren klinik kayıtlarını içermektedir. Bu analiz için RA olguları M05, M06, M08 ve bunların alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlenmiştir. İki grup hasta tanımlanmış, ilk grupta RA tanısı, belirtilen ICD 10 kodlarını en az 1 ay arayla iki kez giren hastalara konulmuştur. İkinci grup, ilk kriterlere göre RA tanısı konan ve ek olarak en az bir csDMARD ve/veya bDMARD alan ve daha önce spondiloartrit (PsA dahil) için ICD10 kodu olmayan hastalardı (Şekil 1). İkinci grup hastalarda aşağıdaki parametreler verilmiştir. Hastaların genel özellikleri 2016-2022 yılları arasında verilmiştir. Pandemi 2020'den sonraki oranları değiştirmiş ve veri tabanı 2014'te başlatıldığı ve veri aktarımı 2017'ye kadar devam ettiği için 2016 ve 2017'de önceki yılların kümülatif verileri sistemde kayıtlıdır. Bu nedenle prevalans açısından hem 2018 hem de 2019 verileri analiz edilmiştir. RA'nın ulusal prevalansı, yılın 1 Ocak ve 1 Aralık tarihleri arasında tespit edilen RA olgularının sayısının, o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. İnsidans, o yıldaki yeni olguların o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Her iki parametre de her on yılda bir verilmiş ve frekans (../10000) olarak raporlanmıştır.

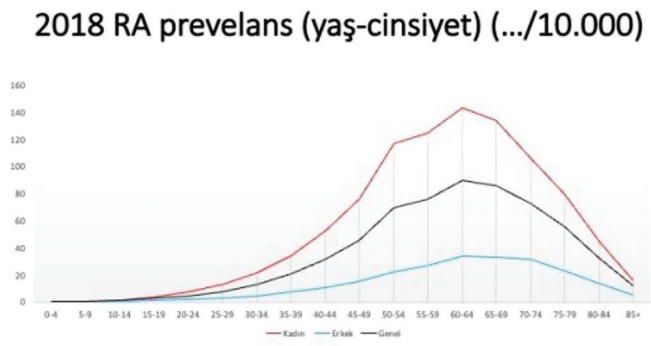
Bulgular: İlk kriterlere göre 643.309 RA hastası vardı. İkinci kriterlere göre 2016-2022 yılları arasında 346.209 RA hastası bulunmuştur. Bunların %79,6'sı kadındı ve ortalama (SD) yaş 59,1 (14,8) idi. Hastaların %59,9'unda romatoid faktör pozitifti. RA prevalansı 2018 yılında 40,5/10000 ve 2019 yılında 45,3/100000 idi. RA'nın yıllara ve cinsiyete göre prevalansı Şekil 2'de bulunabilir. RA görülme sıklığı 2018 yılında 6,9/10000 ve 2019 yılında 6,2/10000'dür. RA'nın on yıllara ve cinsiyete göre görülme sıklığı Şekil 3'te bulunabilir.

Sonuç: Ulusal verilere göre, hem ICD10 hem de csDMARD ve/veya bDMARD kullanımı kriterleri uygulandığında Türkiye'de RA prevalansı 40-45/10000 arasındadır ve insidans 6/10000 civarındadır. Ancak önemli bir hasta grubu tedavisizdir ve bu hastalar dikkate alındığında oran iki katına çıkacaktır. Bu hasta grubunun ayrıntıları ve özellikleri daha fazla dikkat gerektirmektedir.

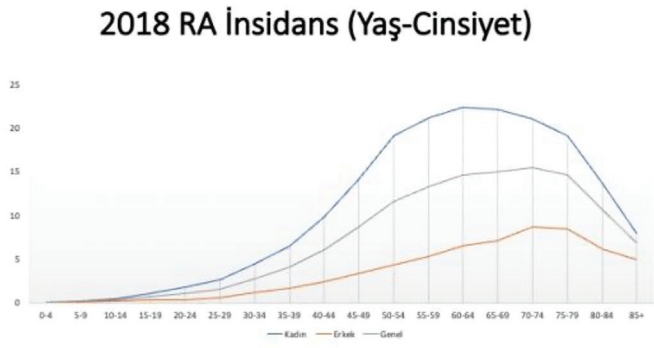
Anahtar Kelimeler: RA, epidemiyoloji, prevalans, insidans



Şekil 1. Olgu seçim sürecinin akış şeması



Şekil 2. 2018 RA prevalans (yaş-cinsiyet)



Şekil 3. 2018 RA insidans (yaş-cinsiyet)

SS-029

Ana femoral ven duvar kalınlığının Doppler ultrasonografi ile ölçümü, Behçet üveitinin diğer enflamatuvar üveitlerden ayırt edilmesinde yararlı bir tanı aracıdır

Seda Kutluğ Ağaçkıran[1], Esra Kardeş[2], Abdulbaki Ağaçkıran[3], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

[3]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığının oküler tutulumu (BU) hastaların 2/3'ünü etkilemektedir. Hastalık süresinin ilk 2 yılında ve genç erkek hastalarda daha sıktır. Erken ve agresif immünosüpresif tedaviye rağmen relapslar retinal hasar ve kalıcı görme kaybı ile ilişkilidir. Bu nedenle BU'nun diğer enflamatuvar ve enfeksiyöz üveit sebeplerinden ayrımı, takip, tedavi ve prognoz açısından büyük öneme sahiptir. Behçet hastalarında, Doppler ultrasonografi (US) ile ölçülen ana femoral ven duvar kalınlığının (FVK) 0,5 mm ve üzeri olması, yüksek duyarlılık ve özgüllük ile tanısal bir testtir. Bu testin inkomplet Behçet hastalığı (BH) ve çocukluk çağı BH'nin tanısında, aynı zamanda Crohn hastalığının BH'nin gastrointestinal sistem tutulumundan ayrımında da tanısal bir test olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada, BU'nun diğer enflamatuvar üveitlerden ayrımında, Doppler US ile FVK ölçümünün katkısı araştırılmıştır.

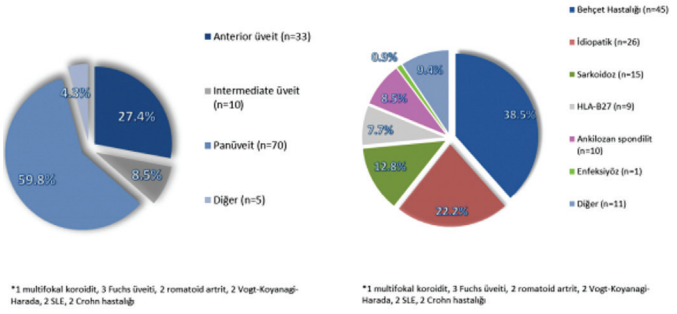
Yöntem: Çalışmaya Behçet panüveiti (BH) tanısıyla takip edilen 45 hasta ve Behçet üveiti dışı (non-BH) tanılarla oftalmoloji kliniğinden takip edilen 72 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık özellikleri ve tedavi bilgileri retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edildi. Oftalmolojik takip vizitleri ile aynı gün, klinik bilgiye kör olan iki ayrı radyolog tarafından Doppler USG ile FVK ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Her iki grupta yaş ortalamaları benzerdi. BH'de hastaların %51,1 erkek, non-BH grubunun %66,7'si kadındı. Hastalara ait demografik ve klinik veriler Tablo 1 ve Resim 1'de verilmiştir. Her iki grupta da ilk başvuru yakınması görme keskinliğinde azalmaydı. BH'de hastaların %55,9 anti-TNF dışı immünosüpresif tedavi kullanırken, non-BH grubunda hastaların %33,3'ü Anti-TNF dışı immünosüpresif tedavi kullanmaktaydı ve her iki grupta en çok kullanılan ajan azatioprindi. BH grubunda Anti-TNF tedavi kullanan hastaların oranı %33,8, non-BH grubunda ise %38,1 saptandı. BH grubunda FVK (sağ ve sol), non-BH grubunun FVK'sına göre (sağ ve sol) daha yüksek bulundu [sağ FVK için BH vs. non-BH, 0,74 (0,08) vs. 0,45 (0,08) mm; sol FVK için, 0,74 (0,07) vs. 0,45 (0,08, p<0,001, her analiz için)] (Resim 2). Non-BH grubunda 10 (%13,9) hastanın FVK değeri, 0,5 mm cut-off değerinin üzerinde tespit edildi. Yedi hastada idiyopatik panüveit, 3 hastada ise intermediate üveit mevcuttu. Bu hastalar BH düşündürecek semptom ve bulgular açısından yeniden değerlendirildi. Sekiz hastada oral aft, 1 hastada akneiform lezyonlar tespit edildi ancak hiçbir hastada eritema nodosum ve genital ülser/skar mevcut değildi. Üç hastanın ultrasonografik değerlendirmesinde ise asemptomatik kronik venöz trombotik

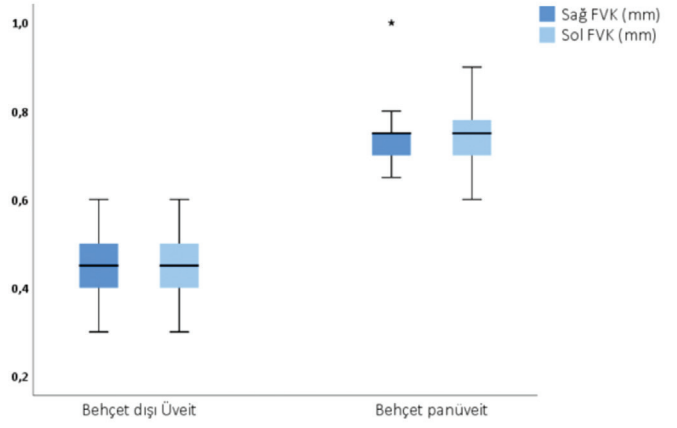
değişiklikler izlendi. Beş hasta Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) ya da Uluslararası Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri'ni (ICBD) karşılayarak Behçet Hastalığı tanısı aldı. Üç hasta ise sınıflandırma kriterlerini karşılamamasına rağmen "uzman görüşü" ile BH kabul edilerek romatolojik takibe alındı.

Sonuç: Oküler BH tanısı, özellikle BH'ye özgü başka bir klinik bulgu veya organ tutulumu olmadığında zor olabilir. Hatalı tanı, özellikle enfeksiyöz patolojilerde katastrofik olup ve tanıda geç kalınması prognozu etkilemektedir. Bu nedenle, günlük pratikte oküler BH'nin, diğer enflamatuvar/enfeksiyöz üveit nedenlerinden ayırt edilmesinde Doppler USG ile FVK ölçümü ayırıcı tanıda yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ultrasonografi



Şekil 1. İnkomplet Behçet hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ana femoral ven kalınlıklarının (FVK) dağılımı



Şekil 2. Behçet üveiti ve Behçet dışı üveit gruplarında ana femoral ven duvar kalınlıklarının (FVK) dağılımı

Tablo 1. Behçet üveiti ve Behçet dışı üveit gruplarının demografik ve klinik verileri

	Behçet üveiti (n=45)	Behçet dışı üveit (n=72)
Yaş (yıl), ort. (SS)	38,1 (10,3)	41,7 (12,6)
Cinsiyet, n (%)		
Erkek	23 (51,1)	24 (33,3)
Kadın	22 (48,9)	48 (66,7)
Hastalık süresi (yıl), ort. (SS)	8,8 (8,4)	6,3 (5,4)
Ortalama üveit atak sayısı, medyan (min-maks)	3 (1-10)	2 (1-6)
Uveit lateralitesi, n (%)		
Unilateral	30 (69,8)	52 (75,4)
Tanı anındaki semptom		
Görme keskinliğinde azalma, n (%)	28 (87,5)	45 (78,9)
Hiperemi, n (%)	9 (28,1)	20 (35,1)
Ağrılı görme, n (%)	5 (15,6)	15 (26,3)
Diplopi, n (%)	4 (12,5)	4 (7)
Anti-TNF dışı immünosüpresif tedavi kullanan hasta sayısı, n (%)	19 (55,9)	29 (45,3)
Anti-TNF kullanan hasta sayısı, n (%)	24 (33,8)	25 (38,1)

SS-030

Psöriatik artrit hastalarında biyolojik DMARD ile birlikte leflunomid kullanımın etkinlik ve güvenilirliği

İbrahim Yahya Çakır[1], Emre Bilgin[2], Büşra Fırlatan[2], Mustafa Ekici[2], Gözde Sevgi Kart Bayram[2], Erdinç Ünaldı[2], Güllü Sandal Uzun[2], Gizem Ayan[2], Zehra Özsoy[2], Levent Kılıç[2], Ali Akdoğan[2], Ömer Karadağ[2], Şule Apraş Bilgen[2], Ali İhsan Ertenli[2], Umut Kalyoncu[2], Sedat Kiraz[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Psöriatik artrit optimal tedavi edilmediğinde ciddi sekellere sebep olabilen kronik romatolojik bir hastalıktır. Hastalığın tedavisinde çoğunlukla kombinasyon tedavileri tercih edilmektedir. Çalışmanın amacı biyolojik tedavi ile kombine verilen leflunamid tedavisinin metotreksat kadar etkili olup olmadığını göstermektir.

Yöntem: Bu çalışmada HÜR-BİO-PsA veri tabanına kayıtlı, biyolojik tedavi başlanan psöriatik artrit tanılı 520 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Bu hastalar başlangıçtaki tedavilerine göre leflunamid + bDMARD (Grup 1), metotreksat + bDMARD (Grup 2), sadece bDMARD (Grup 3) olarak 3 gruba ayrılmıştır. Değerlendirmede hastaların tedavi başlangıcındaki sosyo-demografik özellikleri, hastalık aktivite skorları ve tedavi altındaki hastalık aktivasyon skorları incelenmiştir. Çalışmada kullanılan hastalık aktivasyon skorları ve parametreleri şunlardır; DAS28, BASDAI, aktif eklem sayısı, hassas eklem sayısı, DAPSA, ESR, CRP, VAS global, VAS halsizlik, VAS ağrı, HAQ, BASFI, DKYI. Hastalık aktivasyon skorları değişimini incelemek için tekrarlayan ölçümlü varyans analizleri yapıldı. Hastalarda biyolojik tedavi ajanının değişimi ve yanında kullandığı konkomitan ajanın değişimi-kesilmesi veya başlanması tedavi değişimi olarak kabul

edildi. Tedavi değişimi ile ilişkili risk faktörlerin tespiti için Cox Regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya 495 hasta [grup 1; 87 (%17,5), grup 2; %35,4, grup 3; 233 (%47,1)] dahil edilmiştir. Tüm gruplarda kadın cinsiyet çoğunluğu oluşturmaktaydı (K/E= 2,3). Grup 1'deki hastalar istatistiksel anlamlı olarak daha yaşlı (p=0,034), komorbidite sıklığı daha fazla (p=0,035), VKİ'leri daha yüksek (p=0,02), ortalama PsA hastalık süreleri daha fazla (p=0,07) olarak görüldü (Tablo 1). Başlangıç hastalık aktivasyon skorları olarak bakıldığında yine Grup 1'deki hastaların başlangıç DAS28 skorları (p=0,019), HAQ skorları (p=0,013), aktif eklem sayıları (p=0,004) hassas eklem sayıları (p=0,002) daha yüksek olarak görülmüştür. (Tablo 2). Üç hasta grubunda da hastalık aktivite skorlarının tedavi ile zamanla gerilediği gözlenmiştir. Aktivite skorlarında gerilemede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Figür 1). Tedavi değişimleri incelendiğinde, leflunomide bağlı advers etki nedeniyle 2 (%3,3) hastada tedavi değişimi saptanırken metotreksata bağlı advers etki nedeniyle 6 (%6,4) hastada tedavi değişimi saptandı. Tedavi değişimi primer sonlanım noktası olarak kabul edilmiştir. Univaryans analizlerde kadın cinsiyet, sigara kullanımı, yüksek başlangıç HAQ skoru, yüksek başlangıç BASDAI skoru ve düşük başlangıç ESR değeri tedavi değişimi ile ilişkili bulunmuştur. Multivaryans analizlerde başlangıç HAQ skoru (her bir birim artış için) [HR=2,42 (1,59-3,70) p<0,001] ve düşük başlangıç DAS28 skoru (her bir birim artış için) [HR=0,81 (0,69-0,96) p=0,01] tedavi değişimi ile ilişkili bağımsız faktörler olarak görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmada gerçek hayatta PsA hastalarında bDMARD tedavisinin yanında konkomitan olarak leflunamidin de etkili ve güvenilir şekilde kullanılabileceği gösterilmiştir. Üstelik leflunamid ko-morbiditesi daha fazla olan daha ileri yaşta hasta grubunda tercih edilmiştir. Kas-iskelet tutulumu olan PsA hastalarında leflunamid akılda kalması gereken bir tedavi seçeneğidir.

Bilgi notu: Bu çalışmada sunulan sonuçlar, Dr. İbrahim Yahya Çakır'ın İç Hastalıkları Uzmanlık tezinden elde edilmiş sonuçların bir bölümünü kapsamaktadır.

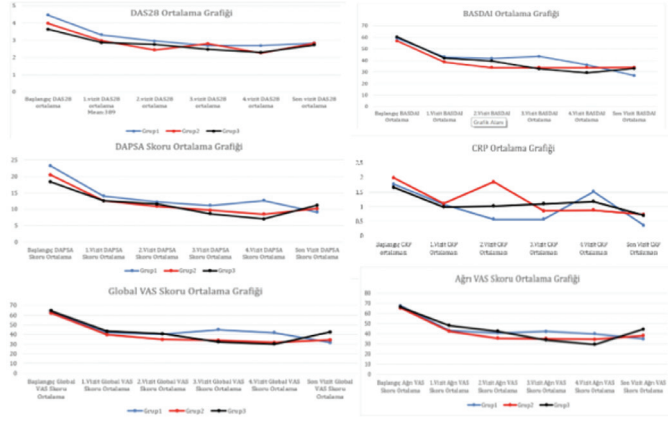
Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, biyolojik tedaviler, leflunomid, metotreksat

Tablo 1: Tedavi Gruplarının Sosyodemografik ve Başlangıç Klinik Özellikleri

Değişken	Alt Değişken	Grup1 (Lef±Biyo)	Grup2 (Mtx±Biyo)	Grup 3 (Biyo)	Toplam	p	Tukey p
Hasta Sayısı n (%)		87 (17,5)	175 (35,3)	233 (47,1)	495 (100)		
Yaş Ortalaması + SD (yıl)		45,5 + 11,3	41,7 + 12,3	40,9 + 12,2	42,0 + 12,2	**0,034**	Grup1 vs Grup3 p:0,007
Takip Edilme Süre Ortalamaları + SD (gün)		709 + 784	795 + 1008	560 + 916	669 + 933	**0.038**	Grup2 vs Grup3 p: 0,031
Cinsiyet n (%)	Erkek	21(24,1)	57 (32,5)	72 (30,9)	150 (30,3)	0,364	
	Kadın	66(75,8)	118 (67,4)	161 (69)	345 (69,7)		
Vücut Kitle Endeksi Ortalama + SD (kg/m²)		30,5 + 5,7	29,3 + 6,4	28,5 + 5,3	29,1 + 5,8	**0,02**	Grup1 vs Grup 3 p:0,015
Sigara n (%)	Hiç içmemiş	43 (49,4)	91 (52)	91 (39)	225 (45,5)	**0,024**	Grup2 vs Grup3 p:0,025
	İçmiş-İçiyor	44 (50,6)	84 (48)	142 (60,9)	270 (54,5)		
PSA süre ortalama + SD (yıl)		8,1 + 6,6	6,8 + 6,1	5,1 + 5,8	6,2 + 6,2	**0,007**	Grup1 vs Grup3 p: 0,000 Grup2 vs Grup3 p: 0,016
Biyolojik Başlanmadan Önceki Tanı Süresi Ortalama +SD (yıl)		4,3 + 5,2	2,9 + 4,3	2,0 + 5,4	2,7 + 5,1	**0,002**	Grup1 vs Grup3 p:0.002
PsA dahil edilmeden CCI (Charlson Comorbidity Index) ortalaması + SD		1,08 + 1,39	0,66 + 1,09	0,60 + 1,02	0,71 + 1,13	**0,035**	Grup1 vs Grup2 p:0,015 Grup1 vs Grup3 p: 0,002
Entezit (öyküsü-izlemde gelişmesi dahil) n (%)	Yok	21 (24,1)	56 (32)	76 (32,6)	153 (30,9)	0,165	
	Var	19 (21,8)	24 (13,7)	46 (19,7)	89 (17,9)		
Daktilit (öyküsü-izlemde gelişmesi dahil) n (%)	Yok	34 (39)	73 (41,7)	121 (51,9)	228 (46)	0,151	
	Var	19 (21,8)	31 (17,7)	36 (15,4)	86 (17,3)		
Tırnak Tutulumu (öyküsü-izlemde gelişmesi dahil) n (%)	Yok	28 (32,1)	54 (30,8)	38 (16,3)	165 (33,3)	0,998	
	Var	20 (22,9)	38 (21,7)	58 (24,8)	116 (23,4)		
Eksoantiköler Tutulum (öyküsü-izlemde gelişmesi dahil) n (%)	IBH	1 (1,1)	4 (2,2)	7 (3)	12 (2,4)	0,209	
	Üveit	2 (2,2)	5 (2,8)	7 (3)	14 (2,8)		
	FMF	1 (1.1)	0 (0)	10 (4.2)	11 (2.2)		
	Amiloidoz	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	1 (0.2)		
	Toplam	4 (4,5)	10 (5,7)	24 (10,3)	38 (7,6)		
Tedavi Değişimi n (%)	Hayır	28 (32,1)	82 (46,8)	118 (50,6)	228 (46)	**0,012**	Grup1 vs Grup3 p:0,009
	Evet	59 (67,8)	93 (53,1)	115 (49,3)	267 (53,9)		

Tablo 2: Tedavi Gruplarının Başlangıçta Hastalık Aktivite Skorları

Değişken	Alt Değişken	Grup1 (Lef±Biyo)	Grup2 (Mtx±Biyo)	Grup 3 (Biyo)	Toplam	p	Tukey p
Başlangıç DAS28 ortalama + SD		4,45 + 1,43	3,96 + 1,31	3,63 + 1,25	3,86 + 1,32	**0,001**	Grup1 vs Grup3 p: 0,001
Başlangıç DAS28 Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%)	Remisyon	5 (11,1)	14 (15,1)	31 (20,3)	50 (17,2)	**0,019**	Grup1 vs Grup3 p:0,012
	Düşük Hastalık Aktivitesi	4 (8,9)	19 (20,4)	28 (18,3)	51 (17,5)		
	Orta Hastalık Aktivitesi	22 (48,9)	37 39,8)	76 (49,7)	135 (46,4)		
	Yüksek Hastalık Aktivitesi	14 (31,1)	23 (24,7)	18 (11,8)	55 (18,9)		
Başlangıç BASDAI ortalama +SD		59,2 + 22,6	56,8 + 22,7	60,3 + 21,4	59,0 + 22	0,491	
Başlangıç BASDAI Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%)	≤ 40 puan	7 (15,6)	21 (23,1)	33 (20,9)	61 (20,7)	0,595	
	> 40 puan	38 (84,4)	70 (76,9)	125 (79,1)	233 (79,3)		
Başlangıç BASDAI 6.soru ortalama + SD		41,2 + 33,3	44,0 + 35,9	44,9 + 34,2	44,0 + 34,5	0,819	
Başlangıçta Aktif Eklem Sayısı ortalama + SD		2,6 + 4,0	2,4 + 3,9	1,2 + 2,4	1,8 + 3,3	**0,004**	Grup1 vs Grup3 p:0,29 Grup2 vs Grup3 p: 0,014
Başlangıçta Hassas Eklem Sayısı ortalama + SD		5,4 + 4,8	3,8 + 4,1	2,9 + 4,3	3,6 + 4,4	**0,002**	Grup1 vs Grup3 p: 0,002
Başlangıç DAPSA ortalama + SD		23,2 + 10,6	20,5 + 9,8	18,4 + 7,9	19,7 + 9,1	**0,006**	Grup1 vs Grup3 p:0,006
Başlangıç DAPSA Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%)	Remisyon	1 (2,4)	3 (3,5)	0 (0)	4 (1,4)	**0,002**	Grup 1 vs Grup3 p:0,002
	Düşük Hastalık Aktivitesi	6 (14,3)	17 (20,2)	42 (28)	65 (23,5)		
	Orta Hastalık Aktivitesi	24 (57,1)	44 (52,3)	93 (62)	161 (58,3)		
	Yüksek Hastalık Aktivitesi	11 (26,2)	20 (23,8)	15(10)	46 (16,6)		
Başlangıç ESR ortalama + SD		27,8 + 19,4	25,7 + 22,5	24,0 + 21,6	25,3 + 21,6	0,452	
Başlangıç CRP ortalama +SD		1,7 + 2,2	1,9 + 2.8	1,6 + 2,7	1,8 + 2,7	0,554	
Başlangıç VAS global ortalama + SD		63,5 + 20	62,0 + 20	64,5 + 20,9	63,5 + 20,4	0,627	
Başlangıç VAS Global Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%)	≤ 40 puan	8 (13.3)	17 (15)	27 (16,7)	52 (15,5)	0,818	
	> 40 puan	52 (86,7)	96 (85)	135 (83,3)	283 (84,5)		
Başlangıç HAQ ortalama + SD		0,89 + 0,64	0,63 + 0,48	0,64 + 0,49	0,68 + 0,52	**0,013**	Grup1 vs Grup2 p: 0,024 Grup1 vs Grup3 p: 0,013
Başlangıç BASFI ortalama + SD		46,9 + 26,8	36,0 + 26,2	41,2 + 27,4	40,5 + 27,1	0,083	
Başlangıç BASFI Puan Aralıkları Hasta Sayısı n (%)	≤ 40 puan	19	54	75	148	0,058	
	> 40 puan	26	33	77	136		



Figür 1. Gruplar arasındaki hastalık aktivite ölçümlerinin zamanla değişimi

SS-031

Akciğer tutulumu olan idiyopatik enflamatuvar miyopati hastalarının özellikleri: Tek merkez sonuçları

Ahmet İlbay[1], Emine Uslu Yurteri[1], Nilgün Göveç Gıynaş[1], Müçteba Enes Yayla[1], Didem Şahin Eroğlu[1], Abdulbaki Gaydan[1], Ahmet Usta[1], Yeter Mahmutoğlu[1], Zahra Karaman Ongun[1], Çetin Ergül[1], Özlem Özdemir Kumbasar[2], Tahsin Murat Turgay[1], Aşkın Ateş[1]

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

[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler (IIM) çok geniş bir klinik yelpaze ile karşımıza çıkan multisistemik hastalıklardır. Akciğer tutulumu olması IIM hastalarının önemli bir tutulum şeklidir ve yönetimi oldukça zorlayıcı olabilmektedir. İnterstisyel akciğer tutulumu olması IIM hastalarının morbidite ve mortalite

oranlarını artırmaktadır. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz akciğer tutulumu olan IIM hastalarının özelliklerini tanımlamak amacıyla bu çalışmayı planladık.

Yöntem: Ocak 2011 ile Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimizde IIM ön tanısıyla araştırılan 202 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bohan ve Peter kriterlerine göre IIM tanısı alan ve Conor 2010 kriterlerine göre anti-sentetaz sendromu (ASS) tanısı alan toplam 103 hasta son analizlere dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri, görüntüleme bulguları ile fonksiyonel değerlendirme (solunum fonksiyon testi/difüzyon kapasitesi) sonuçları kaydedildi. Hastaların akciğer tutuluma göre klinik ve laboratuvar özellikleri ile hastalık progresyonu açısından klinik, radyolojik, laboratuvar özellikleri ve aldıkları tedaviler karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 103 hastadan 73'ü (70,9) kadındı. Enflamatuvar miyopati başlangıç yaşı ortalama 45,1±15,1 olarak bulundu. Hastaların 27'sinde akciğer tutulumu mevcuttu. Overlap miyozit ve ASS tanılı hastalarda akciğer tutulumu daha fazla olduğu, dermatomiyozit ve polimiyozit tanılı hastalarda ise akciğer tutulumunun daha az olduğu görüldü. Non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) en sık görülen (%63) tutulum paterniydi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Sadece 27 hastada miyozit spesifik antikor (MSA) testi çalışılmıştı. Miyozit ilişkili antikorlar (MAA) ise 99 hastada çalışılmıştı. Hastaların 47'sinde (%45,6) MSA ve/veya MAA pozitifliği olduğu görüldü. En sık izlenen antikorlar sırasıyla Ro52, Jo1, Mi2 ve MDA5 antikorlarıydı. Akciğer tutulumu olanlarda Ro52, Jo1 ve MDA5 anlamlı derecede daha fazla, Mi2'nin ise daha az olduğu görüldü. MDA5 antikoru tespit edilen 3 hastadan birisi hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle kaybedildi. İnterstisyel akciğer hastalığı olanlarda klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri değerlendirildiğinde radyolojik, klinik ve fonksiyonel açıdan progresyon olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi. İnterstisyel akciğer hastalığı progresyon durumuna göre hastaların özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bulgular: İntersitisyel akciğer hastalığı IIM hastaları açısından erken tanınıp uygun şekilde tedavi ve takip edilmesi gereken önemli bir tutulum şeklidir. Hastalarımızın %26,2'sinde akciğer tutulumu mevcuttu. Son yıllarda MSA'ların hastalık patogenezindeki rolü ve klinik önemi daha iyi anlaşılmıştır. Literatür ile uyumlu şekilde Ro52 pozitifliği İAH riskini artırdığı, Mi2'nin ise koruyucu olduğu görüldü. Ancak akciğer tutulumu olan hastalarımızın üçte birinde MSA'lar çalışılmamıştı. Risk faktörlerinin belirlenebilmesi ve hasta yönetimine yardımcı olması açısından akciğer tutulumu olan hastalarda MSA/MAA'lar güncel kılavuzlarda da değerlendirilmesi önerilen önemli bir laboratuvar parametresidir. Hastalık progresyonu olan ve olmayan hastalar arasında miyozit tipi, antikor pozitifliği, birinci basamak tedavi seçimi ve başlangıç steroid dozları açısından anlamlı farklılık tespit edilmesinde hasta sayılarımızın az olması yer alabilir.

Anahtar Kelimeler: Anti-sentetaz sendromu, idiyopatik enflamatuvar miyopati, interstisyel akciğer hastalığı, miyozit spesifik antikor

Tablo 1: Hastaların klinik ve demografik özellikleri

Özellik	Tüm hastalar n=103	İAH (+) n=27	İAH (-) n=76	p
Cinsiyet, kadın	73 (70,9)	20 (74,1)	53 (69,7)	0,670
Hastalık başlangıç yaşı, ortalama ± SS	45,1±15,1	49,1±14,3	43,7±15,2	0,075
Takip süresi ay, ortanca (ÇAA)	53 (95)	46 (74)	55 (111)	
Enflamatuvar miyozit tipi				
Polimiyozit	41 (39,8)	5 (18,5)	36 (47,4)	0,009
Dermatomiyozit	36 (35)	5 (18,5)	31 (40,8)	0,037
Amyotrofik dermatomiyozit	5 (4,9)	1 (3,7)	4 (5,3)	
İmmün aracılı nekrotizan miyopati	2 (1,9)	0	2 (2,6)	
Anti-sentetaz sendromu	13 (12,6)	12 (44,4)	1 (1,3)	<0,001
Overlap miyozit	6 (5,8)	4 (14,8)	2 (2,6)	0,039
Akciğer tutulumu	27 (26,2)	27 (100)		
Non-spesifik interstisyel pnömoni		17 (63)		
Organize pnömoni		5 (18,5)		
Patern belirlenemeyen İAH		5 (18,5)		
Miyozit spesifik ya da ilişkili antikor pozitifliği	47 (45,6)	23 (85,2)	24 (31,6)	
Jo1		9 (39,1)	2 (8,3)	<0,001
Ro52		10 (43,5)	8 (33,3)	0,006
Mi2		1 (4,3)	5 (20,8)	0,5
MDA5		3 (13)	0	0,017
Pm/Scl		2 (8,7)	0	0,067

Tablo 2. İAH progresyon durumuna göre hastaların özellikleri

Özellik	Radyolojik progresyon var n=8	Radyolojik progresyon yok n=16	p	Klinik progresyon var n=5	Klinik progresyon yok n=22	p	Fonksiyonel progresyon var n=3	Fonksiyonel progresyon yok n=11	p
Cinsiyet, kadın	7 (87,5)	10 (62,5)	0,352	4 (80)	16 (72,7)	>0,999	2 (66,7)	8 (72,7)	>0,999
Enflamatuvar miyozit tipi									
ASS	4 (50)	7 (43,8)	>0,999	2 (40)	10 (45,5)	>0,999	1 (33,3)	5 (45,5)	>0,999
Overlap	2 (25)	2 (12,5)	0,578	1 (20)	3 (13,6)	>0,999	1 (33,3)	2 (18,2)	>0,999
PM	1 (12,5)	4 (25)	0,631	1 (20)	4 (18,2)	>0,999	1 (33,3)	1 (9,1)	0,396
DM	0	3 (18,8)	0,526	0	5 (22,7)	0,547	0	3 (27,3)	>0,999
ADM	1 (12,5)	0	0,333	1 (20)	0	0,187	0	0	
MSA/MAA pozitifliği									
Jo1	4 (50)	5 (31,3)	0,412	3 (60)	6 (27,3)	0,295	2 (66,7)	4 (36,4)	0,538
Ro52	1 (12,5)	9 (56,3)	0,079	1 (20)	9 (40,9)	0,621	0	5 (45,5)	0,258
MDA5	1 (12,5)	2 (12,5)	>0,999	1 (20)	2 (9,1)	0,474	0	2 (18,2)	>0,999
Pm/Scl	2 (25)	0	0,101	1 (20)	1 (4,5)	0,342	1 (33,3)	1 (9,1)	0,396
İAH paterni									
NSIP	7 (87,5)	9 (56,3)	0,189	4 (80)	13 (59,1)	0,621	3 (100)	6 (54,5)	0,258
OP	0	4 (25)	0,262	0	5 (22,7)	0,547	0	2 (18,2)	>0,999
İAH-patern belirlenemeyen	1 (12,5)	3 (18,8)	>0,999	1 (20)	4 (18,2)	>0,999	0	3 (27,3)	>0,999
İAH birinci basamak tedavi									
Siklofosfamid	3 (37,5)	5 (31,3)	>0,999	2 (40)	6 (27,3)	0,616	2 (66,7)	3 (27,3)	0,505
Azatiyopürin	3 (37,5)	4 (25)	0,647	2 (40)	5 (22,7)	0,580	1 (33,3)	3 (27,3)	>0,999
MMF	1 (12,5)	3 (18,8)	>0,999	1 (20)	3 (13,6)	>0,999	0	2 (18,2)	>0,999
Rituksimab	0	2 (12,5)	0,536	0	2 (9,1)	>0,999	0	1 (9,1)	>0,999
Steroid başlangıç dozu									
<20 mg/gün	1 (12,5)	3 (18,8)	>0,999	1 (20)	4 (18,2)	>0,999	1 (33,3)	1 (9,1)	0,396
21-60 mg/gün	2 (25)	6 (37,5)	0,667	1 (20)	8 (36,4)	0,636	1 (33,3)	4 (36,4)	>0,999
>60 mg/gün	5 (62,5)	7 (43,8)	0,667	3 (60)	10 (45,5)	0,648	1 (33,3)	6 (54,5)	>0,999

SS-032

Kardiyak sarkoidoz: Tek merkez deneyimi

Fatih Yıldırım[1], Kübra Kalkan[1], Rabia Deniz[1], Bilgin Karaalioğlu[1], Duygu Sevinç[1], Gamze Akkuzu[1], Gül Güzelant Özköse[1], Burak İnce[1], Cemal Bes[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Amaç: Sistemik granülomatöz bir hastalık olan sarkoidozda kardiyak tutulum nispeten az görülen fakat önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilen bir tutulum şeklidir. Bu retrospektif analizde kohortumuzda bulunan ve kardiyak değerlendirme yapılmış olan sarkoidoz tanılı hastaların klinik, demografik, radyolojik özelliklerinin ve laboratuvar bulgularının analizi planlandı.

Yöntem: Çalışma retrospektif veri analizi şeklinde tasarlandı, 01.05.2020-01.08.2023 tarihleri arasında merkezimize başvuran sarkoidoz tanılı hastaların dosyaları geriye dönük şekilde incelendi. Kohortun genel tanımlayıcı özellikleri belirlendikten sonra hastalar kardiyak değerlendirme yapılanlar içerisinde kardiyak tutulum bulguları olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırmalı grup analizi yapıldı. Kardiyak değerlendirmesi olmayanlar analize alınmadı.

Bulgular: Yüz bir sarkoidoz hastasının 44'üne kardiyak değerlendirme yapılmış ve hastaların 13'ünde (%29) kardiyak tutulum tespit edilmişti. Semptom gösterdiği için kardiyak değerlendirme yapılan 26 hastanın 10'unda (%38,4), semptom olmaksızın rutin kardiyak değerlendirme yapılan 18 hastanın 3'ünde (%16,6) kardiyak tutulum vardı. Kardiyak tutulum saptanan hastaların 2'si (%15,4) erkek, 11'i (%84,6) kadındı. Ortalama yaş 47,9±7,1, hastalık süresi 6,3±3,9 yıl, tanı-kardiyak tutulum arası süre 49±53,4 aydı. Takip süresi boyunca kardiyak tutulum gelişen ve gelişmeyen hasta grupları karşılaştırıldığında kardiyak tutulum olan grupta hipertansiyon (%75 vs. %32,3, p=0,011) ve koroner arter hastalığı (%33,3 vs. %6,5, p=0,022) anlamlı olarak daha sıktı. Laboratuvar incelemelerinde ise eşlik eden ANA pozitifliği kardiyak tutulum olan grupta anlamlı olarak daha sıktı (%44,4 vs. %4, p=0,003) ve ALP değeri daha yüksekti (128,4±67,7 vs. 76,2±40,6, p=0,004). Tedavi verilerine bakıldığında 6 hastanın konvansiyonel sentetik hastalık modifiye ediyici antiromatizmal ilaçlara ek olarak Tnf-α inhibitörü aldığı gözlendi. İki hastada düşük ejeksiyon fraksiyonu ve sık ventriküler ekstrasistolleri olması sebebiyle kardiyak resenkronizasyon tedavisi defibrilatörü uygulanmış, 1 hastaya da atrioventriküler nodal re-entran taşikardi sebebiyle kardiyak ablasyon tedavisi yapılmıştı.

Sonuç: Sarkoidoz hastalarında kardiyak tutulum önemli bir morbidite nedenidir. Kardiyak tutulumu olan hastalarda diğer kardiyovasküler hastalıklar da daha sık gözlenmektedir. Hastaların

takibi sırasında immünosüpresif tedavilere ek olarak kardiyak medikal ve girişimsel tedaviler gerekebileceğinden multidisipliner yaklaşım ve işbirliği büyük önem taşımaktadır. Yeni tanı alan sarkoidoz hastalarının asemptomatik olsalar bile ritim bozuklukları ve bazal kardiyak fonksiyonlar açısından kardiyak değerlendirmeye tabi tutulması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, kardiyak tutulum, aritmi

Tablo 1: Kardiyak tutulum olan ve olmayan hastaların karşılaştırmalı verileri

	Kardiyak tutulum olanlar (N=13)	Kardiyak tutulum olmayanlar (N=31)	*p değeri*
Yaş,	47,9 ± 7,1	45,2 ± 10,1	0,394
Cins, n/N (%)			0,589
Erkek	2/13 (15,4)	7/31 (22,6)	
Kadın	11/13 (84,6)	24/31 (77,4)	
Hastalık süresi, yıl, ortalama (±SD)	6,3±3,9	4,5±4,7	0,248
Başlangıçta sistemik bulgular, n/N (%)	6/13 (46,2)	8/31 (25,8)	0,186
Multi organ-sistem tutulum, n/N (%)	12/13 (92,3)	26/31 (83,9)	0,457
Sigara içme oranı, n/N (%)	5/12 (41,7)	6/23 (26,1)	0,346
Hipertansiyon, n/N (%)	9/12 (75)	10/31 (32,3)	***0,011***
Diyabetes Mellitus, n/N (%)	7/12 (58,3)	9/31 (29)	0,075
Koroner Arter Hastalığı, n/N (%)	4/12 (33,3)	2/31 (6,5)	***0,022***
Obezite, n/N (%)	7/13 (53,8)	10/29 (34,5)	0,237
Metabolik Sendrom, n/N (%)	9/12 (75)	13/26 (50)	0,147
Crp, mg/L, ortalama (±SD)	12,4 ± 8,1	16,1 ± 30,9	0,688
ESR, mm/h, ortalama (±SD)	23,8 ± 17,1	22,8 ± 20,2	0,885
ACE, U/L, ortalama (±SD)	100 ± 76,9	96,8 ± 94	0,922
GFR, mL/min/1.73m2, ortalama (±SD)	93,5 ± 25,1	97 ± 23,5	0,667
ALT, U/L, ortalama (±SD)	24 ± 17,3	42 ± 15,1	0,580
AST, U/L, ortalama (±SD)	21,3 ± 10,2	26,6 ± 41,7	0,664
ALP, U/L, ortalama (±SD)	128,4 ± 67,7	76,2 ± 40,6	***0,004***
GGT, U/L, ortalama (±SD)	71,9 ± 81,7	48,3 ± 64,1	0,329
Kalsiyum, mg/dl, ortalama (±SD)	10,2 ± 2,1	9,4 ± 0,7	0,063
LDH, U/L, ortalama (±SD)	294 ± 92,2	233 ± 99,3	0,075
ANA pozitifliği, n/N (%)	4/9 (44,4)	1/25 (4)	***0,003***

SD: Standart deviation, Crp: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimantasyon hızı, ACE: Anjiotensin converting enzim, GFF: Glomeru-lar filtration rate, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalen fosfataz, GGT: Gama glutamil transferaz, LDH: Laktat dehidrojenaz, ANA: Anti-nuclear antibody

Tablo 2: Kardiyak Tutulumu Olan Hastaların Genel özellikleri

Hastalar	Yaş	Cinsiyet	Tanı-tutulum süresi	Semptom	Görüntüleme	Bulgu	Tedavi	Tedaviyi gerektiren esas organ-sistem tutulumu
Hasta 1	54	E	96	Efor dispnesi	**MR**, PET-CT, **EKO**, **Holter**	Evre1 Diyastolik Disfonksiyon, İleri TY, PHT, Sık VES	Mtx, aza, mmf, adalimumab, infliximab	Pulmoner
Hasta 2	47	K	60	Efor Dispnesi	**MR**, **PET-CT**, EKO	Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon	Mtx, infliximab	Pulmoner + Kardiyak
Hasta 3	38	K	24	Efor Dispnesi	**MR**, **EKO**	Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon	Aza, infliximab	Nörosarkoidoz
Hasta 4	60	K	Eş zamanlı	Efor Dispnesi	**MR**, **EKO**	Düşük EF, Dilate KMP, Sol Dal Bloğu, Evre2 Diyastolik Disfonksiyon, Orta MY, Hafif TY	Mtx, aza, mmf, CRT-D	Kardiyak
Hasta 5	45	K	96	Çarpıntı	**MR**, **EKO**, PET-CT, **Holter**	SVT, Hafif MY, Hafif TY	Aza	Pulmoner-Gastrointestinal
Hasta 6	39	E	Eş zamanlı	Yok	EKO, **MR**, PET-CT	MR da tutulum, kliniğe yansımayan	Mtx, infliximab	Kardiyak
Hasta 7	59	K	120	Yok	**PET-CT**	PET-CT de aktif tutulum	-	Kardiyak
Hasta 8	52	K	26	Efor Dispnesi	**EKO**, PET-CT	Düşük EF, Evre 1 Diyastolik Disfonksiyon, Koroner Vaskülit	Mtx, Adalimumab	Kardiak
Hasta 9	39	K	Eş zamanlı	Çarpıntı, senkop	**MR**, EKO, PET-CT, **Holter**	AVNRT	Ablasyon	Kardiyak
Hasta 10	50	K	Eş zamanlı	Dispne, ödem	**MR**, **EKO**, PET-CT	Düşük EF, Obstrüktif KMP, Sık VES	Mtx, Adalimumab, CRT-D	Kardiyak
Hasta 11	48	K	Eş Zamanlı		**EKO**, **MR**	Mr da tutulum, kliniğe yansımayan	Mtx	Pulmoner-Gastrointestinal
Hasta 12	44	K	156	Yok	**EKO**, **MR**, PET-CT	Mr da tutulum, aktif değil, Hafif TY	Mtx	Pulmoner ve Eklem
Hasta 13	48	K	60	Çarpıntı, dispne Efor Dispnesi	**EKO**, MR, PET-CT	Düşük EF, Evre1 Diyastolik Disfonksiyon, Orta MY, Hafif TY, PHT	Aza, Hidroksiklorokin	Akciğer-Deri-Kardiyak

SVT: Supraventriküler Taşikardi, AVNRT: Atrioventriküler Resetrant Taşikardi, VES: Ventriküler Taşikardi, TY: Triküspit Yetmezlik, MY: Mitral Yetmezlik, PHT: Pulmoner Hipertansiyon, SVT: SCRT-D: Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi, KMP: Kardiyomiyopati, MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme, PET-CT: Pozitron Emisyon Tomografi, EKO: Ekokardiyografi, Mtx: Metotrexate, Aza: Azatioprin, mmf: Mikofenolat mofetil.
Not: Kardiyak sarkoidoz yönünde patolojik bulgu içeren görüntüleme yöntemleri koyu kalın şekilde yazılmıştır

SS-033

Bağ dokusu hastalıklarıyla ilişkili interstisyel akciğer hastalığında HHV-6'nın rolü

Fatma Zengin[1], Tekin Karslıgil[1], Orhan Zengin[2], Mustafa Sağlam[1]

[1]*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep*

[2]*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep*

Amaç: Bağ dokusu hastalıkları (BDH), kronik enflamatuvar multisistemik romatizmal hastalıklardır. İnterstisyel akciğer hastalığı (IAH) bu tutulumlardan birisidir. BDH ve bu hastalıklara bağlı interstisyel akciğer hastalığı etiyolojisinde virüslerin de rol aldığı düşünülmektedir. Herpes virüsler suçlanan etkenlerden birisidir. Çalışmada Bağ Doku Hastalıklarına bağlı interstisyel akciğer hastalığında HHV-6'nın rolünü araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran BDH tanısı ile takipli 60 hasta ve 26 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiş olup, hastaların 29'u BDH (IAH olmayan), 31'i bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı (BDH-IAH) olan hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmaya katılan bütün bireylerden serum örneği toplandı. Ayrıca hastalardan steril kaba balgam örneği alındı. Çalışma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda yapıldı. Serum örneklerinde, ELISA yöntemiyle HHV-6 IgG antikorlarına bakıldı. Tüm serum örneklerinde ve hastalardan alınan balgam örneklerinde HHV-6 DNA (*U94* geni ve *U42* geni) real-time PCR yöntemi ile araştırıldı. HHV-6'da genel olarak *U94* geni latent enfeksiyonu, U42 ise aktif enfeksiyonu temsil etmektedir. Pozitif bulunan örneklerde, virusun replikasyon durumunu araştırmak için yine *U42* ve *U94* gen bölgeleri RT PCR ile mRNA'lar açısından ayrı primerler kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 60 BDH ve 26 sağlıklı kontrol dahil edildi (Tablo 1). Sağlıklı kontroller ile BDH ve BDH-IAH grupları arasında HHV-6 IgG serum titreleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (p=0,108). Sağlıklı kontrol grubunun serum örneği analizlerinde HHV-6 DNA saptanmadı. Buna karşın hasta serumlarının 33'ünde (%55) HHV-6 DNA (U94 ve/veya U42 pozitif) pozitif saptandı ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,001). BDH-IAH ve BDH arasında ise serum *U94* gen pozitifliği açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0,979). Balgam *U94* gen pozitifliği, BDH-IAH'sinde 14 (%45,2), BDH hastasında ise 5 örnekte (%17,2) tespit edildi. İstatistiksel açıdan BDH-İAH'de balgam *U94* gen pozitifliği anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,020). Serum *U94* gen, serum U42 ve balgam U42 pozitifliği BDH-IAH ve BDH grubunda benzer oranda bulunmuştur (Tablo 2 ve 3).

Sonuç: Sağlıklı kontrolde hiç saptanmayan serum U94 ve U42 pozitifliği BDH-IAH, BDH gruplarında çok önemli ölçüde yüksek bulundu (U42 pozitifliği U94'e göre daha düşük oranda). Bu bulgular bize İAH oluşması da dahil BDH oluşumunda HHV-6 latent enfeksiyonun öncülük edebileceğini ve reaktivasyonların sürece katkıda bulunabileceğini düşündürdü. Hastalarda balgam U94 ve U42 pozitifliği tespit edilmiştir. Ayrıca balgamda saptanan U94, BDH'ye göre BDH-İAH'de belirgin şekilde yüksek iken zıt şekilde balgamda saptanan U42 pozitifliği açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu nedenle HHV-6 latent enfeksiyonu ve zaman zaman reaktivasyonunun, anormal immün yanıt zemininde fibrozisi indüklemesi ve BDH'de IAH gelişiminde tetikleyici bir rol oynaması mümkün görünmektedir. Sonuç olarak HHV-6 enfeksiyonu, mortal seyirle gidebilen bir hastalık olan BDH-IAH ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: HHV-6, interstisyel akciğer hastalığı, PCR, bağ doku hastalığı

Tablo 1. Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri

Parametreler	BDH	BDH-IAH	Sağlıklı kontrol
Sayı	29	31	26
Yaş [medyan, (%25-75)]	50,00 (45,00-65,00)	61,00 (29,00-49,00)	34,50 (53,00-69,00)
Erkek, kadın (n, %)	9 (31), 20 (69)	7 (22,6), 24 (77,4)	10 (38,5), 16 (61,5)
HHV-6 IgG pozitiflik (n, %)	26 (90)	31 (100)	25 (96)
HHV-6 IgG titre (ort ± SS)	5,62±5,34	3,82±1,85	7,78±6,86
BDH türleri (n)			
RA	17	6	
SSk	5	14	
SjS	4	4	
SLE	2	1	
Miks BDH	1	1	
Miyozit	0	2	
Tedaviler (n, %)			
Steroid	23 (79,3)	31 (100)	
csDmard	23 (79,3)	27 (87,1)	
bDmard	5 (17,2)	8 (25,8)	

BDH: Bağ Dokusu hastalıkları, BDH-IAH: Bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı, RA: Romatoid artrit, SSk: Sistemik skleroz, SjS: Sjögren sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematoz, miks BDH: Miks bağ doku hastalığı, csDMARD: Konvansiyonel DMARD, bDMARD: Biyolojik DMARD

Tablo 2. Balgam ve serum örneklerinde HHV-6 DNA (*U42* ve/veya *U94* gen) pozitiflik oranları

		Balgam *U94* gen pozitifliği (n, %)	Balgam *U42* gen pozitifliği (n, %)	Serum *U94* gen pozitifliği (n, %)	Serum *U42* gen pozitifliği (n, %)
Sağlıklı kontrol		NA	NA	0	0
BDH-IAH (n)					
RA	6	2 (33,3)	0 (0)	3 (50)	3 (50)
SSk	14	6 (42,8)	2 (14,2)	7 (50)	6 (42,8)
Sjs	7	3 (42,8)	0 (0)	4 (57,1)	4 (57,1)
SLE	1	1 (100)	0 (0)	1 (100)	1 (100)
Miks BDH	1	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)
Miyozit	2	1 (50)	1 (50)	1 (50)	1 (50)
BDH (IAH olmayan) (n)					
RA	17	2 (11,7)	1 (5,8)	6 (35,2)	5 (29,4)
SSk	5	1 (20)	1 (20)	4 (80)	2 (40)
Sjs	4	0 (0)	0 (0)	3 (75)	2 (50)
SLE	2	2 (100)	0 (0)	2 (100)	2 (100)
Miyozit	1	0	0	1 (100)	1 (100)
Toplam (n)	60	19	16	33	25

BDH: Bağ dokusu hastalıkları, BDH-IAH: Bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı, RA: Romatoid artrit,SSk: Sistemik skleroz, SjS: Sjögren sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematoz, miks BDH: Miks bağ doku hastalığı

Tablo 3. Balgam ve serum HHV-6 DNA (*U42* ve/veya *U94* gen) pozitifliği karşılaştırılması

	Balgam *U94* gen pozitifliği (n, %)	Balgam *U42* gen pozitifliği (n, %)	Serum *U94* gen pozitifliği (n, %)	Serum *U42* gen pozitifliği (n, %)
BDH-IAH (n, %)	14 (%45,2)	4 (%12,9)	17 (%54,8)	16 (%51, 6)
BDH (IAH olmayan) (n, %)	5 (%17,2)	2 (%6,9)	16 (%55,2)	12 (%41,4)
p	0,020*	0,434	0,979	0,427

BDH: Bağ dokusu hastalıkları, BDH-IAH: Bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı, p<0,05 düzeyinde anlamlı

SS-034

Tırnak yatağı kapilleroskopi morfolojisi: Yapay zeka destekli sınıflandırma modeli

Figen Çakmak[1], Yasin Durusoy[2], Özlem Akgün[3], Nuray Aktay Ayaz[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tırnak yatağı kapilleroskopi (NVC) incelemesi, mikrovasküler yapı değerlendirilmesinde kullanılan kolay ve non-invaziv bir metottur. Kapiller dansite, kapillerlerin uzanım düzeni, kapiller uzunluk ve kapilleroskopik değişiklikler (tortiyozite, kros artışı, meandering kapiller, dallı kapiller, bushy kapiller, genişlemiş kapiller, dev kapiller, avasküler alan) değerlendirilerek normal kapiller morfoloji, minör bozukluk, majör bozukluk ve skleroderma paterni olarak sınıflandırma yapılabilmektedir. Kapileroskopi alanında deneyimi yeterli olmayan klinisyenlerin, hastaların takibinde NVC morfolojik sınıflandırmasını yapay zeka destekli sistem ile alabilmeleri ve kapilleroskopinin hasta takibinde etkinliğinin güçlendirilmesi amaçlandı.

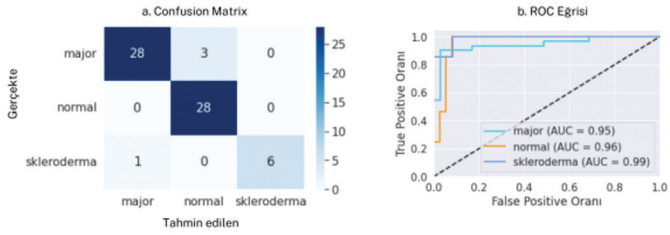
Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nin NVC görüntü arşivi retrospektif olarak tarandı. İki farklı kapilleroskopist tarafından görüntüler İngegnoli sistemine göre değerlendirildi. Fikir birliği sağlanarak sınıflandırılmış 92 adet normal morfoloji, 20 adet minör bozukluk, 153 adet majör bozukluk, 17 skleroderma paterni yapay sinir ağlarına (YSA) sunuldu. Minör bozukluk ve normal morfoloji sınıfları klinik olarak fark oluşturmadığından, bu iki sınıf tek bir sınıf olarak birleştirildi ve toplam 3 sınıf oluştu. Verilerin %80'i eğitim için, %20'si test için ayrıldı. Görüntüler öncelikle 512x512 boyutuna getirildi ve daha sonra eğitim verilerindeki görüntülere sağ-sol rotasyon, çevirme ve yakınlaştırma veri artırma yöntemleri uygulandı. Resnet 101 modeli kullanılarak 30 epoch boyunca eğitim yapıldı. Sonrasında model eğitime alınmayan test verileri üzerinde değerlendirildi. Sonuçlar, doğruluk (accuracy), hassasiyet (precision), duyarlılık (recall), F1 skoru (F1 score) ve AUC gibi performans ölçüleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda kapilleroskopi görüntüleri kullanarak normal kapiller morfoloji, majör bozukluk ve skleroderma paterni sınıflandırması yapılmıştır. Test için ayrılan 66 veri üzerinde değerlendirilen model %94 oranında doğruluk elde edilmiştir. Ayrıca, normal sınıf için AUC değeri 0,962, precision değeri 0,90, recall değeri 1,00, f1-score değeri 0,95; majör bozukluk sınıfı için AUC değeri 0,946, precision değeri 0,97, recall değeri 0,90, f1-score değeri 0,93; skleroderma paterni sınıfı için AUC değeri

0,987, precision değeri 1,00, recall değeri 0,86, f1-score değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır. Figür 1'de Confussion Matrix ve ROC eğrisine yer verilmiştir.

Sonuç: Yapay zeka destekli kapiller morfoloji sınıflandırması yüksek duyarlılık ile görüntüleri doğru sınıflara yerleştirebilmiştir. Poliklinik kontrolleri sırasında NVC değerlendirmesini yapma imkanı sağlayabilecek olması zamandan tasarruf sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Kapilleroskopi



Şekil 1. Kapilleroskopi morfolojik sınıflandırma; Confusion Matrixi ve ROC eğrisi

SS-035

Teletıp uygulamasında muayene öncesi hasta değerlendirme formu: Hasta-doktor uyumunun analizi

Mustafa Ekici[1], Nilüfer Ecem Gezerer[2], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Artan popülasyon ve sağlık hizmetine talebin artması, hastaların başvuru öncesi triajının yapılması ve hızlı karar verebilme becerilerinin geliştirilmesi amaçlı olarak tele tıbbın kullanımı giderek artırmaktadır. Muayene öncesi hasta tarafından doldurulan formlar, hekimin hasta görüşmesi öncesinde fikir sahibi olabilmesine yardımcıdır. Bu çalışmada hastaların görüşme öncesi oluşturduğumuz soru setine verdiği yanıtlar ile aynı sorulara doktor tarafından yüz yüze yapılan sorgulamada kayıt edilen yanıtları karşılaştırdık.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği'ne başvuran, romatoid artrit, ankilozan spondilit veya bağ dokusu hastalığı tanısı olan ardışık 60 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara doktor görüşmesi öncesi doldurulmak üzere form verilmiştir. Hasta bireysel olarak formu doldurmuştur. Ardından muayene sırasında hekim tarafından aynı sorular sorulmuştur. Hekim tarafından kayıt edilen cevaplar altın standart olarak kabul edilerek hastanın muayene öncesi cevapları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Cevaplar arası korelasyon spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Hasta ve hekim arasındaki uyum Landis ve Koch tarafından önerilen kappa değerleri kullanılarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Hastaların 42'si (%70) kadındı. Yaş ortalaması 46,8±13,2'di. Öğrenim durumları Tablo 1'de verilmiştir. Tanımlamaların daha müphem olduğu eklemde şişlik (r=0,46), kas ağrısı (r=0,5), deri döküntüsü (r=0,49) soğukta el ve ayaklarda renk değişikliği (r=0,52), ateş (r=0,07), kilo kaybı (r=0,48), atlet değiştirecek kadar terleme (r=0,44), halsizlik (r=0,47), besin tüketirken sıvı alım ihtiyacı (r=0,39), tükürük bezi şişliği (r=0,33), boyun-koltuk altı-kasık şişliği (r=0,35), kabızlık (r=0,5), nefes darlığı (r=0,3), dinlenmiş uyanma (r=0,37), balgam (r=0,49), kas kuvvet kaybı (r=0,43) sorularında hekim-hasta arası uyum düşük bulundu. Hastaların formda verdiği yanıtların negatif prediktif değerleri genel olarak yüksek iken, pozitif prediktif değerleri arasında önemli farklılıklar vardı (Tablo 2).

Sonuç: Hastalar tarafından görüşme öncesi doldurulan formlar hasta değerlendirilmesinde fayda sağlayabilir. Verilen pozitif yanıtlar klinik anlamlılık açısından doktor tarafından tekrar sorgulanmalıdır. Hasta yanıtlarının negatif prediktif değerleri yüksek olmakla birlikte sabah tutukluğu, bel ağrısı, nefes darlığı, ağız kuruluğu ve uyku kalitesi her hastada tekrar sorgulanmalıdır. Çalışmamızda tanımlamaları objektif olan soruların anlaşılabilirliğinin yüksek olduğu, daha müphem tanımlamaları olan sorularda ise korelasyonun düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Teletıp, romatolojik sorgulama, hasta doktor uyumu

Tablo 1. Öğrenim durumu

	n	%
İlkokul	14	23,7
Ortaokul	4	6,8
Lise	16	27,1
Yüksekokul	5	8,5
Üniversite	19	32,2
Okur-yazar değil	1	1,7
Total	59	100

Tablo 2. Ön değerlendirme formu ve doktor sorgulamasına verilen yanıtlar arası ilişki

	Pozitif prediktif değer	Negatif prediktif değer	Hasta-doktor korelasyon (r)	p
Alerjiniz var mı?	63,6	100	0,76	<0,001
Sigara kullanıyor musunuz?	100	96,6	0,98	<0,001
Alkol kullanıyor musunuz?	100	100	1	<0,001
Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?	88,2	87,5	0,74	<0,001
Düzenli yaptığınız hobiniz var mı?	77,8	91,2	0,66	<0,001
Eklem ağrısı/hassasiyet oluyor mu?	69,4	100	0,60	<0,001
Eklemlerde şişlik oluyor mu?	33,3	100	0,46	0,003
Kas ağrısı oluyor mu?	50	100	0,50	0,009
Sabah tutukluğu oluyor mu?	84,2	86,4	0,70	<0,001
Bel ağrısı var mı?	86,7	84,6	0,71	<0,001
Gece uykudan uyandırıyor mu?	50	100	0,58	0,001
Topuk ağrısı var mı?	71,4	92,3	0,66	<0,001
Deri döküntüsü oluyor mu?	30,8	100	0,49	0,004
Sivilceleriniz oluyor mu?	46,7	100	0,60	<0,001
Saç dökülmesinde artış var mı?	78,6	90,3	0,69	<0,001
Psöriazis var mı?	66,7	97,4	0,64	0,01
Güneşe maruz kaldığınızda her zaman cildinizde kızarma oluyor mu?	56,5	100	0,63	<0,001
Soğukta el ve ayak parmaklarında renk değişikliği oluyor mu?	33,3	100	0,52	0,003
Deride kanama morluk var mı?	40	100	0,59	0,001
Ateşiniz oluyor mu?	10	94,6	0,07	0,52
Kilo kaybı var mı?	25	100	0,48	0,08
Atlet değiştirecek kadar terleme oluyor mu?	25	100	0,44	0,01
Halsizlik var mı?	48,6	100	0,47	0,001
Baş ağrısı var mı?	73,7	100	0,79	<0,001
Gözlerinizde uzun süreli kızarıklık var mı?	46,2	97	0,54	0,001
Görme kaybı var mı?	50	97,4	0,57	0,002
Çift görme var mı?	22,2	100	0,43	0,03
Gözlerde kuruluk hissi var mı?	86,4	100	0,88	<0,001
Gözünüze bir şey kaçma hissi oluyor mu?	64,7	100	0,74	<0,001
Göz damlası kullanıyor musunuz?	76,9	100	0,84	<0,001
Kulak akıntınız oldu mu?	40	100	0,61	0,009
İşitme kaybınız var mı?	50	100	0,68	0,001
Burun kanaması oluyor mu?	60	100	0,76	0,001
Diş eti kanaması oluyor mu?	68,8	100	0,77	<0,001
Ağızda yara çıkar mı?	73,3	100	0,81	<0,001
Ağız kuruluğunuz var mı?	62,5	100	0,73	<0,001
Kuru besinleri tüketirken mutlaka sıvı alma ihtiyacı hissediyor musunuz?	22,2	100	0,39	0,12
Tükürük bezinde şişlik oldu mu?	12,5	100	0,33	0,16
Boynunuzda, kasıklarınızda, koltuk altlarınızda şişlik oldu mu?	14,3	100	0,35	0,14
Yutkunma zorluğu var mı?	44,4	100	0,63	0,01
Karın ağrısı oluyor mu?	61,5	94,1	0,61	<0,001
Mide, barsak ülseri nedeni ile tedavi adınız mı?	33,3	100	0,52	0,003
Ağzınıza yemek artıkları veya sıvı geldiği oluyor mu?	61,1	87,5	0,51	<0,001
Kusmanız oluyor mu?	28,6	100	0,51	0,01
Sık ishal şikayetiniz oluyor mu?	40	97,8	0,47	0,02
Kabızlık var mı?	30,8	100	0,50	0,003
Göğüs ağrınız var mı?	53,8	97	0,60	<0,001
Bacaklarda ödem oluyor mu?	55,6	100	0,58	0,002
Kalp atımlarınızda düzensizlik oluyor mu?	40	100	0,58	0,002

Nefes darlığınız oluyor mu?	44,4	85,7	0,30	0,06
Öksürük şikayeti oluyor mu?	50	100	0,68	0,001
Balgam şikayetiniz oluyor mu?	30,8	100	0,49	0,004
Rahat uyuyor, dinlenmiş bir şekilde kalkıyor musunuz?	65	72	0,37	0,01
İdrar yaparken yanmanız oluyor mu?	71,4	100	0,82	<0,001
İdrarda kan pıhtı gördünüz mü?	50	100	0,70	0,04
Gece idrara kalkıyor musunuz?	82,1	100	0,80	<0,001
Hiç böbrek taşı düşürdünüz mü?	100	100	1	<0,001
Epilepsi geçirdiniz mi?		100	1	
Hiç bayıldınız mı?	80	100	0,88	<0,001
Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk oluyor mu?	88,9	100	0,88	<0,001
Ellerde ve ayaklarda karıncalanma oluyor mu?	85,2	100	0,85	<0,001
Kaslarınızda kuvvet kaybı var mı?	22,2	100	0,43	0,04
Depresyon nedeni ile tedavi aldınız mı?	100	100	1	<0,001
Soruları anladınız mı?	93,2	50	0,31	0,16

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
11-15 Ekim 2023
Çocuk Romatoloji'de Zor Olgular
(OS-001 — OS-010)

OS-001

Çocukluk çağı Behçet hastalığında nadir görülen bir klinik: Kardiyak trombüs ve anevrizması olan bir olgu

Selen Duygu Arık, Nuray Aktay Ayaz

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral ve genital ülserasyonlar, üveit ve deri lezyonları ile karakterize kronik, multisistemik bir hastalıktır ve ilk kez 1937 yılında Hulusi Behçet tarafından tanımlanmıştır. Burada göğüs ağrısıyla başvuran kardiyak trombüs ve anevrizması tespit edildikten sonra Behçet tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: On dört yaşında erkek hasta Batman'da ani başlayan göğüs ağrısı nedeniyle gittiği hastanede yapılan ekokardiyografik değerlendirmede kardiyak kitle ön tanısıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne sevk edilmişti. Çekilen BT anjiyografide RCA anevrizması, RCA anevrizmasının sağ ventrikül ve sağ atriyal appendiks lümenine protrüzyonu, RCA orta kesiminde oklüzyon, perikardiyal efüzyon (7,5 mm) olarak görülüyor. Myokard perfüzyon sintigrafisinde hafif iskemi, iskemik alan %10'un altında olarak görülüyor. Hasta kardiyak trombüs ayırıcı tanısı değerlendirilmek üzere İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji bölümüne yönlendiriliyor. Öyküsünde son 6 aydır halsizlik, kilo kaybı, tekrarlayan oral aft, el bileği, omuz, diz, ayak bileği eklemlerinde gezici artrit, genital ülser, epididimoorşit, bacak ön yüzünde eritema nodozum bulguları olan ve tetkiklerinde akut faz yükseklikleri olduğu öğrenildi ve Behçet hastalığı ön tanısıyla tetkik ve tedavi amaçlı İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji servisine yatırıldı. Anne baba arasında akraba evliliği yok, anne, baba, erkek kardeşlerde ve dayılarda tekrarlayan oral aft öyküsü mevcuttu. Tartı 45 (3 p), boy: 161 (10 p), vücut sıcaklığı: 38,3, nabız: 90/dk, TA:110/70 (50 p) olarak görüldü. Fizik muayenesinde ağız içinde çok sayıda oral aft, yüzde akneiform nodüller, skrotal aft ve ülserleri mevcuttu. Laboratuvarda; lökosit sayısı 10.000/L, nötrofil 7.000/L, hemoglobin 11,9 g/dL, trombosit 315.000/(L, ESH 51 mm/sa (0-20 mm/sa), ve CRP 44 mg/L (0-10 mg/L) olarak bulundu. HLA-B51 pozitif ve paterji testi negatifti. Göz muayenesinde üveit yoktu. ANA negatif, antikardiyolipin IgM ve IgG, antifosfoslipid Igm ve IgG, p-ANCA, c-ANCA negatif, komplemanlar normal düzeydeydi. Tromboz paneli normaldi. Renal ve batın Doppler ultrasonu normaldi. Tam idrar tahlili normaldi. Kraniyal MR normaldi. Behçet hastalığı tanısı ile izleme alınan hastaya 3 gün süreyle pulse metilprednizolon (20 mg/kg), azatiopurin (100 mg/gün po), kolşisin dispert (1,5 mg/gün po) başlanıldı. Siklofosfamid tedavisi (1000 mg/m^2) 3 haftada bir iv olarak alması planlandı. Kardiyak tutulum açısından aspirin (100 mgx1/gün po) ve enoksoparin (8000 iu/gün sc) tedavileri başlandı. Takibinin 6. ayında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından sağ koroner arterin total tıkalı ve anevrizması olması nedeniyle sağ koroner anevrektomi operasyonu yapıldı. Siklofosfamid 6 doz alan hastaya adalimumab (40 mg/1 hafta sc) başlanıldı. Son kontrolünde fizik muayenesi ve laboratuvar değerleri normaldi.

Sonuç: Behçet hastalığında vaskülit hem arteriyel hem de venöz tarafta değişken büyüklükteki damarları tutarak yüzeysel ve derin tromboz ve anevrizma oluşumuna neden olur. Kardiyovasküler tutulum çoğunlukla erişkinlerde bildirilse de nadir de olsa çocukluk çağında da görülebilmektedir. Behçet hastalığında vaskülitin yönetimi için kesin bir kanıt olmamakla beraber akut derin ven trombozunun tedavisi için kortikosteroidler, azatioprin, siklofosfamid veya siklosporin A gibi immünosüpresif ajanlar önerilmektedir. Antikoagülasyon tedavisi tartışmalıdır ancak

hastaya göre değerlendirilme yapılmaktadır. Çocukluk çağında nadir olsa da kardiyak trombüs ve anevrizması olan hastalarda Behçet hastalığı akla gelmelidir.

OS-002

Sistemik jüvenil idiopatik artrit ve ciddi hepatoksisite

Oya Köker

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatolojisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Karaciğer enzimlerinde değişiklik sistemik jüvenil idiopatik artritte (sJIA) enflamatuvar yanıtın bir parçası, makrofaj aktivasyon sendromunun (MAS) bir bulgusu, ilaç ilişkili toksisite göstergesi olarak karşımıza çıkabilmektedir. sJIA'ya ikincil MAS tanısından 3 ay sonra ağır karaciğer yetmezliği tablosunda izlediğimiz olguyu genetik ve patoloji sonuçlarıyla etiyolojik yönden tartışmak ve sizlerle paylaşmak istedik.

Olgu: Daha önce sağlıklı olan 9 yaşında kız hasta döküntünün veya eklem yakınmasının eşlik etmediği, on gündür devam eden ateş yüksekliği, yüksek enflamasyon belirteçleri, kardiyak enzimlerinde on kat artış ve hafif mitral yetmezlik tablosunda Çocukluk Çağı Çoklu Sistem Enflamatuvar Sendrom (MIS-c) ön tanısıyla intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve 2 mg/kg/gün steroid tedavisiyle izlendi. Ateş yüksekliği devam eden, tetkiklerinde trombositopeni, yüksek akut faz reaktanları (CRP 300 mg/L), hiperferritinemi (40.000 ng/L) gözlenen hasta enfeksiyöz nedenler ve malignite ekartasyonu sonrası sJIA'ya ikincil MAS tanısıyla devralındı, yüksek doz steroid (30 mg/kg/gün 3 gün) ve anakinra (2 mg/kg/gün) başlandı. Anti-IL1 tedavisine 2. günde yanıt alındı, klinik ve laboratuvar tablosu düzeldikten sonra taburcu edildi. Yaklaşık bir ay süreyle tedavisi ayaktan sürdürüldü. Anakinra (total 25 doz) ve oral steroid tedavisi kademeli azaltılarak sonlandırıldı. Poliklinik izleminin 3. ayında ateş, belirgin ikterik görünüm, direk hakimiyetinde 30 kat artmış hiperbilirubinemi, 50 kat yükselmiş karaciğer enzimleri ile prezente oldu. Eş zamanlı akut faz belirteçlerinde yükseklik gözlenmedi. Enfeksiyöz ve otoimmün nedenler ekarte edildi. Nakil planlanmaktayken plazmaferez ve steroid tedavisi sonrası tablo düzeldi. Karaciğer biyopsisinde portal minimal enflamasyon, rejeneratif hepatositler; tüm ekzon dizilemede otoenflamatuvar hastalık fenotipiyle ilişkilendirilmiş NLRP4 mutasyonu heterozigot ve hemokromatozis ile ilişkili H63D mutasyonu homozigot olarak saptandı.

Sonuç: Olgumuzdaki remisyon ve tedavi süreci sonrası normal enflamasyon belirteçleri varlığında ortaya çıkan nakil adaylığına varan ağır karaciğer yetmezliği tablosu yönetimi karmaşık hale getirmiştir. Ayrıca hastanın geliş tablosunun tipik sJIA kliniği ile uymaması, genetik sonucundaki mutasyonlar altta yatan farklı bir etiyolojinin katkısını düşündürmüştür. Hastalık süreci ve zamanlama, eşlik eden diğer klinik ve laboratuvar belirteçler, dikkatli ayırıcı tanı yol gösterici olabilir.

OS-003

Eozinofilik granülomatoz polianjiitisi taklit eden bir kist hidatik olgusu

Nuran Belder, Nihal Karaçayır, Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu, Merve Yazol, Akif Kavga, Nursel Kara Ulu, Batuhan Küçükali, Aylar Poyraz, Ayşe Tana Aslan, Gonca Erbaş, Semiha Tokgöz, Zühre Kaya, Deniz Gezgin Yıldırım, Sevcan Azime Bakkaloğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Kardiyak tromboz, pulmoner nodüler veya kaviter lezyonlar, malignitelerde ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülitlerde olabildiği gibi tüberküloz, mantar gibi enfeksiyöz hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli klinik durumlarda görülebilir. Burada eozinofilik granülomatoz polianjiitise benzeyen nadir bir kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: On beş yaşında kız hasta 1,5 yıldır devam eden kronik öksürük ve halsizlik şikayetleriyle hastaneye başvurdu. Hastanın posterior-anterior akciğer grafisinde çok sayıda nodüler lezyon saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografi ve anjiyografisinde bilateral multipl pulmoner nodüller, çapı 1,5 cm'den küçük birkaç adet lenf nodu, trombüs oluşumları ve her iki akciğerin üst loblarında pulmoner arterlerin segmental dallarında genişleme saptanması nedeniyle hasta vaskülitik süreçler açısından incelenmek üzere çocuk romatoloji kliniğimize yönlendirildi. Kompleman düzeyleri, ANCA, anti-fosfolipid antikorlar, human lökosit antijeni B51 ve alerji testleri negatif iken, eozinofili ile birlikte akut faz reaktanları düzeylerinde yükseklik saptandı. Tam idrar tahlilinde mikroskobik hematüri mevcuttu. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde de sağ atrium içinde triküspit kapak septal yaprağına tutunmuş, 1,8x1,5 cm boyutunda trombüs izlendi. Tromboz açısından bakılan laboratuvar tetkiklerinde *MTHFR* geninde iki heterozigot mutasyon (C677T ve A1298C) dışında patolojik bulgu saptanmadı. Pulmoner nodüller, pulmoner arteriyel ve kardiyak trombüs, mikroskopik hematüri, eozinofili ve yüksek akut faz reaktanlarının varlığı ilk olarak eozinofilik granülomatoz polianjiitis düşündürdü. Ancak, akciğer biyopsisinde vaskülit lehine bulgu saptanmadı. Alınan bronkoskopi örneğinde kist hidatik kütikülleri görüldü. Ardından serum *Echinococcus granulosus* hemaglütinasyon testi pozitif bulundu, trombüs oluşumlarının parazite ait olduğu anlaşıldı ve anti-parazitik tedavi başlandı.

Sonuç: Pulmoner nodüler ya da kaviter lezyonları olan, vaskülit düşündüren, tromboz saptanan hastalarda kist hidatik gibi enfeksiyöz hastalıklar mutlaka akılda tutulmalıdır.

OS-004

Otoimmün trombositopeni ile prezente olan spondiloenkondrodisplazi olgusu ve jak inhibitörlerine klinik yanıt

Müge Sezer, Elif Çelikel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Spondiloenkondrodisplazi (SPENCD), *ACP5* genindeki mutasyonların neden olduğu nadir otozomal resesif iskelet displazisidir. Nörolojik tutulum, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve immün yetmezliğe uzanan geniş bir klinik spektruma sahiptir. Aynı zamanda otoimmün trombositopeninin oldukça nadir bir nedenidir. Burada erken dönemde iskelet displazisi henüz gelişmeden dirençli trombositopeni ile prezente olan olgu paylaşılacaktır.

Olgu: Daha önceden bilinen hastalığı olmayan 10 aylık kız hasta yüksekten düşme başvurdu. Fizik muayenesinde frontal bölgede şişlik mevcuttu; laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 7,2 g/dL, platelet: 5000/mm^3, beyaz küre: 17.130/mm^3, AST/ALT: 160/98U/L idi. Trombositopeni ve anemiye yönelik yapılan tetkikleri, direkt coombs pozitifliği dışında normaldi. Eritrosit-trombosit süspansiyonu, IVIG ve steroide rağmen dirençli trombositopeni devam etmesi nedeni ile sirolimus ve eltrombopag tedavileri aldı. EBV-CMV PCR pozitifliği, Gram-negatif sepsis öyküsü olması nedeniyle immün yetmezlik açısından gönderilen tetkikleri normaldi. İki aylık yatışı sonrasında kliniği ve laboratuvar bulgularının düzelmesiyle taburcu edildi. Taburculuktan 1 ay sonra kusma nedeni ile tekrar başvurdu. Fizik muayenede apatik görünümde, ışığa ve sese yanıtsız, sağ kolda kas gücü 2/5, baş kontrolü yoktu, desteksiz oturamıyordu. Kraniyal BT'de subdural hematom, laboratuvar tetkiklerinde platelet: 11.000/mm^3 saptandı. Hastanın acil nöroşirurjik girişim gereksinimi olması ve tedaviye dirençli trombositopenisi olması nedeni ile splenektomi yapıldı; ancak splenektomiye rağmen trombositlerde yükselme olmadı. Takibi sırasında; ilk yatışında immün yetmezlik açısından gönderilmiş olan WES analizinde *ACP5* geninde homozigot mutasyon saptanması ile SPENCD tanısı konuldu ve tofasitinib tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününden itibaren trombosit sayısında belirgin artış, 3. ayında motor becerilerinde, mental durumunda düzelme görüldü. SLE birlikteliği açısından ilk bakılan otoantikor ve kompleman değerleri normaldi ancak tedavinin 3. ayında ANA:1/320 +, AntidsDNA: 545 IU/L, ENA panelinde anti-Mi2 ve anti-Ku +, C3:0,7 g/L, C4: 0,4 g/L olarak sonuçlandı. İzlemde iskelet displazi bulguları gözlenmedi.

Sonuç: SPENCD nadir, heterojen bulgulara sahip, iskelet bulguları ortaya çıkmadan tanınması zor bir hastalıktır. Erken tanı; hastalığın başarılı yönetimi, komorbiditelerin belirlenmesinde önemlidir. İskelet bulguları gelişmeden erken yaşta ortaya çıkan dirençli sitopeni, immün disregülasyon bulguları varlığında mutlaka akla gelmelidir.

OS-005

Sistemik JIA tanısıyla izlenen hastada interstisyel akciğer hastalığı

Elif Kılıç Könte

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ağustos 2021 tarihinden beri sistemik başlangıçlı jüvenil idiopatik artrit tanısı ve metotreksat 10 mg/hafta ile prednizolon 10 mg/gün tedavileri altında izlemde olan hastanın takibinde transaminaz yüksekliği olması üzerine metotreksat tedavisi kesildi. Kanakinumab 100 mg/ay tedavisine eklendi. Klinik inaktif olan hastaya, kronik dermatit şikayetinin lokal tedavilere yanıtsız olması üzerinde biyopsi uygulandı. Biyopsi sonucu non-spesfik dermatit bulguları olarak raporlandı.

Olgu: Steroid azaltma şemasına başlanan hasta; Eylül 2022 tarihinde ateş, öksürük, sol akciğer bazalde solunum seslerinde azalma ve akciğer grafisinde plevral efüzyon bulgusu olması üzerine Sistemik JIA alevlenmesi, parapnömonik effüzyon ön tanılarıyla hastaneye yatırıldı. Takibinde dirençli ateşi ve solunum sıkıntısı devam etti. Kanakinumab altında makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişen hastanın ferritin değeri >40.000 ug/lt'ye kadar çıktı. Beş doz pulse steroid ve günde 2 kez anakinra 100 mg tedavisi altında stabilize edildi. WES, NLRC-4 ve immünolojik tetkikleri normal sonuçlandı. Taburculuk sonrası kanakinumab tedavisi altında metilprednizolon ve anakinra tedavisi tedrici azaltılmaya başlandı ancak anakinra tedavisi gün aşırı 100 mg'ye indiğinde veya metilprednizolon tedavisi 8 mg/gün dozundan düşürüldüğünde sistemik alevlenme geçirdi. Toplamda 2 kez MAS atağı ve 4 kez sistemik alevlenmesi kanakinumab tedavisi altında olan hasta kanakinumab yanıtsız kabul edildi. Tedavisine siklosporin 100 mg/gün, metilprednizolon 8 mg/gün ve anakinra 100 mg/gün ile devam edilen hastanın uzun süre steroid kullanımı sebebiyle cushingoid görünümü mevcuttu. Anakinra tedavisinin günaşırı doza geçilmesi sistemik alevlenmeye neden olan hastanın akciğer grafisinde şüpheli infiltrasyonu olması üzerine toraks BT çekildi. Toraks BT sonucu interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu gelen (Resim 1), bronkoalveolar lavajında alveolar makrofaj hakimiyeti bulunan ve patolojisinde-mikrobiyolojisinde üreme bulunmayan hasta sistemik JIA akciğer tutulumuna sekonder interstisyel akciğer hastalığı tanısı alarak 4 mg/gün baricitinib tedavisi başlandı. Baricitinib tedavisi sonrası anakinra doz aralığı açılması planlandı ancak sistemik alevlenme nedeniyle anakinra 100 mg/gün devam edildi.

Sonuç: Tedavisine baricitinib 4 mg/gün, anakinra 100/gün, siklosporin 100/gün, metilprednizolon 8 mg/gün ile devam edilen hastanın akciğer bulgularında ilerleme ve enfeksiyonla tetiklenen sistemik alevlenmeleri devam etmektedir.

OS-006

Osteogenezis imperfakta ile birliktelik gösteren entezit ilişkili spondilit: Olgu sunumu

Hatice Kübra Zora

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş: Osteogenezis imperfekta (Oİ) düşük kemik kitlesi ve artmış kemik frajilitesi ile karakterize ektraselüler matriksin kalıtsal bir hastalığıdır. Sıklığı 2,35-4,7/10.000 arasındadır. Temel patoloji tip 1 kollajenin yapımındaki genetik defekttir. Oİ'nin yaklaşık %85'i, tip 1 kollajeni kodlayan *COL1A1/COL1A2* genlerindeki patojenik varyantlardan kaynaklanır. Oİ ve enflamatuvar artritin birlikteliği çok nadiren tanımlanmıştır. Spondiloartropati ile birlikteliği ise görülmemiştir. Burada Oİ ve beraberinde entezit ilişkili spondiloartropati gelişen bir olguyu sunduk.

Olgu: On yedi yaş erkek hasta, 3 yıldır devam eden kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Tekrarlayan kırık öyküsü nedeni ile daha önce opere olan olgunun soy geçmişinde baba, amca ve kuzenlerinde da tekrarlayan kırık öyküsü vardı. Mavi sklera, iki taraflı hafif derecede sensörinöral işitme kaybı ve mitral kapak prolapsusu saptandı. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, pektus ekskavatumu, iki kolunda insizyon skarı olup, lökomotor muayenede schober, fabere testleri pozitifti ve kalça eklemlerinde palpasyonla hassasiyeti vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 7130 (%54 nötrofil) Hb: 13,7, PLT: 223.000, CRP: 7,1 mg/L, sedimentasyon: 7 mm/saat, serum amiloid A: <3,47 mg/L, kalsiyum: 9,8 mg/dL, fosfor: 3 mg/dL, alkalen fosfataz: 121 U/L, parathormon: 56,9 ng/L, HLA B27: pozitif bulundu. Röntgeninde diffüz osteopeni ile uyumlu bir dansite azalması, sol radius ve sağ ulnada geçirilmiş kırık ve metalik fiksasyon materyallerine ait görünüm vardı (Şekil 1). Kemik dansitometrisinde Z-skoru: -3 SDS olup osteoporoz saptandı. Sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral sakroileit görüldü (Şekil 2). *COL1A1* ve *COL1A2* gen mutasyonu açısından genetik test gönderildi. Zolendronat ve metotreksat tedavileri başlandı. İzlem için takibe alındı.

Sonuç: Oİ'de eklem enflamasyonu sıklığı bilinmemektedir. Şimdiye kadar Oİ ile ilişkili sadece bir tane juvenil romatoid artrit olgusu tanımlanmıştır. Olgumuz, literatüre göre spondiloartropati ve Oİ'nin birliktelik gösterdiği ilk olgu sunumudur. Oİ tanılı hastalarda mevcut bir kemik patolojisinin yanında eklem enflamasyonunda gelişebileceğini akılda tutmak gerekir. Bu nedenle eklem şikayetleri olan Oİ tanılı hastalarda düz grafinin yanında eklem MR incelemesi de yapılmalıdır. Kas-iskelet sistemi tutulumu bu hastalarda yaşam kalitesini etkilediği için Oİ ve spondiloartropati arasındaki olası bir ilişki hakkında farkındalık yaratmak, yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

OS-007

SLE tanı ölçütlerini dolduran bir pirolidaz eksikliği olgusu

Rüya Torun

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Çocuk romatoloji ilk başvuru: Ocak 2016. Dokuz yaşında kız, üç aylıktan itibaren olan tekrarlayan deri enfeksiyonu-apseleri ve alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle immünoloji bölümünde tetkik edilen hasta, tekrarlayan püstüler deri lezyonları ve akut faz reaktanlarında yükseklik nedeniyle otoenflamatuvar hastalıklar açısından bölümümüze yönlendirildi.

Olgu: Bir yaşından itibaren tekrarlayan bronkopnömoni ve bronşiolit öyküsü olan hastanın 2,5 yaşında pulmoner hemosiderosis tanısı ile kortikosteroid tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın bölümümüzde yapılan değerlendirmesinde dismorfik yüz görünümü, boy kısalığı, splenomegali, yüzde, her iki alt ekstremitede eski lezyonlara bağlı skarlar mevcuttu. Tetkiklerinde anemi trombositopeni, akut faz raktanlarında yükseklik, hipergamaglobulinemi mevcuttu, ANA negatif saptandı. Tekrarlayan püstüler deri lezyonları nedeniyle DIRA açısından gönderilen otoenflamatuvar panelde *IL1RN* geninde mutasyon saptanmadı. İzleminde 15 yaşında, ataksi nedeniyle Friedrich ataksisi tanısı aldığı öğrenildi. Lökopeni ve trombositopeni nedeniyle yapılan değerlendirmede, bakılan ANA, direkt coombs, ENA panelinde SS-A pozitifliği saptandı. Hasta SLICC kritelerine göre SLE tanısı koyularak hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Hastadaki tüm bulguların SLE ile açıklanamaması nedeniyle eşlik edebilecek immün disregülasyon, interferonopati açısından genetik bölümüne yönlendirildi. Tüm ekzom dizi analizi raporu sonucunda *PEPD* geninde homozigot patojenik mutasyon tespit edilerek pirolidaz eksikliği tanısı koyuldu.

Sonuç: Açıklanamayan deri ve sistem bulguları olan SLE kliniği ayırıcı tanısında pirolidaz eksikliği akılda tutulmalıdır.

OS-008

Pediatrik nöro-Behçet olgusunda gelişen sakküler abdominal aort anevrizması

Emil Aliyev[1], Halide Özge Başaran[1], Veysel Çam[1], Yağmur Bayındır[1], Ezgi Deniz Batu Akal[1], Yelda Bilginer[1], Fatma Gonca Eldem[2], Seza Özen[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Behçet hastalığı çocukluk çağında erişkin yaş grubuna göre daha nadir görülmekle birlikte önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir.

Olgu: Aralıklı tekrarlayan oral aft dışında bilinen bir rahatsızlığı ve kullandığı ilacı bulunmayan hastanın kafasına top çarpması sonrası gelişen baş ağrısı, çift görme ve görmede bulanıklık şikayeti ile yapılan değerlendirilmesinde çekilen beyin manyetik rezonans (MR) venografisinde sağ juguler ven distal segmentte ince kalibrasyon; sağ sigmoid sinüs ve transvers sinüsler trombüs ile kapalı şeklinde sonuçlandı. Tekrarlayan oral aft şikayeti olan, anne ve teyzede Behçet hastalığı olan hastaya sinüs ven trombüsü bulgusu ile birlikte nöro-Behçet hastalığı tanısı konularak kolşisin, diazomid, azatiyoprin, adalimumab ve oral metil-prednizolon (MPz) tedavileri başlandı. Yaklaşık 1 yıl sonra hastanın sol testisinde şişlik, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti başladı. Beraberinde ateş, baş ağrısı ve konuşma bozukluğu gelişen hastanın beyin MR venografi değerlendirilmesinde yeni lezyona rastlanmadı. Hastanın kliniğinde düzelme olmaması, şiddetli sırt ağrısı ve giderek artan sol testiste ağrı şikayetleri üzerine çekilen kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT): "Abdominal aortada çölyak orijinini içine alan ve çölyak trasesi boyunca ekspansil uzanan aort ile 14 mm'lik geniş boynu ile ilişkisi görünen lobüle konturlu çevresinde hemorajinin izlendiği sakküler anevrizma" (Şekil 1) olarak raporlanması üzerine tarafımıza sevk edilmiştir. Hastanemizde yapılan değerlendirilmesinde abdominal aortada çölyak arter orijinli anevrizması olan ve akut faz reaktanları (AFR) yüksek saptanan hastaya toplam 3 doz 10 mg/kg/gün MPz ve tek doz siklofosfamid uygulanmıştır. Tedavi sonrasında AFR normale dönen ve şikayetleri gerileyen hastaya girişimsel radyoloji bölümünce sakküler anevrizmaya balon stent işlemi yapılmıştır (Şekil 2 ve 3). Takibinde siklofosfamid tedavisi 5 doza tamamlanan hastanın kontrol abdominal BT anjiyografi görüntülemesinde stentin patent olduğu görülmüştür. Hastamız halen adalimumab tedavisi ile remisyonda izlenmeye devam edilmektedir.

Sonuç: Bu olgu ile hem venöz hem de arteriyel sistemin tutulduğu ve balon stent uygulaması ile başarılı sonuç elde edilen bir nöro-Behçet hastası sunulmuştur. Behçet hastalığının yakın takibi ve ortaya çıkabilecek şikayetlerinin dikkatlice incelenmesi önem arz etmektedir.

OS-009

Çocukluk çağında arkus aortanın dallarda tutulumun olduğu Takayasu arteriti olgu sunumu

Hulusi Koçak, Ayşe Balat, Hatice Melisa Kaçmaz, Ömer Koçak, Işıl Saatçi Çekirge

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Takayasu arteriti, öncelikle arkus aorta ve arkus aortanın ana dallarını etkileyen kronik granülomatöz, enflamatuvar bir arteirttir. Devam eden enflamasyon geç dönemde damarlarda fibrozis, stenoz ve oklüzyona yol açarak klinik bulguların oluşmasına neden olmaktadır. Etiyolojide genetik faktörler ve immünolojik mekanizmaların önemli rolü bulunmaktadır. Tüm dünyada görülmekle birlikte çocukluk çağında oldukça nadirdir. Erken dönem bulguların non-spesifik olması tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Bu çalışmada uzun süreden beri ateş, halsizlik, iştahsızlık yakınmaları olan ve takiben nörolojik bulguların ortaya çıktığı 15 yaşındaki bir kız olgu sunulmaktadır. Tanıda gecikmenin morbidite ve mortaliteyi artırdığı bu olgularda erken tanı ve etkin tedavinin önemi tartışılacaktır.

Olgu: On beş yaşındaki kız hasta ateş, iştahsızlık, üst ekstremitede güçsüzlük, kollarda, boyunda hareketle artan ağrı ve sağ gözde görme kaybı yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın öyküsünden yakınmalarının 5 yıl önce başladığı, gündüzleri aralıklı ateşinin olduğu ve bu şikayetleri ile Azerbaycan'da çocuk enfeksiyon kliniğinde takip edildiği, o dönem yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin yüksek saptandığı öğrenildi. Hastanın takibinde görme sorunu nedeniyle elektroensefelogram ve kraniyal görüntüleme yapıldığı; 1 yıl süre ile antiepileptik tedavi aldığı, fayda göremeyince aile tarafından tedavinin bırakıldığı, yakınmalarının artması ve görme kaybı olması nedeniyle ülkemize geldiği belirtildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede vücut sıcaklığı 37,7 °C, boy 172 cm (50p) ağırlık 50 kg (25-50p) olup, kalp tepe atımı 90 atım/dk, solunum sayısı 20/dk idi. Konjuktivalar hiperemik, göğüste eritem, mitral odakta 2/6 sistolik ve bilateral karotis arterle üzerinde üfürüm mevcuttu. Bilateral üst ekstremite nabızları alınamıyordu, eller soğuk ve kapiller dolum zamanı uzamıştı. Alt ekstremite femoral nabızlar alınıyordu. Olgunun 15 dk'lık istirahat sonrası kan basıncı sol kol 81/65 mmHg, sağ kol 100/87 mmHg, sol bacak 190/59 mmHg (yüksek) sağ bacak 176/57 mmHg (yüksek) ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 11,6 g/dL, hematokrit %34,2, beyaz küre sayısı 8.150/mm^3, MCV 77,2 fl, trombosit sayısı 243.000/mm^3 idi, periferik yaymada %52 polimorf nüveli lökosit (PNL), %52 lenfosit mevcuttu, eritrosit morfolojisi hipokrom mikrositerdi. İdrar incelemesi ve kan biyokimyasal değerleri normaldi. Ferritin düzeyi 52,54 ng/mL, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 14 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 17,4 mg/dL, fibrinojen 421 mg/dL, anti-dsDNA antikor, protein C, S, antitrombin-III ve renin düzeyleri normaldi. Romatoid faktör, antinükleer antikor (ANA) ve antifosfolipid antikor negatifti. Anti-HBs pozitif ve HBsAg ile anti HCV negatifti. PA akciğer radyogramı ve ekokardiyografi bulguları normaldi. Doppler ultrasonografisinde (USG) bilateral ana karotis ve sol subklavian arterde darlık, internal karotis ve sol

vertebral arterde total oklüzyon görüldü. Abdominal aorta ve renal arterlerde belirgin intimal kalınlaşma saptanmadı. Anjiyografide arkus aortada belirgin diffüz kalınlaşma, sağ subklavian arterde darlık, subklavyen çalma sendromu (Şekil 1) ve sol subklavian arterde total oklüzyon (Şekil 2), bilateral ana karotis arterlerde %95'ten fazla daralmaya neden olan diffüz duvar kalınlaşması izlenmiş olup (Şekil 3), sol vertebral arterde total oklüzyon olduğu saptandı. Pozitron emisyon tomografide (PET) ana vasküler yapılarda FDG tutulumu olmadığı gözlendi. Hastanın beyin manyetik rezonans (MR) incelemesinde sağ serebral hemisferde kistik sekel ensefelomalazik alan, sol serebral hemisferde kronik enfarkt alanı ve sekel değişiklikler izlendi. Göz dibi optik koherans tomografi (OCT) ile değerlendirildi; sağ gözde total optik atrofi ve sol göz dibinde disk sınırları belirgin olan ödem ile birlikte her iki gözde yaygın vaskulit bulguları görüldü (Şekil 4). Mevcut bulgular eşliğinde hastaya 1990 ACR sınıflandırma kriterlerine göre Takayasu arteriti tanısı konuldu. Tüberküloz birlikteliği açısından gönderilen kuantiferon testi negatif sonuçlandı. HLA B52 pozitifti ancak aile öyküsünde özellik yoktu. Anjiyografik sınıflaması tip II-b olan hastaya; 3 gün süre ile pulse metilprednizolon (30 mg/kg/gün), antiagregan klopidogrel ve asetil salisilik asit tedavileri başlandı, steroid tedavisine kademeli doz azaltımı ile devam edildi. Eş zamanlı aylık intravenöz siklofosfamid tedavisi başlandı ve 6 aya tamamlandı. Devam tedavisi metotreksat (15 mg/m^2/ hafta) ile sürdürüldü. Hastanın siklofosfamid sonrası çekilen MR anjiyografileri ve Doppler USG bulgularında belirgin fark yoktu, bulgular stabildi. Akut faz reaktanları normal sınırda idi. Takayasu vaskulitine bağlı tutulumu diffüz olduğundan, perkütan transluminal anjiyoplasti (PTA) ya da stent ile başarı şansı düşük ve rekürrens oranı yüksek olduğundan hastaya endovasküler bir tedavi yaklaşımı düşünülmedi; medikal tedavi ile izlem planlandı. Göz bulguları başlangıçtan itibaren kötü, ancak takipte stabil olan hastada lokal anti-enflamatuvar tedaviye devam edildi. Hastanın son muayenesinde sağ gözünde görme kaybının devam ettiği ve katarakt geliştiği öğrenildi; cerrahi bir yaklaşım düşünülmedi. Herhangi bir vasküler iskemi ya da sistemik bulgu olmayan, sedimentasyon ve CRP düzeyleri normal sınırlarda olan hasta metilprednizolon (4 mg/gün), metotreksat (15 mg/hafta) ve folik asit (5 mg/hafta) tedavileri ile kliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç: Takayasu arteritinin başlangıç semptomlarında ateş, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi genel enflamasyon belirtileri olmakla birlikte, iskeminin lokalizasyonuna göre farklı klinik bulgular ile başvurabileceği unutulmamalıdır. Bu tür yakınmaları olan hastalarda öykü, fizik muayene ve anjiyografi ile hastalığın erken tanısının konulması, hastalığın prognozu açısından son derece önemlidir.

OS-010

Ateş ve pannikülit ile başvuran zor bir olgu

Gülcan Özomay Baykal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Dokuz ay 20 günlük kız hasta tekrarlayan ateş ve pannikülit nedeniyle Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği'nde takip edilmektedir. Zamanında C/S ile 3100 gram doğan ve aile öyküsünde özellik bulunmayan hasta, 20 günlükken başlayan döküntüleri nedeniyle Kırgızistan'da çocuk alerji bölümü tarafından takip edilmiş, steroid ve anti histaminik tedavileri ile şikayetleri kısmen gerileyip, sonrasında tekrarlamıştı.

Olgu: İki aylıkken pertusis nedeniyle hastanede yatışı mevcuttu. Üç buçuk aylıkken dış merkezden kliniğimize uzamış ateş, döküntü ve diyare şikayetleri ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla sevk ile geldi. Fizik muayenesinde alt ekstremitede belirgin olmak üzere tüm vücutta yaygın deri altı nodüler eritemli ağrılı lezyonlar mevcuttu. Solunum sesleri ve kardiyovasküler sistem muayenesi doğal, organomegalisi yoktu. Tetkiklerinde lökosit 30.000, nötrofil 22.500, lenfosit 4880, hemoglobin 7 gr/dL, trombosit 624.000, CRP 154 mg/dL, ferritin 497 ng/mL, D-dimer 1920 ng/mL, fibrinojen 469 mg/dL, LDH 427, sedimentasyon 47 mm/saat olarak sonuçlandı. Ateş etiyolojisine yönelik kan kültürü, immünoglobulinler ve alt grupları, lenfosit alt grupları, viral seroloji, serum amilodi A, anti HBS, sedim, interlökin-6, periferik yayma, ve rutin biyokimya tetkikleri alındı. COVID PCR negatifti. Ateşi olan hastaya profilaktik olarak antibiyoterapi, antipiretik ve idame mayisi başlandı. Tetkiklerinde hemoglobin düşüklüğü olması nedeniyle 15 cc/kg ES takıldı. Sonrasında 0,5 gr/kg IVIG verildi. Batın USG'de sağ böbrekte grade 1-2 hidronefroz izlenmiş olup, renal pelvis AP çapı 7 mm olarak ölçüldü. EKG ve ekokardiyografisi normaldi. Diyaresi nedeniyle bakılan gaita tetkikleri normaldi. Periferik yaymasında lökomoid reaksiyon ve sola kayma mevcuttu, atipik hücre saptanmadı. Dış merkezde yapılan deri biyopsisi eritema enduratum ile uyumlu sonuçlandı. Serum ACE düzeyi (144), IL-6 (42) ve serum amiloid a (39 mg/dL) düzeyeri yüksekti. İmmünoglobulinleri ve IgG alt grupları yaşa göre normaldi. Tandem MS normal, idrar kantitatif aminoasit analizi normal, alanin, tirozin ve triptofan sınırda yüksek olarak tespit edildi. CMV IGG pozitif olması üzerine bakılan CMV PCR idrar ve kan kontrolleri negatifti. Otoenflamatuvar hastalık paneli normal olarak sonuçlandı. Boyun US: Sol submandibular bölgede 12x7 mm boyutlarında reaktif görünümde lenf nodu izlendi. İnguinal USG'de: Sağ inguinal bölgede 7x4 mm boyutlarında reaktif görünümde lenf nodu izlendi. Karotis ve vertebral arter Doppler'i normaldi. Akut faz reaktanları geriledi. Prednol 1 mg kg gün iv başlandı. Yatışın 7. günde çekilen kraniyal BT'de bifrontoparietal ekstraserebral BOS mesafesi infantın benign subaraknoid mesafe genişlemesi ile uyumlu olarak raporlandı. Çocuk alerji ve immünoloji ile konsülte edildi. ANA, ANCA IFA, PR3 ANCA ve P-anca negatif, vwf antijeni: 193 (yüksek) sonuçlandı. Otulupeni açısından genetik inceleme yapıldı. Yatışın 11. gününde takiplerde 38,2 ateşi olan hastanın alınan tetkiklerinde hemogram normal, CRP 32 mg/L idi.

Uzamış ateş etiyolojisine yönelik olarak enfeksiyon ve malignite ekartasyonu amacıyla kan ve idrar kültürü, viral seroloji, solunum yolu paneli, periferik yayma ve kemik iliği aspirasyonu (KİA) incelemesi yapıldı. KİA incelemesi normaldi. Kan kültüründe üreme olmadı, idrar kültüründe *K. pneumonia* üremesi olup, kontrol idrar kültürü steril idi. Akut faz reaktanları gerilemesi üzerine antibiyoterapisi durduruldu. Tekrar ateş ve döküntü artışı olması nedeniyle tedavisine IVIG ve yüksek doz metilprednizolon (30 mg/kg/gün) 3 doz eklendi, sonrasında ateşi geriledi. Anakinra (4 mg/kg/doz) sc ve siklosporin (2 mg/kg/g) tedavisi başlandı. Döküntü ve ateşi tekrarlaması üzerine anakinra kesilerek infliksimab tedavisi başlandı. Göz muayenesinde sağ-sol noktasal katarakt tespit edildi. Geliş başvurusunda kanlı gaytası olması nedeniyle inek sütü alerjisine bağlı proktokolit ön tanısı ile çocuk alerji ve gastroenterolji konsültasyonları istendi. Primer immün yetmezlik açısından çocuk immünolojiye danışılarak DHR testi yapıldı normal olarak sonuçlandı. Çocuk nöroloji ile konsülte edildi, nörogelişimsel olarak normal değerlendirildi. Metabolik hastalıklar açısından çocuk metabolizma hastalıklarına danışılan hastadan ileri tetkikler istenerek takip edildi. Döküntüleri devam etmesi üzerine deri biyopsisi tekrarlandı. Sol tibia ön yüzden yapılan incelemede vaskülitin eşlik etmediği lobüler lenfositik-nötrofilik pannikülit olarak raporlandı. İnfliksimab 2. doz için hastaneye başvurusunda kanlı mukuslu gayta şikayeti olması üzerine tetkik edildi. Akut faz reaktanları negatif. Gaytada redüktan madde negatif. Spesifik IGE (süt yumurta fındık) normal olarak saptandı. ADA-2 enzim düzeyi normaldi. Genetik tetkiklerinde NLRP-1 ilişkili otoenflamatuvar hastalık düşünüldü. *CASP10*, *CD27*, *CTLA4*, *FAS*, *FASLG*, *IL2RB*, *IL2RG*, *ITK*, *KRAS*, *LRBA*, *MAGT1*, *MCM4*, *MYD88*, *NRAS*, *RASGRP1*, *SH2D1A*, *SMARCAL1*, *ZAP70* ve *CDC42* genlerinde varyant saptanmadı, *XIAP* geninde derin intronik varyant tespit edildi ancak gen ifadesi etkilemeyeceği belirtildi. Otoimmünite ile ilişkili genlerindeki klinik exomdaki *PAMB8* ve *PSMB4* genlerinde de anlamlı bir varyant tespit edilmedi. Yatışı sırasında taşikardisi gelişmesi üzerine çocuk yoğun bakıma alındı, tedavisine propronolol eklendi, şikayeti gerilemesi üzerine servise alındı.

Sonuç: Takiplerinde ateş ve taşikardi olması üzerine sepsis kliniği düşünülen hastaya pentaglobulin başlandı. Kan, idrar ve kateter kültürlerinde üreme olmaması üzerine 5 doz sonrasında pentaglobulin kesildi. Döküntülerinde artış nedeniyle yüksek doz metilprednizolon 3 gün verildi. Taşikardisi gerileyen hastanın propronolol dozu azaltıldı. Anti IL-1'e yeterli yanıt alınamadığı için baricitinib tedavisine geçildi.

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
11-15 Ekim 2023
Poster Sunumları
(PS-001 — PS-269)

PS-001

Behçet sendromunda aktif folikulit varlığı eş zamanlı paterji pozitifliği ile ilişkili

Zeynep Altan Ferhatoğlu[1], Dursun Dorukhan Altınışık[2], Ayşe Özdede[3], Defne Özkoca[4], Sabriye Güner[3], Zekayi Kutlubay[1], Emire Seyahi[3], Vedat Hamuryudan[3]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bursa*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

[4]*Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Zonguldak*

Amaç: Behçet sendromu (BS), etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Paterji testi, derinin aseptik travmaya karşı verdiği non-spesifik gecikmiş abartılı yanıtı gösterir. Test, klinik bulgulara ek katkı sağlayan yüksek özgüllüğe sahip bir tanı testi olarak kullanılmaktadır ancak, son yıllarda duyarlılığı giderek azalmaktadır. Geçmişte yapılan sınırlı sayıda çalışmada paterji pozitifliği ile erkek cinsiyet, deri-mukoza bulguları ve üveit arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, aktif belirtliler ile eş zamanlı yapılan paterji testinin pozitifliği arasında bir ilişki olup olmadığını test etmeyi amaçladık.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, multi-disipliner Behçet merkezine Eylül 2022-Şubat 2023 yılları arasında başvuran ve çalışmamıza onay veren 298 hastaya paterji testi uygulandı ve dermatolojik muayeneleri yapıldı, hastalık aktiviteleri ölçüldü. Ancak bu hastaların 48 saat sonra tekrar kliniğimize başvuran sadece 105'i (60 E/45 K) çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, tanı anındaki paterji testi sonuçları ve tedavi detayları ile ilgili bilgiler hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 43±12 yıl ve ortanca hastalık süresi 10 yıl (minimum-maksimum: 1-47) idi. Çalışma sırasında 105 hastanın 27'sinde (%25,7) paterji pozitifken, tanı aldıkları sırada %40,9'unda paterji pozitifti. Tanı sırasında paterji testi pozitif olan hastalarda, güncel paterji pozitifliği anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 1). Erkek hastalarda, kadınlara oranla daha yüksek oranda pozitiflik saptandı (%31,7 vs. %17,8, p=0,107). Güncel paterji pozitifliği hastaların yaşı veya hastalık süresi ile ilişkili değildi. Aktif deri-mukoza lezyonları içinde, sadece aktif folikülit varlığı güncel mevcut paterji pozitifliği ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulundu (Tablo 2). Ayrıca derin ven trombozuna bağlı staz ülseri gelişen 3 hastanın tümünde paterji testinin pozitif olması dikkat çekti.

Sonuç: Çalışmamız, literatürdeki çalışmalardan farklı olarak, aktif deri-mukoza lezyonları ile eş zamanlı paterji sonuçları ile arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmaya giren hastaların sayısının az olması en önemli kısıtlılıktır. Önceki çalışmalarla benzer olarak paterji pozitifliğinin hastanın yaşı veya hastalık süresi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Aktif folikülit varlığı paterji testi pozitifliği için bağımsız risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, folikülit, paterji

PS-002

Behçet hastalığı pulmoner tutulumunda radyolojik bulguların semptom ve akut faz yanıtı ile ilişkisi

Aysun Aksoy[1], Derya Kocakaya[2], Özlem Demircioğlu[3], Nuri Çağatay Çimşit[3], Bedrettin Yıldızeli[4], Sait Karakurt[2], Haner Direskeneli[1], Fatma Alibaz Öner[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

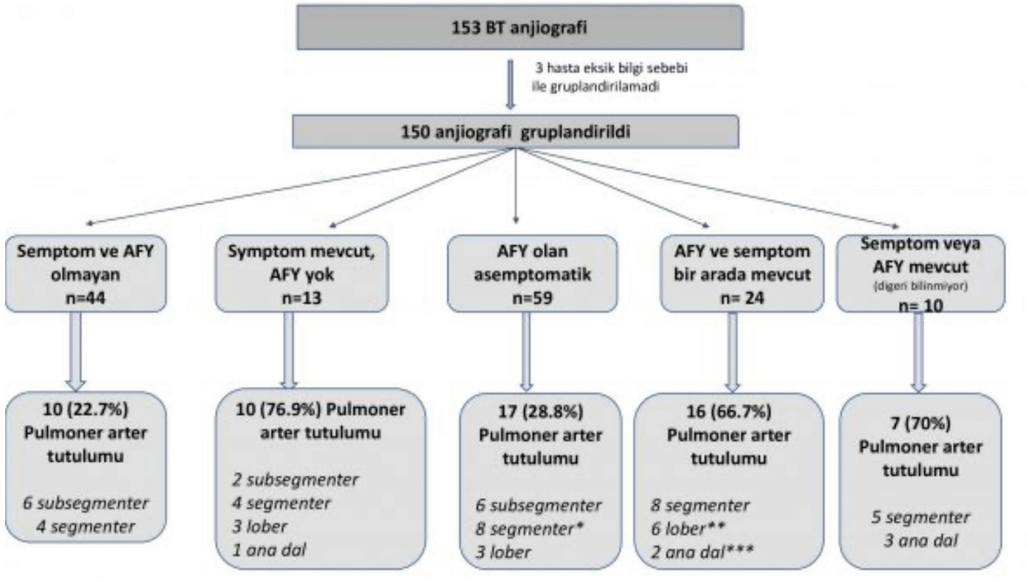
Amaç: Behçet hastalığı (BH) seyrinde arteriyel tutulum en sık pulmoner arter tutulumu olarak görülmektedir. Pulmoner arter anevrizmasi (PAA) klasik tutulum şekli olarak kabul edilse de, anevrizmaya eşlik eden ya da izole olarak saptanan pulmoner arter trombozu (PAT), artan sıklıkta bildirilen bir tutulum şeklidir. Bu çerçevede çalışmamızda BH pulmoner tutulumunda, bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) bulgularının, klinik semptomlar ve akut faz yanıtı ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem: Retrospektif çalışmamızda BH'larına ait 180 BTPA, hastaların klinik bilgilerine kör olan iki radyolog tarafından değerlendirilmiştir. Hastaların klinik bulguları, anjiyografi endikasyonu ve laboratuvar sonuçlarına dair bilgi hasta dosyalarından elde edilmiştir. BTPA'da trombus ya da anevrizma saptanması pulmoner arter tutulum olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada 153 BTPA değerlendirilmiştir. Hastaların çoğu (%85,6) erkek, ortalama yaş 33,7±10'dur (Tablo 1). Hastalar, BTPA çekimi sırasında eşlik eden semptom ve artmış akut faz yanıt (AFY) varlığına göre gruplandırılmıştır. BTPA çekilme nedeni 24 (16%) hastada artmış AFY ve eşlik eden semptom varlığı, 59 (%39,3) hastada sadece artmış AFY ve 13 (%8,7) hastada sadece semptom varlığı idi. Çalışmamızda, 62 (%40,5) BTPA'de trombus saptandı. Bunların 14'ü subsegmenter, 29'u segmenter, 13'ü lober ve 6'sı ana pulmoner arterdedir. Trombus saptanan BTPA'ların 51'inde (%82,3) tutulum bilateraldir. Trombus saptanan anjiyografilerin 58'inde (%93,5) izole PAT saptanırken sadece 4'ünde (%2,6) trombuse anevrizma eşlik ediyordu. Pulmoner enfarkt 9 anjiyografide saptandı. Ortalama yaşları 32,3±7,9 (E/K: 35/9) olan asemptomatik 44 (%29,3) hastaya tarama amaçlı çekilen anjiyografilerin yaklaşık dörtte birinde (%22,7) segmenter ya da subsegmenter PAT saptandı (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızda izole pulmoner trombus, BH'de pulmoner tutulumunun en sık şekli olarak saptanırken, anevrizma nadir görülen bir tutulum şeklidir. CTPA sırasında semptom varlığı, artmış akut faz yanıtı varlığından bağımsız olarak segmenter ve daha proksimal pulmoner arter tutulumu ile ilişkili tespit edilmiştir. Fakat artmış AFR ya da semptomu olmayan asemptomatik hastaların yaklaşık dörtte birinde de pulmoner arter tutulumu saptanmıştır. Sonuçlarımız BH'lerin konstitüsyonel ya da pulmoner semptom varlığında BTPA ile değerlendirilmesini desteklemekte fakat asemptomatik hastalarda rutin tarama önerisi için ek çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pulmoner arter anevrizma, pulmoner arter trombus



Şekil 1. Semptom ve/veya akut faz yanıtı varlığına göre gruplandırılmış hastalarda pulmoner anjiyografi bulguları

PS-003

B/tsDMARDs kullanan RA hastalarında sürekli yüksek HAQ-DI skoru ile ilişkili faktörler: HURBIO tek merkez kayıt sisteminin uzunlamasına analizi

Emre Bilgin[1], Ebru Öztürk[2], Büşra Fırlatan[1], Mustafa Ekici[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Erdinç Ünaldı[1], Gizem Ayan[1], Güllü Sandal Uzun[1], Zehra Özsoy[1], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1], Ömer Karadağ[1], Şule Apraş Bilgen[1], Ali İhsan Ertenli[1], Pınar Özdemir[2], Umut Kalyoncu[1], Sedat Kiraz[1]

[1]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara*

[2]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç: "Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI)", romatoid artrit (RA) hastalarının fonksiyonel değerlendirmesi için yaygın olarak kullanılan ve kabul gören bir araçtır. Amacımız, b/tsDMARDs kullanan RA hastalarında sürekli yüksek HAQ-DI skorları ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: B/tsDMARD ile tedavi edilen ve Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Kayıt Sistemi'ne (HURBIO) kayıtlı olan RA hastaları, başlangıç değerlendirmesinde HAQ-DI skoru ≥1 olan ve en az beş takip viziti gerçekleştiren hastalar, ilk beş takip ziyaretindeki HAQ-DI skorlarına göre hipotetik olarak 3 gruba ayrıldı. Grup 1, "sürekli düşük HAQ-DI skoru <1" olarak adlandırıldı ve her takip vizitinde HAQ-DI skoru birin altında olanları içeriyordu; grup 2, "1 etrafında dalgalanan HAQ" olarak adlandırıldı ve en az bir vizitte HAQ-DI skoru birin üzerinde ve birin altında olanları içeriyordu; grup 3, "sürekli yüksek HAQ-DI skoru <1" olarak adlandırıldı ve her vizitte HAQ-DI skoru birin üzerinde olanları içeriyordu. Başlangıç demografik, hastalık ve tedavi özellikleri kaydedildi, ilişkili faktörlerin belirlenmesinde kadınlar için multinomia lojistik regresyon ve erkekler için multipl lojistik regresyon (grup 3'te erkek hasta olmadığından) yapıldı.

Bulgular: Çalışma grubu 194 hastadan (%89,7'si kadın) oluşmaktadır. Gruplar 1, 2 ve 3 sırasıyla 58 (%29,9), 111 (%57,2) ve 25 (%12,9) hasta içeriyordu. Grup 3'teki tüm hastalar kadındı. RA hastalık süresi, RA tanısı ile b/tsDMARD başlangıcı arasındaki süre, RF negatifliği ve başlangıç HAQ-DI skoru grup 3'teki hastalarda diğer gruplara kıyasla daha yüksekti (Tablo 1). Multinomial lojistik regresyon, kadınlar için çeşitli ilişkili faktörler (OR, %95 CI) ortaya koydu;

- Grup 2'nin grup 1'e kıyasla: Obez olma durumu [3,0 (1,4-6,4), p=0,004], RF'nin negatif olması [0,5 (0,2-1,2), p=0,13], anti-TNF dışı biyolojik kullanma [2,1 (0,9-4,8), p=0,07], tanı-tedavi başlangıç süresi (yıl başına) [1,0 (0,9-1,1), p=0,85].

- Grup 3'ün grup 1'e kıyasla: obez olma durumu [0,9 (0,3-3,0), p=0,88], RF'nin negatif olması [5,2 (1,4-18,6), p=0,012], anti-TNF dışı biyolojiklerin kullanılması [9,5 (1,8-52,6), p=0,009], tanı-tedavi başlangıç süresi (yıl başına) [1,1 (1,05-1,112), p=0,001].

- Bu model hastaların %61'ini doğru sınıflandırdı. Erkekler için anlamlı bir ilişkili faktör bulunmadı.

Sonuç: RA hastaları hala iyi bir fonksiyonel durumdan uzaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, klinisyenler RA'yı daha erken tedavi etmeli ve RF-negatif ve obez hastalarda yönetim dinamiklerinin hassasiyetini artırmalıdır. Anti-TNF'lerin veya anti-TNF olmayanların işlevsellik üzerinde daha iyi işe yarayıp yaramadığı, çok değişkenli modelde istatistiksel olarak anlamlı kalsa bile dikkatlice yorumlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HAQ, romatoid artrit, uzunlamasına veri analizi

Tablo 1. B/tsDMARD ile tedavi edilen RA hastalarının (HAQ-DI≥1) başlangıç demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri (n=194)

	Sürekli düşük HAQ (<1) (Grup 1) (n=58, 29,9%)	HAQ skoru 1 etrafında dalgalanan (Grup 2) (n=111, 57,2%)	Sürekli yüksek HAQ (≥1) (Grup 3) (n=25, 12,9%)	p
Kadın (n,%)	47 (81)	102 (91,9)	**25 (100)**	**0,017**
RA tanısında yaş, ortalama (SS)	42,5 (11,4)	45,6 (11,4)	46,5 (12,6)	0,20
RA hastalık süresi, ortalama (SS)	13,8 (7,3)	14,3 (7,4)	**21,1 (11,4)**	**<0,001**
RA tanısı-biyolojik arası süre ortalama (SS)	6,3 (7,0)	7,4 (6,8)	**13,7 (10,6)**	**<0,001**
Medeni durum (n,%)				0,25
- Bekar	6 (10,3)	8 (7,2)	0	
- Evli	52 (89,7)	103 (92,8)	25 (100)	
Eğitim (n,%)				0,054
- <Lise	33 (56,9)	83 (74,8)	20 (83,3)	
- Lise	10 (17,2)	13 (11,7)	3 (12,5)	
- >Lise	15 (25,9)	15 (13,5)	1 (4,2)	
VKİ ≥ 30 kg/m² (n,%)	**24 (41,4)**	71 (64,0)	14 (56,0)	**0,019**
Sigara maruziyeti (primer) (n,%)				
- Evet	24 (41,4)	38 (34,2)	6 (24,0)	0,30
- Hayır	34 (58,6)	73 (65,8)	19 (76,0)	
Seroloji (n,%)				
- RF +	38 (65,5)	84 (76,4)	**12 (48,0)**	**0,016**
- CCP +	32 (71,1)	61 (60,4)	12 (54,4)	0,33
- RF veya CCP +	40 (76,9)	90 (81,8)	19 (76,0)	0,68
Hastalık aktivite değerledirmeleri (bazal), ortalama (SS)				
- CRP	3,7 (3,7)	3,6 (4,7)	2,9 (3,9)	0,73
- DAS28	5,2 (1,0)	5,4 (1,1)	5,5 (0,8)	0,34
- HAQ-DI	1,5 (0,4)	1,6 (0,4)	**1,8 (0,5)**	**0,002**
- HES	7,0 (4,1)	8,2 (5,0)	9,1 (4,1)	0,20
- ŞES	3,4 (2,4)	4,3 (3,6)	3,8 (2,9)	0,13
- Global VAS	70,0 (13,7)	71,8 (16,3)	75,5 (13,4)	0,31
- Ağrı VAS	73,3 (14,5)	74,2 (18,5)	77,3 (10,8)	0,64
Tedaviler (n,%)				
ksDMARD				
- Steroidler	41 (71,9)	80 (72,7)	18 (72,0)	0,99
- Metotreksat	31 (54,4)	59 (53,6)	11 (44,0)	0,65
- Leflunomid	20 (35,1)	54 (49,1)	15 (60,0)	0,08
- Sülfasalazin	26 (45,6)	42 (38,2)	9 (36,0)	0,59
- HQ	34 (59,6)	72 (65,5)	14 (56,0)	0,59
b/tsDMARDs				
- Anti-TNF	33 (56,9)	64 (57,7)	12 (48,0)	0,67
- Non-Anti-TNF	37 (63,8)	90 (81,1)	22 (88,0)	**0,015**
- Ardışık anti-TNF/non-anti-TNF (veya tam tersi)	12 (20,7)	43 (38,7)	9 (36,0)	0,06

CCP: Siklik sitrullin peptid, DAS28: Hastalık aktivite skoru, HES: Hassas eklem sayısı, HQ: Hidroksiklorokin, RA: Romatoid artrit, RF: Romatoid faktör, SS: Standart sapma, ŞES: Şiş eklem sayısı, TNF: Tümör nekrozis faktör, VAS: Vizüel analog skala, VKİ: Vücut kitle indeksi

PS-004

Sistemik skleroz hastalarında insentif spirometri ile ölçülen zorlu inspiratuvar vital kapasitenin solunum fonksiyon testleri ile uyumluluğu

Erdinç Ünaldı[1], Alper Sarı[2], Oğuz Karcıoğlu [3], Gizem Ayan[1], Gül Sandal Uzun[1], Alptuğ Hekimcan Kaynar[4], Aytekin Ödevci[3], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1], Ata Murat Kaynar[5]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[4]Columbia Üniversitesi Tıp Fakültesi, New York, ABD

[5]Pittsburg Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Pittsburg, ABD

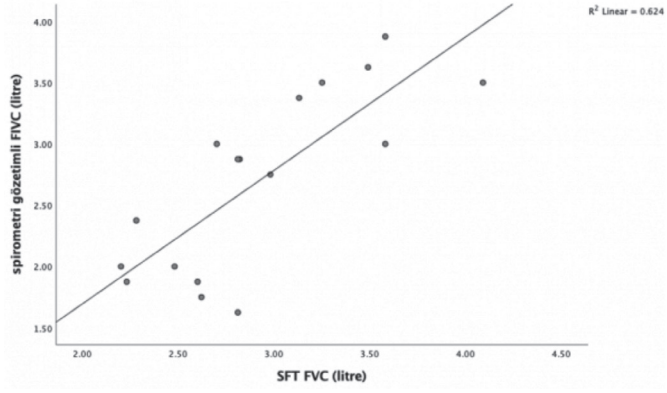
Amaç: Sistemik sklerozda (SSk) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) önde gelen mortalite nedenlerinden biridir. Solunum fonksiyon testleri (SFT), İAH şiddetinin belirlenmesinde ve takibinde kullanılmaktadır. İnsentif spirometri cihazı postoperatif hastalarda ekspansif etkisiyle tedavide kullanılmasının yanı sıra bünyesindeki 4,000 mL'lik hazne yardımıyla ölçüm fonksiyonu da sağlamaktadır. Çalışmamızda, insentif spirometri cihazı yardımıyla ile ölçülen zorlu inspiratuvar vital kapasite (FIVC) ile klasik SFT ile yapılan zorlu vital kapasite (FVC) ve FIVC ölçümlerinin uyumluluğunun değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi romatoloji polikliğine başvuran 17 SSk hastası dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik değerlendirmeleri yapıldı. Klasik SFT kapsamında FVC ve FIVC ölçümleri yapıldı. Hastalarda SFT testinin kabul edilebilirliği Amerikan Toraks Derneği kılavuzuna göre değerlendirildi. Çalışmaya yalnızca kılavuza göre SFT kabul edilebilirliği A/B/C grubunda olan hastalar dahil edildi. İnsentif spirometri ile FIVC ölçümleri yapıldı. Cihazın kullanımı araştırmacı tarafından hastalara uygulamalı olarak ve eğitim videosu ile anlatıldı ve ölçüm (komutlu FIVC) yapıldı. Aynı ölçüm, hastanın ölçüm yapma tekniğindeki doğruluğu saptamak amacıyla, yalnızken tekrarlandı bu ölçüm farklı bir araştırmacı tarafından direktif verilmeden gözlemlenerek değerlendirildi (gözetimli FIVC). Ölçümler arasındaki uyumluluk Spearman's rho korelasyon katsayısı ile değerlendirildi.

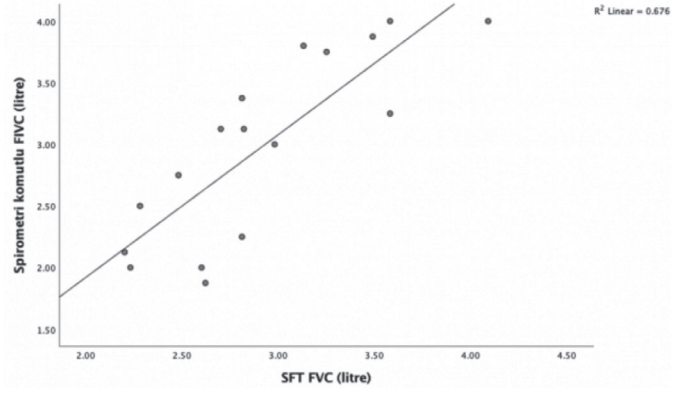
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 17 SSk hastasının tümü kadındı, ortanca yaş 49 (28-65) idi. Hastaların 5'inde (%29,4) diffüz SSk, 7'sinde (%41,1) İAH vardı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Klasik SFT ölçümlerinde elde edilen FVC ile insentif spirometri ile ölçülen komutlu FIVC (rho: 0,84, p<0,001) ve gözetimli FIVC ölçümleri (rho: 0,78, p<0,001) arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu (Resim 1 ve 2). Klasik SFT ile ölçülen FIVC ile insentif spirometri ile ölçülen komutlu FIVC (rho: 0,80, p<0,001) ve gözetimli FIVC ölçümleri (rho: 0,71, p<0,001) arasında da yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu. Komutlu ve gözetimli insentif spirometri FIVC ölçümleri arasında çok yüksek düzeyde korelasyon mevcuttu (rho: 0,94, p<0,001).

Sonuç: İnsentif spirometri ile zorlu inspiratuvar kapasitenin ölçümü, klasik SFT'deki FVC ve FIVC ölçümleri ile yüksek oranda korelasyon göstermektedir. Yöntemin basit olması, hastanın bu ölçümü kendi kendine tekrarlayabilme imkanı sağlamaktadır. Teletıp ile de gercekleştirilebilecek bu metod ile hastaların insentif spirometri ile FIVC ölçümü SSk hastalarının solunum fonksiyonlarının sık aralıklarla ve hastaneye gelmelerine gerek kalmadan ölçümünde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: İnsentif spirometri, zorlu inspiratuvar vital kapasite, sistemik skleroz



Şekil 1. Klasik SFT FVC ile gözetimli FIVC (insentif spirometri) ölçümlerinin uyumluluğu



Şekil 2. Klasik SFT FVC ile komutlu FIVC (insentif spirometri) ölçümlerinin uyumluluğu

PS-005

Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında obstetrik süreçlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi

Rabia Deniz[1], Ferdanur Deniz[2], Şevket Ali Ekmen[3], Duygu Sevinç Özgür[4], Gamze Akkuzu[4], Bilgin Karaalioğlu[4], Fatih Yıldırım[4], Burak İnce[4], Kübra Kalkan[4], Gül Güzelant Özköse[4], Cemal Bes[4]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul; Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), üreme çağında her iki cinsiyeti de etkileyen kalıtsal otoenflamatuvar bir hastalıktır. İnfertilite ve oligomenorenin AAA hastalarında arttığına dair veri özellikle tedavisiz hasta sayısının yüksek olduğu dönemde bildirilmiş olup, ataklara bağlı batın içi yapışıklıklara ek patogenezi net olmayan ovulatuvar disfonksiyon eğilimi olduğu düşünülmüştür. Kolşisin kullanımının enflamasyonu ve pelvik adzyonları azalttığı gösterilmiştir ancak gebelik ve fetal sonuçlara etkisi her zaman tartışılmaktadır. Bu çalışmada AAA ile gebelik arasındaki ilişkiyi hem maternal hem de fetal açıdan incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli, tanımlayıcı çalışmada 40 FMF hastasının toplam 95 gebeliği analiz edildi. Klinik ve demografik veriler hasta kayıtlarından elde edildi. Hatırlama yanlılığını önlemek için, her hastanın yalnızca son gebeliği, hastalık aktivitesi ve gebelik sırasında ilaç kullanımı veya revizyonu açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların tanı anındaki ortanca yaşı 22 ve ilk gebelik yaşı 26 idi. Son gebelikte ortanca AAA süresi 8 (0-23) yıldı. Sekiz (%20) hastada en az 1 kez yardımcı üreme teknikleri (IVF) ile gebelik, 34 (%85) hastada ise en az 1 kez spontan gebelik vardı. Otuz iki hasta gebelik öncesi remisyonda iken (%80), 8 hasta klinik olarak aktifti (%20). Gebelikte klinik seyir ve atak sıklığında düzelme 23 hastada (%57,5), stabil seyir 10 hastada (%25,0), kötüleşme 7 hastada (%17,5) gözlendi. Canlı doğum oranı %70,0, abortus %28,9, preterm eylem %8,1, preeklampsi %5,0 ve konjenital fetal anomali olarak sadece 1 akondroplazi gözlendi.

Sonuç: AAA gebelik için bir kontrendikasyon oluşturmamaktadır. Gebelik sürecindeki en önemli obstetrik sorun, komplikasyon ve olumsuz fetal sonuçlar içinde artan IVF gereksinimi, abortus ve sezaryen oranları öne çıkmaktadır. AAA'nın kendisine veya kolşisin kullanımına bağlı konjenital malformasyon riskinde bir artış olmadığı görülmektedir. Tek merkez verisi, retrospektif analiz ve örneklem sayısının azlığı çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, amiloidoz, gebelik, kolşisin, anakinra

PS-006

Pulmoner arter tutulumlu Behçet hastaları ile Hughes-Stovin sendromlu hastaların demografik ve klinik açıdan karşılaştırılması

Baver Ordu, Muhammed Şamil Aslan, Emire Seyahi

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

Amaç: Hughes-Stovin sendromu ile Behçet hastalığına bağlı pulmoner arter tutulumunun aynı hastalıklar olduğu düşünülmektedir. Ancak şimdiye kadar bu iki kohort birebir karşılaştırılmamıştır. Literatürde şimdiye kadar bildirilen HSS olguları ile pulmoner arter tutulumu olan Behçet sendromu hastalarını demografik, klinik, radyolojik, laboratuvar, tedavi ve prognoz açısından karşılaştırmak istedik.

Yöntem: Sistematik literatür taraması yapılarak 1980-2020 yılları arasında, PubMed, Scopus ve Web of Science veri tabanları 'HughesStovinsyndrome' anahtar kelimesiyle araştırıldı. Toplam 115 yayın bulundu. Ortak yayınlar, derlemeler ve verileri eksik olanlar dışlandı. Ayrıca tekrarlayan oral afta ek olarak genital ülser veya üveiti olan olgular da çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan 54 (40 E/14 K) HSS olgu bildirisi incelemeye alındı. HSS olgularının 49'u (%91) 2000 yılı sonrası yayınlanmıştı (Şekil 1). Prospero sistemine kaydı yapıldı (PROSPERO 2023 CRD42023413537). 2000-2020 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi tarafından Behçet sendromuna bağlı pulmoner arter tutulumu tanısıyla izlenen 89 hasta dosyası tarandı. On üç hasta kriter doldurmaması nedeniyle, 2 hasta ise izole bronşiyal arter tutulumu nedeniyle dışlandı ve geriye kalan 74 (62 E/12 K) hasta çalışmaya alındı.

Bulgular: HSS ve BS tanılı hastalar başvuru yaşı (31,26±10,96 vs. 29,51±8,28), erkek hasta oranı (%74 vs. %84), akut faz yüksekliği (%75 vs. %88) ve birçok başvuru semptomu (ateş: %37 vs. %32, kilo kaybı: %20 vs. %30, hemoptizi %85 vs. %77, öksürük: %61 vs. %51) açısından benzer bulundular. HSS olgularında Behçet'e kıyasla daha az oranda göğüs ağrısı (%9 vs. %23) ve nefes darlığı (%35 vs. %53) bildirilmişti. HSS hastalarında pulmoner arter anevrizması daha fazla oranda görülürken (%96 vs. %66), izole pulmoner arter trombozu daha seyrekti (%4 vs. %34). Pulmoner arter tulumunun anatomik lokalizasyonu, anevrizma boyutu ve tutulan arter sayısı her iki grupta benzerdi (Tablo 1). HSS ve Behçet hastaları, sistemik venöztromboz (DVT %46 vs. %60, vena kava inferior trombozu: %24 vs. %20, vena kava süperior trombozu: %2 vs. %8, hepatik ven trombozu: %2 vs. %8, dural sinüs trombozu: %9 vs. %18 ve intrakardiyak tromboz: %20 vs. %26) ve periferik arteriyel tutulum oranları (%11 vs. %5) açısından da farklı bulunmadı. Histopatolojik inceleme 14 HSS olgusunda ve 8 Behçet olgusunda mevcuttu. Her iki grupta benzer şekilde, akciğer dokusunda enfarkt, organize pnömoni, intravasküler organize trombüs ve vazo vazorum çevresinde lenfosittik infiltrasyon ile karakterize obliterativ vaskülit ile uyumlu lezyonlar izlenmişti. HSS olguları, Behçet hastaları ile karşılaştırıldığında daha az oranda glukokortikoid (%79 vs. %100) ve immünsüpresif ajanlar (azatioprin %26 vs. %77, siklofosfamid %43 vs. %88, anti-TNF: %6 vs. %28) ile tedavi edilmişlerdi. Buna karşılık antikoagülan

tedavi (%43 vs. %15), vasküler (%22 vs. %10) veya cerrahi girişim (%28 vs. %7) HSS hastalarına Behçet'e kıyasla daha fazla oranda uygulanmıştı (Tablo 2). Ölümcüllük oranı Behçet hastalarında HSS olgularına göre daha fazla oranda (%16 vs. %6) izlenmesine rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi (OR: 3,290, %95 güven aralığı: 0,880-12,296, p=0,077).

Sonuç: Çalışmamızda metodolojik olarak iki farklı kohort (sistematik literatür taraması ve tek merkez üniversite hastanesi retrospektif dosya verileri) karşılaştırıldığı için standardizasyon eksikliği gibi bazı kısıtlamalar kaçınılmaz olarak mevcuttur. HSS olgularında Behçet'e oranla daha fazla pulmoner arter anevrizması buna karşın daha az oranda in-situ tromboz olması, HSS olgularının daha çok cerrahi dallarından bildirilmesinden veya anevrizmaların trombüse oranla yayınlama yanlılığına daha elverişli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu ayrıntı dışında, HSS ve Behçet pulmoner arter hastaları demografik, klinik ve histopatolojik açıdan birbirlerine oldukça benzemektedirler. Çalışmamız HSS'nin, inkomplet Behçet sendromu olduğu kanısını doğrulamaktadır.

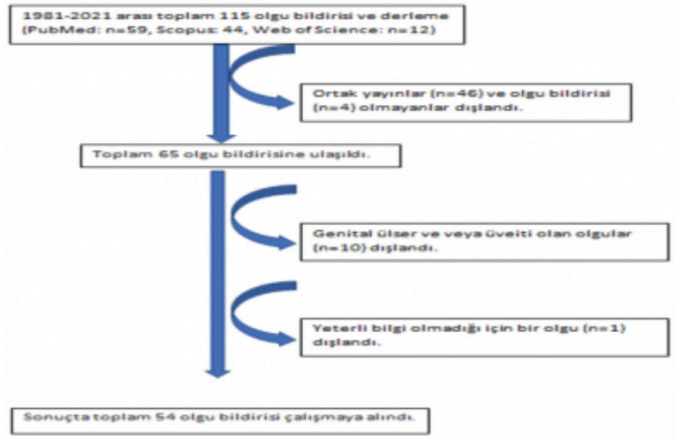
Anahtar Kelimeler: Hughes Stovin sendromu, Behçet sendromu, pulmoner arter anevrizması

Tablo 1. Tedavi yaklaşımları

	HSS, n=54	Behçet-pulmoner arter, n=74	P
Glukokortikoid, n (%)	43 (79.6)	74 (100)	<0.001
Azatioprin, n (%)	14 (25.9)	57 (77.0)	<0.001
Siklofosfamid, n (%)	23 (42.6)	65 (87.8)	<0.001
Anti-TNF ajanlar, n (%)	3 (5.6)	21 (28.4)	<0.001
Kolşisin, n (%)	2 (3.7)	26 (35.1)	<0001
Anti-koagülan tedavi, n (%)	23 (42.6)	11 (14.9)	<0.001
Anti-agregan	3 (5.6)	9 (12.2)	0.205
VCI filtresi	4 (7.4)	0	0.030
Vasküler girişim veya embolizasyon	12 (22.2)	7 (9.5)	0.045
Cerrahi girişim	15 (27.8)	6 (8.1)	0.001

Tablo 2. HSS ve Behçet pulmoner arter tutulum tipi ve özellikleri

	HSS, n= 54	Behçet-Pulmoner tutulum, n= 74	P
Pulmoner arter tutulum tipi			
Pulmoner arter anevrizması	52 (96.3)	49 (66.2)	<0.001
İzole pulmoner trombüs	2 (3.7)	25 (33.8)	
Tutulan pulmoner arter sayısı, n (%)			
1 arter	25 (46.4)	23 (31.0)	0.166
2 arter	8 (14.8)	16 (21.6)	
≥3 arter	21 (38.8)	35 (47.4)	
Pulmoner arter anatomik lokalizasyon	21 hasta	74 hasta	
Ana	4 (12.5)	28 (36.9)	0.663
Üst	8 (25.0)	31 (17.7)	
Orta	1 (3.1)	12 (6.8)	
Alt	19 (59.4)	105 (59.6)	
Toplam lezyon	32	176	
Anevrizma boyutu			0.515
Medyan (IQR)	2 (1,75-3,25) cm	2.4 (2.0-3.0) cm	
Minimum-maksimum	1-9 cm	0.5-7 cm	



Şekil 1. HSS olgularının hazırlanış ve akış şeması

PS-007

Romatoloji hastaları, doktorları ve diğer sağlık çalışanlarının aşılama ile ilgili farkındalıkları nasıl? Eğitimin farkındalık artışına katkısı olur mu?

Aydan Köken Avşar[1], Gökçe Kenar Artın[1], Esra Erpek[2], Servet Akar[2], Özgül Soysal Gündüz[3], Emre Ali Acar[3], Ediz Dalkılıç[4], Belkıs Nihan Coşkun[4], Nevsun İnanç[5], Alida Aliyeva[5], Abdurrahman Tufan[6], Derya Yıldırım[6], Abdurrahman Soner Şenel[7], Emel Oğuz Kökoğlu[7], Süleyman Serdar Koca[8], Mesude Seda Aydoğdu[8], Ayşe Çefle[9], Enes Başaran[9], Sema Yılmaz[10], Gözde Yıldırım Çetin[11], Burak Okyar[11], Servet Yolbaş[12], Şükran Erten[13], Hakan Apaydın[13], Fatoş Önen[1]

[1]Dokuz Eylül Üniveristesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Manisa

[4]Bursa Uludağ Universitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Bursa

[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[6]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[7]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Romatoloji Kliniği, Kayseri

[8]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Elazığ

[9]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Kocaeli

[10]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Konya

[11]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Kahramanmaraş

[12]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Romatoloji Kliniği, Malatya

[13]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: TÜRKBİO veri tabanına kayıtlı romatoloji hastalarının, onların takiplerini yapan doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının romatizmal hastalıklarda aşılama ile ilgili farkındalıklarının ve aşılanma oranlarının başlangıçta ve ilgili eğitimler sonrasında değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışma; ulusal veri tabanı TÜRKBİO'ya kayıtlı merkezlerdeki romatizmal hastalığı bulunan hastaların, romatoloji merkezlerinde çalışan doktor ve veri girişi yapan diğer sağlık çalışanlarının hepatit, grip ve pnömokok aşıları ile ilgili farkındalıklarını ölçmek amacıyla tasarlandı. Her üç gruba aşılama farkındalığı ile ilgili ayrı anketler uygulandı. İlk anket sonrası TÜRKBİO veri tabanına hastaların aşılanma durum bilgileri kaydedildi. Sonraki vizitler sırasında romatizmal hastalıklarda aşılama ile ilgili, özel olarak hazırlanmış formlar eşliğinde eğitim verilen hastalarda, bir yıl sonunda başlangıçta kullanılan anketler tekrar uygulandı. Doktor ve veri girişi yapan diğer sağlık çalışanlarına aşılama ile ilgili yüz yüze eğitim verilerek eğitim öncesi ve hemen sonrası uygulanan anketler ayrıca değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 241'i eğitim öncesi olmak üzere toplam 488 hasta (%54 kadın; ortalama yaş: 46) alındı. Hastaların %40,7'si romatizmal hastalığın ya da kullanılan ilaçların enfeksiyona yatkınlık oluşturacağını düşünüyordu ancak %54,4'ünün koruyucu aşılar ile ilgili bir fikri yoktu. Eğitim öncesi aşılanma oranları en fazla grip (%28,1), hepatit B (%28,1) ve pnömokok (%15,3) aşıları şeklinde sıralanırken eğitim sonrası bu oran sırasıyla grip (%36,7), pnömokok (%32,1) ve hepatit B (%31,8) şeklinde değişti. Eğitim sonrası grip ve pnömokok aşılamasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artış saptandı. Aşı yaptırmış olan hastaların aşılama bilgisini en sık doktorundan aldığı görüldü; aşı uygulanmamış hastalardaki en sık aşı yaptırmama nedeni, bilgi eksikliği idi. Çalışmaya katılan hastaların %35,7'si pandeminin aşılama farkındalığını artırdığını bildirdi. Doktorlara yapılan anket çalışmasında (n=16) tüm katılımcılar, romatizmal hastalıkların/kullanılan ilaçların enfeksiyonlara yatkınlık oluşturduğunu ve aşılamanın gerekli olduğunu düşünmekteydi. Katılımcıların %56,3'ü daha önce aşılama eğitimi almış olup, kendini bu konuda yeterli hissediyordu. Doktorların %93,8'inin hastalara aşılama önerisinde bulunduğu ve en çok önerilen aşıların sırasıyla hepatit B (%93,3), influenza (%86,7) ve pnömokok (%80 polisakkarit, %73,3 konjuge aşı) aşısı olduğu saptandı. Katılımcıların %75'inin çalıştığı merkezde aşılama polikliniği olduğu görüldü. Doktorlara verilen yüz yüze kısa eğitim sonrasında katılımcıların eğitim öncesine göre kendisini aşılama konusunda istatistiksel olarak daha anlamlı düzeyde yeterli hissettiği saptandı (%56,3 vs. %93,8, p=0,015). Veri giriş elemanlarına yapılan anket sonuçlarında katılımcıların (n=11) %90'ı romatizmal hastalıkların/kullanılan ilaçların enfeksiyona yatkınlık oluşturduğunu ve tüm katılmcılar aşılamanın gerekli olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların hiçbiri daha önce bu konuda eğitim almamış olup sadece %36,4'ü hastalara aşılama önerisinde bulunuyordu, eğitim sonrası bu oran istatistiksel olarak anlamlı olmasa da %63,6'ya yükseldi (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışma, romatizmalı hastaların aşılama ile ilgili yeterli bilgisi olmadığını, aşı uygulanmış hastaların en sık doktorlarının önerisi üzerine aşılarını yaptırdıklarını, aşı uygulanmamış olanların ise en sık yaptırmama nedeninin bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca eğitim ve bilgilendirme ile hastaların aşılanma oranlarında artış olabileceği görülmüştür**.** Aynı şekilde doktor ve diğer sağlık çalışanlarının da eğitim sonrası kendilerini bu konuda daha yeterli gördüğü ve hastalara daha fazla aşılama önerisinde bulunduğu saptanmıştır. Hem hasta hem de sağlık çalışanlarının aşılama konusunda daha fazla eğitime ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, farkındalık, romatizmal hastalıklar

****Bu çalışma Pfizer Global tarafından desteklenmiştir.***

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri; eğitim öncesi ve sonrası anket sonuçları

Hastalar (n=488)	
Yaş (yıl)	46.36±12.54
Cinsiyet (kadın), n (%)	266 (54.4)
Eğitim Durumu (ilköğretim), n (%)	227 (46.4)
Meslek (ev hanımı), n (%)	200 (40.9)

Anket Soruları	***Sonuçlar n (%)***	
	Eğitim Öncesi	***Eğitim Sonrası***
Romatizmal hastalığınız/kullandığınız ilaçlar enfeksiyonlara yatkınlık sağlar mı?		
a) Evet	199 (40.7)	87(35.4)
b) Hayır	195(39.9)	108(43.9)
c) Fikrim yok	94 (19.2)	51(20.7)
Romatizmal hastalığı olanlarda koruyucu aşı var mıdır?		
a) Evet	125 (25.6)	67(27.2)
b) Hayır	97 (19.8)	47(19.1)
c) Fikrim yok	266 (54.4)	132(53.7)
Daha önce grip aşısı yaptırdınız mı? (Evet) n (%)	158 (32.4)	90(36.7)
a) Romatizmal hastalık nedeniyle mi yapıldı? (Evet) n (%)	a) 80 (50.6)	a)44(48.9)
b) Aşı bilgisini nerden aldınız? (Doktor) n (%)	b) 105 (66.5)	b)56(62.2)
c) Yaptırmama nedeni? (Bilgim yok) n (%)	c)101(30.6)	c)50(32.1)
Daha önce pnömokok aşısı yaptırdınız mı? (Evet) n (%)	116 (23.8)	79(32.1)
a) Romatizmal hastalık nedeniyle mi yapıldı? (Evet) n (%)	a) 76 (65.5)	a)49(62)
b) Aşı bilgisini nereden aldınız? (Doktor) n (%)	b) 93(80.9)	b)58(74.4)
c) Yaptırmama nedeni? (Bilgim yok) n (%)	c) 160 (42.9)	c)78(46.4)
Daha önce hepatit aşısı yaptırdınz mı? (Evet) n (%)	146 (30)	78(31.8)
a) Romatizmal hastalık nedeniyle mi yapıldı? (Evet) n (%)	a) 69 (47.3)	a)41(56.2)
b) Yaptırmama nedeni (Bilgim yok) n (%)	b) 156 (45)	b)75(43.4)

PS-008

Periferik ve aksiyel spondiloartrit hastalarının klinik özelliklerinin ve IBA özelliklerinin karşılaştırılması; PerSpA hastalarının izleminde farklı sonlanım ölçeklerine ihtiyacımız olabilir

Hasan Kocaayan, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu,
Halil İbrahim Yiğit Atlı, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Elif Ediboğlu,
Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Mustafa Özmen,
Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Tek merkezde periferik (PerSpA) ve aksiyel spondiloartrit (AxSpa) tanıları ile izlenen hastaların demografik, klinik özelliklerinin karşılaştırılması ve enflamatuvar bel ağrısının kriter setlerine göre değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tek merkezde SpA tanısı ile izlenen hastaların dahil edildiği bu çalışmada 568 hasta AxSpA (%37,9 kadın; ortalama yaş: 39,97±11,56) ve 40'ı PerSpA (%70,0 kadın; ortalama yaş: 41,57±12,59) olarak sınıflandırılmakta idi. Bu hastaların bazal demografik ve klinik özellikleri standart bir form aracılığı ile toplandı. İBA'nın değerlendirilmesinde Calin, Berlin ve ASAS kriterleri kullanıldı. Hastalık aktivitesi, Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi ve Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite Skoru-C-reaktif proteini (ASDAS-CRP) ile ölçülmüştür. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için 4 kestirim değeri olarak kullanılırken ASDAS-CRP için ise 2,1 değeri kabul edildi.

Bulgular: AxSpa grubundaki hastaların %57,7'sinde, PerSpA grubunda %29 HLA B27 pozitif saptandı (p=0,02). PerSpA grubunda; artrit, daktilit ve psöriazis varlığı sırası ile %84,2, %12,8, %25,0 saptandı ve beklenileceği üzere AxSpA grubundan anlamlı olarak daha yüksek oranda bulundu. AxSPA hastalarında sigara içme oranı anlamlı olarak fazla idi. PerSpA'lı hastaların geçmişe yönelik sorgulamasında %52,6'sında kronik bel ağrısı olduğu görülmektedir. İBA kriter sterlerine göre bakıldığında bu hasta grubunda sırasıyla Calin %68,0, Berlin %60,0 ve ASAS kriterleri ise %52,0 olarak karşılanmaktadır (Tablo 2). Her iki gruptda ASDAS-CRP ve CRP değerleri benzer olmasına karşın BASDAI'ye göre aktif hasta oranı PerSpA'da daha yüksek olarak görüldü (Tablo 1).

Sonuç: Bu tek merkezli kohortta PerSpA hastalarının önemli kesiminde İBA bulunmaktadır. Hastaların PerSpA grubunda beklenilen bazı klinik farklılıklara ve CRP değerlerinin daha yüksek olmasına karşın hastaların hastalık yükleri AxSpA için geliştirilmiş sonlanım ölçeklerine göre benzer görünmektedir. Bu durumda PerSpA hastalarının izleminde daha spesifik ölçeklere ihtiyacımız olabilir.

Anahtar Kelimeler: Periferik (PerSpA), aksiyel spondiloartrit (AxSpa)

PS-009

Romatoid artrit tanılı hastalarda arteriyel damar sertliği ve kapilleroskopik bulgular arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Yahya Ürkmez[1], Osman Başpınar[2], Esra Ürkmez Kılınç[3], Ahmed M. A. Abuassba[1], Ayşe Özcan[4], Ayşe Nur Turgut[1], Orhan Zengin[5]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Gaziantep

[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

[4]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep

[5]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Romatoid artrit (RA), enflamatuvar artritler arasında en sık görüleni olup, enflamatuvar belirteçlerin yüksek olduğu, eklem harabiyetiyle birlikte multisistemik tutulumu olabilen bir bağ dokusu hastalığıdır. RA'lı hastalarda ölüm oranları genel popülasyondakinin iki katından fazladır. RA'lı hastalarda en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bu çalışmada RA hastalarında arteriyel damar sertliğini değerlendirmek için osilometrik nabız dalga analizi monitörizasyonu kullanılarak ve eş zamanlı yapılan tırnak yatağı kapilleroskopisinde değişiklikleri saptayarak bu iki parametre grubu arasındaki korelasyonu değerlendirmek ve RA hastalarında kardiyovasküler hastalıkların önceden tahmin edilmesine yönelik bir bakış açısı geliştirmek hedeflenmektedir.

Yöntem: Çalışmamıza 90 RA tanılı hasta, 90 sağlıklı gönüllü grubu dahil edildi. RA'lı hasta grubunda aktif enfeksiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler anormallikler, diabetes mellitus, hipertansiyon, ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü ve RA dışı romatolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Sağlıklı gönüllü grubunda aktif enfeksiyon, hiperlipidemi, kardiyovasküler anormallikler, diabetes mellitus, hipertansiyon, ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü, RA veya başka bir kronik romatolojik hastalık öyküsü olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Her iki grupta da osilometrik yöntemle nabız dalga hızı, yükseltme indeksi (Alx75 olarak hesaplanmış olup yükseltme indeksinin 75 atım/dk nabız hızına göre standardize edilmesiyle elde edilmiştir), çevresel direnç, nabız basıncı ölçümü ve eş zamanlı olarak tırnak yatağı kapilleroskopi yapıldı. Gruplar arteriyel sertlik ile tırnak yatağı kapilleroskopi bulgularının ilişkisi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda yapılan tırnak yatağı kapilleroskopisinde düzenli kapiller ektazi %47,8 (43), tortioze kapiller %78 (70), prominent subpapiller pleksus %36,7 (33), filiform uzamış kapiller %40 (36) ve neoanjiyogenezin %56,7 (51) RA'da görülme sıklığını artmış saptadık (Tablo 1.1'de gösterilmiştir sırasıyla p=0,001, p<0,001, p=0,004, p<0,001, p=0,001). Arteriyel sertlik parametreleri olan nabız dalga hızı (7,39±1,56), yükseltme indeksi (28,18±9,21), yansıtma büyüklüğü (60,35±8,18) ve çevresel direnci (1687,72±169,88) RA'lı hastalarda anlamlı şekilde artmış bulduk (sırasıyla p<0,001, p=0,048, p=0,014, p=0,011). Fakat bu kapilleroskopi parametreleriyle arteriyel sertlik parametrelerinin çapraz karşılaştırmalarında aralarında anlamlı ilişki saptayamadık. Bu kapiller bulguları dışında bazı parametrelerde anlamlı ilişkiler saptadık. Meandering kapiller %54,4 (49) RA'lı hasta grubunda yüksek çıksa da istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. (p=0,052) Ancak meandering kapilleri olan hastalarda yükseltme indeksi (30,42±8,09) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,011). Mikrohemorajisi (%10,0) olan RA'lı hasta grubunda nabız dalga hızı (8,23±1,22) ve nabız basıncı (52,88±10,19) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,048, p=0,004). Düzensiz kapiller ektazi pozitif %44,4 (40) olan hastalarda yansıtma büyüklüğü (62,39±7,41) anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Sonuç: Çalışmamız RA'lı hastalarda artmış arteriyel sertliği gösteren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Ayrıca kapilleroskopide düzenli kapiller ektazi, tortioze kapiller, prominent subpapiller pleksus, filiform uzamış kapiller ve neoanjigogenez daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda yüksek saptansa da anlamlı yüksek bulunan bu kapilleroskopi bulgularının kardiyovasküler hastalık riski açısından prediktif değerini ispat edemedik. Bunlar dışında RA'lı hastalarda düzensiz kapiller ektazi ile yansıtma büyüklüğü arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Mikrohemoraji ile nabız dalga hızı ve nabız basıncı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Meandering kapilleri olan hastalarda ise yükseltme indeksi anlamlı şekilde yüksektir. Düzensiz kapiller ektazi, mikrohemoraji ve meandering kapiller bazı arteriyel sertlik parametreleriyle ilişkili bulunsa da kontrol grubuyla karşılaştırınca RA'lı hastalarla ilişki saptanamamıştır. Fakat düzensiz kapiller ektazi, mikrohemoraji ve meandering kapiller saptanan hasta grubunda arteriyel sertlik parametrelerinin anlamlı yüksek saptanması bu kapilleroskopi bulgularının kardiyovasküler risk açısından prediktif değeri olabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kapilleroskopi, arteriyel sertlik, kardiyovasküler hastalık

PS-010

Coast programının üç yıllık bulgularına göre aksiyel spondiloartritli hastalarda ixekizumab tedavisinin güvenliliği ve etkililiği

Soydan İnce[1], Atul Deodhar[2], Denis Poddubnyy[3], Proton Rahman[4], Rebecca Bolce[5], Soyi Liu Leage[5], Andris Kronbergs[5], Caroline Johnson[5], Ann Leung[6], Désirée Van Der Heijde[7]

[1]*Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul*

[2]*Oregon Health & Science University, Portland, USA*

[3]*Charite Universitätsmedizin Berlin, Germany and German Rheumatism Research Centre, Berlin, Germany*

[4]*Memorial University of Newfoundland, St. John's, Canada*

[5]*Eli Lilly And Company, Indianapolis, USA*

[6]*Syneos Health, Morrisville, USA*

[7]*Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands*

Amaç: Seçici olarak interleukin-17A'ya karşı yüksek bağlayıcılığa sahip bir monoklonal antikor olan ixekizumab, COAST klinik çalışmalarında 16. haftada etkililiğini kanıtlanmış ve 2 yıl boyunca sürdürmüştür. Ayrıca tutarlı bir güvenlik profili göstermiştir.

Yöntem: COAST-V: Biyolojik hastalık modifiye eden antiromatizmal ilaç (bDMARD) naif aktif radyografik aksiyel spondiloartrit (r-axSpA)/ankilozan spondilit (AS) tanısı olan 341 hasta.

COAST-W: Bir veya 2 tümör nekroz faktör inhibitörüne (TNFi) yetersiz yanıt veya intoleransı olan aktif r-axSpA/AS tanısı olan 316 hasta.

COAST-X: bDMARD naif, enflamasyonun objektif belirtilerine sahip non-radyografik aksiyel spondiloartrit (nr-axSpA) tanısı olan 303 hasta.

COAST-Y: COAST-V, -W veya -X çalışmalarını tamamlayan axSpA hastalarını içeren uzun süreli uzatma çalışmasıdır.

COAST programı, ixekizumabın r-axSpA ve nr-axSpA hastalarının tedavisinde en az 3 yıl boyunca güvenlilik ve etkililiği raporlamaktadır: 1 yıl başlangıç çalışmalarından (COAST-V, -W veya -X) ve 2 yıl COAST-Y çalışmasından.

Çalışma Tasarımı, COAST-Y: Başlangıç çalışmalarında; 40 mg adalimumab her 2 haftada bir veya plaseboya atanmış hastalar, COAST-V ve -W'de 16. haftada 80 mg ixekizumab her 2 haftada bir (IXE Q2W) veya her 4 haftada bir (IXE Q4W) olacak şekilde yeniden randomize edildi.

COAST-X'teki hastalar, hafta 16 ile hafta 44 arasında, araştırmacının takdirine bağlı olarak IXE Q4W'den IXE Q2W'ye dozuna yükseltebilirlerdi.

COAST-X'te 52 hafta boyunca plasebo alan hastalar, COAST-Y'de IXE Q4W'ye geçirildi.

COAST-Y'ye giren hastalar, başlangıç çalışmanın sonunda 52. haftada aldıkları ixekizumab dozuyla devam ettiler (IXE Q2W veya IXE Q4W).

Yüz on altı haftadan (COAST-Y'nin hafta 64'ü) itibaren, IXE Q4W alan hastalar, araştırmacının takdirine bağlı olarak dozlarını IXE Q2W'ye yükseltebilirlerdi.

Değerlendirmeler ve İstatistiksel Analizler: Standartlaştırılmış etkililik ölçütleri değerlendirilmiştir;

- Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS) başlangıçtan itibaren değişiklik ve <2,1'i elde eden hastaların yüzdesi,

- Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) başlangıçtan itibaren değişiklik ve %50 iyileşme sağlayan hastaların yüzdesi,

- Uluslararası Spondilo Artrit Derneği Değerlendirmesi'nde (ASAS) %40 iyileşme sağlayan hastaların yüzdesi,

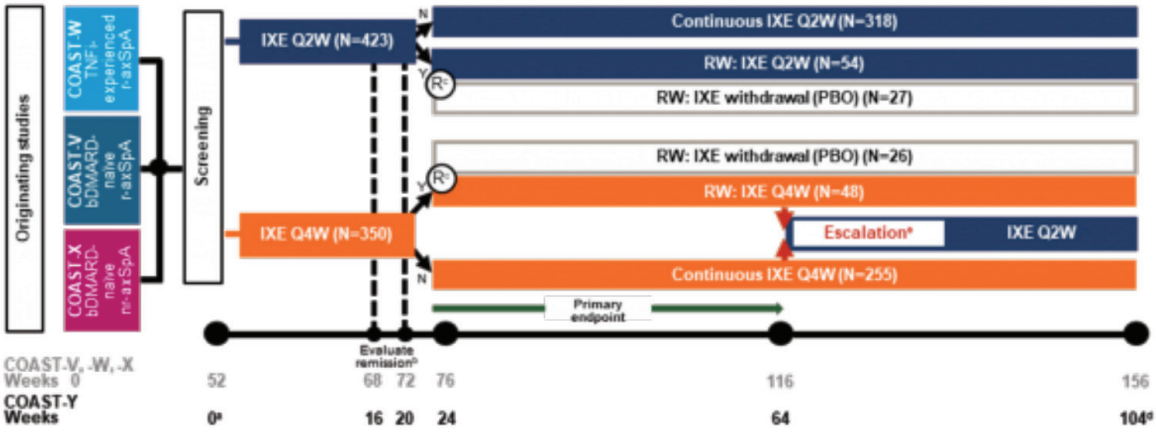
- Kategorik ve sürekli veriler gözlemlenen şekilde özetlendi,

- Etkililik analizleri, başlangıç çalışmaların 0. haftasından itibaren IXE Q4W dozu almış olan hastaları içermektedir; IXE Q2W yükseltilmiş doz alan hastaların verileri hariç tutulmuştur.

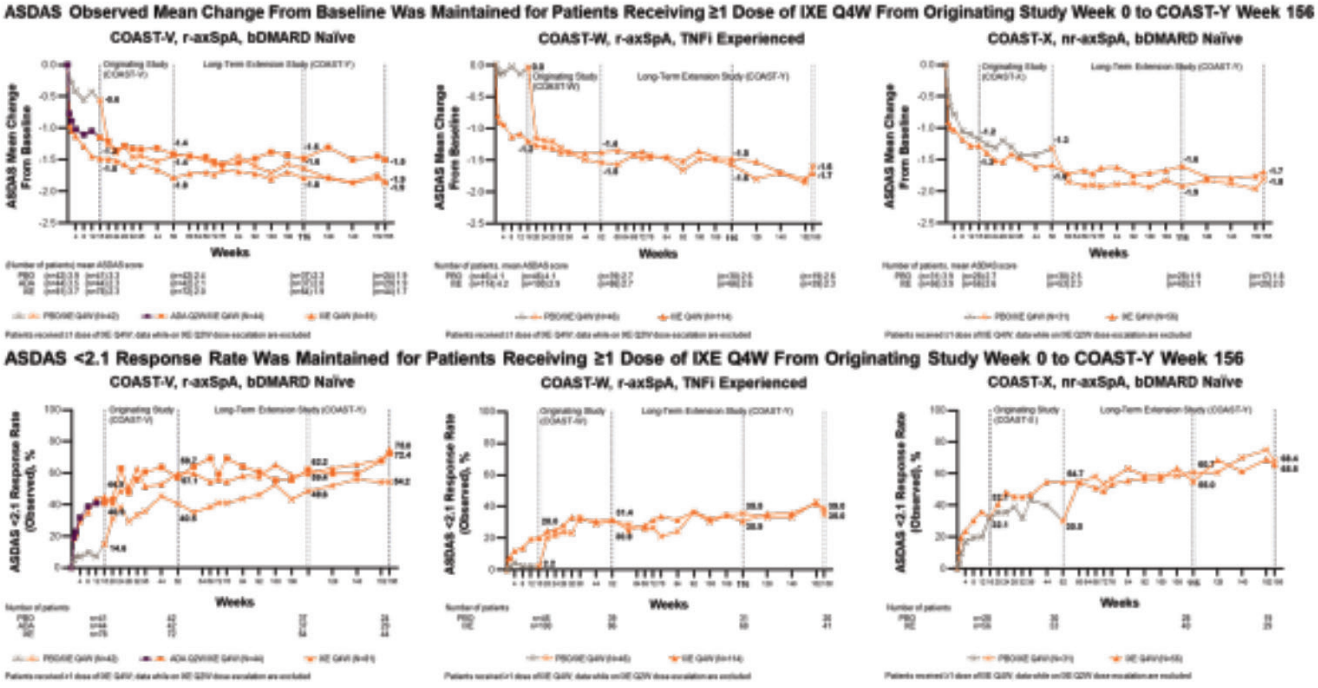
Bulgular: Güvenlik verileri, başlangıç çalışmaların 0. haftasından itibaren ixekizumab dozu almış olan tüm hastalar için analiz edilmiştir; plasebo veya adalimumab alırken elde edilen veriler hariç tutulmuştur. Toplamda 932 hasta ≥1 doz IXE almıştır: 414 hasta ≥1 doz IXE Q4W almış ve 562/932 (%60) hasta 3 yıllık takibi tamamlamıştır [PBO→IXE Q4W, 63/119 (%53); ADA→IXE Q4W, 29/44 (%66) ve IXE Q4W→IXE Q4W, 114/251 (%45)]. Tedavi sırasında ortaya çıkan advers olaylar arasında en sık bildirilenler enfeksiyonlar [insidans oranı (IR) 25,7/100 hasta yılı (HY)] ve enjeksiyon bölgesi reaksiyonları (IR 7,4/100 HY) olmuş, çoğunun hafif/orta şiddette olduğu kaydedilmiştir. Ciddi advers olaylar için IR'nin 4,8/100 HY olduğu bildirilmiştir. Üç ölüm bildirilmiştir (IR 0,1/100 HY). Başlangıçtaki hastalık aktivitesi (ASDAS) yüksek bulunmuş ve ASDAS'da başlangıca göre (gözlemlenen) 3 yıllık ortalama (SS) değişikliğin iyileştiği saptanmıştır. Toplam 3 yıl boyunca tutarlı hastalık kontrolü, ek etkililik sonlanım noktalarında doğrulanmıştır.

Sonuç: Detaylı sonuçlar için Tablo 1 ve Şekil 1, 2'yi inceleyebilirsiniz. COAST çalışma programındaki axSpA hastalarının analizi, ixekizumabın güvenlilik profili, bilinen güvenlilik profiliyle tutarlı bulunmuştur ve yeni güvenlik sinyali gözlenmedi. IXE Q4W, üç temel çalışma ve uzun süreli uzatma çalışması boyunca değerlendirilen ASDAS düşük hastalık aktivitesi olarak sürdürülebilir etkililik gösterdi. Hastaların %69'u 3 yıl boyunca ixekizumab tedavisine devam etti.

Anahtar Kelimeler: İxekizumab, aksiyel spondiloartrit, COAST programı



Şekil 1. COAST-Y çalışma tasarımı



Şekil 2. Etkililik sonuçları

Tablo 1. Hasta özellikleri

	COAST-V (bDMARD-Naïve r-axSpA)			COAST-W (TNFi-Experienced r-axSpA)		COAST-X (bDMARD-Naïve nr-axSpA)	
	PBO (N=87)	ADA Q2W (N=90)	IXE Q4W (N=81)	PBO (N=104)	IXE Q4W (N=114)	PBO (N=105)	IXE Q4W (N=96)
Age, years	42.7 (12.0)	41.8 (11.4)	41.0 (12.1)	46.6 (12.7)	47.4 (13.4)	39.9 (12.4)	40.9 (14.5)
Male, n (%)	71 (82.6)	73 (81.1)	68 (84.0)	87 (83.7)	91 (79.8)	44 (41.9)	50 (52.1)
Symptom duration since axSpA onset, years	16.6 (10.1)	15.6 (9.3)	15.8 (11.2)	19.9 (11.6)	18.8 (11.6)	10.1 (8.3)	11.3 (10.7)
HLA-B27 positive, n (%)	76 (89.4)	82 (91.4)	75 (92.6)	86 (82.7)	91 (79.8)	77 (74.0)	71 (74.7)
ASDAS	3.9 (0.7)	3.7 (0.8)	3.7 (0.7)	4.1 (0.8)	4.2 (0.9)	3.8 (0.9)	3.8 (0.8)
BASDAI	6.8 (1.2)	6.7 (1.5)	6.8 (1.3)	7.3 (1.3)	7.5 (1.3)	7.2 (1.5)	7.0 (1.5)

PS-011

Vasküler Behçet hastalarında post trombotik sendrom tanısında kullanılan hasta kökenli Villalta ölçeğinin Türkçe validasyonu ve ölçeğin prospektif değerlendirmesi

Tuğçe Kübra Güneş[1], Murat Karabacak[2], Mehmet Umut Çapar[1], Tülin Ergun[3], Haner Direskeneli[2], Fatma Alibaz Öner[2]

[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Alt ekstremitede derin ven trombozu (DVT), Behçet hastalığına bağlı tüm vasküler bulguların %70'ini oluşturur. Post trombotik sendrom (PTS), DVT'nin kronik venöz yetmezliğe bağlı gelişen, kişinin yaşam kalitesini düşüren ciddi bir komplikasyonudur. Hekim Villalta ölçeği PTS'nin tanısını koymak ve şiddetini değerlendirmek için yaygın kullanılan ve valide edilmiş tanısal ölçektir, fakat klinisyen tarafından değerlendirilme zorunluluğu hekim ve sağlık sistemi üzerine yük bindirmekte, hastanın değerlendirilmesinde gecikmelere sebep olmaktadır. Bu amaçla hasta kökenli Villalta ölçeği geliştirilmiş ve valide edilmiştir.

Yöntem: Biz çalışmamızda hasta kökenli Villalta ölçeğinin Türkçe validasyonunu ve prospektif değerlendirmesini amaçladık. Çalışmaya 78'i Behçet hastalığı (K/E: 16/62), 22'si BH dışı (K/E: 13/9) tanılarla takipli 100 DVT öykülü hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalar PTS tanısı için hekim Villalta ölçeği, CEAP, VCSS, VDS ve hasta kökenli Villalta ölçeği ile değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için VEINES ve SF36 uygulanmıştır. Validasyon için kappa ve korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: BH'ye bağlı DVT'li hastalarda PTS gelişme oranı %52,5 iken, BH dışı hastalarda bu oran %77,3 ile daha yüksek bulundu (p=0,038). Bununla birlikte BH tanılı hastaların %17,1'inde şiddetli PTS mevcutken, BH dışı DVT öykülü hastaların %52,9'unda şiddetli PTS görüldü (p<0,001). Tüm hastaların %58'inde (n=58) PTS tespit edildi. Hekim Villalta ve hasta kökenli Villalta ölçeği kappa uyum analizinde 0,767 ile çok iyi uyum saptandı (p<0,001). Hasta kökenli Villalta ölçeği ve hekim Villalta ölçeği arasında sensitivite %98, spesifite %76, pozitif prediktif değer %85 ve negatif prediktif değer %97 bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda PTS tanısı koymak için hasta kökenli Villalta ölçeğinin Türkçe validasyonunu yaparak; poliklinik şartlarında hastalar tarafından bekleme salonunda doldurulabilecek, PTS varlığı açısından tanısal ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceğini saptadık. Hasta kökenli Villalta ölçeğinin klinik kullanımını ve geniş hasta sayısı ile değerlendirmesini amaçlayan prospektif çalışmalarımız devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, DVT, post-trombotik sendrom, hekim ve hasta kökenli Villalta ölçeği, yaşam kalitesi

PS-012

Diffüz ve limitli sistemik skleroz hastalarında deri biyomekanik özelliklerinin değerlendirilmesinde objektif bir yöntem: Myotonpro

Özgül Öztürk[1], Duygu Şahin[2], Ali Ömer Acar[1], Nihan Neval Uzun[2], Nesrin Şen[2], Mehmet Engin Tezcan[2]

[1]*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), deri kalınlığında ve sertliğinde artış, vaskülopati ve viseral organ tutulumu ile seyreden nadir bir otoimmün hastalıktır. Sistemik sklerozda derinin etkilenim şiddeti ve zaman içerisindeki değişim düzeyi, hastalığın progresyonu ve mortalitenin belirleyicisidir. Deri biyomekanik özelliklerinin objektif bir yöntem olan myotonometre (MyotonPRO) ile değerlendirilmesi SSc'li olgularda derinin etkilenimini daha hassas bir şekilde takip etmeyi sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı, diffüz ve sınırlı sistemik skleroz hastalarının el ve önkol dorsal bölge deri biyomekanik özelliklerinin MyotonPRO ile değerlendirilmesi ve elde edilen bulguların Modifiye Rodnan Deri Skoru (MRDS) ile karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışma kapsamında 13 diffüz ve 21 sınırlı olmak üzere toplam 34 SSc'li (31 kadın) olgu değerlendirildi. El ve ön kol dorsal bölge deri biyomekanik özellikleri MyotonPRO (Tallin, Estonya) ve deri sertliği MRDS ile belirlendi. MyotonPRO ölçüm bulguları tonus (Hz) ve sertlik (N/m) olarak ele alındı. Elin fonksiyonelliği, Skleroderma Modifiye El Mobilitesi Testi ve Michigan El Sonuç Anketi ile değerlendirildi. Diffüz ve sınırlı SSc'li olguların deri etkilenimi ve el fonksiyonellik düzeyleri bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi.

Bulgular: MRDS bulgularına benzer şekilde, diffüz SSc'li bireylerin el ve ön kol dorsal bölge tonus ve sertlik değerleri sınırlı SSc'li bireylerden daha yüksek bulundu (p<0,05). Aynı zamanda, diffüz SSc'li bireyler, elin fonksiyonellik düzeyini bildiren Skleroderma Modifiye El Mobilitesi Testi ve Michigan El Sonuç Anketi skorlarında sınırlı SSc'li bireylere göre daha düşük performans sergiledi (p<0,05). El ve önkol dorsal bölge frekans ve sertlik değerleri ile MRDS toplam skoru ve elin fonksiyonel düzeyi arasında orta ile yüksek düzeyde anlamlı korelasyon vardı (p=0,001).

Sonuç: Myotonometre, diffüz ve limitli SSc'li bireylerin el ve önkol dorsal bölge deri etkilenim düzeylerini ayrıştırmada başarılı bir performans göstermiştir. Aynı zamanda, MyotonPRO ölçüm bulguları ile deri sertliğini değerlendirmede altın standart bir yöntem olan MRDS skoru ve elin fonksiyonelliği arasındaki orta-yüksek düzeyde korelasyon, objektif bir yöntem olan myotonometrik ölçümlerin SSc'li hastaların klinik durumunu yansıtmada kullanılabileceğine işaret etmektedir. MyotonPRO, SSc'li bireylerde derinin zaman içerisindeki değişimini ve tedaviye verdiği yanıtı değerlendirmede kullanışlı bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Myotonometre, sistemik skleroz, Modifiye Rodnan Deri Skoru

PS-013

Erkek ve kadın romatoid artrit hastaları arasındaki farklılıklar: E-Nabız verileri

Hasan Satış[1], Umut Kalyoncu[2], Gizem Ayan[2], Erdem Karabulut[3], Abdulsamet Erden[4], Emre Bilgin[2], Berkan Armağan[5], Duygu Tecer[6], Alper Sarı[7], Hakan Babaoğlu[5], Levent Kılıç[2], Orhan Küçükşahin[8], Murat Çağlayan[9], Mustafa Okan Ayvalı[10], Naim Ata[10], Mustafa Mahir Ülgü[11], Şuayip Birinci[12]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[5]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[7]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[9]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

[10]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

[11]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

[12]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarının demografik ve klinik özellikleri cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada e-Nabız veri tabanına kayıtlı RA hastalarında cinsiyetlere göre farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; bu inceleme 01.2016-31.12.2022 arasında e-Nabızda kayıtlı hastaları içermektedir. RA ile ilgili ICD-10 kodu (M05.0', 'M05.1', 'M05.2', 'M05.3', 'M05.8', 'M05.9', 'M05.0', 'M06', 'M06.0', 'M06.1', 'M06.2', 'M06.3', 'M06.4', 'M06.8', 'M06.9) en az bir defa girilmiş hasta sayısı 1.409.504'tür. Otuz gün arayla en az iki defa RA-ICD-10 kodu girilmiş hasta sayısı ise 643.309'dur. Bu çalışmada 30 gün arayla en az iki defa ICD-10 kodu girilmiş ve en az bir sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanmış hastaların verileri analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplanan veriler; hastaların yaş, RF pozitifliği, overlap sıklığı, komorbiditeleri (glukoz intoleransı, HT, HL, tromboz, akciğer hastalıkları, hepatit, malinite, böbrek hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar) ve herhangi bir zamanda kullanılan tedavileri (glukortikoid, sentetik ve biyolojik DMARD kullanımı), b/t arasında değişim ve ilk bölüm (romatoloji ve FTR) ve kurum (Üniversite, 2. ve 3. Basamak, Özel Hastane, Özel ve Vakıf Üniversitesi) başvuruları kaydedilmiştir.

Sonuç: Hastaların tedavileri; hastaların steroid kullanımları cinsiyetler arasında benzerdi. Metotreksat ve sulfasalazin kullanımları erkek bireylerde daha sık iken, leflunamid ve hidroksiklorokin kullanımları kadın bireylerde daha sıktı. Anti-TNF kullanımları cinsiyetler arasında farklılık göstermezken erkeklerde B hücre blokörleri, kadınlarda ise Jak inhibitörleri ve T hücre blokörleri daha sık kullanıldığı görülmüştür. Biyolojik tedaviler arasındaki değişim kadınlarda daha sıktı. Hastaların ilk kurum ve bölüm başvuruları açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır. Literatür ile uyumlu şekilde Türkiye'de de RA hastalarının 4/5'i kadındır, ortalama yaşları 60 civarındadır. Komorbiditeler cinsiyetlere göre önemli farklılık gösterebilmektedir. Bu durum tedavi seçimini etkiliyor olabilir. Kadınlarda Jak inhibitörleri ve T hücre blokörleri bir miktar daha sık tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, e-Nabız, cinsiyet, ek hastalık, biyolojik tedavi

PS-014

Zor romatoid artrit hastalarının özellikleri: E-Nabız verileri

Hasan Satış[1], Umut Kalyoncu[2], Gizem Ayan[2], Erdem Karabulut[3], Abdulsamet Erden[4], Berkan Armağan[5], Duygu Tecer[6], Alper Sarı[7], Hakan Babaoğlu[5], Levent Kılıç[2], Orhan Küçükşahin[8], Murat Çağlayan[9], Mustafa Okan Ayvalı[10], Naim Ata[11], Mustafa Mahir Ülgü[10], Şuayip Birinci[12]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[5]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara Türkiye

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[7]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[9]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

[10]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

[11]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

[12]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Son zamanlarda zor romatoid artrit (RA) hastalarının özellikleri üzerinde daha fazla durulmaktadır. 2021 tarihinde zor RA tanımı yapılmıştır. Bu çalışmada e-Nabız veri tabanına kayıtlı biyolojik/hedefe yönelik sentetik DMARD kullanan RA

hastalarında zor RA olanların klinik ve demografik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; bu inceleme 01.2016-31.12.2022 arasında e-Nabızda kayıtlı hastaları içermektedir. RA ile ilgili ICD-10 kodu (M05.0', 'M05.1', 'M05.2', 'M05.3', 'M05.8', 'M05.9', 'M05.0', 'M06', 'M06.0', 'M06.1', 'M06.2', 'M06.3', 'M06.4', 'M06.8', 'M06.9) en az bir defa girilmiş hasta sayısı 1.409.504'tür. Otuz gün arayla en az iki defa RA-ICD-10 kodu girilmiş hasta sayısı ise 643.309'dur. Bu çalışmada 30 gün arayla en az iki defa ICD-10 kodu girilmiş ve en az bir sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanmış hastaların verileri analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplanan veriler; hastaların yaş, RF pozitifliği, overlap sıklığı, komorbiditeleri (glukoz intoleransı, HT, HL, tromboz, akciğer hastalıkları, hepatit, malinite, böbrek hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar) ve herhangi bir zamanda kullanılan tedavileri (glukortikoid, sentetik ve biyolojik DMARD kullanımı), b/t arasında değişim ve ilk bölüm (romatoloji ve FTR) ve kurum (Üniversite, 2. ve 3. Basamak, Özel Hastane, Özel ve Vakıf Üniversitesi) başvuruları kaydedilmiştir. Zor RA tanımı; en az iki farklı etki mekanizmasında b/ts DMARD kullanmış hastalar zor RA olarak tanımlanmıştır. Hastaların demografik özellikleri ve komorbiditeleri; Bu çalışmada b/ts DMARD kullanan 46.764/346.209 (%13,5) hasta dahil edilmiştir. 9176/46.764 (%19,6) hasta zor RA ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Tüm RA popülasyonunda 9176/346.209 (%2,65) zor RA vardı. Zor RA hastaları daha sık kadın, RF pozitifliği daha sık, bağ dokusu hastalıkları daha az sıklıkta, malinite daha azdır. Hastaların tedavileri; anti-TNF ajanlardan en sık geçiş yapılan ilaç grubu JAK inhibitörleri iken diğer ilaç gruplarında 2. basamakta en sık tercih edilen anti-TNF grubu ilaçlardı.

Sonuç: Tedavisi zor RA tanımında "etkisizlik nedeniye ilaç değişimi" yer almakta iken bizim çalışmamızda bDMARD değişim sebebinin bilinmemesi çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Hangi hastaların tedaviye dirençli olacağının önceden belirlenmesi tedavi hedeflerinin belirlenmesi konusunda yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, biyolojik tedavi, tedavi direnci

PS-015

Anti-Ro52 antikorunun sistemik otoimmün hastalıkların tanısında rolü var mı?

Neşe Kaklıkkaya[1], Neval Yurttutan Uyar[2,*], Esvet Mutlu[3,*], Nilgün Kaşifoğlu[4,*], Rukiye Berkem[5,*], Tutku Taşkınoglu[6,*], Aylin Somun Ocaklı[7], Pınar Tufanoğlu[8], Öykü Şimşek[4], Gözde Ongut[3], Esra Özkaya[1], Mustafa Ekici[10], Metin Sancaktar[1], Büşra Sultan Cesur[5], İlyas Ercan Okatan[9], Ömer Karadağ[10], Veli Yazısız[11], Timuçin Kaşifoğlu[12], Burçin Şener[5,*]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Temel İmmünoloji Kliniği, Antalya

[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

[5]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[6]Ankara Düzen Laboratuvarları, Ankara

[7]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[8]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[9]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

[10]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[11]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya

[12]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Eskişehir

**Klimud Temel İmmünoloji Çalışma Grubu*

Amaç: Anti-Ro52 antikoru, otoimmün hastalıklarda (OH) en sık rastlanan otoantikorlardan biridir. Bununla birlikte, anti-Ro52 antikorlarının klinik önemi hala tartışmalıdır. Bu çok merkezli retrospektif gözlemsel çalışmanın amacı, çeşitli OH'lerde anti-Ro52 antikorlarının diğer nükleer antikorlarla, özellikle anti-SSA/Ro60 ve anti-SSB/La ile birlikte veya tek başına önemini araştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2019 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında Türkiye'deki altı, üçüncü basamak hastanede bir romatolog tarafından SOH tanısı konan ve EUROLINE anti-ENA Profili (Euroimmun, Almanya) ile anti-Ro52 antikorları pozitif olarak test edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Tetkikin istendiği klinisyenlerce hastaların almış oldukları tanılar not edildi. Demografik ve ilgili laboratuvar veriler tıbbi kayıtlardan çıkarıldı ve klinik ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: EUROLINE blotunda anti-Ro52 pozitif sonuç veren toplam 1268 hasta arasından sistemik lupus eritematozus (SLE), Sjögren sendromu (SS), romatoid artrit (RA), sistemik skleroz (SSc), dermatomiyozit/polimiyozit, mikst bağ dokusu hastalığı (MBDH), overlap sendromu ve undiferansiye bağ dokusu hastalığı (ABDH) tanısı olan 995 hasta ileri analiz için alındı. Ortalama yaş 51,24±15,59 (aralık: 6-89 yıl) olup %91,2'si kadındı. Hastaların %44,6'sında (n=444) izole anti-Ro52 (grup 1), %30,75'inde

(n=306) anti-Ro52+anti-SSA/Ro60, ancak SSB/La negatif (grup 2) ve %24,62'sinde (n=245) anti-Ro52+anti-SSA/Ro60+anti-SSB/La (grup 3) vardı (Tablo 1). Grup 1'de ABDH (n=134), SS (n=121) ve SLE (n=74); grup 2'de SS (n=120), SLE (75) ve ABDH (67); grup 3'te SS (n=107), FBDH (n=59) ve SLE (n=51) en sık görülen üç tanıydı. İzole Ro52 pozitifliği en yüksek ABDH hastalarında görülmüştür. İzole anti-Ro52 pozitif hastaların (grup 1) yaş ortalaması grup 2 ve 3'e göre daha yüksekti. Üç anti-Ro52 antikor grubu ile diğer antinükleer antikorlar arasında bağımsızlık testi yapılmıştır. DFS-70, AMA M2, histon, PCNA, Jo-1, Scl-70, Sm, Sm/RNP, Ku ve Mi-2 antikorlarının varlığı ile anti-Ro52 antikor grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, grup 1'de CENP-B, PM-SCl ve Scl70 antikorları daha yüksek oranda tespit edilirken, grup 2'de ribozomal P proteini ve nükleozom, grup 3'te ise anti-dsDNA daha yaygındı.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları anti-Ro52 antikorlarının, farklı klinik ilişkileri nedeniyle anti-SSA/Ro60'dan ayrılarak, ayrı ayrı tespit edilmesi ve raporlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir. SSA/SSB negatifliği durumunda, izole Ro52 pozitifliği Sjögren sendromu tanısında ek bir etkiye sahip olabilir. İzole anti-Ro52'nin CENP-B, PM-Scl ve Scl70 antikorları ile ilişkisi daha fazla araştırma gerektirmektedir. Bu bulgular klinik verilerle birlikte anti-Ro52'nin ek ve bağımsız bir serum belirteci olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Anti-Ro52'nin OH'lerin tanısal rolünün aydınlatılmasının prognostik ve terapötik etkileri olabilir.

Anahtar Kelimeler: Anti Ro-52 antikoru, Sjögren sendromu, otoimmünite

PS-016

Bazal kapillaroskopi bulguları Long-COVID hastalarında mikrovasküler değişikliklere ilişkin kanıt sağlamıyor

Bahar Özdemir Ulusoy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Long-COVID genellikle zayıflatıcı bir hastalıktır. Long-COVID sendromu, akut COVID-19 enfeksiyonunun başlangıcından sonra en az 4 hafta boyunca devam eden çeşitli semptomları ifade eder. Long-COVID, semptomların benzerliği nedeniyle otoimmün romatizmal hastalıkları taklit eden bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Çalışmalar long-COVID'in potansiyel mekanizmaları üzerine odaklanmaktadır. "Mikro pıhtılar/mikrovaskülopati" yeni bir teoridir; bu konuda çok az çalışma yapılmıştır. Tırnak kıvrımı kapillaroskopisi mikrovaskülopatiyi değerlendirmek için kullanılan non-invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmada, Long-COVID sendromu olan ve olmayan hastaların temel özelliklerini ve kapilleroskopik bulgularını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: SARS-CoV-2 testi pozitif çıkan 53 hastanın temel klinik özellikleri kaydedildi. COVID-19 tanısı sırasında hastalara tırnak kıvrımı kapilleroskopisi uygulandı. Bir yıl sonra, hastalar Long-COVID semptomları açısından yeniden tarandı. Long-COVID sendromu olan ve olmayan hastalar arasında temel özellikleri ve kapilleroskopik bulguları açısından karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: Long-COVID sendromu olan 35 kişi (%66) vardı. Long-COVID ile ilişkili en yaygın semptomlar yorgunluk (%43,4), miyalji (%34), artralji (%20,8), dispne (%20,8) idi. Toplamda 22 hastada (%41,5) anormal kapillaroskopi bulguları vardı. Anormal kapilleroskopik bulguları olan hastaların oranı (%40'a karşı %44, p=0,76) Long-COVID sendromu olan ve olmayan hastalar arasında farklılık gösterdi.

Sonuç: Long-COVID sendromuna neden olan patofizyolojik mekanizmalar hala belirsizdir. Mikrovaskülopati ve mikrotrombotik vasküler hasar bu konuda tartışılan en güçlü hipotezler arasındadır. Sonuçlarımız, mikrovaskülopatiden ziyade faktörlerin, yeterince anlaşılamamış Long-COVID sendromunun altında yatan temel patofizyolojik mekanizma olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, mikroanjiyopati, kapillaroskopi, long-COVID, post-COVID

PS-017

Birden fazla otoenflamatuvar gen varyantı taşıyan hastaların fenotipleri: Sınıflandırılabilen ve mikst otoenflamatuvar hastalıklar

Shirkhan Amikishiyev[1], Tuğba Kalaycı[2], Lale Soltanova[3], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Murat İnanç[1], Ayla Şahin[2], Aynur Aday[2], Sema Sırma Ekmekçi[2], Neslihan Abacı[2], Şükrü Öztürk[2], Şükrü Palanduz[2], Ahmet Gül[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sistemik otoenflamatuvar hastalıklar (SAID, systemic autoinflammatory disorders), genetik varyasyonlar zemininde doğal immün sistemin spontan ya da uyarıyla aktivasyonu ve hiperenflamatuvar yanıtla seyreden bir grup hastalığı içerir. Belirli genlerdeki patojenik ve muhtemel patojenik varyantlar tanımlanmış bir fenotiple ilişkilendirilmiştir. Ancak otoenflamatuvar fenotipi olan çok sayıda hastanın genetik taramaları sonucunda, aynı hastada birden fazla otoenflamatuvar gende farklı varyantlar, özellikle de çok sayıda önemi belirsiz varyantlar (VUS) saptanabilmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde otoenflamatuvar gen paneliyle taranan ve ≥2 farklı gende varyant taşıyan hastaların fenotipi ile genotipi arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: Nisan 2019-Ocak 2023 tarihleri arasında merkezimizde otoenflamatuvar hastalıklar açısından değerlendirilen hastaların dosyaları ve genetik analiz sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda IonTorrent platformu ve Hedefli Yeni Nesil Dizileme yöntemiyle, 22 genin tüm ekzonları ve 10 bp intron sınırları tarandı ve klinik bulgularla ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Başvuran 146 hasta (60 erkek, 86 kadın, ortalama yaş 41,0±12,6, dağılım 19-82) değerlendirildi ve 37'sinde (%25,3) ≥2

farklı varyant tespit edildi. Gattorno ve ark.'nın son sınıflandırma kriterleri kullanılarak, 37 hastadan 11'i (%29,7) Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) olarak sınıflandırıldı. Patojenik *MEFV* mutasyonlarına sahip hastalar arasında, sensörinöral işitme kaybı gibi beklenmeyen klinik bulgusu olan hastada, *NLRP3* geninde bir VUS varyantın saptanması, genotipin mikst fenotip üzerinde etkili olmuş olabeceğini düşündürdü. Beş (%13,5) hasta mutasyon ve fenotip sonucu ile VEXAS sendromu (n=1), ADA2 eksikliği (DADA2, n=2), A20 haplo yetersizliği (HA20, n=1), DADA2 ve HA20 kombinasyonu (n=1) olarak sınıflandırıldı (Tablo 1). Geri kalan hastaların bir kısmı baskın fenotiplerine göre PFAPA-benzeri (n=2) ve Behçet hastalığı taklitçisi (n=7) olarak değerlendirildi (Tablo 2). On iki (%32,4) hasta herhangi bir klinik grupta sınıflandırılamadı (Tablo 3). Bu olgulardan ikisinde VUS ile birlikte patojenik ve muhtemel patojenik varyantlar, diğerlerinde ise 2-7 arasında farklı VUS kombinasyonları mevcuttu.

Sonuç: Gattorno ve ark. tarafından geliştirilen sınıflandırma kriterleri, otoenflamatuvar hastalık kliniği olanlarda yalnızca CAPS, AAA, TRAPS ve MKD fenotiplerini değerlendirdiğinden ve yetişkinlerde doğrulanmadığından günlük uygulamada bazı kısıtlılıklara sahiptir. Patojenik varyantları olan hastaların fenotipi, bu varyantlar kullanılarak sınıflandırılabilse de, diğer genlerde ek varyantların fenotipe yapmış olduğu katkının daha fazla araştırılması gerekmektedir. Yetişkin hastaların önemli bir grubu da, farklı genlerdeki VUS'ların kombinasyonu sonucu sınıflandırılamayan bir SAID fenotipine sahip olabilmektedirler. Bu tabloların mikst otoenflamatuvar hastalık 'mixed autoinflammatory disorder' (MAID) başlığı altında takip edilmesi hastalık seyri ve uzun vadeli prognozlarının değerlendirilmesi yönünden yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mikst otoenflamatuvar hastalıklar (MAID), systemic autoinflammatory disorders (SAID)

Tablo 1. Gattorno ve ark.'nın kriterlerine göre sınıflandırılan hastaların genotip ve fenotipleri

				Gen							Klinik	
Hasta numarası	Cinsiyet	Güncel yaş	Sınıflandırma	Majör	Amino asit değişimi	rs numarası	Diğerleri	Amino asit değişimi	rs numarası	Sıklık	Tipik	Atipik
1	E	45	FMF	MEFV *	p.Met694Val	rs61752717	NLRP3 †	p.Gln705Lys	rs35829419	0.030266	3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları	Sensorinöral işitme kaybı
2	E	37	FMF	MEFV*	p.Met694Val	rs61752717	TNFAIP3 †	c.1233G>T	-	-	3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları	Ankilozan spondilit ve Crohn hastalığı
3	E	72	FMF	MEFV*	p.Met694Ile	rs28940578	NLRP3 †	p.Gln705Lys	rs35829419	0.030266	3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları, amiloidoz	Yok
							IL10RB †	c.49+47C>T	-	-		
4	E	36	FMF	MEFV*	p.Met694Val	rs61752717	TNFAIP3*	p.Thr647Pro	rs142253225	0.001885	3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları	Aseptik menenjit, sensorinöral işitme kaybı
5	E	32	FMF	MEFV*	p.Met694Val	rs61752717	NLRP3 †	p.Thr954Met	rs139814109	0.000740	3 gün süren karın ve göğüs ağrısı atakları, amiloidoz	Yok
6	K	44	FMF	MEFV*	p.Met694Val	rs61752717	TNFRSF1A †	p.Arg283Lys	rs149342980	0.000227	3 gün süren artrit, karın ve göğüs ağrısı atakları, amiloidoz	Splenik, renal ve superior mezenterik arter anevrizması, pansitopeni
7	E	56	FMF	MEFV †	p.Arg408Gln p.Pro369Ser	rs11466024 rs11466023	NLRP3 †	p.Gln703Lys	rs35829419	0.030266	3 gün süren artrit, amiloidoz	Yok
8	K	31	FMF	MEFV*	p.Met694Val	-	LPIN2 †	p.Pro626Ser	-	-	Artrit	Optik nörit
9	E	49	FMF	MEFV†	p.Val726Ala p.Met680Ile	rs28940579 rs28940580	CARD14 †	p.Asp176His	rs144475004	0.000945	Artrit	Pyoderma gangrenosum, akne, hidradenitis suppurativa
10	E	21	FMF	MEFV†	p.Ser444Leu p.Pro396Ser p.Arg408Gln	rs137947663 rs11466023 rs11466024	SH3BP2 †	p.Ser444Leu	rs137947663	0.000008	3 gün süren karın atakları, amiloidoz	Yok
11	E	26	FMF	MEFV*	p.Arg761His	rs104895097	NOD2 †	p.Arg235Cys	rs104895422	0.000121	Artrit	Pyoderma gangrenosum
							TMEM173 †	p.Asn183Ser	rs201277595	0.000015		
12	E	57	VEXAS				UBA1 †	p.Met41Lue	-	-	Ateş, artrit, miyelodisplastik sendrom, nefritik sendrom, kriyoglobulinemik vaskülit, otoimmün hemolitik anemi, immün trombositopeni	Yok
							NLRP7 †	p.Cys399Tyr	rs104895510	0.000408		
13	E	28	DADA2 HA20	ADA2*	p.Pro251Leu	rs148936893	NLRP3 †	p.Gln705Lys	rs35829419	0.030266	Ateş, böbrek AA amiloidoz, artrit, çölyak, dalak, superior, inferior mezenterik, bilateral renal arterlerde çoklu trombotik mikroanevrizmalar	Yok
				TNFAIP3*	p.Thr647Pro	rs142253225						
14	K	28	DADA2	ADA2*	p.Gly47Arg	rs202134424	IKBKB †	p.Gly555Arg	rs14901177	-	Ateş, döküntü, serebrovasküler olaylar, sensorinöral işitme kaybı	Yok
							NLRP2 †	p.Ile532Thr	rs147222602	0.000087		
							NLRP7 †	p.Val101Leu	rs540923289	0.000011		
							SERPING1 †	p.Ala2Val	rs185342631	0.001115		
15	K	41	DADA2				ADA2 †	p.Lys158AsnfsTer 26	rs1317479109	-	Serebrovasküler olaylar (antifosfolipid seroloji negatif)	Sistemik lupus eritematozus (artrit, malar raş, lupus nefriti)
							MEFV †	p.Glu148Gln	rs3743930	0.028203		
16	K	27	HA20				TNFAIP3 †	p.Thr647Pro	rs142253225	0.001885	Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, üveit, Paterji pozitifliği, sitopeni ve hiperinflamatuvar yanıtın olduğu ataklar	Yok
							MEFV †	p.Glu520Val p.Glu148Gln	rs769888172 rs3743930	0.000019 0.028203		
							NLRP12 †	p.Gly448Ala	rs104895566	0.00009		
							LPIN2 †	p.Lys387Glu	rs104895501	0.000960		

Tablo 2. Fenotip baskınlığına göre sınıflandırılan hastaların genotip ve fenotipleri

Hasta numarası	Cinsiyet	Güncel yaş	Patojenik	Muhtemel patojenik	VUS	Amino acit değişimi	rs numarası	Sıklık	Fenotip	Sınıflandırma
1	K	32	MEFV p.Val726Ala rs28940579		IL10RB	p.Val108Met	-	-	Ateş, aftöz stomatit, periorbital ödem , artralji	PFAPA-benzeri
2	K	21			PSTPIP1	p.Thr68Met	rs201872851	0.000457	Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, foliküli, döküntü	PFAPA- benzeri
					TRAP1	c.1165+5G>A	rs373016534	0.000253		
					LPIN2	p.Cys874Phe	rs201160155	0.000227		
3	K	30		NLRP6 p.Arg799* rs370721274	NLRP3	p.Val200Met	rs121908147	0.007864	Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, artrit sebebiyle Behçet hastalığı tanısı ve FSGS nedeniğle böbrek transplantasyonu	BH taklitçisi
					CASP5	p.Ser60Cys	rs572097980	0.000045		
4	E	56			NLRX1	p.Glu435Glyfs*40	-	-	Aftöz stomatit, genital ülser, Paterji pozitifliği, serebrovasküler olaylar üzerine Behçet hastalığı tanısı	BH taklitçisi
					IL36RN	p.Pro76Leu	rs139497891	0.000200		
5	K	36			NLRX1	p.Trp35Leu	rs985939928	0.000015	Ateş, aftöz stomatit, artrit (2 hafta süren ataklar)	BH taklitçisi
					NLRP3	p.Gln705Lys	rs35829419	0.030266		
					CARD14	p.Arg38Cys	rs281875217	0.000008		
6	E	47			MEFV	p.Pro369Ser p.Arg408Gln	rs11466023 rs11466024	0.011398 0.012396	Ateş, aftöz stomatit, genital ülser, splenomegali, nötropeni	BH taklitçisi
					FAS	p.*336Tryext*?	rs1258512501	0.000007		
7	K	46			NLRP3	p.Val200Met	rs121908147	0.007864	Ateş, aftöz stomatit, baş ağrısı, miyalji	BH taklitçisi
					TRAP1	p.Leu638Met	rs147600197	0.000200		
					NLRP13	p.Lys1033*	rs766010573	0.00000		
8	K	28			ADA2	p.Met68Ile	rs146597836	0.001734	Ateş, aftöz stomatit, servikal lenfoadenopati, faringotonsillit, miyalji	BH taklitçisi
					NLRP3	p.Gln705Lys	-	-		
					TMEM173	p.Ala97Thr	rs181566154	0.000148		
9	E	33			NLRP3	p.Pro317Leu	rs180177462	0.000106	Her hafta olan ateş atakları ve beraberinde şiddetli baş ağrısı, optik nörit ve kranial MR'da heterojen kontrast tutulumu (lezyonun mezial temporal bölgenin sol tarafından kaynaklanması ve talamusa uzanması, kanama odakları)	BH taklitçisi
					PSTPIP1	p.Ala353Val	rs200188483	0.000098		

Tablo 3. Sınıflandırılamayan hastaların genotip ve fenotipleri

Hasta numarası	Cinsiyet	Güncel yaş	Patojenik	VUS	Amino acit değişimi	rs numarası	Sıklık	Fenotip	Sınıflandırma
1	K	22	MEFV p.(Met680Ile) rs28940580	NLRX1	p.Arg547Trp	rs145779362	0.005769	Sistemik lupus eritematozus tanısı	Sınıflandırılamadı
				TRAP1	p.Arg692His	rs2791	0.027481	Artrit, malar döküntü, sitopeni, lupus nefriti, serebrovasküler olay ve ANA, ds-DNA ve anti-Ro pozitifliği	
			C1QA p.(Gln208*) rs121909581	NOD2	p.Arg541Trp	rs576658764	0.000064	Antifosfolipid serolojisi negatif	
				NLRP13	p.Lue250Pro	-	-		
2	E	39		NLRP3	p.Val200Met	rs121908147	0.007864	Ateş, karın ağrısı, ve yüksek akut faz reaktan yanıtı ile FMF benzeri klinik	Sınıflandırılamadı
				TNFRSF1A	p.Cys158Tyr	-	-		
3	K	23		MEFV	p.Glu148Gln	rs3743930	0.028203	Faringotonsillit, servikal lenfoadenopati, aftöz stomatit	Sınıflandırılamadı
				STING1	p.Gly192Val	rs201096097	-		
4	E	22		TRAP1	p.Leu638Met	rs147600197	0.000200	Ateş, karın ağrısı, nausea (4 gün süren ataklar)	Sınıflandırılamadı
				LPIN2	p.Pro348Leu	rs34676691	0.001352		
5	K	60		NLRC4	p.Lys21Thr	-	-	Akut böbrek yetmezliği sebebiyle yapılan böbrek biyopsisi: nonkazefiye granülom	Sınıflandırılamadı
				MEFV	p.Glu148Gln	rs3743930	0.028203		
				PLCG2	p.Tyr648Cys	rs766742207	0.000008		
				IL1R1	p.Gly398Arg	rs34835752	0.001602		
				LPIN3	p.Val292Met	rs772608582	0.000042		
				NLRP14	p.Leu897Pro	rs768724978	0.000094		
6	E	29		NLRC4	p.Ala160Thr	rs113631419	0.000744	Ateş, karın ağrısı, aortit	Sınıflandırılamadı
				NLRP3	p.Gln705Lys	rs35829419	0.030266		
				PSMB9	c.60+4A>G	rs1385542681	0.00005		
7	K	20		LPIN2	p.Lys387Glu	rs104895501	0.000960	Ateş, karın ve göğüs ağrısı, servikal lenfoadenopati, sitopeni (nötropeni)	Sınıflandırılamadı
				NOD2	p.Val162Ile	rs139571975	0.000104		
8	K	48		TRAF3IP2	p.Pro100Arg	rs533450897	0.000087	Ateş, göğüs ağrısı, perikardit	Sınıflandırılamadı
				MEFV	p.Glu148Gln	rs3743930	0.028203		
				SERPINA3	p.Glu109Gly	-	-		
				FAS	p.Glu194Lys	rs56006128	0.001424		
				IL31RA	p.Ile553Asn	rs368179574	0.000023		
				CIITA	p.Ala888Thr	-	-		
9	K	23		MEFV	p.Leu110Pro	rs11466018	0.003132	Ateş, karın ağrısı, aftöz stomatit, faringotonsillit	Sınıflandırılamadı
				TRAP1	p.Asp685Asn	rs61756352	0.001953		
10	K	48		MEFV	p.Arg653His	rs104895085	0.000060	Ateş, artrit atakları	Sınıflandırılamadı
				NOD2	p.Asn852Ser	rs104895467	0.000971		
				PLCG2	p.His193Gln	rs201080992	0.000525		
				CEBPE	p.Arg167His	rs540261393	0.00003		
11	E	37		MEFV	p.Glu148Gln	rs3743930	0.028203	3 gün süren ateş, artrit atakları	Sınıflandırılamadı
				NOD2	p.Asp290Gly	-	-		
12	K	20		MEFV	p.Gly304Arg	rs75977701	0.001379	Ürtikeriyal döküntü, lenfadenopati, pansitopeni	Sınıflandırılamadı
				NLRP2	p.Asp417Asn	rs267605682	0.000026		
				CARD14	c.1658+9_1658+11del	rs773281285	0.000026		
				NOD2	p.Leu1007Profs*2	rs2066847	0.013457		
				TNFAIP2	p.Gly39Asp	-	-		

PS-018

Romatoid artrit hastalarında meninks tutulumu olgu serisi: On bir hastanın klinik, radyolojik ve patolojik değerlendirmesi

Erdinç Ünaldı[1], Samed Önder[2], Meryem Aslı Tuncer[3], Mehmet Akif Topçuoğlu[3], Rahşan Göçmen[4], Umut Kalyoncu[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında nadir tutulum yerlerinden birisi meninkslerdir, bu tutuluma pakimenenjit denilmektedir. Nadir olmakla birlikte önemli nörolojik semptomlar oluşturması nedeniyle romatologlar tarafından bilinmelidir. Bu çalışmada tek merkezde takip edilmiş RA ve menenjiti olan hastaların demografik, klinik özellikleri, MR bulguları, tedavi seçenekleri ve prognozlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; hastanemizde 2010-2022 yılları arasında RA ICD-10 kodu sisteme girilmiş ve beyin MR görüntülemesi yapılmış hastalar taranmıştır. 2.945 hastanın tanısı ve MR raporları gözden geçirilmiştir. RA ve meninks tutulumu şüphesi olan 21 hasta saptanmıştır. Bu hastaların beyin MR görüntüleri radyoloji doktoru tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve kesin RA ve menenjiti olan 11 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastanemizde RA tanısında ICD-10 kodu doğru girilme oranı %35 olarak saptanmıştır, buna göre bu tarihler arasında olası RA hasta sayısının yaklaşık 7.000 olduğu öngörülmüştür. Romatolojik değerlendirme; hastaların RA tanısı, demografik özellikleri, hastalık süresi, akut faz yanıtları (menenjit sırasında), doktora göre eklem hastalık aktivitesi (remisyonda, hafif, orta, yüksek hastalık aktivitesi), RF ve anti-CCP düzeyleri, ektra-artiküler tutulumları (romatoid nodül, interstisyel akciğer hastalığı, keratokonjuntivitis sikka, perikardit, plevral efüzyon, sklerit, vaskülit), komorbiditeleri, tedavi seçimleri tekrar gözden geçirilmiştir. Nörolojik değerlendirme; nörolojik bulgular şu şekilde sınıflandırılmıştır; baş ağrısı veya meningeal irritasyon bulgusu, hareket bozuklukları (parkinsonizm, yürüme imbalansı, ekstremitelerin anormal hareketleri, fokal belirtilerle açıklanamayan düşme), nöropsikiyatrik semptomlar (mental durum değişiklikleri, konfüzyon, apati, depresyon ve irritasyon), nöbet, fokal nörolojik belirtiler (hemiparezi, pozitif Babinski işareti, afazi, palsi, hipoestezi). BOS hücre sayımı, oligoklonal bant, EEG bulguları kaydedildi. Beyin MR görüntüleme ve patolojik inceleme; ilk başlangıçta ve takip sırasında beyin MR'lar radyoloji bölümünce tekrar değerlendirilmiştir. Lezyonların lokasyonu, tek-çift taraflı, mesial/convexity tutulumu, meninks tutulum yeri (leptomeninks, pakimenenjit), parankim tutulumunun varlığı, sulkal hiperintensite varlığı, difüzyon kısıtlılığı, hidrosefali varlığı belirlenmiştir. Dokuz hastada kontrol beyin MR vardı, MR'a göre tam iyileşmiş/minimal rezidü kalmış, aktif-kötüleşme var olarak değerlendirildi. Meninks patolojisi olan hastaların bulguları da kaydedildi.

Bulgular: 11/7000 (%0,15) RA hastasında meninks tutulumu saptanmıştır. On bir hastanın 8'i (%72,7) kadındı, ortanca yaşları 61'di (50-74). Hastaların hepsi seropozitifti. 10/11 (%91) hastada menenjit sırasında akut faz yanıtı yüksekti. İki hastada (%18,1) menenjit tanısı RA tanısından önceyken ikisinde RA ve menenjit tanıları eş zamanlı olarak konulmuştu. RA ve menenjit arasındaki süre 12,4 (8,4) yıldı. İki hastada menenjit sırasında aktif hastalık vardı. Hastaların 7'sinde (%63,6) ekstra-artiküler tutulum vardı. Nörolojik bulgular şu şekildeydi; fokal nörolojik belirti (72,7), nöropsikiyatrik semptom (%54,5), baş ağrısı (%45,4), nöbet (%27,2), hareket bozuklukları (%18,1). On hastada BOS incelemesi yapıldı, ikisinde glukoz düşük (%20), 7'sinde (%70) protein yüksek, 6'sında (%60) MN predominansı vardı. Hastaların tutulan beyin bölgesi, meninks tutulum yerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların 10'unda tedavi bilgisi vardı, hepsine yüksek doz steroid, 7'sine pulse steroid, 5'ine rituksimab, 5'ine siklofosfamid verilmişti. Klinik yanıt 9 hastada biliniyordu, 8'inde tam veya kısmi yanıt vardı.

Sonuç: RA hastalarında leptomeningeal tutulum sıklığı bilinmemektedir, literatürde olgu serileri vardır. Tersiyer bir merkezde yaklaşık 12 yıllık takipte %0,15 sıklıkla RA'da meninks tutulumu olduğu görülmüştür. Üniversitemizin referans merkezi olması da göz önüne alınarak gerçek sıklığın daha da düşük olduğu ön görülebilir. RA'da meninks tutulumunun değerlendirildiği en geniş seridir. Değişik nörolojik başvuru şekilleri olabilmektedir, hastalarda RA tanısından önce de meninks enflamasyonu görülebilmektedir. Glukokortikoid ve rituksimab/siklofosfamid asıl tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Hastalarda iyi tedavi yanıtı elde edilmekle birlikte hidrosefali gibi değişiklikler de görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, romatoid menenjit, pakimenenjit

PS-019

Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında serum protein 14-3-3 eta düzeyi ile hastalığın klinik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Ayla Avcu[1], Derya Yıldırım[2], Abdulsamet Erden[2], Hamit Küçük[2], Berna Göker[2], Mehmet Akif Öztürk[2], Abdurrahman Tufan[2]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Protein 14-3-3 hücre içi protein ailesindendir. Protein 14-3-3 eta pirin aktivite düzenleyicisidir. Pirine 14-3-3 bağlanması enflamasyonu inhibe ederken, mutasyone pirin varlığında 14-3-3 bağlanması azalır ve enflamazom aktivasyonu oluşur. Romatoid artrit hastalarında protein 14-3-3 düzeyi hem sinovyal sıvı hem de dolaşımda artmış olarak saptanmış olup erken prognostik öneme sahip olduğu görülmüştür. Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı, eklem ağrısı ve deride döküntü atakları ile seyreden otoenflamatuvar bir hastalıktır.

Yöntem: Çalışmanın amacı AAA olan ve olmayan hastalarda serum protein 14-3-3 eta düzeylerini değerlendirmek ve protein 14-3-3 eta'nın hastalığın klinik aktivitesi, hasar varlığı ve akut faz değerleri ile diğer laboratuvar ilişkisini araştırmaktı. Çalışmaya 104 AAA hastası ve 50 sağlıklı kontrol dahil edildi. Periferik

kan örneklerinden serum protein 14-3-3 eta düzeyleri ELK Biotechnology marka kit (Çin) aracılığıyla ELISA yöntemiyle analiz edildi. Çalışmamızın sonucunda protein 14-3-3 eta'nın AAA hastalığının patogenezinde etkili olduğu görülmektedir. Molekülün klinik ile bir ilişkisi saptanmamıştır. Hastalığın tespitinde kullanışlı bir marker olabilir fakat prognoza bir etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Bulgular: AAA hastalarının klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Kontrol grubu ile yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi gruplar arası benzer sonuçlara sahipti (p=0,324, p=0,075 ve p=0,068) (Tablo 2). Protein 14-3-3 eta düzeyi AAA hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü (p<0,001).

Sonuç: Ancak hastalığın klinik özellikleri ile molekül düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edildi (p>0,05). Atak-atak dışı hastalar, amiloidoz olan-olmayan hastalar arasında protein 14-3-3 eta düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Bu molekül hastalık patogenezinde önemlidir. Ayrıca literatür ile uyumlu olarak AAA hastalarında kontrol grubuna göre C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı anlamlı derecede yüksekti (p<0,001 ve p<0,001).

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, 14-3-3 eta protein

PS-020

Romatoid artrit hastalarında tromboz sıklığı ve ilişkili faktörler: E-Nabız verileri

Umut Kalyoncu[1], Hasan Satış[2], Gizem Ayan[1], Erdem Karabulut[3], Abdulsamet Erden[4], Berkan Armağan[5], Duygu Tecer[6], Alper Sarı[7], Hakan Babaoğlu[5], Levent Kılıç[1], Orhan Küçükşahin[8], Murat Çağlayan[9], Mustafa Okan Ayvalı[10], Naim Ata[10], Mustafa Mahir Ülgü[11], Şuayip Birinci[12]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[5]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[7]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[9]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

[10]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

[11]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

[12]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında artmış tromboz riski vardır. Trombozu etkileyen hastalık ilişkili faktörlerin yanı sıra komorbiditeleri, tedavi seçimleri de etkili olabilir. Bu çalışmada e-Nabız veri tabanına kayıtlı RA hastalarında tromboz sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; bu inceleme 01.2016-31.12.2022 arasında e. nabızda kayıtlı hastaları içermektedir. RA ile ilgili ICD-10 kodu (M05.0', 'M05.1', 'M05.2', 'M05.3', 'M05.8', 'M05.9', 'M05.0', 'M06', 'M06.0', 'M06.1', 'M06.2', 'M06.3', 'M06.4', 'M06.8', 'M06.9) en az bir defa girilmiş hasta sayısı 1.409.504'dür. 30 gün arayla en az iki defa RA-ICD-10 kodu girilmiş hasta sayısı ise 643.309'dur. Bu çalışmada 30 gün arayla en az iki defa ICD-10 kodu girilmiş ve en az bir sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanmış hastaların verileri analiz edilmiştir. Toplanan veriler; hastaların yaş, RF pozitifliği, overlap sıklığı, komorbiditeleri (glukoz intoleransı, HT, HL akciğer hastalıkları, Hepatit, malinite, böbrek hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar) ve herhangi bir zamanda kullanılan tedavileri (glukortikoid, sentetik ve biyolojik DMARD kullanımı), b/t arasında değişim ve ilk bölüm (romatoloji ve FTR) ve kurum (Üniversite, 2. ve 3. Basamak, Özel Hastane, Özel ve Vakıf Üniversitesi) başvuruları kaydedilmiştir. Hem arteriyel hem de venöz trombozlar kaydedilmiştir. Trombozu olan hastalar ICD-10 kodlarına ('I82.0', 'I82.1', 'I82.2', 'I82.3', 'I82.8', 'I82.8', 'I74.0', 'I74.1', 'I74.2', 'I74.3', 'I74.4', 'I74.5', 'I74.8', 'I74.9', 'I80.0', 'I80.1', 'I80.2', 'I80.3', 'I80.8', 'I80.9', 'I82.0', 'I82.2', 'I82.3', 'I82.8', 'I82.9', 'O22.2'O22.3', 'O22.5', 'I51.3', 'I81''N28.0', 'K55.0, I26.0', 'I26.9', 'I80.20', 'I80.28) göre belirlenmiştir. En az 10 gün arayla ilgili ICD-10 kodlarının üç defa girilmiş hastalar tromboz var olarak gruplanmıştır. Pulmoner tromboembolisi olan hastalar ayrıca kaydedilmiştir. Tromboz tarihi ve hastalık zamansal ilişkisi arasında analiz yapılmamıştır. Hastaların demografik özellikleri ve komorbiditeleri; 347.902 RA hastasının 10.149'unda (%2,9) tromboz vardır. 2.183 (%0,62) hastada PTE vardı. Trombozu olan hastalar daha ileri yaşta, RA ve SLE overlap daha sıktır, komorbid hastalıklar (astım, KOAH, İAH, kronik karaciğer hastalığı, HT, HL, böbrek hastalığı) trombozu olanlarda daha sıktır.

Bulgular: Hastaların tedavileri; trombozu olan hastalarda anti-TNF kullanımı (%39,7'ye karşı %49,8) ve JAK inhibitörleri (%9,1'e karşı %14,6) kullanımı daha azken B hücre blokörlerinin (%37,3'e karşı %22,8) kullanımı daha sıktır.

Sonuç: Türkiye'deki RA hastalarında herhangi bir zamanda tromboz sıklığı %2,9'dur. Bu sıklık literatür ile benzerlik göstermektedir. Beklendiği üzere yaş ve diğer komorbid hastalıklar bu hasta grubunda daha sıktır. Her ne kadar zamansal ilişki gösterilmemiş olsa da JAK inhibitörü ve anti-TNF kullanımı trombozu olan RA hastalarında daha az sıklıkta saptanmışken, rituksimab ve anti-IL6 kullanımı daha sıktır, bu durum eşlik eden komorbid hastalıklarla (SLE, malinite gibi) ilgili olabilir. Zamansal ilişkinin belirlendiği incelemeler e-Nabız gibi büyük gerçek yaşam verilerinde çalışılması planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, tromboz, biyolojik tedavi, ulusal veri

PS-021

Primer Sjögren sendromu ve uyku kalitesi arasındaki ilişki

Ezgi Kubur[1], Zeliha Ademoğlu[2], Yelin Koçak Ünsal[2], Elif Güngör[2], Rabia Gökçen Umurca Aydemir[2], Hakan Emmungil[2]

[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Edirne

Amaç: Primer Sjögren sendromunda (PSS) özellikle ekzokrin bezleri hedef alan kronik otoimmün enflamatuvar bir hastalıktır. PSS'nin temel klinik belirtisi sikka semptomları olsa da büyük ölçüde ekstra-glandüler tutulumlar da ortaya çıkabilir. PSS'nin ekstra glandüler belirtileri arasında, psiko-bilişsel sorunlar sıklıkla gözlenir, prevalansı %10 ile %60 arasında değişir. Bu psiko-bilişsel sorunlardan biri de uyku bozukluğudur. Bu çalışmanın amacı PSS'de uyku kalitesi ve hastalık aktivitesi gibi uykuyu etkileyen faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza Haziran 2021-2023 tarihleri arasında 2016 ACR/EULAR kriterlerine göre PSS tanısı konulan 106 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik verileri hasta kayıt sisteminden elde edilmiştir. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için 'EULAR Sjögren sendromu (SS) hastalık aktivitesi indeksi (ESSDAI)' ve 'EULAR SS Patient Reported Index (ESSPRI)', fonksiyonellik ve yaşam kalitesini değerlendirmek için ise 'sağlık değerlendirme anketi (HAQ)' kullanılmıştır. Uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) Türkiye versiyonu, anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve Beck depresyon ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. PUKİ puan kestirim değeri 5 alınarak yapılan kategorizasyona göre 5 puan altında olan grup iyi uyku kalitesine sahipken 5 ve üzerinde puan alanlar kötü uyku kalitesine sahip olarak değerlendirilmiştir. Uyku kalitesine göre, klinik özellikler, hastalık aktivite skorları, anksiyete ve depresyon özellikleri karşılaştırılmıştır. PUKİ'ye göre iyi ve kötü uyku kalitesine sahip olan iki grup arasında tek değişkenli analizlerde anlamlı farklılık ($p<0,005$) saptanmış olan parametreler için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri, ESSDAI, ESSPRI, HAQ, BDÖ ve BAÖ, PUKİ puanları kategorize edilerek Tablo 1'de gösterilmektedir. Analize alınan 106 hastanın 98'i (%92,5) kadın, 8'i (%7,5) erkek, yaş ortalaması 55,80±11,39 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda 106 hastanın 66'sı (%62,3) kötü uyku kalitesine sahipti. Ayrıca depresyonun eşlik etmediği pSS hastalarında ise %28'inde uyku kalitesinin kötü olduğu izlenmiştir. Uyku kalitesi iyi ve kötü olan hastalar arasında yaş, cinsiyet, antidepresan ve immünsüpresif ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2). Hastalık aktivitesi açısından değerlendirildiğinde ise, iyi uyuyanlara göre uyku kalitesi kötü olanlarda orta-yüksek derecede hastalık aktivitesi (ESSDAI ≥5) skoru daha fazla tespit edilmiştir ($p<0,007$). Kötü uyku kalitesine sahip hastalarda komorbid hastalık ve organ tutulumu oranı daha fazla tespit edildi (sırasıyla $p<0,025$, $p<0,011$). PSS hastalarında %78,3'ünde hafif, %21,7'sinde ise orta ve şiddetli anksiyete saptanmıştır. Aynı zamanda hastaların %53,8'inde çeşitli düzeylerde depresyon saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon açısından bakıldığında, şiddetli depresyon ve anksiyete kötü uyku kalitesine sahip olan grupta daha yüksekti ($p<0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde uyku kalitesini etkileyen bağımsız faktörler depresyon ve anksiyete skorları olarak saptanmıştır (sırasıyla OR: 1,128, $p=0,028$; OR: 1,111, $p=0,041$) (Tablo 3). Çalışmamızda PSS hastalarında uyku bozukluğunun yaygın olduğu gösterilmiştir. Bu hastalarda anksiyete ve depresyon gibi klinikler de sıklıkla eşlik etmektedir. Buna göre bu sonuçlar, depresyon ve anksiyetenin uyku kalitesi üzerinde belirgin bir rol oynayabileceğini ve hastaların psikolojik sağlık durumunun uyku kalitesini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Uyku kalitesi kötü olan hastalarda daha yüksek hastalık aktivitesi ve daha fazla organ tutulumunun olması bu hastalarda uyku kalitesinin organ tutulumu ve hastalık aktivitesi ile ilgili olabileceğini de akla getirmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak PSS'de uyku kalitesi bozuktur ve uyku kalitesini bozabilecek anksiyete, depresyon ve fibromiyalji gibi komorbiditeler sıklıkla eşlik etmektedir. Bu nedenlerle PSS hastalarına bütüncül yaklaşılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, primer Sjögren sendromu, uyku kalitesi, yorgunluk

PS-022

Behçet sendromunda aksiyel spondiloartrit prevalansı: Ardışık hasta popülasyonunda ASAS kriterleri ile değerlendirme

Alihan Özay[1], Sinem Nihal Esatoğlu[2], İbrahim Adaletli[3], Fatih Kantarcı[4], Ahmet Öz[3], Erkan Yılmaz[5], Gülen Hatemi[2], Emire Seyahi[2], Serdal Uğurlu[2], Didar Uçar[6], Hasan Yazıcı[7], Melike Melikoğlu[2]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[4]*Surp Pırgiç Hastanesi, İstanbul*

[5]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Doku Tiplendirme Laboratuvarı, İstanbul*

[6]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[7]*Academic Hospital, İstanbul*

Amaç: Behçet sendromu (BS) ve spondiloartritleri (SpA) birbirinden ayıran belirli özellikler bulunmakla birlikte, her iki enflamatuvar hastalık da üveit, entezit, enflamatuvar bağırsak hastalığı ve artrit gibi ortak klinik bulgular içermektedir. Daha da ötesi, her iki hastalıkta da güçlü bir MHC sınıf I ilişkisi bulunmakta ve genom çapında ilişkilendirme çalışmaları SpA ve BS arasında patogenezle ilişkili benzer yolaklar saptamıştır. Bu çalışmada, Assessment in SpondyloArthritis International Society (ASAS) sınıflandırma kriterlerini kullanarak BS hastalarında aksiyel SpA (aksSpA) sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 45 yaş altında olan ve Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerini karşılayan toplam 84 ardışık BS hastası dahil edildi. ASAS'a göre kronik sırt ağrısı tarifleyen hastalara aksSpA için ASAS sınıflandırma kriterleri uygulandı. Sorgulama sırasında veya geçmişte kronik sırt ağrısı olduğunu söyleyen hastalara SpA özellikleri sorgulandı ve HLA-B27 ile C-reaktif protein testi ve düz grafi ile sakroiliak eklemlere yönelik manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı. Enflamatuvar sırt ağrısı ASAS kriterleri ile sorgulandı. Radyolojik görüntülemeler iki deneyimli radyolog tarafından incelendi. BS hastalarındaki aksSpA prevalansını genel popülasyonda %1,4 olan prevalans ile karşılaştırmak için tek örneklem t-testi kullanıldı.

Bulgular: Seksen dört BS hastasının 29'unda (%34) sorgulama sırasında kronik sırt ağrısı vardı ve 15'inde (%52) ağrı enflamatuvar karakterdeydi. Dört hasta (%5; %95 GA: 1,3-12,0; p=0,03) ASAS'a göre aksSpA kriterlerini karşılıyordu. Bir hasta radyografik aksSpA, diğer 3 hasta non-radyografik aksSpA olarak sınıflandı (Tablo 1). Non-radyografik aksSpA'lı 3 hastadan biri görüntüleme kolu (MRG pozitif), diğer 2 hasta klinik koldaydı (HLA-B27 pozitif). Bu 4 hastanın SpA ve BS özellikleri Tablo 1'de sunuldu. Toplam hasta popülasyonunun 4'ünde (%7) HLA-B27 pozitifti. Geçmişte kronik sırt ağrısı öyküsü olan 13 BS hastasından sadece biri radyografik aksSpA olarak sınıflandı. Bu hasta enflamatuvar sırt ağrısı, düz grafi ve MRG'de sakroiliit varlığı, artrit, NSAİİ'ye iyi yanıt ve pozitif aile öyküsü ile aksSpA olarak sınıflanmıştı. BS hastalarında ASAS kriterlerine göre aksSpA prevalansı %5 (%95 GA: 1,3-12) idi ve genel popülasyona göre bu prevalans daha yüksekti. BS hastalarında birçok SpA özelliğinin sıklıkla gözlenebildiği göz önüne alındığında, BS'nin SpA'yı taklit edebileceği (veya tam tersi) beklenebilir. Bununla birlikte, posterior üveit, BS'nin vasküler ve nörolojik tutulumu gibi bazı mukokütanöz ve majör organ tutulumları iki hastalığı birbirinden ayırmada yardımcı olmaktadır. Bulgularımızı yorumlarken ASAS kriterlerinin aksSpA için sadece %80 duyarlılıkta ve özgüllükte oluşu ile hastane kohortunda yapılan bir çalışma olmasının yol açabileceği yanlılığı dikkate alınmalıdır.

Sonuç: BS hastalarında ASAS kriterlerine göre aksSpA prevalansı %5 (%95 GA: 1,3-12) idi ve genel popülasyona göre bu prevalans daha yüksekti. BS hastalarında birçok SpA özelliğinin sıklıkla gözlenebildiği göz önüne alındığında, BS'nin SpA'yı taklit edebileceği (veya tam tersi) beklenebilir. Bununla birlikte, posterior üveit, BS'nin vasküler ve nörolojik tutulumu gibi bazı mukokütanöz ve majör organ tutulumları iki hastalığı birbirinden ayırmada yardımcı olmaktadır. Bulgularımızı yorumlarken ASAS kriterlerinin aksSpA için sadece %80 duyarlılıkta ve özgüllükte oluşu ile hastane kohortunda yapılan bir çalışma olmasının yol açabileceği yanlılığı dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, ASAS, spondiloartrit

Tablo 1. aksSpA kriterlerini sağlayan 4 BS hastasının BS ve SpA özellikleri



PS-023

Primer Sjögren sendromunun parotis bezi ultrasonografi görüntülerinde makine öğrenimi ile tanısal ayrımının incelenmesi

Gamze Akkuzu[1], Sena Tolu[2], Muhammed Furkan Daşdelen[3], Rabia Deniz[1], Bilgin Karaalioğlu[1], Duygu Özgür[1], Fatih Yıldırım[1], Cemal Bes[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[2]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

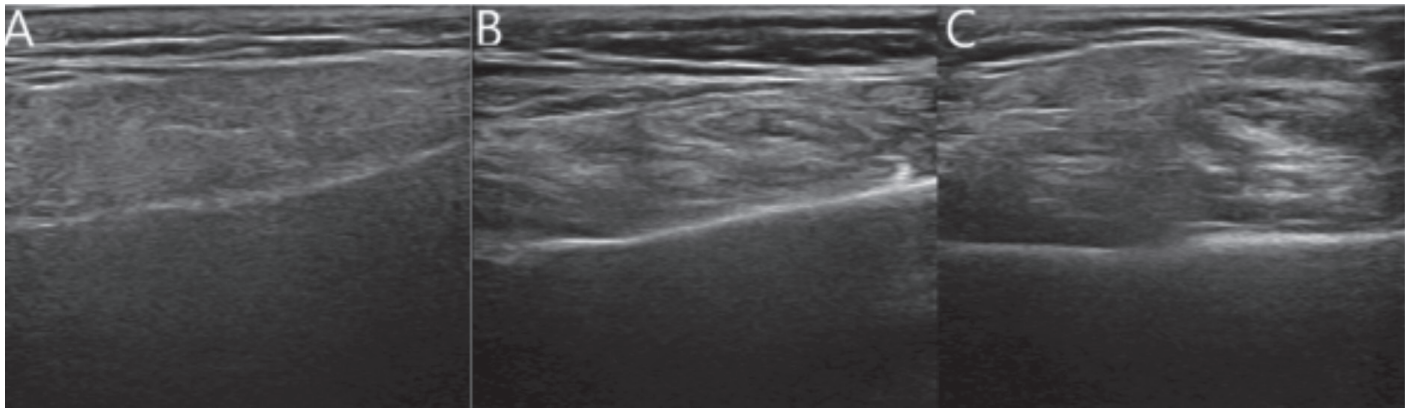
Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSjS), ekzokrin glandüler yapıların lenfosit infiltrasyonu ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın tanısı klinik, serolojik ve histolojik bulguların kombinasyonuna dayanır. Geçmiş senelerde çeşitli tanı/sınıflama kriterleri geliştirilmiş ve 2016 yılında ACR/EULAR komiteleri tarafından pSjS Sınıflandırma Kriterleri başlığında son kriterler sunulmuştur. Buna göre, serolojik belirteçler (anti-SSA) ve minör tükürük bezi biyopsisi (MTB) pSjS'nin objektif tespitinde temel dayanak noktalarını oluşturmuştur. MTB diğer tanı yöntemleri ile karşılaştırıldığında en yüksek duyarlılık ve özgüllüğü sunmasına rağmen, invaziv, zahmetli ve hastalar için rahatsızlık verici olmaya devam etmektedir. Serolojik belirteçler ise optimalin altında duyarlılık seviyelerine sahiptir. Tükürük bezi ultrasonografisi (US), maliyet, invaziv olmama, güvenlik gibi açılardan avantajlı bir tanısal görüntüleme yöntemidir. Ancak US görüntülerinin değerlendirilmesi operatör bağımlı ve subjektiftir. Tanısal doğruluk ise uzun yıllara dayanan deneyime bağlıdır. Bu çalışmamızda, tükürük bezi US'nin pSjS'deki tanısal performansını makine öğrenimine dayalı bir metod ile test etmeyi hedefledik.

Yöntem: Kliniğimize başvuran, ağız ve/veya göz kuruluğu ya da serolojik belirteçler nedeniyle SjS açısından tetkik edilmiş kişiler çalışmaya dahil edildi. 2016 ACR/EULAR kriterlerine göre, pSjS tanısı alan (n=19) ve almayan (şüpheli, n=25) ile sağlıklı kontrol (n=25) olmak üzere üç gruptaki kişiler için US taramaları gerçekleştirildi. Tüm US taramaları, klinik verilerden haberdar olmayan ve bir Philips Lumify tarayıcı kullanan aynı uzman tarafından gerçekleştirildi. Parotis bezler için iki taraflı longitudinal ve transversal planlarda görüntüler alındı (Şekil 1). On dokuz pSjS hastası, 25 şüpheli ve 25 sağlıklı bireyden alınan toplam 134 parotis US görüntüsü analiz edildi. Sınıflandırma görevleri için Resnet34 mimarisi kullanıldı. Başlangıçta model yalnızca pSjS hastalarından ve sağlıklı bireylerden alınan görüntüler kullanılarak eğitildi ve ardından pSjS hastalarındaki US anormalliklerini tespit etmek için 'class activation mapping' (CAM) algoritması uygulandı. İkinci aşamada ise model, her üç gruptan görüntülerle eğitildi. Eğitilen modelle US görüntülerinden çıkarılan özellikler, 'uniform manifold approximation and projection' (UMAP) çizimi kullanılarak görselleştirildi.

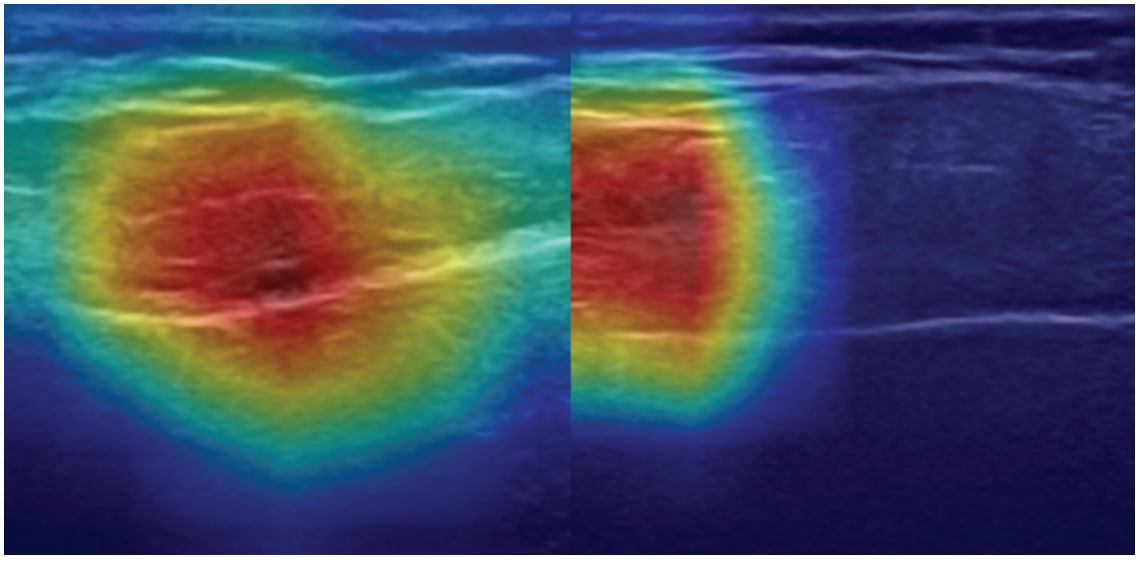
Bulgular: İkili sınıflandırma, 5 kat çapraz doğrulamaya dayalı olarak 0,94±0,06 doğruluk elde ederken, çoklu sınıf modeli 0,71±0,1 doğruluk kaydetti. CAM algoritması tarafından oluşturulan aktivasyon haritaları, US görüntülerinde ağırlıklı olarak hipoekojenik bölgeleri ve hiperintens bantları vurguladı (Şekil 2). UMAP görselleştirmesi, pSjS hastaları ve sağlıklı bireyler arasında belirgin bir kümelenme olduğunu ve şüpheli olguların hasta grubu içerisine serpiştirildiğini gösterdi (Şekil 3).

Sonuç: Bu makine öğrenme sistemi ile pSjS hastaları ve sağlıklı bireyler belirgin bir şekilde ayrı kümelenme gösterdi. Bu metod pSjS'yi sağlıklı kişilerden ayırmada önemli bir teşhis yeteneği göstermiştir. Ancak şüpheli olgulardan ve diğer hastalıklardan ayırt etmedeki yeteneğinin daha büyük hasta kohortlarında test edilmesine ihtiyaç vardır.

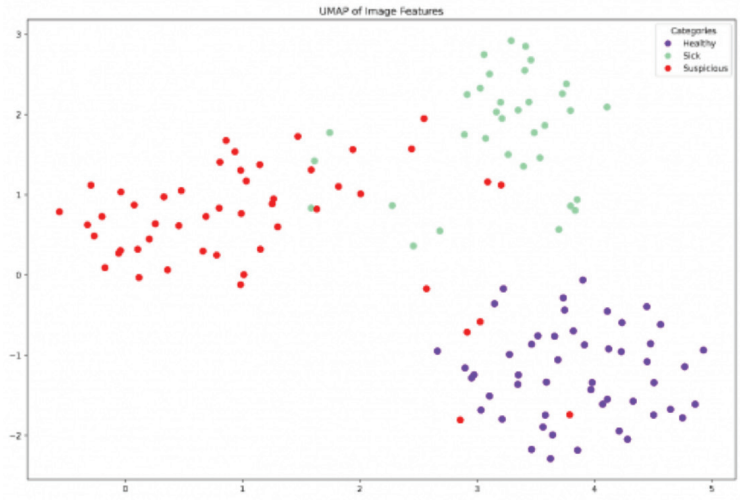
Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, parotis ultrasonografisi, makine öğrenimi



Şekil 1. A) Sağlıklı. B) Şüpheli. C) Hasta parotis US görüntüleri



Şekil 2. CAM algoritması tarafından oluşturulan aktivasyon haritaları



Şekil 3. UMAP görselinde sağlıklı, hasta ve şüphelilerin kümelenmesi

PS-024

Lupus nefriti ve renal tutulumlu sistemik vaskülitlerde SGLT2 inhibitörü kullanımı: Tek merkez deneyimi

Rıza Can Kardaş, Derya Yıldırım, Burcugül Kaya, İbrahim Vasi, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

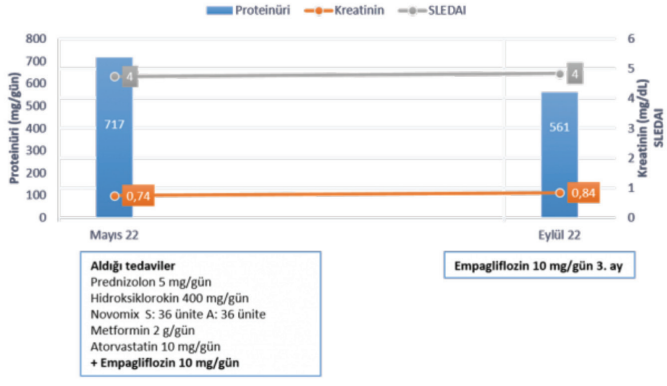
Amaç: Sodyum-glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (SGLT2i), renal proksimal tübülde glukoz geri emilimini engelleyerek anti-glisemik etki gösteren diyabet ilaçlarıdır. SGLT2i'lerin anti-glisemik etkilerinin yanı sıra, diyabetik olmayan hastalarda da renal ve kardiyovasküler sistem üzerinde koruyucu etkileri olduğu görülmüştür. SGLT2i'ler hiperfiltrasyonu ve renal tübüllerin metabolik ihtiyacını azaltarak renal fonksiyonları korurlar. Bu sebeple, kardiyovasküler ve renal riskin yüksek olduğu lupus nefriti ve ANCA ilişkili vaskülitlerde SGLT2i'lerin kullanılmasının morbidite ve mortaliteyi azaltabileceği düşünülmektedir; ancak bu konuda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Biz bu çalışmamızda merkezimizde lupus nefriti ve renal tutulumu olan sistemik vasküliti olup, SGLT2i kullanmakta olan hastaların özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne Ocak 2021-Temmuz 2023 tarihleri arasında başvurmuş, hekim tarafından lupus nefriti veya vaskülit tanısı olan hastalar, retrospektif olarak SGLT2i kullanımı açısından taranmıştır. Bu hastalar arasından 2019 ACR/EULAR SLE sınıflama kriterlerini sağlayan ve biyopsi ile ispatlı lupus nefriti olan hastalar ile, 2012 Chapel Hill vaskülit tanımlarını sağlayan ve biyopsi ile ispatlı glomerüler tutulumu olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar demografik, klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri ve hastalık aktivasyon kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Klinik ve laboratuvar özelliklerini etkileyebilecek yeni bir ilaç başlananlar çalışmadan çıkarılmıştır.

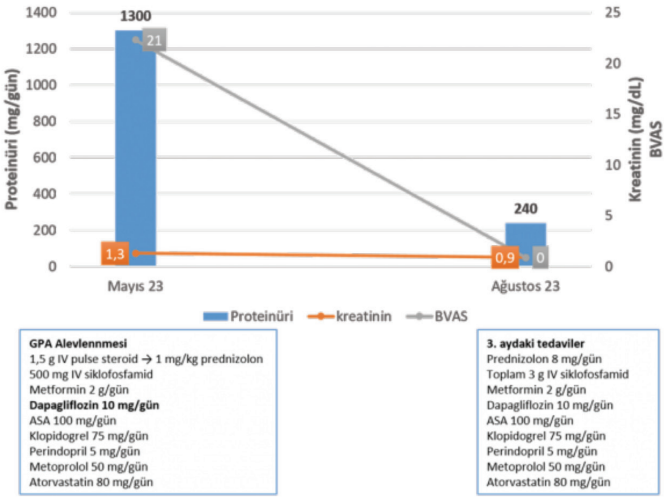
Bulgular: Altı yüz doksan altı SLE ve 383 sistemik vaskülit hastası arasında dört SLE, iki ANCA ilişkili vaskülit ve iki IgA nefropatisi hastası tespit ettik (Tablo 1). Bunlar arasında renal tutulumu olup SGLT2i kullanan bir lupus nefriti, bir ANCA ilişkili vaskülit ve iki IgA nefropatisi hastası vardır. Lupus nefriti ve ANCA ilişkili vaskülit hastalarının seyri aşağıda anlatılmıştır (Tablo 2). Lupus nefriti hastası: 2010'da 43 yaşında bir kadın hasta, fotosensitive, ekstremitelerde eritemli döküntüler ve ekstremitede ödem şikayetleriyle başvurdu. ANA IFA 3+, anti-Sm 3+, 24 saatlik idrarda 10 g/gün proteinüri saptanan hastanın renal biyopsisi sınıf 1-2 lupus nefriti ile uyumlu görüldü. 1 mg/kg steroid, 400 mg/gün hidroksiklorokin ve 2 mg/kg gün azatiyoprin başlanan hastanın takibi dış merkezde devam etmiş. 2018'den itibaren yeniden takibimize giren hastada azatiyoprin azaltılarak 2020'de kesilmiştir. Eş zamanlı tip 2 diabetes mellitusu (T2DM) olan, takibinde bazal-bolus insülin kullanması gereken hastanın Mayıs 2022'deki kontrolünde prednizolon 5 mg/gün, hidroksiklorokin 400 mg/gün ve perindopril/amlodipin 10/10 mg/gün almaktayken kan şekeri regülasyonunun olmaması ve 24 saatlik idrarda proteinürisinin 176 mg/günden 717 mg/gün'e yükselmesi sebebiyle mevcut tedavisine empagliflozin 10 mg/gün eklenmiştir. Eylül 2022'deki kontrolünde 24 saatlik idrar proteininin 561 mg/gün'e gerilediği görülmüştür. Ancak hastanın Mayıs 2023'teki kontrolünde proteinürinin 1026 mg/gün'e yükseldiği saptanmıştır (Şekil 1, Tablo 2). ANCA ilişkili vaskülit hastası: 2017'de 55 yaşındaki erkek hasta dispne, hemoptizi ve yaygın ağrı şikayetleriyle başvurdu. İdrarda hematüri, idrar sedimentinde dismorfik eritrositler görülen, 24 saatlik idrarda 1 g/gün proteinürisi olan, toraks görüntülemesinde yaygın nodülleri olan, ANCA IFA: p-ANCA 1+ saptanan hastaya yapılan renal biyopside pausi-immün nekrotizan glomerülonefrit saptanmıştır. Hastaya toplam 1,5 g pulse steroid sonrası 1 mg/kg prednizon eşdeğeri steroid ile IV siklofosfamid başlanmıştır. Ancak 2,5 g kümülatif IV siklofosfamid aldıktan sonra hasta takibe gelmemiş, sonradan öğrenildiği üzere bütün tedavisini kesmiştir. Mayıs 2023'te yeniden hemoptizisi olması üzerine kliniğimize başvuran hastanın tetkiklerinde kreatinin 1,3 mg/gün, idrarda hematüri, idrar sedimentinde disformik eritrositler, 24 saatlik idrarda 1,3 g/gün proteinüri, ANCA IFA: p-ANCA 2+, MPO-ANCA pozitif, toraks görüntülemede alveolar kanama ile uyumlu yaygın buzlu cam dansiteleri, paranazal görüntülemede nazal septumda erozyon ve perforasyon, işitme testinde yeni gelişen sensörinöral işitme kaybı saptanmıştır. BVAS: 21 hesaplanan hastada granülomatöz polianjiitis alevlenmesi sebebiyle toplam 1,5 g pulse steroid ve 500 mg IV siklofosfamid verilmiştir. Komorbidite olarak T2DM'si olan hasta, yatışında pulse steroid sonrası tip 2 MI geçirmiş, koroner anjiyografisi normal olarak saptanmıştır. Hastaya post-MI rutin tedavisine ek olarak, halihazırda kullandığı metformin tedavisi ile birlikte dapagliflozin 10 mg/gün başlanmıştır. Ağustos 2023'teki kontrolünde prednizolon 7,5 mg/gün, kümülatif IV siklofosfamid 3 g, perindopril 5 mg/gün ve dapagliflozin 10 mg/gün almakta iken BVAS: 0, spot idrarda protein/kreatinin oranı 240 mg/gün saptanmıştır (Şekil 2, Tablo 2).

Sonuç: SGLT2 inhibitörleri, lupus nefriti ve sistemik vaskülitlerin tedavisinde, kardiyak ve renal koruyucu etkilerinden dolayı, non-immünsüpresif yardımcı tedavi potansiyeli olan ilaçlardır. Ancak bu etkilerinin daha güçlü desteklenmesi için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: SGLT2 inhibitörleri, lupus nefriti, ANCA ilişkili vaskülit



Şekil 1. Lupus nefriti hastasının başlangıç ve üçüncü aydaki proteinüri, kreatinin ve hastalık aktivitesi seyri



Şekil 2. ANCA ilişkili vaskülit hastasının başlangıç ve üçüncü aydaki proteinüri, kreatinin ve hastalık aktivitesi seyri

PS-025

Pulmoner hipertansiyonlu Behçet hastaları: Beş yıllık izlem

Mustafa Ekici[1], Alper Sarı[4], Erdinç Ünaldı[1], Berkan Armağan[3], Uğur Nadir Karakulak[2], Ali Akdoğan[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[3]Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[4]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Behçet hastalarında pulmoner hipertansiyonu (PH) olan hastaların klinik seyri konusunda bilgiler sınırlıdır. Daha önce yaptığımız çalışmada; transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile BH'de artmış sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) ≥40 mmHg sıklığını %11 (17/154) saptamıştık. Bu çalışmada sPAB yüksekliği saptadığımız hastaların fonksiyonel ve ekokardiyografik parametrelerini 5. yıl kontrolünde tekrar değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: PH saptanan 17 hasta 5. yıl izleminde tekrar muayeneye davet edildi. Muayeneye gelmeyen hastalara telefon ile ulaşıldı. Hastaların fonksiyonel sınıfları, kardiyovasküler olay/cerrahi öyküleri ve güncel tedavileri sorgulandı. Kontrole gelen hastalar ayrıca TTE ile değerlendirildi.

Bulgular: Beş yıl sonunda tüm hastalar hayattaydı. On yedi hastadan 13'ü kontrole geldi. İkisine telefon ile ulaşıldı. İki hastanın ise bilgileri elektronik kayıt sisteminden elde edildi. İlk çalışmada sPAB yüksek saptanan hastaların 8'i grup 2, biri grup 3, 4'ü grup 4 (pulmoner arter tutulumu) ve 1'i grup 2-4 PH olarak değerlendirilmişti. Üç hastada ise PH grubuna karar verilememişti. PH saptanan hastaların 5 yıl sonrası klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Başlangıçta grup 2 ve grup 3 PH olarak değerlendirilen 9 hastanın 8'i TTE ile değerlendirildi. Bu hastalardan başlangıçta semptomatik olan (WHO-FC ≥2) 5 hastadan sadece 1'i son kontrolde semptomatikti, bu hastada da fonksiyonel sınıf kötüleşmemişti. Bu hastaların 6'sında sPAB 40 mmHg altına inmişti, 2'sinde sPAB ≥40 mmHg idi ancak başlangıca göre artış göstermemişti. Başlangıçta grup 4 PH olarak değerlendirilen 4 hastanın 2'sinde endarterektomi yapılmıştı. Bu hastaların son kontrolde sPAB değerlerinde başlangıca göre azalma izlendi ancak hala ≥40 mmHg idi. Diğer 2 hastada ise sPAB 40 mmHg altına inmişti. Endarterektomi yapılan 2 hasta son kontrolde de semptomatikti, ancak FC'de kötüleşme yoktu. Diğer 2 hastanın FC'lerinde değişim yoktu. Endarterektomi yapılan bir hastaya (hasta 2) daha sonra mitral darlık nedenli kapak replasmanı yapıldı (Tablo 1).

Sonuç: Behçet hastaları PH nedenlerine göre sınıflandırıldığında yalnızca grup 4 PH'ye sahip hastalarda ilerleyici PH izlendi. Diğer PH gruplarındaki hastalar genellikle asemptomatikti. BH'de grup 1 PH gelişme olasılığı düşüktür; 5 yıl süre içerisinde hiçbir hastamızda hızlı kalp yetmezliğine neden olan klinik tablo gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pulmoner hipertansiyon, transtorasik ekokardiyografi

PS-026

Çok uluslu, prospektif, gözlemsel bir çalışmanın 12 aylık Avrupa verilerine göre romatoid artritte barisitinibin etkinliği ve bırakılmasına kadar geçen süre

Rieke Alten[1], Gerd R. Burmester[2], Marco Matucci-Cerinic[3], Andrew Östör[4], Liliana Zaremba-Pechmann[5], Tamas Treuer[6], Khai Jing Ng[6], Jens Gerwien[6], Kathryn A. Gibson[6], Bruno Fautrel[7], Zeynep Eylül Özmen[8,*]

[1]Berlin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Schlosspark-klinik, İç Hastalıkları ve Romatoloji Anabilim Dalı, Berlin, Almanya

[2]Charité Universitätsmedizin Berlin, Romatoloji ve Klinik İmmünoloji Anabilim Dalı, Berlin, Almanya

[3]Florence Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Floransa, İtalya; Irccs San Raffaele Hastanesi, Alerji, Nadir Hastalıklar (UNIRAR) ve İmmünoloji, Romatoloji Bölümü, Milan, İtalya

[4]Cabrini Hospital, Monash University & Emeritus Research, Melbourne, Avustralya

[5]Haapacs Gmbh, Schriesheim, Almanya

[6]Eli Lilly and Company, Indianapolis, ABD

[7]Sorbonne University-Assistance Publique Hôpitaux De Paris, Pitie Salpetriere Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı; Pepites Team, Pierre Louis Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı Enstitüsü, Paris, Fransa

[8]Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

**Yazar olmayıp sunumu yapan kişi*

Amaç: Bu analizde BARI, biyolojik bir hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) veya herhangi bir diğer hedefli sentetik tsDMARD kullanmaya ilk kez başlanmasından sonra 12 aylık tedavinin ardından etkinlik ve tedaviyi bırakmaya kadar geçen süre bildirilmektedir.

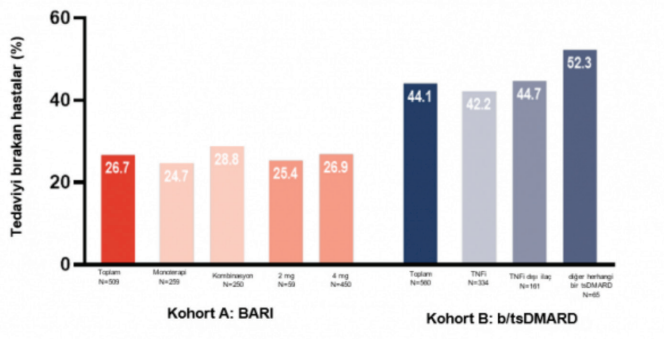
Yöntem: Kohort A'daki hastalar BARI (monoterapi olarak 2 mg veya 4 mg ya da herhangi bir csDMARD ile kombinasyon halinde) ile tedaviye başlarken kohort B'deki hastalar herhangi bir bDMARD (TNFi veya TNFi olmayan) veya başka bir tsDMARD ile tedaviye ilk kez başlamak üzere iki kohort değerlendirilmiştir.

Tedaviye başlama ve değişiklikler hastanın veya hekimin takdirine göre gerçekleşmiştir. Kohort A'daki hastalarda (BARI 2 mg veya 4 mg ile monoterapi veya kombinasyon tedavisi alan hastalar dahil) ve kohort B'deki (bDMARD ve diğer herhangi bir tsDMARD) hastalarda tedaviyi bırakma kadar geçen süre, hem bDMARD kullanmamış hem de kullanmış hastalar arasında analiz edilmiştir. Düşük hastalık aktivitesi (LDA) ve remisyon ile ilgili yanıt oranları, 12. aydaki Klinik Hastalık Aktivitesi İndeksi kullanılarak belirlenmiştir. Her iki kohort için steroid kullanımına ilişkin veriler toplanmıştır. Bu önceden belirlenmiş ara dönem analizinde, herhangi bir çıkarımsal test olmaksızın özet istatistikler kullanarak tanımlayıcı 12 aylık veriler bildirilmektedir.

Bulgular: On ikinci ayda, monoterapi (%24,7) veya herhangi bir csDMARD ile kombinasyon tedavisi (%28,8) alan benzer oranda hastanın 2 mg (%25,4) ve 4 mg (%26,9) BARI tedavisini bıraktığı kaydedilmiştir (Şekil 1). Kohort B'de sırasıyla TNFi, TNFi dışı ilaç ve diğer herhangi bir tsDMARD kullanan hastaların %42,2'si, %44,7'si ve %52,3'ü 12 ayda tedaviyi bırakmıştır (Şekil 1). Her iki kohortta, daha önce b/tsDMARD tedavisi almamış hastaların tedaviyi bırakma olasılığı en düşükken, daha önce ikiden fazla b/tsDMARD tedavisi almış olanların tedaviyi bırakma olasılığı en yüksek olarak saptanmıştır (Şekil 2). Tedaviyi bırakmanın en yaygın nedenleri arasında primer yanıtsızlık (Kohort A: %6,3; Kohort B: TNFi; %8,3, TNFi dışı ilaç; %10,6, diğer herhangi bir tsDMARD; %10,6) ve advers olaylar (Kohort A: %6,3; Kohort B: TNFi; %5,1, TNFi dışı ilaç; %7,5, diğer herhangi bir tsDMARD; %13,6) yer almıştır. On ikinci ayda remisyon oranlarının BARI, TNFi, TNFi dışı ilaç ve diğer herhangi bir tsDMARD ile monoterapi alanlarda sırasıyla %21,8, %18,0, %4,0 ve %18,2 olduğu görülmüştür. Kombinasyon tedavisinde remisyon oranları BARI, TNFi, TNFi dışı ilaç ve diğer herhangi bir tsDMARD ile tedavi edilen hastalar için sırasıyla %26,2, %19,0, %15,9 ve %13,6 olmuştur (Şekil 3). On ikinci ayda, Kohort A ve Kohort B'deki hastaların sırasıyla %31,8'i ve %36,0'ı devam eden steroid kullanımı bildirmiş ve başlangıca göre sırasıyla %25,9 ve %18,0 oranında azalma olduğu kaydedilmiştir.

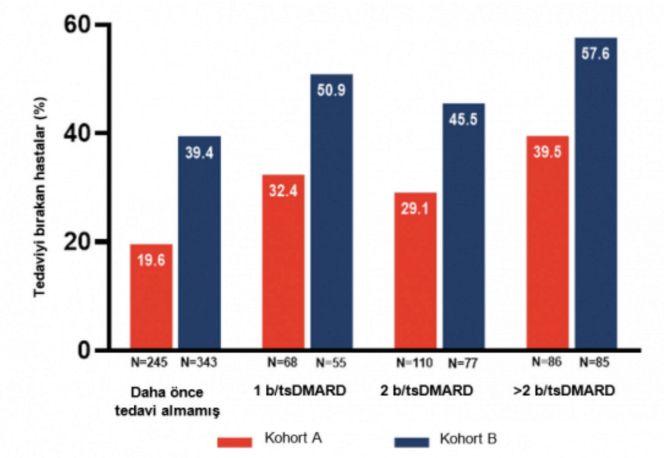
Sonuç: Popülasyonun daha yaşlı ve daha fazla bDMARD deneyimi olan hastalardan oluşmasına rağmen, BARI ile tedavi edilenlerde kohort B'dekilere kıyasla tedaviyi bırakma oranının daha düşük, remisyon oranının ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Tedaviyi bırakma oranı, BARI dozundan ya da monoterapi veya kombinasyon tedavisinde kullanılmasından bağımsız olarak tutarlı bulunmuştur. BARI ile tedavi edilen hastalar için 12. ayda sayısal olarak daha düşük tedaviyi bırakma oranları görülmek üzere, bu oranların iki kohortta da önceki b/tsDMARD sayısıyla birlikte arttığı kaydedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Avrupa popülasyonu, barisitinib



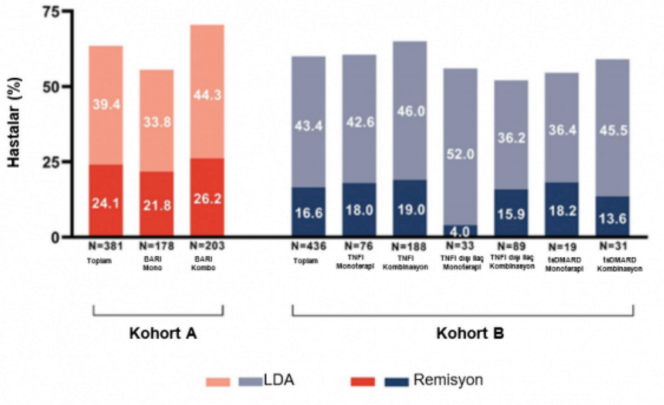
Dipnot: Değerler, her bir kohorttaki yüzde olarak sunulmuştur. BARI; barisitinib, b/tsDMARD; biyolojik/hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, Mono; monoterapi, Kombo; herhangi bir konvansiyonel sentetik DMARD ile kombinasyon tedavisi, TNFi; tümör nekroz faktörü inhibitörü, tsDMARD; hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç.

Şekil 1. Kohort A ve kohort B'de RA tedavisini 12 ayda bırakan hastaların yüzdesi



Dipnot: Değerler, her bir kohorttaki yüzde olarak sunulmuştur. BARI; barisitinib, b/tsDMARD; biyolojik/hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç.

Şekil 2. Önceki b/tsDMARD deneyimine dayalı olarak RA tedavisini 12 ayda bırakan hastaların yüzdesi



Dipnot: Değerler, her bir kohorttaki yüzde olarak sunulmuştur. BARI; barisitinib, Mono; monoterapi, Kombo; herhangi bir konvansiyonel sentetik DMARD ile kombinasyon tedavisi, TNFi; tümör nekroz faktörü inhibitörü, tsDMARD; hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç.

Şekil 3. Kohort A ve kohort B'de 12 ayda remisyon ve düşük hastalık aktivitesi (LDA) elde eden hastaların yüzdesi

PS-027

Çocuk romatoloji uygulamasında kanakinumab kullanımı, uzun dönem etkinlik ve güvenilirliği: Tek merkez deneyimi

Elif Kılıç Könte, Kübra Uçak, Aybüke Günalp, Esma Aslan, Ecenur İzzete Derelioğlu, Damla Gürleyik, Fatih Haşlak, Mehmet Yıldız, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kanakinumab IgG yapısında bir insan monoklonal antikorudur, otoenflamatuvar hastalıklar ile sistemik jüvenil idiyopatik artrit (SJIA) tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde kanakinumab kullanan hastaların düzenli kontrollerindeki ilaç yanıtını ve kanakinumabın güvenlik profilini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2015-2022 tarihleri arasında kanakinumab tedavisi alan 215 hasta dosyası geriye dönük olarak incelendi. İzlemi süren hastalar poliklinik kontrolü ile, izlemi sonlanan hastalar telefonla aranarak kanakinumab kullandığı döneme ait yan etkileri ve sonrasında aldıkları ek tanılar sorgulandı. Yaşamını yitiren üç hasta ile bilgilerine ulaşılamayan hastalar dışlandıktan sonra 189 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 115'i kız 74'ü erkekti. Semptom başlangıç yaşı 2 (1-17) yıl, tanı yaşı 4 (1-17) yıldı. Yüz altı (%56,1) hastaya kolşisin direnci, 11 hastaya anakinra lokal reaksiyonu sonrası, 72 hastaya AAA dışı tekrarlayan otoenflamatuvar hastalıklar nedeniyle tedavi başlandı. Kanakinumab birikimsel dozu 2.400 (240-18.000) mg bulundu. Hastaların %15,9'unda kullandığı dönemde en az bir kez hastane yatışı vardı. Altı hastada sistemik reaksiyon, 15 hastada yerel reaksiyon, 18 hastada PPD pozitifliği ve 10 hastada ciddi COVID-19 enfeksiyonu öyküsü vardı. Prepubertal-pubertal dönemde tedavi gören 124 hastanın 2'si (%1,6) gecikmiş puberte nedeniyle izleme alındı (Tablo 1). Kanakinumab kullanılan dönemde geçirilen enfeksiyonlar ile kanakinumab kümülatif dozu arasında istatistiksel anlam bulunamadı (Tablo 2). Tekrarlı ölçümlerle bakılan sedimentasyon, CRP, idrarda proteinüri ölçümü ile hekim/aile GAS skorlaması istatistiksel anlamlı sonuçlandı. Kanakinumab kullanımı sonrası izlemde 3 hasta yangısal barsak hastalığı, 1 hasta sistemik lupus eritematozus, 2 hasta lenfoma, 1 hasta overde kitle, 1 hasta alopesi areata, 2 hasta epilepsi tanısı aldı. İki hastanın kanakinumab sonrası sJIA atağı yineledi. Hastaların tedavi sonrası aldıkları tanıları doz bağımlı değildi (Tablo 3).

Sonuç: Çalışmamızda tedavi başlangıç semptomlarında iyileşme ve akut faz yanıtında istatistiksel anlamlı düşme olması kanakinumab tedavisinin etkili bir tedavi olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda kanakunimab kullanımı ile çok az sayıda yan etki gerçekleşmiş olması ilacın güvenli olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Anti-IL-1, Ailevi Akdeniz Ateşi, otoenflamatuvar hastalıklar

Tablo 1. Kanakunimab tedavisi alan hastaların demografik özellikleri

Cinsiyet	
Kız	115(%60,8)
Erkek	74(%39,2)
Semptom Başlangıç Yaşı(yıl)(ortanca)	2(1-17)
Tanı Yaşı(yıl)(ortanca)	4(1-17)
Kanakinumab kümülatif dozu(mg)(ortanca)	2400(240-18000)
Kullandığı dönem hastane yatışı	30(%15,9)
Sistemik reaksiyon	6(%3,2)
Enjeksiyon bölgesinde lokal reaksiyon	15(%7,9)
Ciddi Covid enfeksiyonu	10(%5,3)
Ppd pozitifliği	18(%9,5)
Üst Solunum yolu enfeksiyonu/yıl(ortanca)	3(1-16)
Alt solunum Yolu enfeksiyonu	13(%6,8)
İdrar Yolu Enfeksiyonu	29(%15,3)
Lenfadenit	6(%3,1)
Pubertede gecikme* (n:124)	2(%1,6)

*prepubertal-pubertal dönem tedavi alanlar sorgulandı

Tablo 2. Kanakinumab kullanıldığı dönemde geçirilen enfeksiyonlar

	N(%)	KÜMÜLATİF KANAKİNUMAB DOZU (P)
İYE	29(%15,3)	
OTIT	2(%1)	
GINGIVIT	2(%1)	
LENFADENIT	6(%3,1)	
AGE	1(%0,5)	
TOTAL	189	0,85*

İYE. Idrar yolu enfeksiyonu

AGE. Akut gastroenterit

*Kruskal Wallis testi uygulandı

Tablo 3. Kümülatif doz kanakinumab-prednizolon yan etki korelasyonu

	Kümülatif Kanakinumab Dozu							
	<1000mg		1000-5000 mg		5000-1000mg		>10000mg	
Kümülatif Prednizolon dozu	**N: 45**		**N:125**		**N:15**		**N:3**	
Tedavi almayanlar n:119	Lenfoma	24	IBH Ovaryan kitle Epilepsi(2)	83	Lenfoma	10	----	2
<1000 mg N: 13	Alopesi areata	7	IBH SLE	6	----	0	----	0
1000-5000 mg N: 21	----	6	IBH	13	----	1	----	1
5000-10000mg N: 31	sJIA atağı(2)	7	Osteoporoz Otizm	20	----	4	----	0
>10000 mg N:5	-----	1	----	4	----	0	----	0

IBH: Inflamatuar Barsak Hastalığı

sJIA: Sistemik Juvenil Idyopatik Artrit

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

PS-028

ANCA ilişkili vaskülit hastalarında ciddi enfeksiyon sıklığı ve ciddi enfeksiyon ile ilişkili risk faktörleri: Tek merkez deneyimi

Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioğlu, Gamze Akkuzu, Fatih Yıldırım, Rabia Deniz, Burak İnce, Gül Güzelant Özköse, Kübra Kalkan, Cemal Bes

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

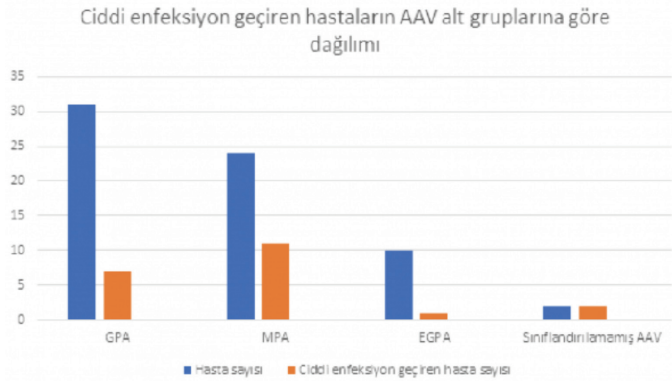
Amaç: ANCA ilişkili vaskülit hastalarında tanı ve takip sırasında ciddi enfeksiyonlar önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Bu çalışmamızda, kliniğimizde ANCA ilişkili vaskülit tanısı ile takipli olan hastalarda hastalık seyri boyunca gelişen ciddi enfeksiyonları ve bu enfeksiyonlarla ilişkili risk faktörlerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, 2012 Chapel-Hill vaskülit sınıflama kriterlerine göre kliniğimizde ANCA ilişkili vaskülit tanısı almış olan 67 hasta dahil edildi. Yatış gerektiren ve/veya intravenöz antimikrobiyal tedavi gerektiren enfeksiyonlar ciddi enfeksiyon olarak tanımlandı. Hastaların tanı yaşı, takip süresi, takip sırasındaki BVAS skorları, remisyon indüksiyonu ve idame için almış oldukları tedaviler, plazmaferez, diyaliz gereksinimi, alevlenme durumları, güncel BVAS skorları, akciğer, böbrek, periferik ve santral sinir sistemi tutulumu, tanı sırasındaki kreatinin düzeyleri, hipogamaglobulinemi (IgG <6) varlığı değerlendirildi. Renal tutulum, diffüz alveolar hemoraji, kardiyak tutulum, santral sinir sistemi tutulumu ve mononöritis multipleks gibi tutulumlardan herhangi birisinin varlığı majör organ tutulumu olarak değerlendirildi. Hastalığın ağırlığı, kullanılan tedaviler gibi durumların ciddi enfeksiyon sıklığı üzerine etkisi incelendi.

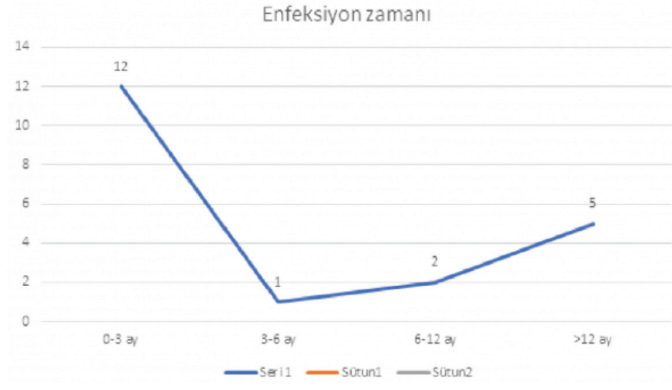
Bulgular: Çalışmaya alınan 67 hastanın %46'sı (n=31) granülomatöz polianjiit, %36'sı (n=24) mikroskopik polianjiit (MPA), %15'i (n=10) eozinofilik granülomatöz polianjiit ve %3'ü (n=2) sınıflandırılamamış ANCA ilişkili vaskülit tanılıydı. MPA hastalarında ciddi enfeksiyon sıklığı diğer hasta gruplarına göre daha fazlaydı (p=0,02) (Şekil 1). Altmış yedi hastanın %31'inde ciddi enfeksiyon gelişmiş olduğu ve enfeksiyonların büyük çoğunluğunun ilk 3 ayda gelişmiş olduğu görüldü (Şekil 2). Diyalize giren (%42 vs. %4, p=0,001), kronik renal yetersizliği olan (%71 vs. %26, p=0,001) hastalarda ciddi enfeksiyon sıklığının daha fazla olduğu saptandı. Kardiyak tutulumu olan hastalarda kardiyak tutulum olmayanlara göre (%19 vs. %2, p=0,03), majör organ tutulumu olan hastalarda majör organ tutulumu olmayan hastalara göre (%37 vs. %7, p=0,049) (Tablo 1) ve tanı sırasında BVAS skoru yüksek olan hastalarda (17,4±8,3, 12,9±7,3, p=0,03) ciddi enfeksiyon sıklığının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 2). İndüksiyon sırasında verilen pulse glukokortikoid, siklofosfamid, rituksimab tedavisi ile ciddi enfeksiyonlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 3).

Sonuç: ANCA ilişkili vaskülit hastalarında ciddi enfeksiyon oranını ve bununla ilişkili faktörleri inceleyen tek merkezli ve retrospektif çalışmamızda, tanı sırasındaki BVAS skorlarının, güncel BVAS skorlarının, herhangi bir dönemde diyaliz gerekliliğinin, kardiyak tutulum varlığının, kronik renal yetersizlik gibi durumların artmış ciddi enfeksiyon riski ile ilişkili olduğu saptandı. İndüksiyon tedavisi sırasında pulse glukokortikoid tedavisine ek olarak verilen siklofosfamid ile rituksimabın ise kendi aralarında mukayese edildiklerinde ciddi enfeksiyon riski açısından aralarında bir fark olmadığı tespit edildi. Aynı şekilde idame tedavi olarak verilen mikofenolat mofetil, azatiopurin tedavilerinin ciddi enfesiyon ile ilişkisi gösterilemedi.

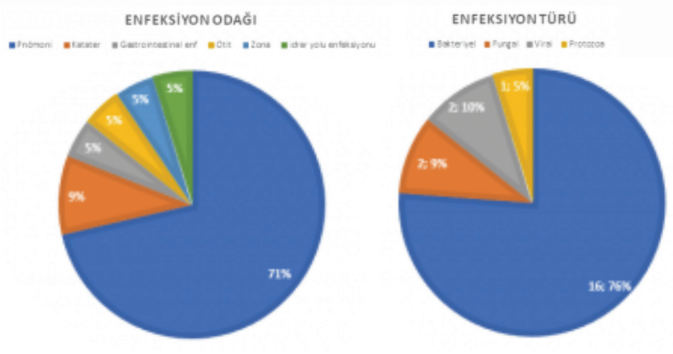
Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülitler, ciddi enfeksiyon, renal yetersizlik



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-029

Klinisyene göre enflamatuvar bel ağrısı olan hastalar aksiyel spondiloartrit hastalarından farklı mıdır?

Halil İbrahim Yiğit Atlı, Hasan Kocaayan, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Esra Erpek, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Klinisyene göre enflamatuvar bel ağrısı (İBA) olan ve aksiyel spondiloartritli (axSpA) hastaların klinik özellikleri ve kriter setleri ile İBA karakterlerinin değerlendirilmesidir.

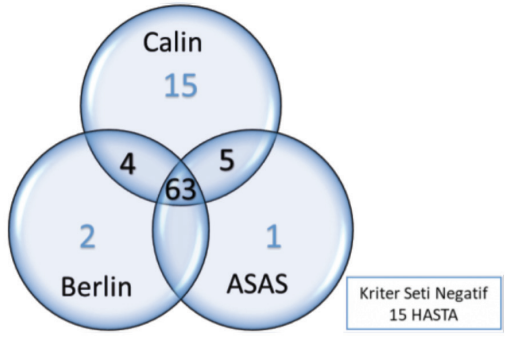
Yöntem: Tek merkez axSpA kohortunda takip edilen spondiloartrit olarak sınıflandırılamayan İBA tanımlayan 105 hasta (yaş: 34,95±11,20; kadın: 75, %71,4) ile ASAS kriterlerine göre sınıflandırılmış 568 axSpA tanılı hasta (yaş: 34,61±11,56; kadın: 215, %37,9) çalışmamıza dahil edildi. AxSpA tanılı hastaların %65'i radyografik axSpA olarak sınıflandırılmıştır. Hastalar standart bir form aracılığı ile değerlendirildi. Demografik, klinik özellikleri, aktivite, yaşam kalitesi ve laboratuvar ölçümleri elde olundu. İBA için Calin, Berlin ve ASAS kriterleri sorgulandı.

Bulgular: İBA grubunda daha yüksek kadın hasta oranı (%71,4 vs. %37,9; p<0,001) ve daha yüksek eğitim düzeyi gözlendi (p<0,001). axSpA grubunda ise daha yüksek vücut kitle indeksi (p=0,049) ve daha uzun semptom süresi saptandı (p<0,001). Diğer demografik verilerde ise anlamlı bir fark görülmedi. axSpA grubunda artrit (p<0,001), entezit (p=0,006) ve üveit (p=0,001) varlığı klinisyene göre İBA tanısı alanlara göre anlamlı oranda daha sık tespit edildi. Yine HLA B27 sıklığı (p<0,001) ve CRP değerleri (p<0,001) axSpA da daha yüksek oranda bulundu. Aktivite ölçümlerine bakıldığında, BASDAI ve ASDAS-CRP total skorları benzer görülmekle birlikte yüksek aktivite durumundaki (BASDAI >4) hasta oranı ilginç şekilde İBA grubunda daha fazlaydı (p=0,049).

İBA karakteri kriter setleri ile değerlendirildiğinde, ASAS ve Berlin kriter setlerini karşılama oranı axSpA hastalarında daha yüksek saptanmıştır (<0,001). Buna karşın Calin kriter setine göre anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,120). Calin kriterlerindeki sabah tutukluğunda gruplar arası bir fark yokken; Berlin kriterlerindeki sabah tutukluğu sorusunda anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (p=0,040).

Sonuç: İBA genellikle spondiloartritlerin önde gelen belirtisidir ve hekimler her zaman farkında olmalıdır. Doğru tanı için İBA mekanik ağrılardan ayırt edilmelidir. Kohortumuzda uzman görüşüyle İBA olduğu düşünülen 15 hasta kriter setleriyle değerlendirildiğinde İBA olarak sınıflandırılamamaktadır. İBA'ya sahip hastalar uzun süreçte diğer semptom ve bulguların eklenmesiyle axSpA olarak sınıflandırılabilmektedir. Bizim kohortumuzda Calin kriter seti kullanıldığında gruplar arasında fark saptanmazken; Berlin ve ASAS kriter setlerinde anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca egzersizle düzelme, 40 yaş altında başlangıç, sabah tutukluğunun 30 dakikadan uzun sürmesi ve alterne olan kalça ağrısının İBA/axSpA ayrımında daha ön gördürücü olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, İBA, Calin, Berlin, ASAS



Şekil 1. Klinisyene göre İBA tanısı alan hastaların kriter setlerine göre dağılımı

PS-030

Silikon implantlar ve romatizmal hastalıklar

Mehmet Soy[1], Seher Küçükoğlu Cesur[1,2], Hüseyin Akyol[1,3]

[1]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Rekonstrüktif ya da meme büyütme amaçlı olarak yapılan meme implantları 18 yy. sonlarından beri uygulanmaktadır. 1962 yılından itibaren bu amaçla en sık kullanılan malzeme silikon jel implantlardır. İlk zamanlarda bildirilen yan etkiler nedeni ile 1992'de kullanımdan çekilmiş iseler de 2006'da yeniden FDA onayı almışlardır. Amerikan Plastik Cerrahi Derneği'nin 2022 raporuna göre meme büyütme, en popüler plastik cerrahi prosedürlerinden biri olmayı sürdürüyor ve yıllık 298.568 yeni olgula yine ilk beşte yer alıyor (Şekil 1). Dünyanın kalan yerinde da giderek artan sıklıkta silikon meme implantları (SMI) uygulanmaktadır. Ülkemizde de son zamanlarda artmış bir talep söz konusudur. Buna paralel olarak romatoloji kliniklerinde daha sık olarak öncesinde SMI öyküsü olan enflamatuvar romatizmal hastalık (IRH) olguları görmekteyiz. Bu implantlar sonrasında gelişen IRH'ler son zamanlarda literatürde daha sık yer almaya başladı. En sık olarak Sjögren sendromu, skleroderma, mikst bağ dokusu hastalığı (MBDH) ve sarkoidoz ile ilişkili olarak bildirilse de başka birçok değişik IRH'de bildirilmiştir. Örneğin; mikroskobik polianjiit, Takayasu arteriti, az sayıda olsa da erişkin başlangıçlı Still hastalığı, miyozit ve akciğer fibrozisi, jeneralize lenfadenopati ile sarkoidoz veya memede sarkoidoz, interstisyel akciğer hastalığı, faktöre karşı antikor gelişimi sonucu kazanılmış, A tipi hemofili VIII. Ek olarak, SMI rüptürünü takiben hızla gelişen deri sklerozu olan 52 yaşındaki başka bir kadın hastada skleroderma böbrek krizi bildirilmiştir. Üstelik 2011'de Shonfeld ve ark.'ları tarafından tanımlanan spesifik bir sendrom, adjuvanlara (aşılara eklendiğinde potensi artırmayı ve bağışıklık sistemini güçlü bir şekilde uyarması amaçlandığı gibi işlev görmesine yardımcı olmayı amaçlayan bir materyal) maruziyet sonrası, otoimmün/enflamatuvar sendromu (ASIA) bildirilmiştir. Sarkoidoz, silikon implant uyumsuzluk sendromu, Sjögren sendromu, MBDH ve immün ilişkili advers olaylar Shonfield ve ark. tarafından AISA'nın en tipik 5 örneği olarak rapor edilmiştir. Daha sonra uluslararası katılımlı çalışma ile çok sayıda ASIA olgusunun dökümü yapılmıştır. Olguların %90'a yakını kadın ve ortalama 40'lı yaşlarda tanı konmuştur. Hepatit B ve influneza aşıları, hyalüronik asit dolgular ve mineral yağlar, poliakrilamid ve daha bir çok değişik kimyasal maddeler muhtemel başlıca nedenler olarak bildirilmiştir. Silikon implantlar %12,5 kadar olguda sorumlu tutulmuştur. Nitekim son çalışmalar en güçlü skleroderma, Sjögren sendromu ve sarkoidoz ile olmak üzere SMI'lar ile IRH'ler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Çeşitli meslek gruplarında maruz kalınan silikonun neden olduğu silikozis konusu ülkemizde genişçe araştırılmış ise de silikon implantları konusu ülkemizde yeterince araştırılmamıştır. Burada romatoloji polikliniğimize çeşitli nedenlerle başvuran ve öyküsünde estetik amaçlı olarak SMI yaptırdığı öğrenilen hastalarımızın klinik ve laboratuvar özellikleri gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza 2017 Ocak-2023 Temmuz tarihleri arasında rutin romatoloji polikliniğinde başvuran, estetik amaçlı SMI öyküsü olan ve romatizmal hastalık tanısı konulan kadın hastalar dahil edildi. Bu amaçla hastaların rutin romatoloji polikliniğine ilk başvuru ve takipleri sırasında deneyimli bir romatolog tarafından sorgulandı, şikayetleri ve fizik muayene bulgularına göre rutin laboratuvar tetkikleri ve gerekiyorsa ek tetkikler yapıldı. Ayrıca hastanın varsa hyalüronik asit (dudak veya yüz dolgusu amacıyla uygulanan) öyküsü de alındı. Kanser cerrahisi sonrasında SMI uygulanmış olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: Toplam 28 kadın hastada SMI öyküsü mevcuttu. Bu olguların 22 tanesinde önce meme silikonu takılmış daha sonra romatizmal hastalık tanısı konmuştur (Grup 1). Kalan 6 hasta ise bilinen bir romatolojik hastalığı var iken meme silikonu taktırmış idi (Grup 2).

Grup1:

Ortalama yaş; 41,20±8,32 (28-59) yıl idi. Silikon meme implantlarından ortalama 2,84±2,03 (1-8) yıl sonra yakınmaları başlamıştı. On üç olguda sigara içme ve 1 olguda ailede otoimmün hastalık öyküsü vardı. Yedi olguda aynı zamanda dudak ve/veya yüzde hyalüronik asit dolgusu mevcuttu. Başvuru yakınmalarının dağılımı; eklem ağrısı: 17, döküntü: 6, Sicca yakınmaları: 6, Raynoud: 2, kas ağrısı: 8 olguda vardı. Bu gruptaki olguların 4'ünde sadece kas eklem ağrıları vardı ve otoantikorları negatif idi.

Başvurdukları dönemde laboratuvar sonuçları; ANA pozitifliği: 11; anti-Ro: 5; anti-La: 2; antiRNP: 2; anti-sentromer; 2; RF: 0, ACPA: 0 idi. Grup 1'de saptanmış olan hastalıkların dağılımı; Sjögren sendromu: 4 (bir hastada SjS ve SPA beraberliği vardı); MBDH: 2; skleroderma: 1; sistemik lupus eritematozus: 1; diskoid lupus eritematozus: 1; üst ekstremitede başka nedenle açıklanamayan dijital iskemik atak: 1; SPA: 3; allerjik deri döküntüleri ve ANA+; fibromiyalji: 4; lenfositik vaskülit: 1; izole Hashimoto tiroiditi: 2; 1 Sögren ve 1 MBDH olgusunda aynı zamanda Hashimoto tiroiditi vardı. İki hastanın implantları çıkarılmıştır. Bu hastalarda klinik ve serolojik düzelme saptanmıştır.

Grup 2:

Ortalama yaş; 38,00±6,45 (32-49) yıl idi. Halihazırda tanısı konmuş olan IRH: RA: 1, SPA: 2, FMF: 1 ve SLE: 1 hastası mevcuttu. Hastaların silikon implantlarından sonraki ortalama 2,66 (1-6) yıl takipleri sonrasında kliniklerinde anlamlı değişiklik yoktu. Tıbbi literatürde silikon jel dolgulu meme implantasyonu yapılan hastalarda enflamatuvar bağ dokusu hastalığının görülme sıklığının arttığını açıklayan olgu raporları ve çok büyük sayıda olguları içeren çalışmalar yayınlanmıştır. Silikon aynı zamanda olası bir adjuvan olarak adjuvanların neden olduğu otoimmün/ASIA ile de ilişkilendirilmiştir.

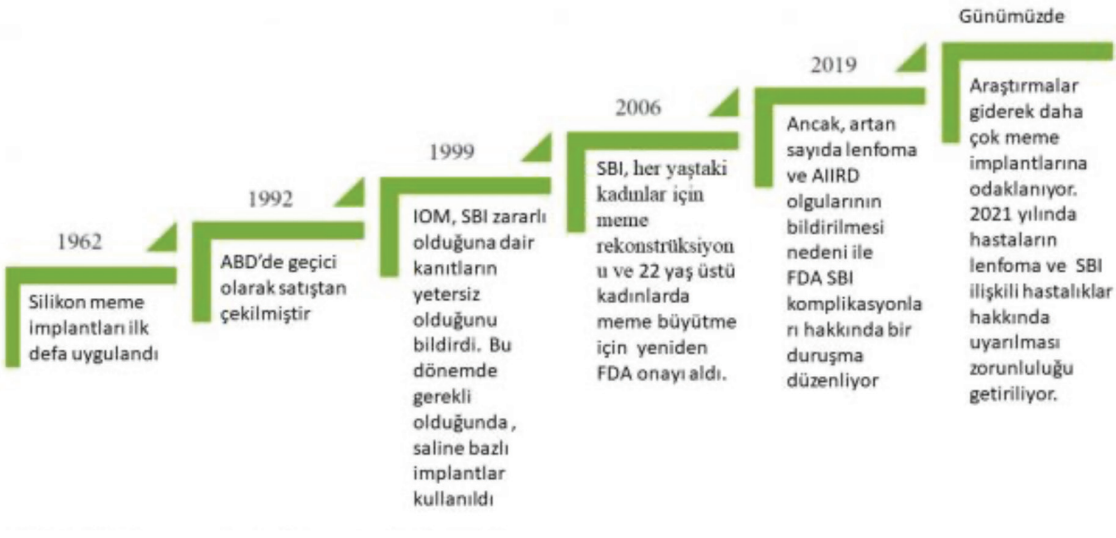
Balk ve ark. SMI olgularında uzun vadeli primer meme ve endometriyal kanser riskinde olası bir azalma olduğunu ve akciğer kanseri, Romatoid artrit, Sjögren sendromu ve Raynaud fenomeni riskinde artışla olası bir ilişki olduğunu bildirmiştir. 1994'te Teksas'ta ve 2004'te Hollanda'da rapor edilen iki ayrı SMI olgu grubunu içeren 200 olguluk seride (bunlardan biri transseksüeldi), olguların yaklaşık %80'inin kozmetik amaçlı SMI olduğu bildirildi. Bu kohorttaki hastaların SMI uygulanan ortanca yaşı 33 (14-56) yıl, SMI şikayetlerinin başlangıç yaşı 41 (20-68) yıl olup, şikayetleri SMI'dan ortalama 4 yıl sonra başlamıştır. Ancak SMI

ile ilişkili hastalığın tanısı için ortalama 13 yıl gerekiyordu. En sık görülen şikayetler lokal olarak gelişen kapsül kontraktürü ve/veya silikon implantın sızıntısı, memelerde hassasiyet, ağrı veya memelerde yanma ve şişme, enfeksiyonlar, meme uçlarında uyuşma veya meme uçlarından akıntı ve koltuk altı lenfadenopatisi ve terlemeydi. Teksas kohortunda IRH olgusu bildirilmezken, Hollanda olguları arasında 34 farklı IRH olgusu rapor edilmiştir. Bunlar sıklıkla Sjögren sendromu, sistemik sklerderma, romatoid artrit, SLE, antifosfolipid sendromu, sarkoidoz, Crohn hastalığı, Hashimoto tiroiditi gibi hastalıklardan oluşmaktadır. Birçok farklı ülkeden toplam 24.651 SMI olgusunun gerçek dünya verilerini inceleyen bir çalışmada, SMI ile en güçlü ilişki (OR >1,5, p<0,001) Sjögren sendromu, skleroderma ve sarkoidoz (OR sırasıyla; 1,58, 1,63 ve 1,98) için bildirilmiştir. Sunduğumuz 22 olgunun sonuçları literatür ile uyumlu idi. En sık Sjögren sendromu ve MBDH olgusu vardı. Bu serideki 7 olguda aynı zamanda hyalüronik asit dolgusu vardı. Hastalarımızın diş ve ortopedik amaçlı başka implantlarına dair öyküsünün alınmamış olması eksikliktir. Ayrıca son zamanlarda sıkça yapılan COVID-19, influenza gibi aşıların olası tetikleyici etkisi de göz ardı edilemez.

SMI ilişkili IRH tedavisi öncelikle SMI çıkarılmasını gerektirir. Literatürde bildirilen SMI çıkarılmış olguların yaklaşık %50'den fazlasında kadarında semptomların gerilediği bildirilmiştir. Silikon implantlar genelde komplikasyonsuz olarak çıkarılabilmektedir. İki olgumuzda implantlar çıkartılmıştır. MBDH tanısı koyduğumuz bir hastada ANA ve anti-Ro antikorları negatifleşmiştir. Diğerinin klinik olarak eklem ağrısı, deri döküntüleri düzelmiştir. Her iki hastada hidroksiklorokin tedavisi almıştır. Ayrıca önceden romatizmal hastalığı olup SMI taktırmış olan 6 hastamızın implantlardan sonraki ortalama 2,66 (1-6) yıl takipleri sonrasında kliniklerinde anlamlı değişiklik yoktu. SMI ile ilişkili immün hastalıkların gelişiminin altında yatan gerçek neden tam olarak bilinmemekle birlikte bazı olası mekanizmalar öne sürülmüştür. Silikonun başlangıçta biyolojik olarak inert olduğu düşünülüyordu. Ancak bugün silikonun bir adjuvan görevi görerek lokal ve hatta uzak lenf düğümlerine nüfuz ederek çeşitli bağışıklık reaksiyonlarına neden olabileceğini biliyoruz. Duyarlı bir bireyde bağışıklık sisteminin kronik olarak uyarılması sonucu memede otoimmün/enflamatuvar hastalıklara ve anaplastik büyük hücreli lenfomaya yol açabilir.

Sonuç: SMI'lardan sonra çeşitli IRH'ler gelişebilmektedir. Bu implantların takılmasından önce hastaların bu konularda bilgilendirilmiş olması ve takibi gereklidir. Semptomatik ya da tedavi yanıtsız olgularda implantların çıkarılması da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bu konunun daha geniş hasta gruplarında daha detaylı araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Silikon meme implantlar, enflamatuvar romatizmal hastalıklar



Suh LJ, etal. Breast Implant-Associated Immunological Disorders. J Immunol Res. 2022 May 4;2022:8536149.

Şekil 1. Silikon meme implantlarının tarihsel geçmişi

PS-031

Romatoid artrit-interstisyel akciğer hastalığında radyografik ilerleme için koruyucu olarak metotreksat: Karşılaştırmalı bir analiz

Mustafa Ekici[1], Yusuf Baytar[2], Ali Akdoğan[1], Gamze Durhan[2], Macit Arıyürek[2], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artritte (RA) eklem dışı tutulumun ana bölgesi akciğerlerdir. Bilgisayarlı tomografi (BT), RA hastalarında interstisyel akciğer hastalığının (İAH) saptanması ve ilerlemesinin değerlendirilmesi için geçerli bir yöntemdir. Buna dayanarak, BT'de radyografik progresyonu (RP) olan ve olmayan RA-İAH hastalarının özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif ve tanımlayıcı karakterdeki bu çalışmaya, Ocak 2010 ile Eylül 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran ve en az bir kez yüksek çözünürlüklü BT (YÇBT) çekilen RA hastaları alındı. Üç radyolog, en az bir takip BT'si olan RA-İAH hastalarının BT'lerini yeniden değerlendirdi. Akciğerler eşit dilimlerle üst, orta ve alt zonlara ayrıldı. İlerleme, aynı temel bulguların dikey olarak daha fazla bölgeyi tutması veya aynı bölgelerde bir önceki muayeneye göre daha şiddetli bulguların ortaya çıkması olarak tanımlandı. Klinik, laboratuvar ve mortalite verileri hastane ve ulusal kayıt sisteminden toplandı. Tek değişkenli analizle belirlenen olası faktörleri değerlendirmek için lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya analiz için 215 akciğer BT'si olan 104 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 70'i (%67,3) kadındı. RP 43 (%41,3) hastada görüldü. RP'ye kadar geçen medyan süre 8,5 yıldır (4,2-12,9). Tüm hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme verileri YÇBT'deki progresyona göre Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. Cinsiyet, buzlu cam opasitesi, akciğer grafisinde İAH, metotreksat kullanımı (ever), kategorize edilmiş İAH ve RA tanı yaşı çok değişkenli modelde değerlendirilmiştir. Erkek cinsiyet [OR: 3,9 (CI: 1,4-11,4)] ve akciğer grafisinde İAH [OR: 3,9 (CI: 1,1-14)] progresyon için bağımsız risk faktörleri iken, herhangi bir zamanda metotreksat kullanımı [OR: 0,28 (0,1-0,8)] progresyona karşı koruyucu bulunmuştur.

Tartışma: RA-İAH varlığında seçilecek tedavi konusunda şu anda bir fikir birliği bulunmamaktadır. RA-İAH hastalarında metotreksat rutin uygulamada tartışmalı olmakla beraber; sonuçlarımız metotreksatın İAH progresyonu için koruyucu bir ilaç olduğunu göstermektedir. Bu etki, İAH gelişimini önlemek ve oluşum süresini uzatmasıyla aynı şekilde, enflamasyonu azaltarak İAH'nin ilerlemesini azaltması olarak yorumlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, progresyon

PS-032

Behçet sendromu hastalarında adalimumab tedavisi altında *de novo* gelişen tutulumlar

Özge Sönmez[1], Sinem Nihal Esatoğlu[2], Elif Kaymaz[3], Didar Uçar[4], Yeşim Özgüler[1], Serdal Uğurlu[2], Emire Seyahi[2], İzzet Fresko[2], Melike Melikoğlu[2], Vedat Hamuryudan[2], Uğur Uygunoğlu[5], Zekayi Kutlubay[6], Gülen Hatemi[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[5]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

[6]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tümor nekroz faktör alfa inhibitörlerinden monoklonal antikorlar [infliksimab ve adalimumab (ADA)] Behçet sendromu (BS) tedavisinde en sık kullanılan biyolojik ajanlardır. BS'de farklı organ tutulumlarında ilaçların yanıtları farklılık gösterebilir. Biz bu çalışmada BS hastalarında ADA tedavisi altında *de novo* ortaya çıkan BS tutulumlarının sıklığını araştırmayı amaçladık.

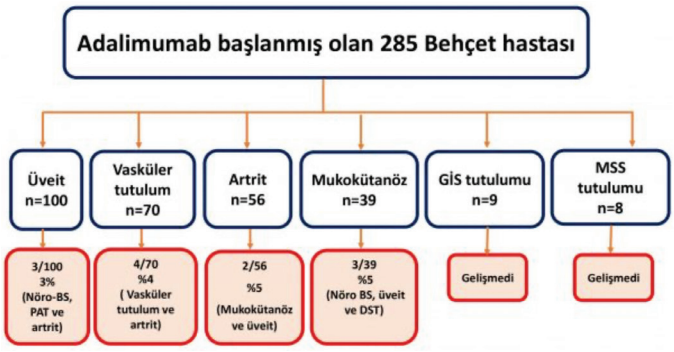
Yöntem: Kliniğimizde ADA tedavisi başlanmış olan 285 BS hastasının dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik verileri, ADA başlama endikasyonları, *de novo* tutulumlar ve tedavileri kaydedildi. *De novo* tutulum ADA başlanmadan önce var olmayan ve tedavi sırasında ortaya çıkan tutulumlar olarak tanımlandı. Vasküler tutulumu olan hastalarda başka bir damarda gelişen BS lezyonu da *de novo* tutulum olarak kabul edildi.

Bulgular: İki yüz seksen beş hastanın ADA başlanma endikasyonu 100 hastada üveit (%35), 70 hastada vasküler tutulum (%25), 56 hastada artrit (%20), 39 hastada mukokütanöz tutulum (%14), 9 hastada gastrointestinal tutulum (%3) ve 8 hastada merkezi sinir sistem tutulumuydu (%3). Beş hastada vasküler tutulum, 3 hastada artrit, 2 hastada üveit ve 2 hastada merkezi sinir sistem tutulumu olam üzere toplamda 12 (%4) hastada *de novo* tutulum gelişti (Şekil 1).

De novo tutulum geliştiren hastalarda ADA başlanma endikasyonu 3 hastada vasküler tutulum, 3 hastada artrit, 3 hastada üveit ve 2 hastada mukokütanöz tutulumdu. *De novo* tutulumlara yönelik 3 hastada ADA'nın tedavi aralığı 1 hafta olacak şekilde azaltıldı; 3 hastada ADA başka bir biyolojik ilaç ile değiştirildi (2 hastada infliksimab ve 1 hastada sertolizumab); 2 hastanın tedavisine kortikosteroid eklendi, bir hastaya azatiopurin ve yüksek doz kortikosteroid ve bir hastaya kolşisin başlandı. Anterior üveit olan iki hastaya topikal tedavi verildi.

Sonuç: ADA tedavisi altında 12 hastada *de novo* tutulum görüldü. Majör organ tutulumu en sık gelişen *de novo* tutulumdu ve sıklıkla da vasküler tutulumdu. Posterior üveit ADA altında hiçbir hastada gözlenmez iken, 2 hastada topikal tedaviye yanıt veren anterior üveit gelişti.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, adalimumab, *de novo*



Şekil 1.

PS-033

Aksiyel spondiloartritli hastalarda artmış IL33-soluble ST2 aksının klinik önemi

İrem Alkan Tekeş[1], Recep Yılmaz[2], Emine Uslu Yurteri[2], Serdar Sezer[3], Müçteba Enes Yayla[2], Tahsin Murat Turgay[2], Gülay Kınıklı[2], Aşkın Ateş[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: IL-33, IL-1 ailesine ait yeni tanımlanmış bir sitokindir, dendritik hücrelerde ve aktive makrofajlarda eksprese olur, doğal bağışıklık sisteminde önemli bir role sahiptir. ST2, IL-33'ün bilinen tek reseptörüdür. ST2 reseptörü, Toll-like reseptör ve IL-1 reseptör süper ailesinin bir üyesidir. Soluble ST2 ise IL-33 için tuzak reseptördür. Daha önce otoimmün ve bazı kronik enflamatuvar romatizmal hastalıklarda az sayıda çalışmada IL-33 ve sST2 ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada amacamız radyografik ve non-radyografik aksiyel spondiloartrit hastalarında IL-33-sST2 aksını değerlendirmektir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların periferik kan örnekleri IL-33 ve sST2 düzeyleri çalışılması için 8-12 saat açlık sonrası 5 mL aprotininli tüplere alındı. Bu serum örnekleri 30 dakika oda ısısında tutulup pıhtılaşması sağlandıktan sonra 5 dakika 2000 x g ile santrifüj edilerek serumları ayrıldı. Serum örnekleri steril pipet uçlarıyla steril ependorf tüplerine aktarılarak hasta alımı tamamlanana kadar derin dondurucuda -40 °C'de saklandı.

Çalışmaya 01.06.2021-1.12.2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 18 yaş ve üzerinde, American College of Rheumatology (ACR)/European League Against Rheumatism (EULAR) primer Sjögren sendromu 2016 sınıflandırma kriterlerine göre primer Sjögren sendromu tanısı almış 60 primer Sjögren sendromu hastası, modifiye New York sınıflama kriterlerine göre ankilozan spondilit tanısı almış veya aksiyel spondilartrit için ASAS sınıflandırma kriterlerini karşılayan 60 aksiyel spondiloartrit hastası ve kontrol grubu olarak herhangi bir romatolojik hastalık öyküsü ya da varlığı olmayan, aydınlatılmış onam formunu imzalayıp gönüllü olan 40 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplamda 160 kişi çalışmaya dahil edildi.

Modifiye New York kriterlerini karşılayan axSpA hastaları radyografik axSpA olarak, ASAS sınıflandırma kriterlerine göre radyografik sakroiliiti olmayan MR görüntülemesinde aktif enflamasyon bulgusu olan hastalar non-radyografik axSpA olarak kabul edildi.

Primer Sjögren sendromu veya aksiyel spondiloartrit dışında ek romatolojik hastalığı olanlar (sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, Behçet hastalığı gibi), örnek alınması anında aktif enfeksiyon durumu olanlar, 18 yaş altında olanlar ve çalışmaya katılmak istemeyenler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya alınan hastaların ayrıntılı ötküsü (demografik özellikleri, hastalık süresi, aldığı medikal tedaviler ve mevcut semptomları) alındı ve fizik muayenesi yapıldı.

Aksiyel spondiloartrit hastalarında hastalık aktivitesini değerlendirmede ise laboratuvar testlerinin yanı sıra Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) skalaları kullanılmış olup bu skalaya göre puan arttıkça hastalığın daha aktif olduğu bilinmektedir. BASDAI ≥4 yüksek hastalık aktivitesi (aktif hastalık), BASDAI <4 düşük hastalık aktivitesi (inaktif hastalık) olarak değerlendirildi.

Primer Sjögren sendromu, aksiyel spondiloartrit hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun serum örneklerinde IL-33 ve sST2 düzeyleri, çalışma gününde tüm serumlar çözülerek bir defada çalışıldı.

Human IL-33 ELISA kitinin ölçüm aralığı (detection range) 15,6 pg/mL-1000 pg/mL, minimum ölçülebilir düzeyi (sensitivity) 10 pg/mL iken human IL1RL1/ST2 ELISA kitinin ölçüm aralığı (detection range) 1560 pg/mL-10000 pg/mL, minimum ölçülebilir düzeyi (sensitivity) 10 pg/mL idi.

İstatistiksel Yöntem: Verilerin analizi IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 25 paket programında yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılmayan sayısal değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası aralık; ordinal ve kategorik değişkenler için ise frekans tabloları ile verildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılmayan sayısal değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ise yerine göre ki-kare ya da Fisher's testi kullanıldı. Gruplar arasında normal dağılmayan ikiden fazla sayısal değişkeni karşılaştırmada Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Spearman testi kullanılarak klinik değişkenler ve laboratuvar değişkenleri arasında korelasyon analizi yapıldı. P<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışmaya primer Sjögren sendromu tanısı olan 60 hasta, aksiyel spondiloartrit tanısı olan 60 hasta ve 40 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 160 kişi dahil edilmiştir.

Grupların serum IL-33 ve sST2 değerlerine bakıldığında PSS grubunun IL-33 ortanca değeri 11,88 pg/mL, axSpA grubunun ortanca IL-33 değeri 12,33 pg/mL ve kontrol grubunun ortanca IL-33 ortanca değeri 11,14 pg/mL olarak bulunmuştur. Gruplar arasında serum IL-33 değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. PSS grubunun sST2 ortanca değeri 96,3 pg/mL,

axSpA grubunun ortanca sST2 değeri 141,21 pg/mL ve kontrol grubunun ortanca sST2 değeri 59,72 pg/mL olarak bulunmuştur. sST2 değeri PSS ve axSpA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (sırasıyla; p=0,009 ve p<0,001). sST2 değerleri PSS ve axSpA grubunda karşılaştırıldığında axSpA grubunda PSS grubuna göre sST2 değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,011) (Tablo 1).

Aksiyel spondiloartrit hastaları radyografik ve non-radyografik olarak ayrı ayrı incelendiğinde hem r-axSpA grubunda hem de nr-axSpA grubunda serum sST2 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı bulunmuştur (p<0,001, p=0,007). Ayrıca r-axSpA hastalarında serum sST2 düzeyleri nr-axSpA grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,001). Her iki grup arasındaki serum IL-33 düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Aksiyel SpA grubundaki hastaların hastalık süresi ile serum IL-33 seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak serum sST2 seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastalık süresi arttıkça serum sST2 düzeyinin yükseldiği görülmüştür (p=0,015).

Aksiyel SpA hastalarında hastalık aktivitesini gösteren ölçekler olan BASDAI, BASFI, ASDAS CRP, ASDAS ESH değerleri ile serum IL-33 ve sST2 seviyeleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Hastalık aktivitesi ile serum IL-33 ve sST2 seviyeleri korele değildir.

Aksiyel SpA hastaları r-axSpA ve nr-axSpA grubu olarak ayrı ayrı incelendiğinde ise her 2 grupta da BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH ile serum IL-33 ve sST2 düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Her iki hasta grubunda hastalık süresi ile IL-33 seviyeleri arasında anlamlı ilişki saptanmazken, sST2 düzeyinin nr-AxSpA grubunda hastalık süresiyle anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

Aksiyel SpA hastalarının BASDAI skorlarına göre aktif (BASDAI ≥4) ve inaktif (BASDAI <4) hastalık olarak gruplandırılarak serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında BASDAI <4 olan ve BASDAI ≥4 olan grup arasında serum IL-33 ve sST2 düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla; p=0,47, p=0,70). Yine axSpA hastaları ASDAS-CRP skorlarına göre gruplandırılarak serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında ASDAS-CRP <2,1 (düşük hastalık aktivitesi) ve ASDAS-CRP ≥2,1 (yüksek hastalık aktivitesi) olan grup arasında serum IL-33 ve sST2 düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla; p=0,98, p=0,28)

Radyografik ve non-radyografik axSpA grubunda biyolojik ajan kullanımına göre serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında r-axSpA hastalarında biyolojik kullanan ve kullanmayan grupta serum IL-33 düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken (p=0,27) serum sST2 düzeyleri biyolojik ajan kullanan hastalarda daha yüksek olmakla birlikte anlamlı fark yoktur (p=0,62). Nr-axSpA grubunda biyolojik ajan kullanan ve kullanmayan hastaların serum IL-33 düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken (p=0,72) serum sST2 düzeyleri biyolojik alan hasta grubunda almayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 3).

Erkeklerde r-axSpA oranı %76,1 iken kadınlarda r-axSpA oranı %43,5 olarak bulunmuştur. Erkeklerde r-axSpA oranı, kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyete göre serum IL-33 ve sST2 düzeyleri karşılaştırıldığında r-axSpA grubundaki kadınların ortanca serum sST2 düzeyi 188,22 pg/mL iken erkeklerin ortanca serum sST2 düzeyi 334,9 pg/mL bulunmuştur. Radyografik axSpA grubunda erkeklerin serum sST2 düzeyi kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,034). R-axSpA grubunda kadınların serum IL-33 düzeyi ile erkeklerin serum IL-33 düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,22). Nr-axSpA grubunda ise kadınların ortanca serum IL-33 düzeyi 14,72 pg/mL iken erkeklerin ortanca serum IL-33 düzeyi 10,09 pg/mL bulunmuştur. Nr-axSpA grubunda kadınlarda serum IL-33 düzeyi erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,049). Nr-axSpA grubunda kadınların serum sST2 düzeyi ile erkeklerin serum sST2 düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,41).

En karakteristik enflamatuvar romatizmal hastalıklardan biri olan romatoid artritte IL-33 ve sST2 seviyelerinin sadece hastaların serumunda değil, aynı zamanda sinovyumlarında da önemli ölçüde arttığı ve daha yüksek seviyelerin, yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. 2011 yılında Han ve ark. yaptığı bir çalışmada serum IL-33 seviyelerinin AS hastalarında yüksek olduğu ve hastalık aktivitesi ile korele olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde Li ve ark. yaptığı bir çalışmada serum IL-33 seviyelerinin AS hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aktif AS olan hastalarda inaktif AS olan hastalara göre IL-33 seviyelerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda serum IL-33 düzeyi, axSpA tanısı ya da hastalık aktivitesi açısından ayırt edici özellikte bulunmadı. Hastaların klinik özellikleri (periferik artrit, üveit, entezit, daktilit, psöriyazis, Crohn, ülseratif kolit), aile öyküsü, ek hastalıkları, hastalık aktivitesini gösteren BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH ile serum IL-33 değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (p değerleri >0,05). Çalışmamızda serum IL-33 düzeylerinin axSpA tanısı, klinik özellikleri ve hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmaması; hasta grubumuzun nispeten küçük olması, dirençli hastalarda kullanılan biyolojik ajanların enflamasyonu baskılayarak enflamatuvar sitokinlerin salınımını azaltması, yine enflamasyonu baskılayabilecek NSAİİ ve steroid kullanımından kaynaklanıyor olabilir. AS hastalarında yapılan bir çalışmada 22 hastanın biyolojik ajan kullanmadan önce ve kullandıktan sonraki serum IL-33 ve sST2 seviyeleri karşılaştırılmış, serum IL-33 ve sST2 seviyelerinin biyolojik ajan tedavisi sonrası önemli ölçüde azaldığı görülmüştür.

Manetti ve ark., sistemik sklerozlu hastaların hedef organlarında sST2'nin anormal şekilde eksprese edildiğini bildirmiştir. Yapılan başka çalışmada sistemik lupus eritematozus ve enflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastalarda serum sST2 düzeyinin hastalık aktivitesi ile korele olduğu gösterilmiştir. Li ve ark. AS'li hastalarda yaptığı çalışmada ise ilk kez AS'li hastalarda serum sST2 seviyesinin sağlıklı kontrollere göre belirgin şekilde arttığı ve BASDAI, ESH, CRP, trombosit sayısı ile korele olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da serum sST2 düzeyleri axSpA hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aksiyel SpA hastaları radyografik ve non-radyografik grupta ayrı ayrı incelendiğinde ise r-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre serum sST2 düzeyi yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni r-axSpA grubunda enflamasyonun; entezis bölgeleri ve aksiyel iskelette yapısal hasarın daha şiddetli olması ile ilişkili olabilir. Bugüne

kadar literatürde r-axSpA ve nr-axSpA grubunda ayrı ayrı IL-33 ve sST2 düzeylerini karşılaştıran çalışma yoktur.

Çalışmamızda axSpA hastalarında hastalık süresiyle serum sST2 düzeyini korele bulduk. Bunu da hastalık süresi arttıkça enflamasyonun ve radyografik axSpA oranının artmasıyla açıklayabiliriz. Aksiyel SpA hastaları radyografik ve non-radyografik grupta ayrı ayrı incelendiğinde ise r-axSpA grubunda hastalık süresiyle serum IL-33 ve sST2 düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon yokken nr-axSpA grubunda hastalık süresi arttıkça serum sST2 düzeyinin arttığını saptadık. Bu durum hastaların radyografik bulgularının ortaya çıkışı için belirli bir süre geçmesi gerekliliği ve yapısal değişikliklerin gelişim sürecinde enflamasyonla ilişkili olarak sST2 düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanabilir. R-axSpA hastalarında yapısal hasar gelişmiştir ve enflamasyon yüksek seviyededir, bu evrede yapısal hasar zamanla daha yavaş seyirli olduğundan hastalık süresiyle serum sST2 düzeyi arasında korelasyon saptanmamış olabilir. Nr-axSpA grubundaki hastalarda ise henüz radyografik bulgular oluşacak kadar zaman geçmemiştir ve hastalık süresi uzadıkça enflamasyon devam ederek yapısal hasar gelişecektir ve bununla ilişkili olarak serum sST2 düzeyleri artmaktadır. Aksiyel SpA hastaları radyografik ve non-radyografik grupta ayrı ayrı incelendiğinde r-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre serum sST2 düzeyinin daha yüksek saptanması, sST2'nin yapısal hasar ve radyografik progresyonla ilişkili bir belirteç olduğunu destekler niteliktedir.

ST2, IL-33'ün bilinen tek reseptörüdür. Çalışmamızda, plazmada çözünmüş halde bulunan, IL-33 için tuzak reseptör olarak sadece fazla IL-33 moleküllerini tutan ve sinyal oluşturmayan soluble ST2 formuna bakılmıştır. Soluble ST2, IL-33'ün axSpA üstündeki rolünü tersine çevirebilir. AxSpA hastalarında serum sST2 düzeyinin yüksek bulunup serum IL-33 düzeyinin yüksek bulunmaması sST2'nin tuzak reseptör olması, enflamasyon düzenleyici role sahip olması ve serum IL-33 düzeyini düşürmesiyle açıklanabilir.

AxSpA hastaları radyografik ve non-radyografik gruplarda ayrı ayrı incelendiğinde her 2 grupta da biyolojik ajan kullananlarda kullanmayanlara göre serum sST2 düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni biyolojik ajan gerektirecek kadar şiddetli hastalığı olanlarda enflamasyonun daha fazla olmasına bağlı serum sST2 düzeyi yüksekliği olabilir.

Çalışmamızda axSpA grubundaki kadın hastalarda serum IL-33 düzeyi erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekken ($p=0,040$) serum sST2 düzeyleri erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Erkek hastalarda serum sST2 düzeylerinin daha yüksek olması erkeklerde r-axSpA oranlarının daha yüksek olmasına bağlı olabilir. Erkek cinsiyet axSpA için kötü prognostik faktördür. AxSpA hastaları radyografik ve non-radyografik olarak 2 ayrı grupta incelendiğinde r-axSpA grubundaki erkeklerde serum sST2 düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerde hastalık daha kötü seyrettiğinden enflamasyon ve yapısal hasarın daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda serum sST2 düzeylerini aksiyel spondiloartrit hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Aksiyel SpA hastalarını radyografik ve non-radyografik olarak ayrı gruplarda incelendiğimizde ise serum sST2 düzeyini r-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre daha yüksek saptadık. Bunun nedeni r-axSpA grubunda enflamasyonun; entezis bölgeleri ve aksiyel iskelette yapısal hasarın daha şiddetli olması olabilir. R-axSpA grubunda nr-axSpA grubuna göre serum sST2 düzeyinin daha yüksek saptanması, sST2'nin yapısal hasar ve radyografik progresyonla ilişkili bir belirteç olduğunu destekler niteliktedir. Yapılacak prospektif ileri çalışmalarla hastaların direkt grafi skorlaması ve MRG skorlamasıyla serum IL-33 ve sST2 düzeylerinin ilişkisinin ortaya konulması özellikle sST2'nin enflamasyon ve hasar belirteci olarak kullanılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda ax-SpA hastalarında serum IL-33 ve sST2 düzeyleri hastalık aktivitesiyle korele bulunmamıştır. R-axSpA grubunda serum sST2 düzeylerinin nr-axSpA grubuna göre yüksek olması da göz önüne alındığında serum sST2 düzeyinin hastalık aktivitesiyle ilişkili değil hastalık şiddeti ve yapısal hasarla ilişkili olduğu söylenebilir.

Bugüne kadar literatürde r-axSpA ve nr-axSpA grubunda ayrı ayrı IL-33 ve sST2 düzeylerini karşılaştıran çalışma yoktur. Aksiyel SpA hastalarının radyografik ve non-radyografik olarak ayrı gruplarda incelendiği daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre serum sST2 düzeyi axSpA'da hastalık biyobelirteci olarak tanımlabilir ancak artan serum sST2 düzeylerinin axSpA için biyobelirteç işlevi görüp görmediği veya hastalık patogenezine katkıda bulunan düzenleyici bir mekanizma olup olmadığı daha fazla araştırılmalıdır. Aksiyel spondiloartritte kronik enflamasyon sonucunda yükselen TNF-a konsantrasyonu ve onun sonucunda aktive olan endotelyal ve epitelyal hücreler IL-33 seviyesinin yükselmesine neden olabilir. IL-33 yüksek konsantrasyonlarda nötrofil göçünü indükler ve enflamasyonu artırarak lokal TNF-a konsantrasyon artışıyla eklem ankilozunda rol oynar. TNF-a yükselmesi axSpA hastalarında anahtar değişikliktir ve anti-TNF ajanlar tedavide etkin olarak kullanılmaktadır. Aynı şekilde IL-33 ve sST2 yolağı da terapötik bir hedef olabilir. Bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, aksiyel spondiloartrit, IL-33, soluble ST2

PS-034

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü intersitisyel akciğer hastalığı kohortu: Multidisipliner takip deneyimleri

Serdar Can Güven[1], Hatice Ecem Konak[1], Habibe Hezer[2], Ebru Atalar[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Hakan Babaoğlu[1], Berkan Armağan[1], Kevser Orhan[1], İsmail Doğan[3], Yüksel Maraş[4], Ahmet Omma[4], Ayşegül Karalezli[5], Şükran Erten[3], Orhan Küçükşahin[3]

[1]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara*

[2]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara*

[3]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara*

[5]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş: Romatizmal hastalıklarda intersitisyel akciğer hastalığı (İAH) önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu hastaların takibinde sağkalımı uzatabilmek ve yaşam kalitesini artırabilmek için farkındalık, multidisipliner yaklaşım ve merkez tecrübesi son derece önemlidir. Hastanemizde de 2020 yılından bu yana romatoloji, göğüs hastalıkları ve daha sonradan da radyoloji bölümlerinin katılımı ile haftalık konsey düzenlenmekte olup, gerekli hastalar burada değerlendirilmektedir. Bu bildiride kliniğimizin İAH yönünden deneyimlerini sunmak istedik.

Yöntem: Romatizmal hastalık ile ilişkili İAH ile kliniğimizde takip edilen hastaların demografik, klinik ve radyografik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 210 hasta değerlendirildi. Hastaların 68'i romatoid artrit (RA), 49'u sistemik skleroz (SSc), 59'u primer Sjören (Sjs), 10'u enflamatuvar miyozit (İM), 10 tanesi interstittal pneumonia with autoimmune features (IPAF)/undiferansiye bağ doku hastalığı (UBDH) ile takipliydi (Tablo 1). Kadın cinsiyet oranı %57,72, sigara kullanım oranı %40'tı. En sık görülen paternler non-spesifik intersitisyel pnömoni (NSIP), usual intersitisyel pnömoni (UIP) ve lenfosittik intersitisyel pnömoniydi. Tüm hasta gruplarında en sık kullanılan ilaçlar sistemik glukokortikoidler, mikofenolat mofetil, azatiyopurin, rituksimab ve siklofosfamitti. On beş hasta antifibrotik tedavi kullanmıştı. Mortalite oranı %8,18, uzun süreli oksijen tedavisi kullanım oranı %6,82'ydi. Majör hastalık grupları incelendiğinde RA ve SjS hastalarında yaş ortalaması, RA ve IPAF/UBDH hastalarında erkek cinsiyet sıklığı daha fazlaydı (Tablo 2). İM ve IPAF/UBDH hastalarında İAH ve romatoloji hastalık eş zamalı tanı alma sıklığı ve İAH daha önce tanı alma sıklığı daha fazlaydı. En sık patern RA hastalarında UIP diğerlerinde NSIP idi. Sistemik glukokortikoid kullanımı SSc grubunda en azken, siklofosfamid kullanımı RA ve SjS gruplarında azdı. Rituksimab kullanımı RA grubunda en fazlaydı. Mortalite RA grubunda daha az sıklıktaydı. Antifibrotik kullanımı RA ve SjS gruplarında en azdı.

Sonuç: Kohortumuzun verileri değerlendirildiğinde diğer hastalıklardan farklı olarak RA hastalarında erkek cinsiyet ve sigara kullanımı daha sıktı. İleri yaş RA ve SjS hastalarında İAH açısından bir risk faktörü olarak görünmekteydi. RA hastalarında mortalite ve antifibrotik kullanımı daha azdı benzer şekilde SjS hastalarında antifibrotik kullanımı daha azdı. Bu durumu bu gruplarda daha az progressif fibrotik hastalık göründüğünü düşündürmekteydi. Sonuçlarımız İAH gibi yavaş seyirli bir komplikasyonu değerlendirmek için süre olarak kısa olsa da ilerleyen dönemlerde daha sağlıklı veriler sunacak birikime ulaşacağımızı düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bağ doku, intersitisyel akciğer, vaskülit, romatoid artrit

PS-035

Ankilozan spondilit hastalarının toraks bilgisayarlı tomografilerinde saptanan manubriosternal eklem değişiklikleri ve klinik bulgularla olan ilişkisi

Yeşim Erez[1], Özkan Urak[2], Abdullah Taylan[3], Erkan Yılmaz[3], Fatoş Önen[2], İsmail Sarı[2]

[1]*Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir*

[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Amaç: Ankilozan spondilitte (AS) göğüs kafesi bölgesindeki eklemlerin ve entezis noktalarının da etkilendiği bilinmektedir. Ancak manubriosternal eklem tutulumunun hastalık prognozu ve klinik bulgular ile olan ilişkisini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada, AS hastalarında manubriosternal eklem değişiklikleri, bu değişikliklerin klinik ve radyografik bulgular ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ile merkezimizde izlenen, 2013-2023 yılları arasında toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Toraks BT'deki sagittal ve koronal reformat görüntüler (kemik penceresinde), radyolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirmede radyolojik değişiklikler: Grade 0: Eklem mesefasi normal, skleroz ve erozyon yok, Grade 1: Eklem mesafesi daralmış, subkortikal skleroz, kortikal düzensizlik ve erozyon var, Grade 2: Eklemde parsiyel veya tam füzyon olarak tanımlandı. Hastalara ait demografik, klinik ve radyografik bulgular retrospektif kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 236 AS hastası (erkek: 165, %69,9) alındı. Ortalama yaş 54,4±12, tanı yaşı 38,8±13,1 olarak saptandı. Yüz yirmi sekiz (%58,4) hastanın sigara kullanımı vardı. Hastaların 81'inin (%34,3) artrit, 49'unun (%20,8) entezit öyküsü vardı. Sadece 2 hastada daktilit saptanmıştı. Elli yedi (%24,2) hastada üveit gelişmişti. HLA-B27 sıklığı %72 (n=108) olarak bulundu. Yüz yetmiş sekiz (%75,4) hastada ilk başvuruda akut faz reaktan (AFR) yüksekliği mevcuttu. Yüz kırk sekiz (%62,7) hasta metotreksat ve/veya sülfasalazin kullanmıştı. Yüz doksan yedi (%83,4) hasta biyolojik tedavi almaktaydı. Yüz yedi (%45,3) hastanın pelvis grafisinde bilateral grade 4 sakroiliit saptanır iken 30 (%18) hastada kalça tutulumu olduğu görüldü. Kırk dokuz (%20,7) hastada bambu görünümü vardı. Kırk altı (%19,5) hastada toraks BT'de manubriosternal eklem olağan saptandı. Seksen üç (%35,2) hastada grade 1, 107 (%45,3) hastada grade 2 değişikler olduğu görüldü. Cinsiyet, sigara, artrit, aşil enteziti, üveit, HLA-B27 pozitifliği ve

AFR yüksekliği ile manubriosternal eklem değişiklikleri arasında bir ilişki saptanmadı. Kalça tutulumu ile manubriosternal eklem tutulumu arasında bir ilişki saptanmaz iken sindesmofit ve bambu görünümü olan hastalarda manubriosternal eklem füzyonu daha sık bulundu (p<0,01).

Sonuç: Bu çalışmada AS hastalarının yaklaşık %80'inde manubriosternal eklemde radyolojik değişiklik olduğu ve yaklaşık yarısında eklemde füzyon geliştiği görüldü. Omurga tutulumunun ciddiyeti ile manubriosternal eklem tutulumu arasında ilişki olduğu gözlendi. Ancak çalışmanın en önemli kısıtlılığı, toraks BT çekilen hastaların çoğunlukla biyolojik tedavi alan ve deforman AS hastaları olmasıdır. Erken evre AS hastalarının da dahil edildiği bir çalışmada manubriosternal eklem tutulumunun klinik ve diğer radyografik bulgular ile olan ilişkisi daha net ortaya konulabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, manubriosternal eklem

PS-036

Hedefe yönelik tedavi stratejisi ["treat to target" (T2T)] ile tedavi değişikliği önerilen romatoid artrit hastalarında tedavi değişikliğinin kabul edilmeme sıklığı ve nedenleri

Muhammed Mert Sonkaya[1], Işılsu Ezgi Uluışık[1], Sebahat Dilek Torun[2], Fulya Coşan[1]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) tedavisinde, hedefe yönelik tedavi stratejisi ["treat to target" (T2T)] EULAR ve ACR tedavi kılavuzlarında tedavi stratejisi olarak önerilmektedir. Yeni gelişen bDMARD/tsDMARD ilaçların RA tedavisinde yeni seçenekler sunması, romatoloji uzmanlarının sayısının artmasıyla tedavide daha etkili ilaçların kullanılmasına rağmen, istenilen tedavi hedeflerine ulaşılma oranları düşüktür. Tedavi başarısında ilaç etkinliği ve doktor önerisinin yanı sıra, hastanın tedaviyi kabul etmesi ve benimsemesi en önemli unsurdur. Bu çalışmada orta-yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle T2T stratejisi ile bDMARD/tsDMARD tedavi önerisi yapılan hastalarda tedaviyi reddetme sıklığının ve nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

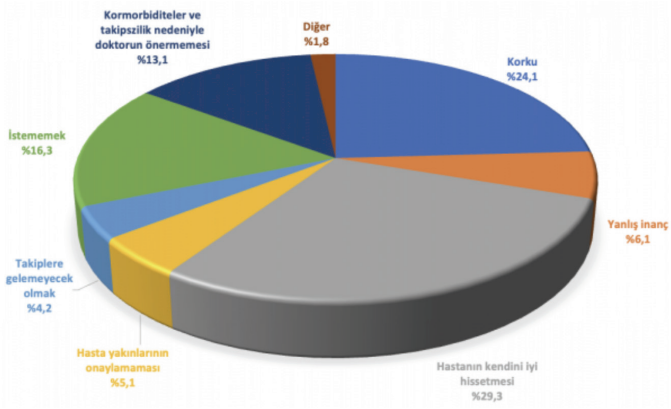
Yöntem: Çalışmaya 2015-2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğinden takip edilmiş ve orta-yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle bDMARD/tsDMARD tedavisi önerilmiş olan 304 RA hastası dahil edilmiştir. Üç yüz dört hastaya yapılan toplam 680 öneri retrospektif olarak incelenmiş, red oranları ve red nedenleri analiz edilmiştir.

Bulgular: CsDMARD tedavisinden bDMARD/tsDMARD tedavisine geçiş önerilen hastalara 1-4 tedavi önerisi yapılmış (ortalama: 1,2 öneri) ve tedavi kabul oranı %77 bulunmuştur. İlk seferde kabul %67,7; 1 kez reddetme: %23,4, 2 kez red: %6,6, 3 ve daha fazla red %2,3 hastada izlenmiştir. Tedaviyi reddeden hastaların ortalama 2,52 ay içinde (1-91 ay) tedaviyi kabul ettikleri görülmüştür. %23 hasta hiçbir öneride tedaviyi kabul etmemiştir. csDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri %24,1 korku, %6,1 yanlış inanç, %29,3 hastanın kendini iyi hissetmesi, %5,1 hasta yakınının onaylamaması, %4,2 takiplere gelemeyecek olması, %16,3 istememek idi. %13,1 olguda komorbiditeler veya takipsizlik nedeniyle doktor tarafından T2T önerilmemesidir. Hastaların %48,4'ünde bDMARD'den başka bir bDMARD/tsDMARD tedavisine geçiş yapıldı. bDMARD-bDMARD geçişinde hastalara yapılan 1-10 tedavi önerisinin (ortalama: 2,09) %44,2'si birinci öneride,%20,9'u ikinci öneride, %20,5'i 3 ve daha fazla öneride geçişi kabul etti. %14,4 hasta tedavi değişikliğini kabul etmedi. En az bir defa tedavi değişikliğini reddetme oranı %35,8 bulundu. bDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri, korku: %15,3; yanlış inanç: %3,8; takiplere gelemeyecek olma %23,1; hastanın kendini iyi hissetmesi %26,9; hasta yakınının onaylamaması %2; neden belirtmeden istememek %23,1 idi. %5,8 olguda komorbiditeler veya takipsizlik nedeniyle doktor tarafından T2T önerilmedi.

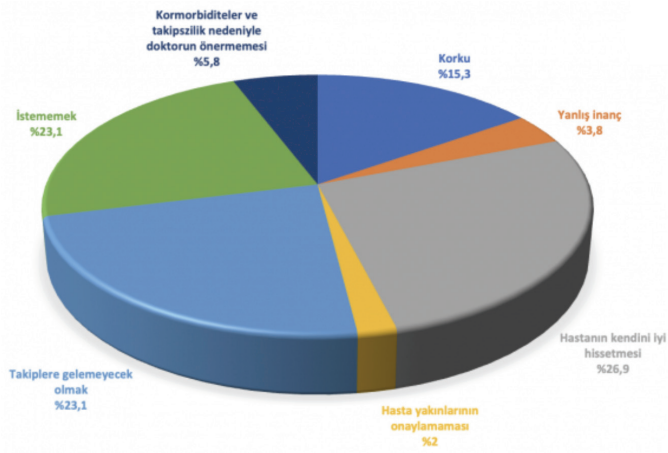
Sonuç: T2T tedavi stratejisi uygulanırken hastanın ve yakınlarının tedavi ile ilgili olumsuz algılarının değiştirilmesi; ilaca ve doktora erişim imkanları göz önünde bulundurularak en sürdürülebilir tedavinin tercih edilmesi ve hastanın kendi değerlendirdiği hastalık aktivitesinin de göz önünde bulundurulması, tedavi planının bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, DMARD, tedavi

Bu proje, TÜBİTAK 2209-A programı kapsamında, 1919B012202471 proje numarasıyla desteklenmektedir.



Şekil 1. csDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri



Şekil 2. bDMARD-bDMARD geçişinde tedaviyi red nedenleri

PS-037

Bağ dokusu hastalığı ilişkili pulmoner arteriyel hipertansiyon tedavisi: meta-analiz

Mustafa Erdoğan[1], Sinem Nihal Esatoğlu[2], Burçak Kılıçkıran Avcı[3], Gülen Hatemi[2]

[1]Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) için tedavi seçenekleri son 20 yılda giderek artmaktadır. Bununla birlikte, bağ dokusu hastalığı ile ilişkili PAH'nin (BDH-PAH) tedavisine yönelik kanıtlar çoğunlukla randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) alt grup analizlerine dayanmaktadır. Bu nedenle, BDH-PAH için sonuçları bildiren RKÇ'lerin bir meta-analizini gerçekleştirdik.

Yöntem: Arama stratejisi Şekil 1'de özetlenmiştir. Meta-analiz için seçilen sonuçlar fonksiyonel sınıf (FC) değişikliği, sağkalım oranları, 6 dakika yürüme testi (6-MWD), klinik kötüleşme (CW), N-terminal prohormon BNP (NT-proBNP), pulmoner vasküler direnç (PVR), ortalama pulmoner arter basıncı (mPAB), sağ atriyal basınç (RAP) ve kardiyak indeks (Kİ) idi. Meta-analizimizin PROSPERO kayıt numarası CRD42020153560'dır.

Bulgular: PubMed ve Embase taramalarında sırasıyla 1,216 ve 468 makale bulunmuştur. İlgisiz makaleler ve meta-analiz için mevcut verileri olmayan çalışmalar çıkarıldıktan sonra, 1,837 hasta ile yapılan 12 RKÇ dahil edilmiştir (Şekil 1). Tanılar %59'unda sistemik skleroz, %20'sinde sistemik lupus eritematozus ve %21'inde diğer BDH'ler idi. Seçilen çalışmaların takip süresi 12 hafta ile 192 hafta arasında değişmekteydi.

Sonuç: BDH-PAH tedavisi, sağkalım ve NT-proBNP düzeyleri dışında klinik ve hemodinamik sonuçlar üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Bugüne kadar bildirilen meta-analizler, sonuç olarak yalnızca 6-MWD, TTCW ve CW riskine odaklanmıştır. Bu çalışma, bazıları PAH için önemli prognostik değere sahip olan FC, hemodinamik ölçümler (RAP, PVR, CI) ve NT-proBNP'deki değişimin havuzlanmış analizini bildiren literatürdeki ilk meta-analizdir. KTD-PAH'de egzersiz kapasitesindeki iyileşme ve CW riskindeki azalma İPAH'ye kıyasla daha az belirgindi ve önceki çalışmalara benzerdi. Bununla birlikte, meta-analizimizde BDH-PAH hastalarında hemodinamik parametrelerdeki değişiklikler, yayınlanan RK"lerde İPAH hastalarında görülen değişikliklere benzerdi.

Arama stratejisi Şekil 1'de özetlenmiştir.

Meta-analiz için seçilen sonlanım noktaları;

1. FC değişikliği,
2. Sağkalım oranları,
3. 6-MWD,
4. CW,
5. NT-proBNP,
6. PVR,
7. mPAB,
8. RAP,
9. Kİ'dir.

PubMed ve Embase taramalarında sırasıyla 1,216 ve 468 makale bulunmuştur.

İlgisiz makaleler ve meta-analiz için mevcut verileri olmayan çalışmalar çıkarıldıktan sonra, 1,837 hasta ile yapılan 12 RKÇ dahil edilmiştir (Şekil 1).

Tanılar %59'unda sistemik skleroz, %20'sinde sistemik lupus eritematozus ve %21'inde diğer BDH'ler idi. Seçilen çalışmaların takip süresi 12 hafta ile 192 hafta arasında değişmekteydi.

Farmakolojik müdahaleler 3 çalışmada prostasiklin analogları (1 çalışmada epoprostenol ve 2 çalışmada treprostinil), 2 çalışmada PDE-5 inhibitörleri (birer çalışmada sildenafil ve tadalafil), 4 çalışmada ERA (2 çalışmada bosentan, 1'er çalışmada macitentan ve ambrisentan), 1 çalışmada riociguat, 1 çalışmada seleksipag ve 1 çalışmada ambrisentan ve tadalafil kombinasyonu olmuştur.

- Gruplar arasında FC, 6-MWD, CW, PVR, RAP ve CI açısından anlamlı bir fark vardı ve meta-analizde müdahale lehineydi (Şekil 2).
- Analizimiz PAH tedavisinin CW riskinde %30 azalma sağladığını gösterdi.
- Kombinasyon tedavileri ile bu azalma daha yüksek saptandı (%46).
- Ancak, kısa dönem (24-26 hafta) sağkalım ve ortalama serum NT-proBNP değişikliği gruplar arasında benzerdi.

Çalışmaların yanlılık risk değerlendirmesi Şekil 3'te özetlenmiştir.

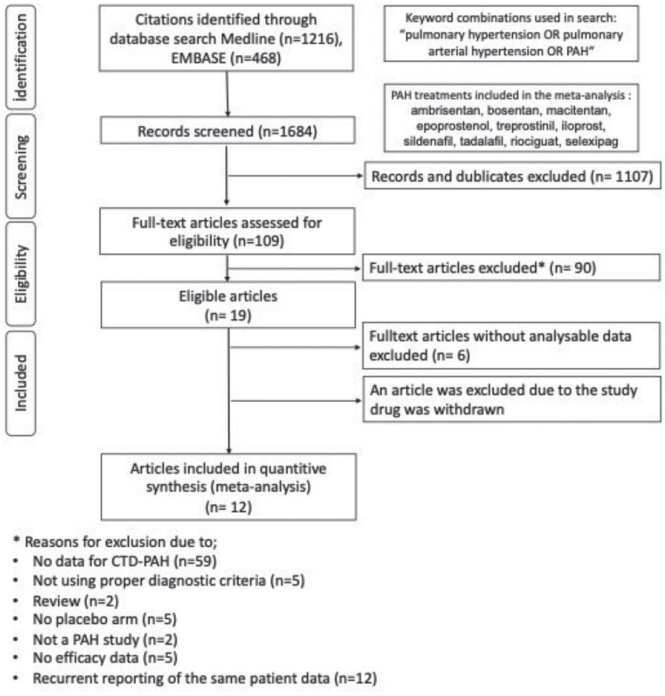
- PAH tedavisi, BDH-PAH hastalarında, sağkalım ve NT-proBNP düzeyleri haricinde anlamlı klinik ve hemodinamik sonuçlar üzerinde olumlu etkilere sahiptir.
- Bugüne kadar bildirilen meta-analizler, sonuç olarak yalnızca 6-MWD, TTCW ve CW riskine odaklanmıştır.

• Bu çalışma, bazıları PAH için önemli prognostik değere sahip olan FC, hemodinamik ölçümler (RAP, PVR, CI) ve NT-proBNP'deki değişimin analizini bildiren literatürdeki ilk meta-analizdir.

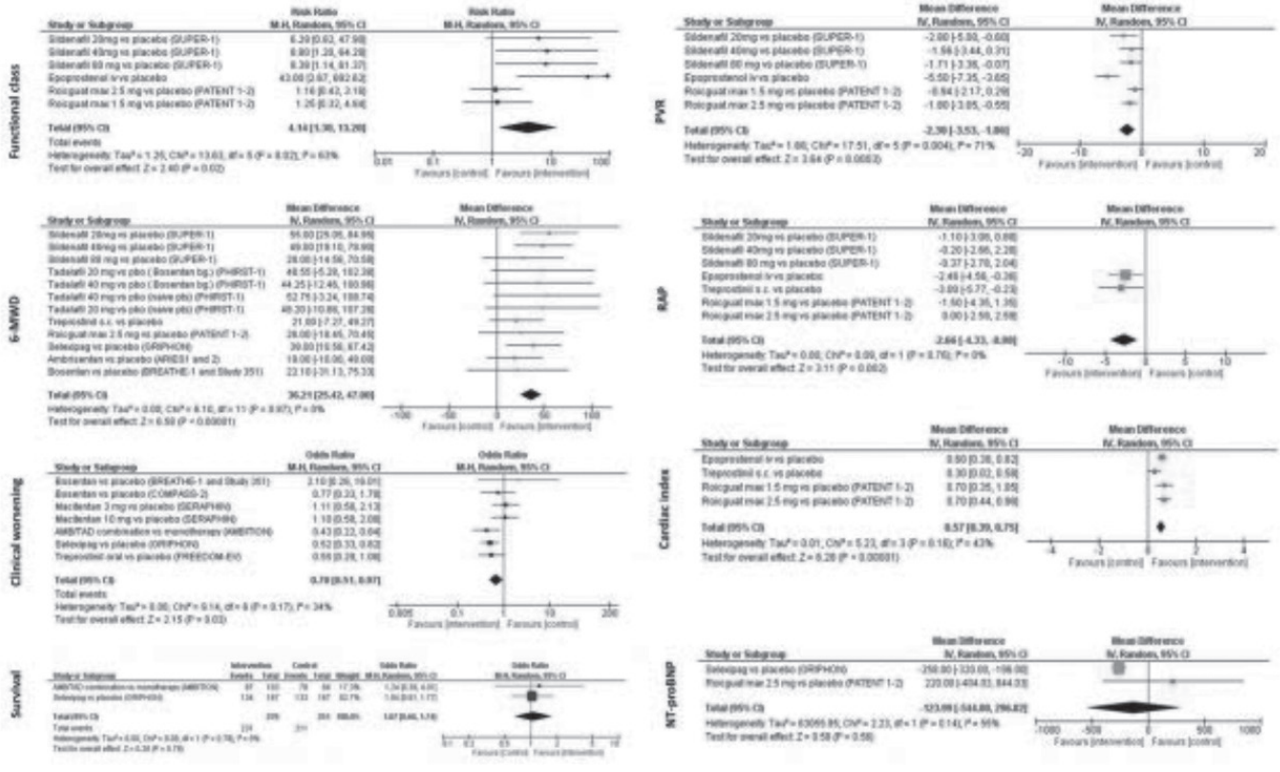
• Meta-analizimizde, BDH-PAH'de egzersiz kapasitesindeki iyileşme ve CW riskindeki azalma, İPAH'ye kıyasla daha az belirgindi ve önceki çalışmalara benzerdi.

• Bununla birlikte, meta-analizimizde BDH-PAH hastalarında hemodinamik parametrelerdeki değişiklikler, yayınlanan RKÇ'lerde İPAH hastalarında görülen değişikliklere benzerdi.

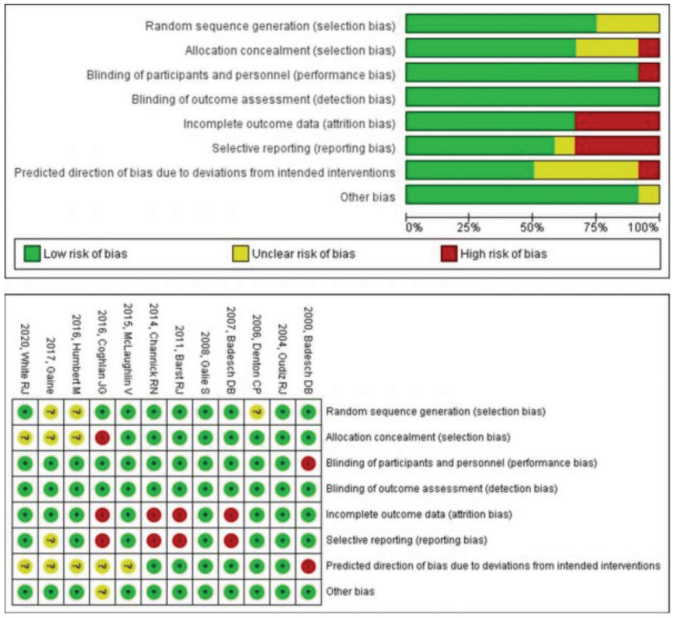
Anahtar Kelimeler: Bağ doku hastalığı, sistemik skleroz, sistemik lupus eritematozus, pulmoner arteriyel hipertansiyon



Şekil 1. Literatür tarama metodu ve sonuç akış şeması



Şekil 2. Meta-analiz sonuçları



Şekil 3. Yanlılık değerlendirmesi sonuçları

PS-038

Aksiyel ve periferik spondiloartrit tanılı hastalarda periferik artrit özellikleri: ASAS-PERSPA çalışması Türkiye verileri

Emine Sarıyıldız[1], Umut Kalyoncu[1], Halise Hande Gezer[2], İlknur Aktaş[3], Servet Akar[4], Sami Hizmetli[5], Nilay Şahin[6], Özgür Akgül[7], Meltem Alkan Melikoğlu[8], İlhan Sezer[9], Şebnem Ataman[10], Hatice Bodur[11], Erhan Çapkın[12], Figen Yılmaz[13], Mehmet Tuncay Duruöz[2]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

[4]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[5]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

[6]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir

[7]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

[8]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

[9]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

[10]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[11]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; Ankara Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

[12]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

[13]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

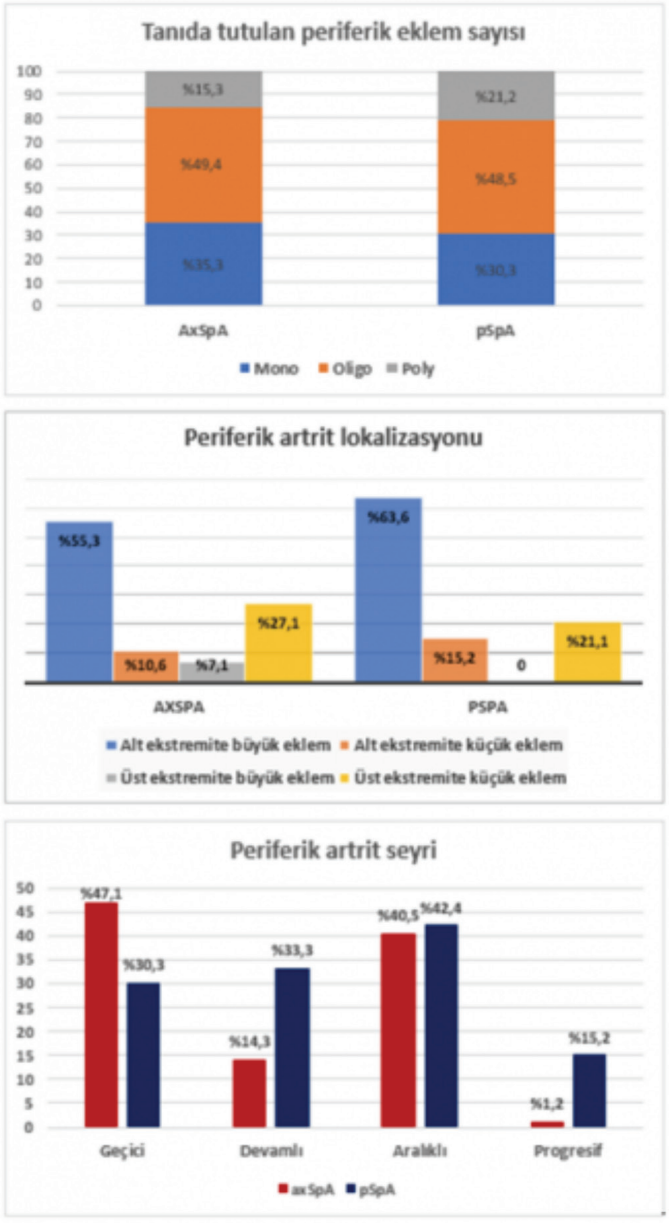
Amaç: Periferik artrit (PA), spondiloartrit (SpA) hastalarında sıklıkla alt ekstremiteleri asimetrik mono ya da oligoartrit şeklinde tutan sık görülen bir klinik bulgudur. Bu çalışmanın amacı; aksiyel spondiloartrit (axSpA) ve periferik spondiloartrit (pSpA) hastalarında PA sıklığını belirlemek ve ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma, Uluslararası Spondiloartrit Derneği (ASAS) tarafından 24 katılımcı ülkede SpA hastalarında periferik tutulumun değerlendirilmesini içeren kesitsel çalışmanın Türkiye verilerinin ek analizini içermektedir. Çalışmaya Türkiye'den 14 merkez katılmış olup hekime göre axSpA veya pSpA tanısı alan hastalar dahil edildi. Psöriatik artrit tanılı hastalar farklı klinik eklem tutulumuna sahip olmaları nedenli çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmada hastaların klinik özellikleri, tutulan eklem sayısı, eklem tipi, artrit seyri, PA tedavisi ve hastalık yükü (global iyilik hali, BASDAI, BASFI, ASDAS, ASAS sağlık indeksi, şiş ve hassas eklem sayısı) kaydedildi. PA tutulumu olan (PA+) ve olmayan (PA-) hastalar ayrıca karşılaştırılarak tek değişkenli ve çok değişkenli analizler ile PA ilişkili faktörler belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 394 (axSpA/pSpA=359/35) hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 40,8 (±10,7) ve %57,6'sı erkekti. En az bir kez PA+ hasta sayısı 118 (%29,9) olup PA- hastalar ile kıyaslandığında erkek hasta sayısı ve aktif sigara kullanım daha az (%49,2 vs. %61,2 p=0,026; %19,5 vs. %30,1 p=0,031); entezit, daktilit, üveit ve İBH sıklığı daha fazla (sırasıyla; %69,5 vs. %34,8 p<0,001; %8,5 vs. %1.4 p=0,001; %23,7 vs. %12 p=0,003 ve %6,8 vs. %2,2 p=0,024); MR'de sakroiliit varlığı ve SpA aile öyküsü daha düşüktü (%88,3 vs. %95,8 p=0,011; %37,6 vs. %55,8 p=0,001) (Tablo). PA+ hastaların (axSpA/pSpA=85/33) en sık görülen eklem tutulum paterni alt ekstremite büyük eklem baskın oligoartriküler formdu ve axSpA ve pSpA hastalarında benzerdi. Devamlı ve progresif artrit varlığı ise pSpA grubunda daha sıktı (%14,3 vs. %33,3 p=0,020; %1,2 vs. %15,2 p=0,002) (Şekil 1). Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise entezit [aOR 3,72 GA (2,11-6,56), p<0,001], daktilit [aOR 5,50 GA (1,24-16,37), p=0,022] ve tanı sırasında CRP yüksekliği [aOR 2,00 GA (1,07-3,76), p=0,030] PA ile ilişkili saptanırken MR'de sakroiliit varlığı [aOR 0,27 GA (0,09-0,75), p=0,012] ve SpA için aile öyküsü [aOR 0,52 GA (0,29-0,91], p=0,024] azalmış PA olasılığıyla ilişkili bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada entezit, daktilit ve SpA tanısı sırasındaki yüksek CRP PA gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Her ne kadar SpA alt tipi olan axSpA ve pSpA benzer klinik özellikleri paylaşsa da PA seyri pSpA hastalarında daha ciddi seyir göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, periferik spondiloartrit, periferik artrit



Şekil 1. AxSpA ve pSpA hastalarının periferik artrit özellikleri

PS-039

Granülomatöz mastitli hastalarda başlangıç M-skoru nüksü öngörmede etkili midir?

Mehmet Akif Ötegeçeli[1], Nihal Lermi[1], Belkıs Nihan Coşkun[1], Yavuz Pehlivan[1], Şehsuvar Gökgöz[2], Ediz Dalkılıç[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: İdiopatik granülomatöz mastit (İGM), doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen, tekrarlamaya meyilli, kronik enflamatuvar bir meme hastalığıdır. Çalışmamızın amacı İGM hastalarının klinik prezentasyonu, demografik özelliklerini, kullanılan tedavileri, tekrarlamaya etki eden faktörleri incelemek ve başlangıç M-skorunun tekrarlamaya olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 2011-2023 yılları arasında başvurmuş, klinik ve histopatolojik olarak İGM tanısı almış olan 90 hasta dahil edildi. Hasta kayıtları geriye dönük olarak incelenerek elde edildi. Hastaların yaşı, komorbiditeleri, tanı yaşı, gebelik sayısı, son emzirme üzerinden geçen yıl, oral kontraseptif kullanımı, apse varlığı, sigara kullanımı, hiperprolaktinemi varlığı, semptomları, etkilenen taraf ve kadran, tedavileri, başlangıç M-skorları ve hastalığın tekrarlayıp tekrarlamadığı ayrı ayrı kaydedildi. Semptomların şiddetini değerlendirmek için daha nesnel veriler sunan M-skoru kullanıldı. Başlangıç M-skoru ile birlikte hastalığın tekrarlama oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 33,7 olup hastalarımızın hepsi tanıdan önce doğum yapmıştı. Hastalarımız en sık memede ele gelen kitle nedeniyle kliniğimize başvurdular. Apsesi olanlarda tekrarlama oranı %93,18 ile olmayanlara göre (%60,87) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Cerrahi yapılan hastalarda tekrarlama oranları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,518). M-skoru düzeylerinin 5'in altı ile 5 ve üzeri arasında tekrarlama oranları karşılaştırıldığında, 5 ve üzeri skoru olanların (%98,4) tekrarlama oranlarının M-skoru 5'in altına (%24) göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0,001).

Sonuç: İGM hastalarında tedavi hastanın semptomlarına bağlıdır. Bu yüzden semptomları daha objektif olarak tanımlayabilen, tedaviye yanıtı daha nesnel olarak yorumlayan bir skorlama sistemine ihtiyaç duyulmuştur. M-skoru da bu ihtiyacı karşılayabilecek düzeydedir. Çalışmamızda başlangıç M-skoru 5 ve üzerinde olan hastalarda tekrarlama oranının 5 ve altında olan hastalara göre daha yüksek olarak saptanması, bize başvuru anında M-skoru yüksek olan hastalarda, nüksü öngörmede yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik granülomatöz mastit, M-skoru, nüks

		Tekrarlama		p
		Yok (n=21)	Var (n=69)	
M skoru (başlangıç)	2,00	3 (%100)	0 (%0)[ab]	**<0,001**
	3,00	11 (%91,67)	1 (%8,33)[b]	
	4,00	5 (%50)	5 (%50)[abc]	
	5,00	0 (%0)	24 (%100)[d]	
	6,00	0 (%0)	24 (%100)[d]	
	7,00	1 (%12,5)	7 (%87,5)[acd]	
	8,00	0 (%0)	9 (%100)[cd]	
M skoru	<5	19 (%76)	6 (%24)	**<0,001**
	≥5	1 (%1,5)	64 (%98,4)	

Şekil 1.

M-skorunun puanlaması aşağıda tanımlanmıştır:

Kitle skoru:
0 puan: Palpasyonla kitlenin olmaması
1 puan: Palpasyonla kitlenin ≤3 cm olması
2 puan: Palpasyonla kitlenin >3 cm olması

Eritem skoru:
0 puan: Meme derisinde eritemin olmaması
2 puan: Meme derisinde eritemin olması

Fistül skoru:
0 puan: Memede fistül olmaması
2 puan: Memede fistülün olması

Ağrı skoru:
0 puan: Vizüel Analog Skoru(VAS) 0-2 puan olması
1 puan: VAS 3-5 olması
2 puan: VAS 6-10 olması olarak tanımlanır.

Yaşam Kalitesi skoru:
0 puan: Yaşam kalitesinin etkilenmemesi
1 puan: Yaşam kalitesinin hafif derecede etkilenmesi, tıbbi yardım gerektirmez
2 puan: Yaşam kalitesinin ciddi derecede etkilenmesi, tıbbi yardım gerektirir

Şekil 2.

PS-040

Enflamatuvar romatolojik hastalıklarda komorbidite

Rezan Koçak Ulucaköy[1], Berkan Armağan[1], Hatice Ecem Konak[1], Bahar Özdemir Ulusoy[1], Pınar Akyüz Dağlı[1], Özlem Karakaş[1], Serdar Esmer[1], Hakan Apaydın[1], Mehmet Akif Eksin[1], Bünyamin Polat[1], Ebru Atalar[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Serdar Can Güven[1], Kevser Orhan[1], İsmail Doğan[2], Hakan Babaoğlu[1], Yüksel Maraş[3], Orhan Küçükşahin[2], Ahmet Omma[3], Şükran Erten[2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Romatizmal hastalıklarda artmış komorbidite riski bilinmektedir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde takipli enflamatuvar romatizmal hastalığı olan hastaların komorbiditelerini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma tek merkezli kesitsel bir çalışmadır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takipli hastaların tanıları, demografik özellikleri, klinik özellikleri, medikal tedavileri ve komorbiditeleri kaydedildi.

Bulgular: On bin iki yüz altmış dokuz hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, tedavileri ve komorbidite varlığı tabloda verilmiştir. Hastaların %65,8'inde en az bir tane komorbidite vardı. En sık görülen komorbiditeler arasında hipertansiyon (%35), obezite (%29,3), diabetes mellitus (%14,2), hiperlipidemi (%12,2) ve osteoporoz (%9,3) yer almaktaydı. Romatolojik hastalık alt gruplarına göre komorbidite dağılımı şekilde gösterilmiştir.

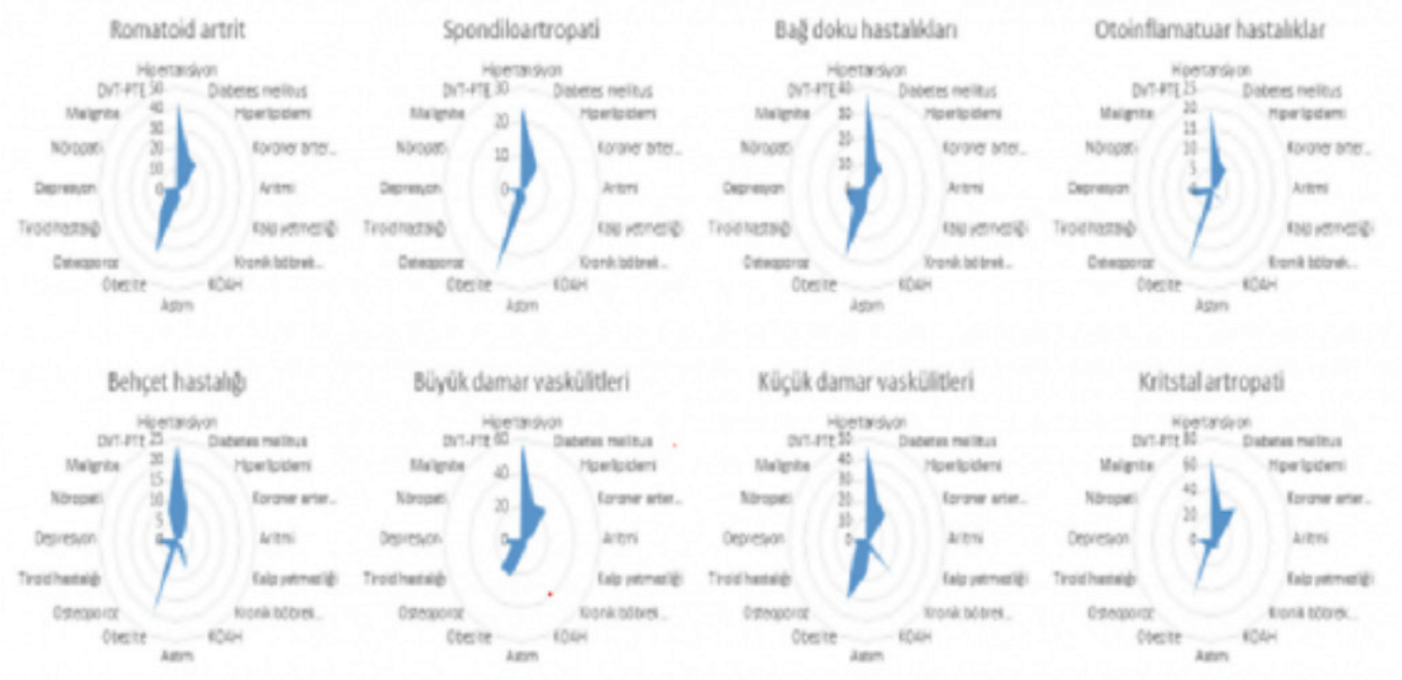
Sonuç: Komorbiditeler, enflamatuvar romatizmal hastalıklarda yüksek bir prevalansa sahiptir. Hastanın rutin muayenesinde hastaya bütüncül bir yaklaşımla komorbiditeler değerlendirilmelidir. Romatizmal hastalıklarda sık görülen komorbiditelerin farkında olmamız gerekmektedir ve hasta yönetimi buna göre planlanmalıdır. Bu çalışma gelecekte ki komorbidite yönetimi standart tarama programlarının oluşturulabilmesi için bir ön fikir vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Enflamasyon, komorbidite, romatizmal hastalık

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, tedavileri ve komorbidite varlığı

	RA	SpA	Bağ doku Hastalıkları	Otoinflamatuar Hastalıklar	Behçet Hastalığı	Büyük damar vaskülitli	Küçük damar vaskülitli	Kristal artropati
sayı (%)	3321 (31,4)	3096 (30,1)	2535 (24,7)	393 (3,8)	537 (5,2)	166 (1,6)	144 (1,4)	177 (1,7)
Yaş, yıl, ortalama (SS)	56,7 (13,5)	46,2 (11,7)	51,3 (13,5)	39,5 (14,1)	43,3 (11,6)	55,5 (20,8)	51,4 (15,5)	59,4 (12,0)
Kadın, %	75,3	46,3	88,4	60,6	47,5	72,9	47,2	41,8
VKI kg/m2, ortalama (SS)	28,2 (5,6)	27,5 (5,2)	27,3 (5,3)	25,5 (5,2)	25,7 (5,6)	26,5 (5,1)	28,0 (5,7)	30,1 (5,3)
ksDMARDs, %	96,8	47,4	66,4	90,6	61,1	66,9	72,2	80,2
bDMARDs, %	19,0	46,1	1,1	17,3	8,8	17,5	22,9	0,6
Kortikosteroid kullanımı, %	23,8	5	16,9	7,4	13,8	54,2	49,3	7,9
Biyolojik devam, %	13,5	35,5	0,4	5,3	1,5	3,0	0,7	0
2. basamak tedavi %	20,2	46,3	10,8	17,8	31,7	33,1	68,8	1,7
Komorbidite varlığı, %	74,5	52,9	71,6	39,7	65,4	85,5	75,7	82,5
Total komorbidite sayısı, ortalama (SS)	1,6 (1,5)	0,9 (1,1)	1,4 (1,3)	0,8 (1,2)	0,8 (1,0)	2,2 (1,6)	1,8 (1,6)	2,5 (1,8)

RA; Romatoid Artrit, SpA; Spondiloartrit, VKI; Vücut Kitle İndeksi, ksDMARD; konvansiyonel sentetik DMARD, bDMARD; biyolojik DMARD



Şekil 1. Hastalıklara göre komorbidite dağılımı

PS-041

Ankilozan spondilit hastalarında ve sağlıklı Türk popülasyonunda HLA allel sıklıklarının karşılaştırılması

Çisem Okur Maden[1], Gizem Ayan[2], Buğu Bulat[2], Füsun Özmen[3], Melek Günindi Korkut[3], Erdem Karabulut[4], Umut Kalyoncu[2], Levent Kılıç[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

[3]Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü, Temel Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Hacettepe Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında insan lökosit antijeni B*27 (HLA-B*27) gösterilmiş en önemli genetik risk faktörlerindendir. Diğer HLA allellerinin sıklığı ve klinikle ilişkisi konusunda bilgiler kısıtlı ve heterojendir. Bu çalışmada amaçlarımız; Türk toplumundaki AS hastalarında HLA allellerinin sıklıklarının karşılaştırılması, klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Hasta seçimi; Aralık 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında ayaktan poliklinik başvurusu olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil etme kriterleri; (a) Semptom süresi 10 yılın üzerinde olan, (b) radyografik olarak modifiye New York kriterlerini (mNY) karşılayan sakroiliiti olan hastalar (iki deneyimli romatoloji doktoru tarafından mNY kriterleri karşılayan hastalar). Spondiloartrit (SpA) sorgulaması; demografik veriler, aile öyküsü, ekstra-artiküler bulgular, komorbiditeler, hastalık aktivite Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, akut faz reaktanı ve fonksiyonel ölçümleri Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, sağlık değerlendirme anketi-engellilik indeksi kaydedilmiştir. HLA tiplendirmesi; Sekans spesifik oligonükleotid polimeraz zincir reaksiyonu düşük çözünürlük yöntemi kullanılmıştır. HLA-A *(01, 02, 03, 11, 13, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 66, 68, 69), HLA-B *(07, 08, 13, 14, 15, 18, 27, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 73), HLA-C* (01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 12, 14, 15), HLA-DRB1* (01, 03, 04, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), HLA-DQB1* (02, 03, 04, 05, 06) allelleri hasta grubunda tespit edilmiştir. Heterozigot ve homozigot pozitiflikler ayrıca not edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturmak üzere onkoloji hastanesi doku tipleme laboratuvarına 2010-2015 yılları arasında donör olarak başvurmuş sağlıklı 100 kişinin HLA tiplendirme test sonuçları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalıklı ve sağlıklı gruptaki anlamlılık false discovery rate (FDR)- (Benjamini-Hochberg) yöntemine göre düzeltilerek verilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 100 AS hastasının %62'si erkek, ortalama yaşları 49,4±9,4 yıl, ortalama semptom süresi 21,1±9,0 yıldı. Hastaların %55'inde SpA açısından pozitif aile öyküsü vardı (Tablo 1). AS ve sağlıklı popülasyonda HLA- A, B, C, DRB1 ve DQB1 dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. AS hastalarında kontrol grubuna göre sık ve daha az saptanan HLA allelleri Tablo 3'te gösterilmiştir. HLA-B*27 (29,5 kat), HLA-C*02 (12,3 kat) ve HLA-A*02 (3,4 kat) AS hastalarında öne çıkan HLA allelleri iken HLA-B*35 (0,32 kat) ve HLA-C*04 (0,30 kat) HLA allelleri daha az sıklıkta saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada Türk toplumunda AS hastalarında bilinen HLA- B*27 alleline ek olarak HLA-A*02, C*02 allellerinin daha sık olduğu gösterilmiştir. Ancak HLA-A*02 ve HLA-C*02 allellerinin HLA-B*27 ile arasında pozitif bağlantı eşitsizliği (linkage disequilibrium- LD) bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda bazı HLA A-B-C allelleri arasında pozitif ya da negatif LD olduğu gösterilmiştir. Bu durum allel sıklıkları değerlendirilirken mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilit, HLA antijenleri, linkage disequilibrium

PS-042

Gastrointestinal sistem tutulumu olan Behçet hastalarında aksiyel spondiloartrit sıklığı ile spondiloartrit ilişkili semptom ve bulguların değerlendirilmesi

Musab Öztürk[1], Sinem Nihal Esatoğlu[2], İbrahim Hatemi[3], Aykut Ferhat Çelik[3], Osman Aykan Kargın[4], Ahmet Öz[4], Erkan Yılmaz[5], Didar Uçar[6], Melike Melikoğlu[2], Hasan Yazıcı[7], İbrahim Adaletli[4], Gülen Hatemi[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[5]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Doku Tiplendirme Laboratuvarı, İstanbul

[6]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[7]Academic Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Enflamatuvar bağırsak hastalığında aksiyel spondiloartrit (axSpA) sıklığı artmıştır. Ancak Behçet sendromu hastalarında yapılan kontrollü çalışmalarda böyle bir artış saptanmamıştır. Behçet hastalarının enflamatuvar barsak hastalarına birçok açıdan benzerlik gösteren bir alt grubu olan gastrointestinal sistem tutulumlu Behçet senromu (GİBS) hastalarında axSpA sıklığının artmış olup olmadığını anlamak için bu grubu sadece mukokütanöz ve/veya eklem tutulumu olan Behçet sendromu hastaları ile karşılaştırdık.

Yöntem: Yetmiş bir GİBS hastası ve 76 mukokütanöz ve/veya eklem tutulumlu Behçet hastasına ASAS'ın axSpA kriterleri uygulandı. Son 3 ayda kronik bel/sırt ağrısı tarifleyen 45 yaşından küçük hastalardan HLA-B27, CRP düzeyi, sakroiliak grafi ve sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istendi. Sakroiliak eklem grafileri ve MRG'leri 2 radyolog tarafından hastaların tanılarına, klinik bulgularına ve birbirlerinin değerlendirmelerine kör olarak değerlendirildi. Gözlemciler arası ve gözlemci içi güvenilirliği Cohen'in kappa analizi ile yapıldı. Gözlemci içi güvenirlilik için her 2 radyolog farklı zamanlarda 20 hasta için görüntülemeleri tekrar değerlendirdi.

Bulgular: ASAS'ın axSpA kriterleri ile her iki gruptaki toplam 147 hastanın 9'unda (%6) aksiyel spondiloartrit saptandı. Yetmiş bir GİBS hastasının 5'inde (%7), 76 mukokütanöz/eklem tutulumu olan Behçet hastasının 4'ünde (%5) axSpA mevcuttu (p=0,739). Yalnızca 1 GİBS hastasında radyografik axSpA (ankilozan spondilit) varken; 4 GİBS hastası ve kontrol grubundaki 4 Behçet hastasında non-radyografik axSpA vardı. HLA-B27, GİBS hastalarının 3'ünde (%4) ve kontrollerin 5'inde (%7) pozitifti (p=0,72). Diğer SpA özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktaydı (Tablo). İki gözlemci arasında düz grafi ile sağ ve sol sakroiiliak evrelemesinde mükemmele yakın uyum gözlendi (sağ sakroiliak κ=0,86, p<0,001 ve sol sakroiliak κ=0,85, p<0,001). Sakroiiliak MR'da ASAS kriterlerine göre aktif kemik iliği ve modifiye New York kriterlerine göre ankilozan spondilit varlığı açısından iki gözlemci arasında %100 uyumluk gözlendi (κ=1,00, p<0,001). Gözlemci içi uyumluk MRG'de ASAS kriterlerine göre aktif kemik iliği açısından her 2 radyolog için de mükemmel idi (κ=1,00, p<0,001). Birinci ve ikinci radyoloğun sağ sakroiliak evreleme için uyumu mükemmele yakın, sol sakroiliak için ise mükemmel idi (sırasıyla; 1. radyolog κ=0,92 ve κ=1,00, p<0,001 ve 2. radyolog κ=0,91 ve κ=1,00, p<0,001).

Sonuç: GİBS hastalarında axSpA sıklığı sadece mukokütanöz ve/veya eklem tutulumu olan Behçet hastalarından daha fazla bulunmadı. GİBS hastalarında genel popülasyondaki prevalansın üzerinde bir axSpA oranı görünmesine rağmen bu oran daha önce diğer enflamatuvar bağırsak hastalarında bildirilen kadar yüksek değildi. Bu bulgular Behçet sendromunda gastrointestinal tutulumun klinik olarak Crohn hastalığı ile önemli benzerlikler göstermesine rağmen patogenezde farklı mekanizmaların rol oynuyor olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, aksiyal spondiloartrit, gastrointestinal sistem, ASAS

PS-043

Romatizmal hastalığı olan gebelerin takibi: İki yıllık gözlemsel prospektif çalışma

Belkıs Nihan Coşkun[1], Esra Çelik[2], Bilge Çetinkaya Demir[3], Ediz Dalkılıç[1], Yavuz Pehlivan[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

[3]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Otoimmün romatizmal hastalıklar (ORH) sıklıkla doğurganlık çağındaki bireyleri etkiler. Gebelikte romatizmal hastalıkların seyri değişkenlik gösterir. Tedavi sürecinde hastalar gebelik isteği ile gelebilir. Bazen de plansız gebeliklerle karşı karşıya kalınmaktadır. Çalışmamızda romatizmal hastalık nedeniyle romatoloji polikliniğimizde takipli olup gebelik sebebiyle başvurmuş olan hastaları gebelik süresince takip etmeyi amaçladık.

Yöntem: Polikliniğimize 2020-2022 arasında başvuran ORH tanısı olup gebe kalan hastalar çalışmaya dahil edildi ve hastalar prospektif olarak izlendi. Hastaların tanısı, gebelik öncesi, gebelikte ve emzirmede kullandığı ilaçlar, gebe kalma şekli, gebelik sürecinde romatizmal hastalığında aktivasyon ya da remisyon olup olmadığı ve doğum şekli kayıt altına alındı. Yerel etik kuruldan onay alındı.

Bulgular: Yetmiş altı hastanın 83 gebeliği takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 30,36, eşlerinin yaş ortalamasıysa 33,39'du. Tanılar sırasıyla; romatoid artrit (%19,3), sistemik lupus eritematozus (%18,1), ankilozan spondilit (%14,5), Ailevi Akdeniz Ateşi (%13,3), Behçet hastalığı (%7,2), sistemik lupus eritematozus ve antifosfolipid sendrom (%7,2), antifosfolipid sendrom (%6), undifferansiye bağ doku hastalığı (%3,6), Sjögren sendromu (%2,4), Takayasu arteriti (%2,4), akut romatizmal ateş (%2,4), psöriatik artrit (%1,2), granülomatöz polianjiitis (%1,2) ve Still hastalığı (%1,2) idi. Korunma yöntemlerine bakıldığında %41 geleneksel yöntemler, %16,9 bariyer yöntemi, %4,8 rahim içi araç ve %1,2 oral kontraseptif tercih edilirken, %36,2 hasta herhangi bir korunma yöntemi kullanmıyordu. Üç hasta tedavi ile gebe kalırken, 80 hasta (%96,4) spontan yollarla gebe kalmıştı. Kullanılan ilaçlara ait bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Gebelikte metotreksat kullanan beş hastanın ikisinde ilk trimestirde gebelik kaybı oldu. Bir hastanın ikiz bebeklerinden biri meningosel nedeniyle doğumdan sonra 3. ayda kaybedildi. Gebelikte leflunomid kullanan iki hastadan biri gebeliğini sorunsuz tamamlarken eş zamanlı metotreksat kullanan diğer hastada gebelik kaybı görüldü. Gebelikte biyolojik ajan kullanan 18 hasta (%21,7), emzirmedeyse 14 hasta (%16,9) vardı. Hastaların %47'si asetil salisik asit, %27,7'si düşük molekül ağırlıklı heparin kullanmıştı. Altı (%7,2) hastada hastalık aktivasyonu, beş hastada gestasyonel diyabet, beş hastada preeklampsi, dört hastada tiroid hastalığının alevlenmesi görüldü. Sekiz (%9,6) gebelik kaybı oldu. Bebekte gelişen komplikasyonlar ise sırasıyla şöyleydi: Preterm doğum (%6), intrauterin gelişme geriliği (%4,8), anomali (%4,8), amnion sıvı değişikliği (%3,6) ve erken membran rüptürü (%1,2). Doğum şekli; sezaryen (%55,4) ve normal vajinal doğumdu (%34,9). Doğum sonrası hastalık alevlenme sıklığı %22,9'du. Gebelik öncesi romatolojiye danışılma oranı %62,7'ydi.

Sonuç: ORH'nin gebelikle etkileşimleri değişkenlik gösterir. Konsepsiyon öncesi dönemde, romatizmal hastalık yönetimi ve gebelik planı yapılması önemlidir. Özellikle plansız gebeliklerde teratojenik ilaç maruziyeti son derece önemli bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. Gebelik sırasında hastalar romatoloji ve kadın doğum hekimlerince multidisipliner olarak takip edilmelidir. Günümüzde hastalarımız yakın ve uygun obstetrik, romatolojik ve neonatal izlem ile başarılı bir şekilde gebelik geçirip sağlıklı çocuklar doğurabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, otoimmün romatizmal hastalıklar, kontrasepsiyon, doğurganlık

PS-044

Sistemik immün enflamatuvar indeks ve prognostik nutrisyonel indeksin psöriatik artrit aktivasyonu ile ilişkisi

Emine Melda Akdağ Kaval[1], Rıdvan Mercan[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

[2]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Psoriatik artrit (PsA), eklemleri tutan psoriazis ilişkili enflamatuvar bir hastalıktır. Çalışmamızda sistemik immün enflamatuvar indeks (SII) ve prognostik nutrisyonel indeksin (PNI) PsA aktivasyonu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza polikliniğimize gelen 99 PsA'lı hasta alınmıştır. Aktivite için BASDAI, ASAS, eklem şişliği, daktilit, ESR CRP düzeyleri ve yaşam kalitesi için PsAQoL, PsAID12 kullanıldı. SII ve PNI'nın PsA aktivasyonu ile ilişkisi retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: PNİ ile ESR (r=-0,381, p≤0,001), ASAS (r=-0,221, p=0,028), CRP (r=-0,327, p=0,001) arasında negatif yönde anlamlı (Tablo 1), Sİİ ile PsAQoL (r=0,229, p=0,022), ASAS (r=0,199, p=0,048) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon elde edilmiştir (Tablo 2). ASAS gözetilerek hastalar (5≤ İyi, 6-11= Orta, 12≥ Kötü) iyi sağlık durumunun varlığı/yokluğu şeklinde ayrılmış ve SII değişkeni için bulunan cut-off değeri 473,99 [AUC (%95)=0,616, sensitivity= %41,2, specifity=%58,8] bulunmuş ve anlamlı saptanmıştır (p=0,047).

Sonuç: Yapılan çalışmalarda SII'nın AS aktivitesi ile PNI'nin ise SLE aktivitesi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla PsA aktivitesinin PNI ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. PNI'nın CRP (r=-0,327, p=0,001), ESR (r=-0,381, p≤0,001) ile negatif yönde anlamlı (Tablo 1), SII'nın ise PSAQoL (r=0,229, p=0,022), ASAS (r=0,199, p=0,048) ile pozitif yönde anlamlı CRP (r=0,198, p=0,050) (Tablo 2) ile ise anlamlılığa yakın bir ilişkisinin bulunması bu iki belirtecin PSA aktivitesinde bize yol gösterici olabileceğini düşündürür niteliktedir. SII'nın ROC analizi ile belirlenen cut-off değeri 473,99'dur. PsA aktivasyonunu tanımlamak için kesme değeri olarak 473,99 önerilebilir görünmektedir. SII'nın psoriasis ve PsA'da artan şiddeti tahmin ettiğine dair bir çalışmada ise şiddeti belirlemek için kesme değeri 490 olarak önerilmiştir. PsA aktivitesi için kullanılabilecek ulaşılır ve ekonomik bir biyobelirteç bulmak adına başladığımız çalışmamızda anlamlı sonuçlar elde etmiş olmakla beraber, bu belirteçlerin rutin olarak hastalık aktivitesi göstergesi olarak kullanılabilmesi için daha fazla sayıda hasta içeren geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, sistemik enflamatuvar indeks, prognostik nutrisyonel indeks, hastalık aktivitesi

PS-045

Bleomisinle oluşturulan skleroderma deri modelinde erken ve geç dönem değişikliklerin farklı hayvan tür ve soylarında histopatolojik ve radyolojik karşılaştırması

Duygu Temiz Karadağ[1], Seda Duman Öztürk[2], Özgür Çakır[3], Cüneyt Özer[4], Gürler Akpınar[5], Murat Kasap[5], Ayten Yazıcı[1], Ayşe Çefle[1]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

[4]Kocaeli Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma Birimi, Kocaeli

[5]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Bleomisinle (BLM) oluşturulan hayvan modeli sistemik sklerozda (SSk) fibrotik mekanizmaları araştırmak için en sık kullanılan yöntemlerden biridir. BLM ile farklı tür ve aynı türde farklı soylarla oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerinde ortaya çıkan değişiklilerle ilgili veriler sınırlıdır. Çalışmamızın amacı 2 farklı hayvan türünde (fare ve sıçan) 3 farklı soyda (Wistar, BALB/c ve C57BL/6) BLM ile oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerini histopatolojik ve radyolojik olarak karşılaştırmaktır.

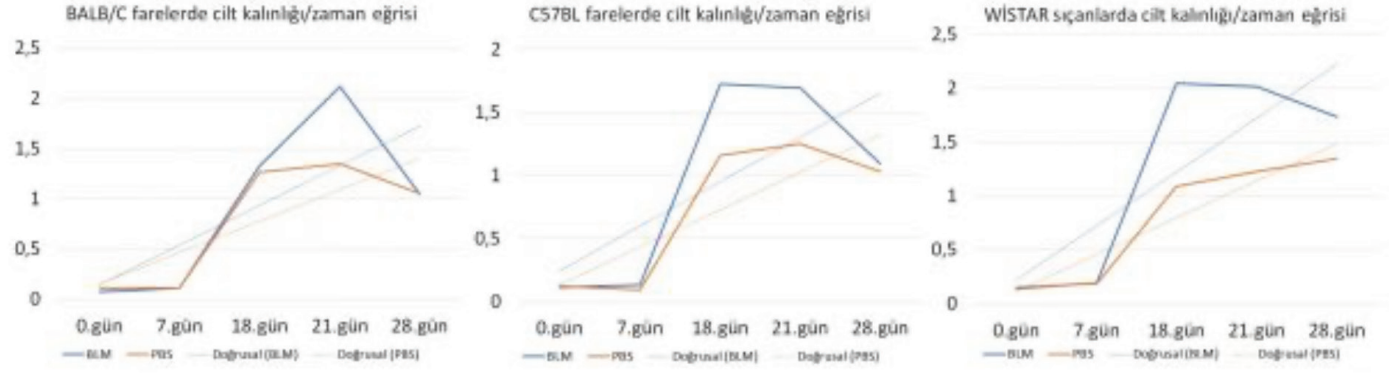
Yöntem: Bleomisinle (BLM) oluşturulan hayvan modeli sistemik sklerozda (SSk) fibrotik mekanizmaları araştırmak için en sık kullanılan yöntemlerden biridir. BLM ile farklı tür ve aynı türde farklı soylarla oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerinde ortaya çıkan değişiklilerle ilgili veriler sınırlıdır. Çalışmamızın amacı 2 farklı hayvan türünde (fare ve sıçan) 3 farklı soyda (Wistar, BALB/c ve C57BL/6) BLM ile oluşturulan hayvan modellerinin erken ve geç dönemlerini histopatolojik ve radyolojik olarak karşılaştırmaktır.

Bulgular: 20-25 g ağırlığında C57BL/6 (n=4) ve BALBC-C (n=4) cinsi dişi fareler ile 200-250 g ağırlığında Wistar cinsi dişi sıçan (n=4) kullanıldı. Her gruptaki hayvanların yarısına 4 hafta boyunca (hafta içi) 10 mg/kg/gün dozunda subkütan (sk) BLM ve diğer yarısına phosphate buffered saline (PBS) subkütan (sk) uygulandı. Erken dönem değişiklikleri saptamak için çalışmanın 2. haftasında her koldaki hayvanların yarısı sonlandırıldı, kalan hayvanlar 4 haftayı tamamladı. Deri kalınlığındaki değişimi göstermek için ultrasonografi (GE Healthcare Venue R3, linear prob 4-20 mHz) ile yüksek frekansta haftalık deri kalınlığı ölçümleri yapıldı. Ölçümler sırt bölgesinden, vertebranın sağ ve solundan olmak üzere her hayvan için 2 kez yapıldı. Histopatolojik inceleme için deri biyopsileri, her hayvanın sırt bölgesinde vertebranın sağ ve solundaki alan üst ve alt bölgeye ayrıldıktan sonra, dört farklı kadrandan 1'er adet alındı. Histopatolojik incelemede kollajen homojenizasyon skoru, eozinofil sayısı, bazofil sayısı, enflamatuvar yanıt skoru ve deri kalınlığı (epidermis + dermis) hesaplandı. Her biyopsi örneğinde 3 kesit ve her kesitte 10 tane farklı (x40) büyütme alanı (10 BBA) incelendi. Kollajen homojenizasyon skoru: Kollajen liflerinin kalın-ince ve gevşek-sıkı olmasına göre 0-3 aralığında skorlandı. Eosinofil ve mast hücre yoğunluğu 10 BBA'da hücrelerin yoğunluğuna göre 0-2 arasında (1-2/BBA=0;

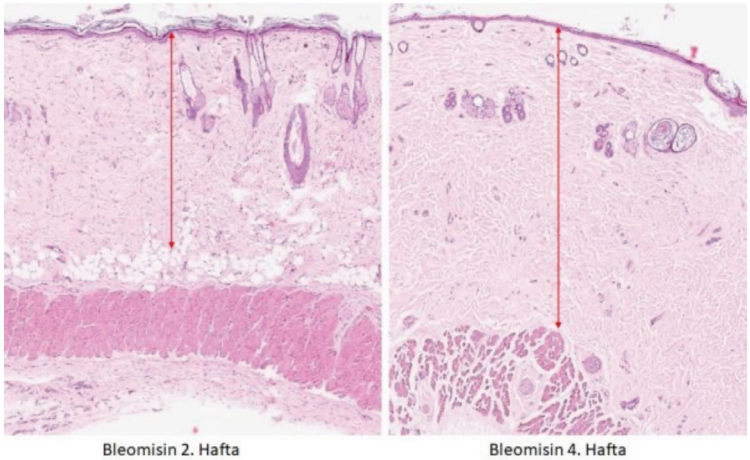
3-7/BBA=1 ve ≥8/BBA=2) skorlandı. Enflamatuvar yanıt skoru 10 BBA'da tüm enflamatuvar hücrelerin yoğunluğuna göre 0-2 arasında (1-2/BBA=0; 3-7/BBA=1 ve ≥8/BBA=2) skorlandı. Deri kalınlığı epidermisten-subkütan yağ dokuya kadar olan kalınlık esas alınarak her kesitte 3 kez ölçüldü ve ortalaması alındı. Her üç hayvan için (BALB/c, C57BL ve Wistar), PBS ile kıyaslandığında BLM kolundaki deri dokularının kollajen homojenizasyon skoru, eozinofil sayısı, bazofil sayısı, enflamatuvar yanıt skoru ve deri kalınlığı (epidermis + dermiş) daha yüksek saptandı (Tablo 1). Hayvan modelinde erken enflamatuvar ve geç fibrotik evrenin karşılaştırması 2. ve 4. haftalarda BLM kolları arasında yapıldı. Her üç cins için de kollajen homojenizasyon skoru 2. ve 4. haftalarda aynıyken; enflamatuvar yanıt skoru, eozinofil sayısı ve mast hücre sayısı her üç cins için de 2. haftada 4. haftadan daha yüksek saptandı. İkinci haftadaki eozinofil sayısı, bazofil sayısı ve enflamatuvar yanıt skoru cinsler arasından BALB/c'de en yüksek bulundu. Deri kalınlığı BLM kolunda BALB/c ve C57BL için 2. haftada daha yüksek; Wistar için 4. haftada daha yüksek saptandı. Yüksek frekanslı ultrasonografi görüntülemede deri kalınlığının zaman içerisinde her üç cins için de arttığı ve 3. haftadan sonra azalmaya başladığı görüldü (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızda BALB/c, C57BL ve Wistar hayvan soylarının her üçü ile de BLM ile deri fibrozisi modeli oluşturulabileceği ve modelin erken enflamatuvar ve geç fibrotik dönemleri yansıtabileceği gösterilmiştir. Sonuçlarımıza göre BALB/c farelerde erken enflamatuvar yanıt daha şiddetli iken; kollajen yoğunluğu ve deri kalınlığı açısından üç hayvan soyu da benzerdir. Günümüzde SSk hastalarında erken dönemde ekstraselüler matriks oluşumunun ilerlemesini önleyen tedaviler henüz bulunmamaktadır. Bu nedenle, SSk hastalarında fibrozisin erken dönemlerinin daha iyi anlaşılması ve aşırı kollajen birikiminin azaltılmasına yönelik tedavilere ihtiyaç vardır. Çalışmamızın sonuçları bilimsel araştırmaların amacına yönelik olarak erken enflamatuvar ve geç fibrotik dönemlere uygun hayvan tür ve soylarının seçilebileceği yönünde kanıtlar ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, fibrozis, deri



Şekil 1. Farklı hayvan soylarında deri kalınlığının yüksek frekanslı ultrason ile zamana göre değişimi



Şekil 2. Wistar soyu sıçanlarda 2 ve 4. haftada deri kalınlığındaki değişimin H&E ile boyanmış doku kesitlerinde gösterilmesi

PS-046

Sistemik skleroz ve primer Raynaud sendromunda anjiyotensin 1-7, alamandin, MrgD düzeyleri

Alper Demirkol[1], Ahmet Karataş[1], Necip İlhan[2], Ramazan Fazıl Akkoç[3], Tuba Kaya Karataş[2], Mesude Seda Aydoğdu[1], Süleyman Serdar Koca[1]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Elazığ

[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Bu çalışmanın amacı sistemik skleroz (SSk) ve primer Raynaud fenomeni (RF) hastalarında Raynaud durum skoru günlüğü (RDS) ile hastalık şiddetini ölçerek serum anjiyotensin 1-7, alamandin ve MrgD düzeylerini sağlıklı kontrol grubu bireylerle karşılaştırıp SSk ve primer RF'de bu moleküllerin klinik önemlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya ACR/EULAR 2013 sınıflama kriterlerine göre tanı almış 30 SSk tanılı hasta, International Consensus kriterlerine göre tanı almış 30 primer Raynaud tanılı hasta ve 30 sağlıklı kontrol grubu alınarak karşılaştırılmıştır. Hastalık şiddetini ve aktivitesini değerlendirmek için hastalık aktivite skoru RDS hesaplandı. Serum anjiyotensin 1-7, alamandin ve MrgD düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü.

Bulgular: SSk, primer RF tanılı hastalar ve kontrol grubunda serum anjiyotensin 1-7 düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,129). SSk, primer RF ve sağlıklı kontrol grubundan elde edilen alamandin düzeyleri istatistiksel farklılık göstermemektedir (p=0,075). Elde edilen serum MrgD düzeyleri SSk, primer RF ve sağlıklı kontrol grupları arasında istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p=0,002). SSk MrgD düzeyi, RF ve sağlıklı kontrol grubu bireylerden farklılık göstermektedir (p=0,002). SSk'de RDS ortalama değeri primer RF'den yüksek olarak saptanmıştır (p<0,001). RDS ile anjiyotensin 1-7, alamandin, MrgD arasındaki ilişki incelendiğinde elde edilen veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Vazokonstriktör etkili anjiyotensin 1-7, alamandin ve MrgD düzeylerinin RF ve patogenezini açıklamaya yol gösterebilecek parametreler olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu bulguları doğrulamak için katılımcı sayısının fazla olduğu, coğrafi olarak daha geniş bir alanda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, primer Raynaud, anjiyotensin 1-7, alamandin, MrgD

PS-047

Ankilozan spondilit hastalarında zonulin ve yağ asidi bağlayıcı protein

Dilek Tezcan[1], Duygu Eryavuz Onmaz[2], Selda Hakbilen[2], Sema Yılmaz[2], Abdullah Sivrikaya[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), etiyolojisi bilinmeyen, spinal eklemlerde ve komşu yapılarda belirgin enflamasyon ile karakterize, omurgada progresif kemik füzyonuna yol açan kronik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Bugüne kadar, AS'nin kesin etiyolojileri ve patogenezi hala bilinmemektedir. Genetik yatkınlık, doğuştan ve adaptif bağışıklıktaki bozukluk, çevresel tetikleyicilere maruz kalma ve hücreler arası sıkı bağlantıların (TJ) işlev bozukluğuna bağlı olarak bağırsak bariyer fonksiyonunun kaybı, otoimmün hastalıkların patogenezinde rol oynayan anahtar bileşenler gibi görünmektedir. Bağırsak yağ asidi bağlayıcı protein (I-FABP) ve zonulin, bağırsak bariyerinin bütünlüğünün bilinen en önemli belirteçleridir. AS hastalarında zonulin ve IFABP düzeylerinin ve hastalık ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya; AS tanılı 50 hasta ve benzer yaş ve cinsiyette 50 sağlıklı birey dahil edildi. Serumda zonulin, IFAB düzeyleri, ELİSA test kitleri kullanılarak her iki grupta analiz edildi ve belirteçler gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı. AS'li hastalarda serum zonulin ve FABP seviyelerinin tanı için bir biyobelirteç olarak kullanılıp kullanılamayacağını tahmin etmek için ROC analizi yapıldı.

Bulgular: AS'li hastalarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında serum zonulin düzeyinde anlamlı bir artış vardı [44,80 (IQR, 38,24-52,18) vs. 35,09 (IQR, 17,21-49,28), p=0,038]. Ayrıca AS hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede daha düşük serum FABP düzeyi bulundu. Serum zonulin düzeyi tüm bireylerde yaş ile pozitif korelasyon gösterdi. Serum FABP düzeyi ile demografik özellikler, laboratuvar bulguları ve hastalık aktivite indeksleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. AS'li hastaların serum zonulin düzeyine dayanan bir ROC analizi, 0,620 değerinde AUC (%95 GA, 0,518-0,716; p=0,035) ve %76 sensivite ve %54 spesifite ile sağlıklı kontrollerden ayırdı. Buna ek olarak, FABP'nin serum düzeyi, AS hastalarını, 0,862'lik bir AUC (%95 GA, 0,779-0,923; p<0,001) ve %76 tanısal duyarlılık ve %88 özgüllük ile sağlıklı kontrollerden ayırdı. Optimal cut-off değeri zonulin için 35.813 ve IFAB için 13.907 olarak bulundu.

Sonuç: Otoimmün hastalıkları olan bireylerde aşırı eksprese edilmiş zonulin varlığını destekleyen biriken kanıtlar vardır. Serum zonülin ve I-FABP seviyelerinin bağırsak geçirgenliğini yansıttığı ileri sürülmüştür. Zonulin aracılı barsak duvarı bariyer fonksiyonu, birçok hastalıkta önemli bir patojenik rol oynar. Yükselmiş zonulin ekspresyonu, AS hastalarında bakteriyel disbiyoz ve bozulmuş geçirgenlik ile de korelasyon göstermiştir. Çalışmamızda da AS hastalarında patogenezde bağırsak geçirgenliğinin rolü yükselmiş zonulin düzeyleri ile gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, bağırsak geçirgenliği, yağ asidi bağlayıcı protein, zonulin

PS-048

SSC, SLE ve SS tanılı bireylerin bildirdiği yorgunluk ile anksiyete-depresyon, fonksiyonellik ve biyopiskososyal durumlarının incelenmesi

Orkun Tüfekçi[1], Sinan Buran[2], Merve Durmuş[1], Nur Banu Karaca[1], Aysu Kahraman[3], Mustafa Ekici[4], Ali Akdoğan[4], Şule Apraş Bilgen[4], Sedat Kiraz[4], Edibe Ünal[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), sistemik lupus eritematozus (SLE) ve Sjögren sendromu (SS) kronik romatizmal bağ dokusu hastalıklarıdır. Bu romatizmal hastalıkların klinik belirtileri farklılıklar gösterse de yorgunluk yaygın olarak bildirilen bir bulgudur ve yorgunluğun biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan karmaşık yapısı literatürde yer almaktadır. Dolayısıyla bu durumun altında yatan karmaşık mekanizmayı anlamak için romatizmalı bireyleri diğer açılardan da bütüncül olarak değerlendirmek önemlidir. Bu çalışmanın amacı SSc, SLE ve SS tanılı bireylerin ifade ettikleri yorgunluk ile anksiyete-depresyon, fonksiyonellik ve biyopiskososyal durumlarının incelenmesiydi.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran SSc, SLE ve SS tanılı 18 yaş üstü gönüllü bireyler dahil edilerek demografik bilgileri kaydedildi. Bireylerin bildirdiği yorgunluk durumları Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği'nin (BETY-BQ) 11. maddesiyle değerlendirildi. Bireylere ait anksiyete-depresyon için Hastane Anksiyete Depresyon Skalası (HADS), fonksiyonellik için Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) biyopsikososyal özelliikler için BETY-BQ-Toplam puanı kullanıldı. Çalışmada gruplar arası karşılaştırmalar "Kruskal-Wallis H" testi analiz edilirken değişkenlerin ikili karşılaştırılmaları post-hock test olarak "Mann-Whitney U" ile yapıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık sırasıyla $p<0,05$ ve $p<0,017$ şeklinde yorumlandı. Korelasyon analizi için ise Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 52 SSc'li (46 kadın; 6 erkek) 60 SLE'li (52 kadın; 8 erkek) 54 SS'li (52 kadın; 2 erkek) toplam 166 birey dahil edildi. Bu üç hastalık grubunun sadece cinsiyetleri benzer özellik göstermekteydi ($p>0,05$). Bireylerin %94'ü (156 birey) yorgunluk bildirirken yorgunluğa verilen cevaplar Tablo 1'de gösterildi. Gruplar arasında bildirilen yorgunluk ve anksiyete-depresyon düzeyleri fark göstermezken; biyopsikososyal durum ve fonksiyonellik arasında farklılıklar bulundu. Biyopsikososyal durum SLE'li bireylerde SS'li bireylere göre daha kötüyken; fonksiyonellik en kötü SSc olmak üzere sırasıyla SSc>SLE>SS şeklindeydi. Ayrıca tüm bireylerin HADS sonuçları anksiyete kesme değeri içindeydi (HADS-Anksiyete >7) (Tablo 2). Biyopsikososyal durum tüm parametrelerle orta ve yüksek düzeyde; bildirilen yorgunluk ise biyopsikososyal durumla (BETY-BQ) yüksek; diğer ölçeklerle düşük düzeyde ilişki gösterdi (Tablo 3). Çalışmamızın sonucunda yorgunluk en çok biyopsikososyal durumdan etkilenirken; her üç hastalık grubunda da bireylerin tamamına yakınının yorgunluk bildirmesi dikkat çekiciydi. Biyopsikososyal özellikler yönüyle SS'li bireylere göre SLE'li bireylerde daha fazla etkilenim olduğu görüldü. Fonksiyonellikte ise SSc'li bireyler diğer gruplara göre daha sınırlıydı.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen verilere göre ilgili hastalıklarda görülen yorgunluğun hastaların biyopsikososyal özellikleriyle ilişkisi, bu durumun hastalık yönetimlerinde dikkate alınması gereken bir parametre olduğu yönünde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal model, Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, sistemik skleroz, yorgunluk

Tablo 1. Bireylere ait özellikler

N=166	SSc (n=52)		SLE (n=60)		SS (n=54)	
	Mean ± SS	Ortanca (min-maks)	Mean ± SS	Ortanca (min-maks)	Mean ± SS	Ortanca (min-maks)
Yaş (yıl)	49.27±10.89	52 (20-65)	45.97±9.57	44.5 (21-64)	53.80±9.77	54.5 (26-65)
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	25.20±6.07	24.36 (13.6-39.8)	25.95±4.08	25.75 (18.4-37)	30.26±6.90	28.13 (19.8-55.1)
Hastalık durasyonu (yıl)	14.68±8.42	14.5 (0.5-40)	11.61±7.23	10 (1-30)	8.02±7.56	6 (0.3-30)
Cinsiyet n (%)						
Kadın	46 (30.7)		52 (34.7)		52 (34.7)	
Erkek	6 (37.5)		8 (50.0)		2 (12.5)	
BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum n (%)						
Evet her zaman (4 puan)	20 (27.8)		25 (34.7)		27 (37.5)	
Evet sıklıkla (3 puan)	7 (18.9)		23 (62.2)		7 (18.9)	
Evet bazen (2 puan)	14 (43.8)		7 (21.9)		11 (34.4)	
Evet nadiren (1 puan)	9 (60.0)		1 (6.7)		5 (33.3)	
Hayır hiçbir zaman (0 puan)	2 (20.0)		4 (40.0)		4 (40.0)	

BETY-BQ, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği; HADS, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası; SSc, Sistemik skleroz; SLE, Sistemik Lupus Eritematozus; SS, Sjögren Sendrom

Tablo 2. Grupların yorgunluk, anksiyete-depresyon ve fonksiyonel durumlarının karşılaştırmaları

	SSc	SLE	SS	p değeri	p değeri (Grup içi karşılaştırma)	
BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum	3 (0-4)	3 (0-4)	3.5 (0-4)	0.448	-	
					-	
					-	
BETY-BQ-Total	48 (5-112)	60 (7-106)	43 (5-85)	**0.002***	SSc-SLE	0.093
					SSc-SS	0.120
					SLE-SS	**<0.001****
HAQ	0.63 (0-2.9)	0.35 (0-1.9)	0.13 (0-1.8)	**<0.001****	SSc-SLE	**0.004***
					SSc-SS	**<0.001****
					SLE-SS	**0.010***
HADS-Anksiyete	8.5 (0-21)	8 (3-19)	7 (0-14)	0.294	-	
					-	
					-	
HADS-Depresyon	7 (0-16)	6 (0-13)	6 (0-16)	0.820	-	
					-	

BETY-BQ, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği; HADS, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası; SSc, Sistemik skleroz; SLE, Sistemik Lupus Eritematozus; SS, Sjögren Sendrom
Gruplar arası karşılaştırmalar: Kruskal Wallis H Testi (p<0.05*, p<0.001**)
Grup içi karşılaştırmalar: Mann Whitney U Testi (p<0.017*, p<0.001**)

Tablo 3. Bireylerin korelasyon katsayıları

rho	BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum	BETY-BQ-Toplam	HAQ	HADS-Anksiyete	HADS-Depresyon
BETY-BQ Soru 11: Kendimi Yorgun Hissediyorum	1				
BETY-BQ-Toplam	0.660**	1			
HAQ	0.356**	0.653**	1		
HADS-Anksiyete	0.371**	0.505**	0.396**	1	
HADS-Depresyon	0.346**	0.517**	0.400**	0.564**	1

BETY-BQ, Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biyopsikososyal Ölçeği; HADS, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası; SSc, Sistemik skleroz; SLE, Sistemik Lupus Eritematozus; SS, Sjögren Sendrom
*p<0,05, **p<0,001

PS-050

Peroksiredoksin-4: Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında yeni bir biyomarker olabilir mi?

Gizem Tuğçe Alp[1], İbrahim Vasi[2], Aslıhan Avanoğlu Güler[2], Hazan Karadeniz[2], Abdulsamet Erden[2], Hamit Küçük[2], Özlem Gülbahar[3], Mehmet Akif Öztürk[2]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

[3]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç: Sistemik sklerozda, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) sık görülen akciğer tutulum tipi olup, hastaların %25-30'unda progresif İAH gelişmektedir. Pulmoner fibrozis, hastalığa bağlı mortalitenin %35'inden sorumludur. Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (SSc-İAH) alveolitin başarılı tedavi ile geri döndürülebilir olduğu düşünülürken, fibrozis akciğer fonksiyonlarında geri dönüşsüz restriksiyona ve önemli morbiditeye neden olmaktadır. Semptomlar ve fizik muayene bulgularının non-spesifik olması, tanıda kullanılacak spesifik laboratuvar testlerinin olmaması bu hastalarda tanı koymada güçlüğe ve gecikmeye sebep olmaktadır. Krebs von den Lungen-6 (KL-6) ve sürfaktan protein D (SP-D); sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (SSc-İAH) hastalık değerlendirilmesinde kullanılan biyobelirteçlerdir. İnterstisyel akciğer hastalığında (İAH) akciğer dokusunda, peroksiredoksin-4 (PRDX-4) mRNA ekspresyonunun arttığı gösterilmiştir. PRDX-4, peroksidaz ailesinden bir antioksidan protein, SSc-İAH'nda potansiyel bir biyobelirteç olabilir. Çalışmamızda SSc-İAH'nda serum PRDX-4'ün, KL-6 ve SP-D ile karşılaştırılması, bu moleküllerin interstisyel akciğer hastalığı tanısı ve prognozunda belirteç olarak klinik öneminin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü'ne başvuran, 2013 ACR-EULAR tanı kriterlerine göre sistemik skleroz tanısı kriterlerini karşılayan hastalar dahil edildi. SSc hastalarının akciğer tutulumu, serolojik bulgular (anti Scl-70, antisentromer antikor, ANA); dosyalarındaki kayıtlardan ve rutin takiplerinde yapılmış HRCT, P-A akciğer grafisi, SFT, DLCO bilgilerinden elde edildi. Serum PRDX-4, KL-6 ve SP-D düzeyleri, sistemik skleroz tanılı 61 hastada (34'ü SSc-İAH olan ve 27'si SSc-İAH olmayan) ve 28 sağlıklı kontrolde ELISA yöntemi ile ölçüldü. SSc-İAH, HRCT görüntü özelliklerine göre usual interstisyel pnömoni (UIP), fibrotik non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP), sellüler NSIP, kriptojenik organize pnömoni (OP), lenfoid interstisyel pnömoni (LIP) olarak değerlendirildi. Goh kriterlerine göre hastalık yaygınlığı açısından HRCT'de %20'nin üzerinde tutulum olması veya indetermine görünümde FVC'nin %70'in altında olması yaygın hastalık olarak evrelenirken; HRCT'de %20'nin altında tutulum olması veya indetermine görünümde FVC'nin %70 ve üzerinde olması limitli akciğer hastalığı olarak sınıflandırıldı. Amerikan Toraks Derneği, European Respiratory Society, Japanese Respiratory Society ve Asociacion Latinoamericana de Torax kılavuzlarının kriteleri ile progresyon değerlendirildi. Pulmoner fibroziste progresyon durumlarına göre progresif hastalık ve stabil hastalık olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve klinik özellikleri ile biyobelirteçler arası ilişki incelendi.

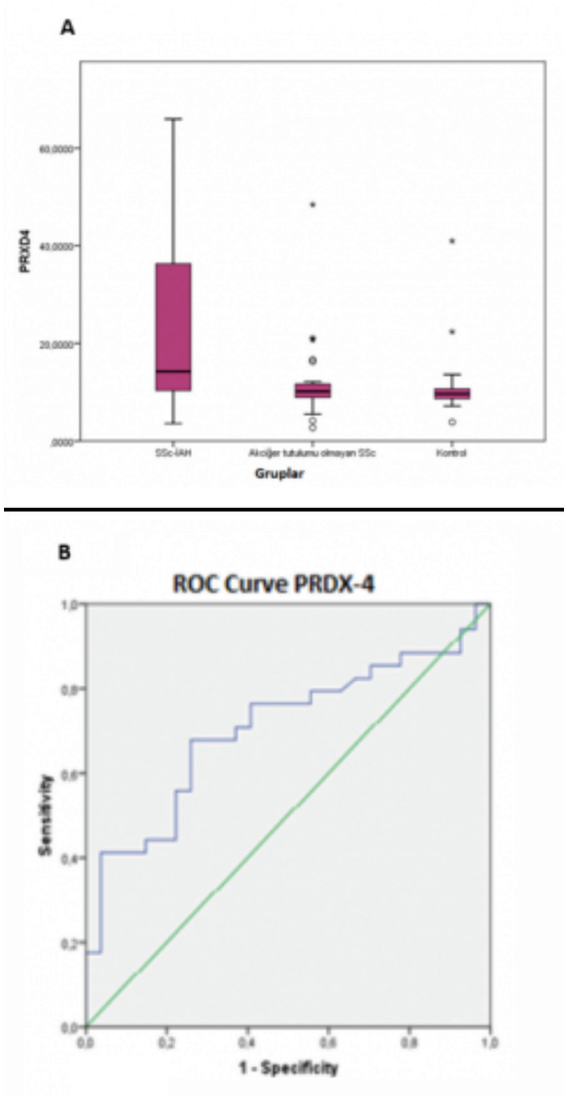
Bulgular: Çalışmaya 61 SSc hastası ve 28 sağlıklı kontrol grubu hastası olmak üzere toplam 89 birey dahil edildi. Çalışmaya katılanların %91 (n=81)'i kadındı, yaş ortalaması 50,81±12,71 (ort ± SS) olarak saptandı. SSc hastalarının %70,5'inde (n=43) limitli, %29,5'inde (n=18) diffüz deri tutulumu vardı. SSc-İAH grubunda HRCT'de 28 hastada (%82,4) fibrotik NSIP paterni saptanırken, 3 (%8,8) hastada selüler NSIP, 2 (%5,9) hastada UIP, 1 (%2,9) hastada lenfoid interstisyel pnömoni paterni saptandı. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. PRDX-4 seviyeleri SSc-İAH'nda, İAH olmayan SSc hastalarına ve kontrollere göre anlamlı yüksek saptandı [14,27 (26,14) vs. 10,17 (3,22) vs. 9,68 (2,06) ng/mL, medyan, (IQR), p=0,001]. İleri analizlere, post-hoc analizlere devam edildi ve sonuçlar Bonferroni ile kontrol edildiğinde post-hoc analiz sonrası farklılığın SSc-İAH grubundan kaynaklandığı görüldü (p=0,006 <0,017 ve p=0,001 <0,017). KL-6 seviyelerinde de gruplar arasında anlamlı olarak farklılık saptandı [134,25 (224,28) vs. 103,90 (34,81) vs. 92,84 (29,16) U/mL, medyan, (IQR), p=0,002)]. Progresif pulmoner fibrozisi olan İAH grubunda ise PRDX-4, KL-6 ve SP-D düzeyleri, İAH stabil olan gruba göre anlamlı yüksek izlendi (p<0,001). PRDX-4, KL-6 and SP-D arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde kuvvetli ilişki izlendi (p<0,01) (Şekil 1A). SSc-İAH grubunda, HRCT'de tutulum yaygınlığına göre limitli ve diffüz ayrımı yapılıp karşılaştırıldığında; moleküllerin medyanları arasındaki farkın istatistiksel olarak %5 önem düzeyinde anlamlı olmadığı görüldü (p>0,05). SSc-İAH hastalarının PRDX-4 molekülleri ile akciğer tutulum yaygınlığı arasında istatistiksel olarak %5 önem düzeyinde anlamlı pozitif yönlü düşük orta derecede bir korelasyon olduğu görüldü (p<0,05). SSc hastalarında İAH varlığını saptayabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ROC analizi yapıldı. KL-6 ve PRDX-4 moleküllerinin SSc-İAH saptamada anlamlı olduğu görüldü. KL-6 molekül düzeyi 109,05 U/mL olarak belirlendiğinde SSc-İAH'yi %65 sensitivite ve %70,4 spesitivite ile saptayabildiği görüldü (AUC=0,666, %95; 0,530-0,802, p<0,05). PRDX-4 molekül düzeyi 11,29 ng/mL olarak belirlendiğinde SSc-İAH'si %67 sensitivite ve %74,1 spesitivite ile saptayabildiği görüldü (AUC=0,705, %95; 0,574-0,837, p<0,01). PRDX-4 molekülünün istatistiksel olarak KL-6'ya göre daha yüksek öngördürücülüğe sahip olduğu görüldü (Şekil 1B).

Sonuç: SSc-İAH'nda irreversible fibrozis evresinden önce erken tanı ve tedavide biyobelirteçler önemli rol oynamaktadır. Diğer moleküllere göre antioksidan olarak patofizyolojik sürecin daha erken dönemlerinde ortaya çıkabilmesi, diğer moleküllere oranla daha düşük molekül ağırlığı ve hidrofobik sinyal peptidi olması nedeniyle, sistemik dolaşıma daha hızlı geçerek immün yanıtta rol oynadığını düşünülen PRDX-4; KL-6 ve SP-D'den daha duyarlı ve spesifiktir ve SSc'li hastalarda interstisyel akciğer hastalığının ve progresif pulmoner fibrozisin değerlendirilmesinde potansiyel bir belirteç olarak gelecekte kullanılabilir.

PRDX-4, SSc-İAH grubunda İAH olmayan SSc grubuna göre yüksek saptanmıştır. PRDX-4; SSc-İAH tanısında biyomarker olarak kullanılabilir. PRDX-4, SSc-İAH progresyon gösteren hastalarda, İAH progrese olmayan SSc hastalarına göre yüksek saptanmıştır. SSc-İAH progresyonunda biyomarker olarak kullanılabilir. SP-D, KL-6 ve PRDX-4 pozitif yönlü ve mükemmel korelasyon göstermektedir. Her 3 molekülün de progresif pulmoner

fibrozisi saptama gücü yüksek olarak bulunmakla birlikte; PRDX-4 molekülü istatistiksel olarak en yüksek öngördürücülüğe sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu hastalıkları, sistemik skleroderma, sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, progresif pulmoner fibrozis, biyobelirteç, KL-6 antijen, sürfaktan protein D, peroksiredoksin-4



Şekil 1. Grupların PRDX-4 seviyeleri. Kutular 75 ve 25. persentilleri göstermektedir; horizontal bar = medyan B. Progresif pulmoner fibr0ziste PRXD-4, sensitivite and spesifite, ROC eğrisi altı alan (AUC)=0,936

PS-051

Kolşisin intoleran Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında IL-1 antagonistinin monoterapi kullanımı ile etkin tedavi mümkün mü?

Derya Yıldırım, Burcu Gül Kaya, İbrahim Vasi, Rıza Can Kardaş, Rahime Duran, Hazan Karadeniz, Aslıhan Avanoğlu Güler, Hamit Küçük, Abdülsamet Erden, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdurrahman Tufan

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

Amaç: Kolşisin Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tanılı hastalarda tedavinin temelini oluşturur. Il-1 antagonistleri ise kolşisin dirençli ya da intoleran olgularda seçkin tedavi olarak yerini almıştır. Çalışmamızın amacı, kolşisin direnci/intoleransı nedeniyle efektif doz tedavi alamayan hastalarda klinik, laboratuvar yanıt ve hasar oranını belirlemek ve bunu tam doz kolşisin kullanabilen hastalarla karşılaştırmaktır.

Yöntem: FMF tanısı ile izlenen ve IL-1 antagonisti tedavisi alan 125 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 96 tanesi kolşisin ve IL-1 antagonisti kombinasyonu, 29 tanesi ise sadece IL-1 antagonisti kullanmaktaydı. Retrospektif dizayn edilen bu çalışmada hastaların kolşisin dozlarına göre klinik aktiviteleri, inter-atak akut faz değerleri, diğer laboratuvar özellikleri ve hasar durumları karşılaştırıldı. Aynı parametreler kolşisin dozlarına göre hastalar gruplandırılarak değerlendirildi.

Bulgular: Monoterapi olarak IL-1 antagonistleri ve farklı dozlarda kolşisin kombinasyonu ile tedavi edilen hastalarla benzer klinik aktivite, ataklar arası enflamasyon ve hasara sahipti. IL-1 antagonistleri ile ortanca (IQR) tedavi edilme süreleri kolşisin almayan grupta alanlara göre anlamlı oranda yüksekti [48 ay (43) vs. 36 ay (24); p=0,034] (Tablo 1).

Sonuç: Kolşisin FMF tedavisinin olmazsa olmaz ilacıdır; ancak kolşisin etkin dozda kullanamayan ya da dirençli olan hastalarda monoterapi olarak IL-1 antagonistleri kullanımı da klinik aktiviteyi baskılama ve hasarı önlemede etkin olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, kolşisin, IL-1 antagonistleri

PS-052

Pulmoner arteriyel hipertansiyon tanılı hastalarda miks bağ dokusu hastalığının prevalansı ve prognozunun incelenmesi

Esra Bayram Sürmeli[1], Tuba Demirci Yıldırım[2], Ayşe Çolak[3], Yeşim Erez[2], Bahri Akdeniz[3], Ahmet Merih Birlik[2]

[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*

[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

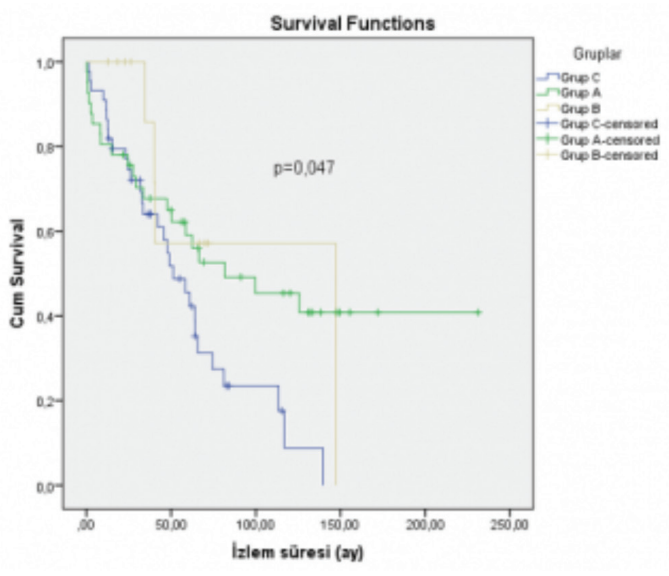
Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH); pulmoner vazokonstriksiyon, vasküler yeniden şekillenme ve media tabakasında hipertrofi ile karakterize bir patoloji olup bağ dokusu hastalıklarının da (BDH) ciddi bir komplikasyonudur. BDH ilişkili PAH hakkında literatürde çok sayıda kapsamlı araştırma bulunsa da bu grubun önemli bir alt grubunu oluşturan miks bağ dokusu hastalığı (MBDH) ile ilişkili PAH hakkında literatürde sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Çalışmamız, PAH tanılı hastalarda MBDH'nın prevalansı ve prognozunu incelemektedir.

Yöntem: Çalışmamız, etik kurul karar no: 2022/09-13 ile onaylanmış, hastanemiz pulmoner hipertansiyon (PH) kohortunu içeren retrospektif bir kohort çalışmasıdır. PH kohortundaki 18 yaş ve üzeri 296 hastadan; kliniğe tek başvurusu olanlar, Takayasu arteriti ile primer antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) tanısı olanlar çıkarıldıktan sonra kalan 221 hastadan sadece idiyopatik PAH (IPAH) ve BDH-PAH tanısı alan 96 hasta üzerinde çalışma yürütüldü. ANA(-) IPAH tanılı hastalar grup A, ANA(+) IPAH tanılı hastalar grup B ve BDH-PAH tanılı hastalar grup C olarak sınıflandırılarak istatistiksel analiz yapıldı. İlk aşamada gruplar demografik veriler, prognostik belirteçler, genel sağkalım süresi ve mortalite oranı açısından karşılaştırıldı. Sonraki aşamada, BDH-PAH grubu içinde MBDH tanılı hastaların, skleroderma (SSk) ve diğer BDH [sistemik lupus eritematozus (SLE), primer Sjögren sendromu (pSS) ve romatoid artrit (RA)] hastalarıyla aynı parametreler üzerinden karşılaştırması yapıldı.

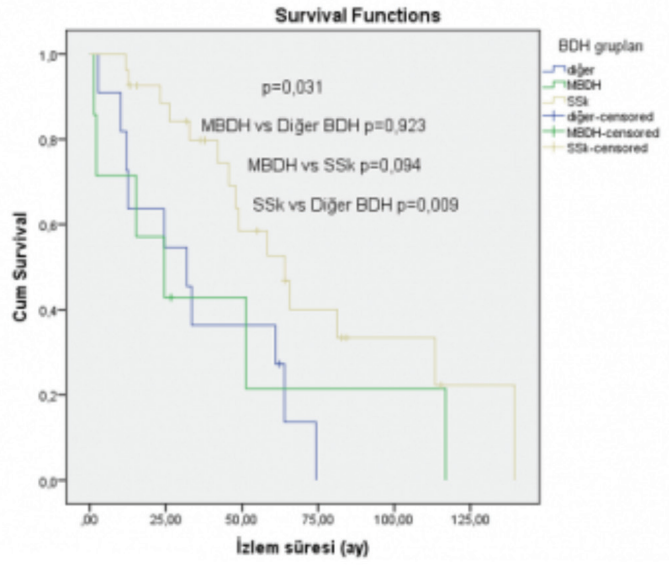
Bulgular: Doksan altı hastalık çalışma kohortumuzda grup A'da 41, grup B'de 11 ve grup C'de 44 hasta tespit edildi. Gruplara ait ayrıntılı demografik ve klinik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir. Kohortun takibi süresince hastaların genel mortalite oranı %57,3'tü, mortalitede gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,094). Grup C'nin genel sağkalım süresi grup A'ya göre anlamlı derecede daha kısaydı (p=0,047) (Şekil 1). Grup C içinde BDH alt gruplarına göre dağılım incelendiğinde; hastaların 7'si MBDH, 27'si SSk ve 11'i diğer BDH (SLE, pSS ve RA) tanılıydı. MBDH hastalarının SSk hastalarına göre daha erken yaşta PAH tanısı aldığı görüldü (p=0,022). Tablo 2 MBDH ve diğer BDH'ya ait demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasını içermektedir. MBDH, SSk ve diğer BDH grupları arasında da mortalite oranı açısından anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,059). Bununla birlikte, SSk hastalarının genel sağkalım süresi diğer BDH olan hastalara göre anlamlı derecede daha uzundu (p=0,009) (Şekil 2). MBDH hastalarının genel sağkalım süresi ise, SSk ve diğer BDH grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç: Çalışmamızda, MBDH-PAH prevalansı literatüre göre daha yüksek saptandı. MBDH-PAH hastalarının, BDH grubu içindeki diğer hastalarla benzer bir prognoz gösterdiği tespit edildi. Ayrıca BDH-PAH hastalarının sağkalım süresi IPAH hastalarına göre daha kısa bulundu.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner arteriyel hipertansiyon, miks bağ dokusu hastalığı, skleroderma



Şekil 1. Grup A, grup B ve grup C hastalarının genel sağkalım sürelerinin karşılaştırılması (Kaplan-Meier analizi)



Şekil 2. MBDH, SSk ve diğer BDH tanısı alan hastaların genel sağkalım sürelerinin karşılaştırılması (Kaplan-Meier analiz)

Tablo 1. Grup A, grup B ve grup C hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Grup A n=41	Grup B n=11	Grup C n=44	P
PAH tanı yaşı median (min-max)	60,0 (20,0-86,0)	60,0 (42,0-79,0)	64,0 (14,0-86,0)	,162
Cinsiyet n (%)				
Erkek	12 (29,3)	2 (18,2)	4 (9,1)	,059
Kadın	29 (70,7)	9 (81,8)	40 (90,9)	
Sigara n (%)				
Bırakmış	8 (19,5)	1 (9,1)	6 (13,6)	
İçiyor	5 (12,2)	1 (9,1)	3 (6,8)	,754
Hiç içmemiş	28 (68,3)	9 (81,8)	35 (79,5)	
Komorbidite n (%)	36 (87,8)	11 (100,0)	36 (81,8)	,273
DM n (%)	9 (22,0)	1 (9,1)	8 (18,2)	,619
HT n (%)	16 (39,0)	5 (45,5)	17 (38,6)	,914
KAH n (%)	6 (14,6)	3 (27,3)	7 (15,9)	,597
Diğer n (%)	25 (61,0)	10 (90,9)	24 (54,5)	,085
Mean PAB (mmHg) median (min-max)	42,0 (25,0-80,0)	45,0 (25,0-60,0)	38,5 (25,0-102,0)	,052
6-DYM (metre) median (min-max)	330,0 (0,0-720,0)	320,0(100,0-460,0)	190,0 (0,0-650,0)	**,002** 1,000* **,001**** 0,280***
Tedavide kalma süresi (ay) median(min-max)	37,5 (0,-172,0)	34,5 (12,7-147,2)	42,8 (0,0-158,9)	,980
Kullanılan ilaç sayısı median (min-max)	1,0 (0,0-6,0)	2,0 (1,0-5,0)	2,0 (0,0-6,0)	,208
Prostasiklin yolu n (%)	12 (29,3)	4 (36,4)	19 (43,2)	,412
Endotelin yolu n (%)	22 (53,7)	8 (72,7)	38 (86,4)	**,004*****
NO yolu n (%)	33 (56,1)	10 (90,9)	27 (61,4)	,104
İzlem süresi (ay) median (min-max)	58,1 (0,2-231,3)	39,9 (12,7-147,2)	37,8 (1,4-139,6)	,295
Mortalite oranı n (%)	21 (51,2)	4 (36,4)	30 (68,2)	0,094

* Grup A-IPAH vs Grup B-IPAH , ** Grup A-IPAH vs Grup C, *** Grup B-IPAH vs Grup C

Tablo 2. MBDH, SSk ve diğer BDH tanısı alan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	MBDH N=7	SSk N=27	Diğer BDH N=11	P değeri
PAH tanı yaşı median (min-max)	50,0 (22,0-69,0)	66,0 (45,0-86,0)	63,0 (14,0-80,0)	**,027** *,224 **,022 ***1,000
Cinsiyet n (%)				,381
Erkek	0 (0,0)	2 (7,4)	2 (18,2)	
Kadın	7 (100,0)	25 (92,6)	9 (81,8)	
Komorbidite n (%)	5 (71,4)	21 (77,8)	11 (100,0)	,192
DM n (%)	1 (14,3)	5 (18,5)	2 (18,2)	,966
HT n (%)	1 (14,3)	11 (40,7)	5 (45,5)	,227
KAH n (%)	0 (0,0)	5 (18,5)	2 (18,2)	,466
Diğer n (%)	4 (57,1)	14 (51,9)	7 (63,6)	,799
Mean PAB (mmHg) median (min-max)	44,0 (36,0-102,0)	33,0 (16,0-54,0)	41,0 (27,0-68,0)	**,026** *,474 **,025 ***,651
6 -DYM (metre) median (min-max)	120,0 (0,0-650,0)	240,0 (0,0-450,0)	180,0 (0,0-380,0)	0,250
HRCT de İAH n (%)	5 (71,4)	16 (59,3)	5 (45,5)	0,537
FVC (%) median (min-max)	64,5 (40,0-99,0)	73,0 (37,0-122,0)	58,0 (38,0-100,0)	0,398
DLCO (%) median (min-max)	35,0 (27,0-66,0)	48,5 (23,0-83,0)	35,0 (23,0-49,0)	0,198
Tedavide kalma süresi (ay)median (min-max)	24,3 (0,0-129,1)	45,6 (0,0-158,3)	31,9 (0,6-73,2)	0,273
İmmunsüpresif tedavi n (%)	5 (71,4)	13 (48,19)	7 (63,6)	0,448
İzlem süresi (ay) median (min-max)	24,5 (1,4-116,9)	45,7 (11,9-139,6)	31,9 (2,77-74,4)	0,173
Mortalite oranı n (%)	6 (85,7)	15 (55,6)	10 (90,9)	0,059

*MBDH vs Diğer BDH, **MBDH vs SSk, ***Diğer BDH vs SSk

PS-053

Medikal tedaviye dirençli tekrarlayan monoartrit tedavisinde sinoviyal hipertrofi alanlarına mikrodalga ablasyon uygulaması

Rabia Deniz[1], Tevfik Güzelbey[2], İlhan Nahit Mutlu[2], Duygu Sevinç Özgür[3], Bilgin Karaalioğlu[3], Gamze Akkuzu[3], Fatih Yıldırım[3], Kübra Kalkan[3], Özgür Kılıçkesmez[2], Cemal Bes[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

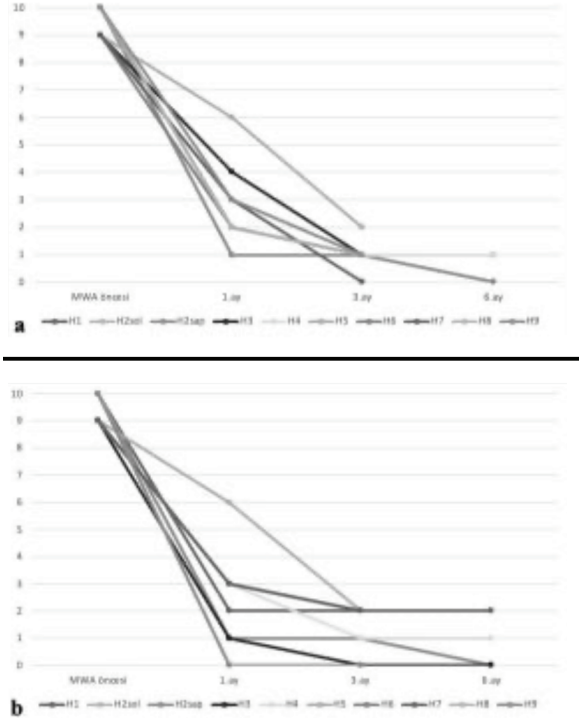
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Tekrarlayan monoartrit (RM) birçok romatizmal hastalığın seyrinde ortaya çıkabilen ve kısıtlılığa yol açan bir komplikasyondur. Ablasyon teknikleri farklı etiyolojilere sahip benign veya malign lezyonların tedavisinde başarıyla uygulanmaktadır ve son zamanlarda osteoartrit başta olmak üzere kas-iskelet sistemi hastalıklarında da kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada mikrodalga ablasyon (MWA) yönteminin medikal tedaviye dirençli RM yönetiminde yardımcı tedavi olarak kullanımının başarı ve güvenliliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Rekürren monoartrit atakları olan, romatoid artrit, spondiloartropati, Behçet hastalığı, juvenil idiyopatik artrit ve farklılaşmamış enflamatuvar monoartrit tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta seçiminde kortikosteroide ilaveten en az 2 DMARD, kontraendikasyon yoksa biyolojik DMARD olarak maksimum medikal tedavi almasına rağmen son altı ayda en az 3 veya toplam takipte en az 5 kez intra-artiküler sıvı aspirasyonu (İAA) yapılan hastalar RM olarak tanımlanmış ve hem ultrasonografi (USG) hem manyetik rezonans (MR) ile işleme uygun sinovyal hipertrofi varlığı doğrulanmıştır. Hasta seçimi ve işlem aynı romatolog ve radyolog tarafından yapılmıştır. Sinoviyal hipertrofi boyutu ölçüldükten sonra uygun prob seçilerek, hastanın toleransı ve doku boyutuna göre 10-20 W arasında değişen güçte, USG kılavuzluğunda, nekroza işaret eden mikro kabarcıklar görülene kadar devam edilerek MWA işlemi gerçekleştirilmiştir. Hastaların demografik bilgileri, tedavileri, İAA sayısı, komplikasyonlar, fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorları, rutin laboratuvar parametreleri, USG ve MR görüntüleri kaydedilmiştir.

Bulgular: Yaşları 26-49 arasında değişen 2 kadın ve 7 erkek hastanın toplam 10 diz eklemine MWA uygulanmıştır. Takip boyunca hastaların önceki tedavileri değiştirilmeden sürdürülmüştür. MWA sonrası medyan takip süresi 5,5 (3-7) aydır. Son 6 ayda işlem öncesi

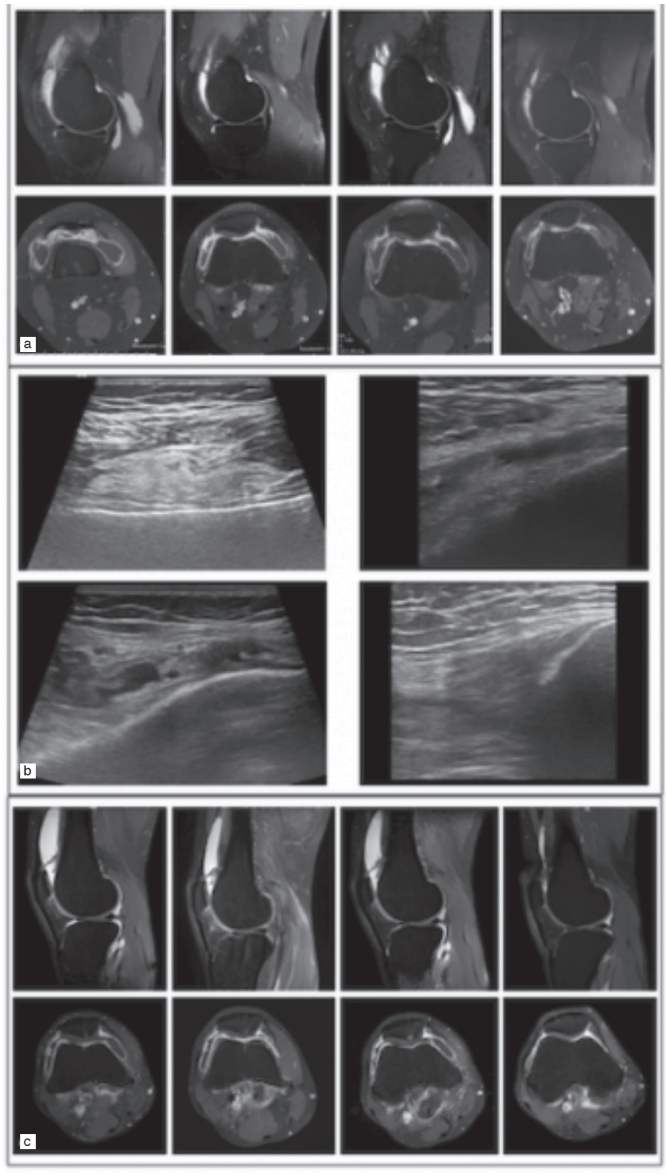
İAA ihtiyacı medyan 6 (3-8) iken takipte yalnız bir hastada sadece ikinci MWA seansında İAA ihtiyacı olmuş, diğer hastaların İAA ihtiyacı olmamış ve takip görüntülemelerde sinovyal hipertrofi giderek gerilemiştir (Şekil 1a, b). Üç hastada ikinci MWA seansına ihtiyaç duyulmuştur. Üç hastaya farklı nedenlerle kısa süreli düşük doz ek kortikosteroid verilmiştir. İşlem öncesi, işlemden sonra 1., 3. ve 6. ayda hastalarca 0-10 arasında belirlenen fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorlarında anlamlı şekilde iyileşme olmuştur (her ikisinde de medyan skor 9'dan 1'e gerilemiştir, p<0,00001, Şekil 2a, b, c). İşlem sırası ve takipte herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. Örneklem büyüklüğü, hastaların heterojen hastalık şiddeti ve tanıları, bazılarının tıbbi tedaviye kısmen uyum sağlamamaları ve USG/MR bulgularının yarı-objektif değerlendirilmesi çalışmanın kısıtlılıklarıydı. MWA'nın romatizmal hastalıklarda kullanımının erken dönem sonuçlarına bakıldığında, herhangi bir komplikasyon olmaksızın, monoartrit atakları ve İAA ihtiyacında azalma, fonksiyonellik ve ağrı skorlarında dramatik düzelmeler olduğu düşünüldüğünde, maksimum medikal tedaviye dirençli ve sinovektominin mümkün veya uygun olmadığı RM'de umut verici bir yardımcı tedavi olabileceği düşünülmüştür. Uzun vadeli sonuçların izlemi ve bu bulguların farklı merkezlerde, daha geniş kohortlarda tekrarlanmasının, bu olumlu sonuçları ve MWA tekniğinin uygulanabilirliğini doğrulaması gerekecektir.



Şekil 1. Hastaların MWA işlemi öncesi ve işlem sonrası 1., 3. ve 6. ay vizitlerinde olabilecek en kötü 10 ve olabilecek en iyi değerlendirme 0 olacak şekilde fonksiyonel kısıtlılık ve ağrı skorları. **a)** fonksiyonel kısıtlılık puanını ve **b)** ağrı puanını göstermektedir

Sonuç: Romatizmal hastalıkta sinovyal hipertrofi ile birlikte tıbbi olarak dirençli RM'li hastalarda tümünde cerrahi tedavi daha iyi bir seçim değildir. MWA ile hem monoartrit ataklarının kontrolü, hem de fonksiyonellik ve ağrı skorlarında iyileşme sağlanmıştır. MWA, RM'de yardımcı tedavi olarak güvenli ve uygulama kolay bir yöntem gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikrodalga ablasyon, medikal tedaviye dirençli tekrarlayan monoartrit, sinoviyal hipertrofi, enflamasyon, kas-iskelet radyolojisi, anti-enflamatuvar ajanlar



Şekil 2. İşlem öncesi ve işlem sonrası 1., 3. ve 6. ay ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleri olan iki hasta örneği. **Şekil 2a**'da hasta 3'ün işlem öncesi 1., 3. ve 6. ay MR görüntüleri soldan sağa olacak şekilde, üst sırada sagittal T1 ağırlıklı kontrastlı kesitler ve alt sırada trombosit dağılım genişliği (PDW) aksonal kesitler gösterilmektedir. **Şekil 2b**'de aynı hastanın işlem öncesi ve işlemden sonra 1., 3. ve 6. ay USG görüntüleri soldan sağa doğru işlem öncesi ve 1. ay üst sırada, 3. ve 6. ay alt satırda görülmektedir. **Şekil 2c**'de hasta 1'in işlem öncesi ve işlem sonrası 1., 3. ve 6. ay MR görüntüleri soldan sağa olacak şekilde, üst satırda sagittal T1 ağırlıklı kontrastlı kesitler ve alt satırda PDW aksonel kesitler gösterilmektedir

PS-054

Radyografik olmayan ax-SpA hastalarının radyografik AX-SPA'YA dönüşüm oranının ve etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi

Esra Erpek Karaova, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Non-radyografik aksiyal spondiloartritli (nr-AxSpA) hastaların radyografik aksiyal spondiloartrite (r-AxSpA) progresyon oranları ve etkili faktörlerin gözden geçirilmesi amaçlandı.

Yöntem: AxSpA kohortunda izlenen 695 hastadan nr-AxSp olan ve en az bir takip pelvis AP grafisi olan 209 hasta çalışmaya dahil edildi. İki yüz dokuz hastaya ait 520 grafi kronolojiye kör olarak tek okuyucu tarafından değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, bazal laboratuvar tetkikleri ve bazal hastalık aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçekleri, tedavi durumları kaydedildi. Ortalama 5,4±2,1 takip sürecinde Nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progresyon oranı hesaplandı; r-axSpA'ya progresyon üzerinde etkili olabilecek faktörler "The Generalized Estimating Equations (GEE)" analiz yöntemi ile test edildi.

Bulgular: İki yüz dokuz hastadan; 57'si (%27,3) takip süresi sonunda nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progrese olduğu görüldü. Progrese olan ve olmayan hastaların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. İkinci yılda görüntülemesi olan 178 hastanın 29'unun (%16,29), beşinci yılda görüntülemesi olan 119 hastanın 25'inin (%21,73) ve sekizinci yılda görüntülemesi olan 37 hastadan 9'unun (%21,62) progrese olduğu görüldü. Yapılan tek değişkenli GEE analizinde hastaların nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progresyon üzerinde etkili faktörler; eğitim düzeyinin düşük olması (<8 yıl), C-reaktif protein (CRP) yüksekliği, ve bazal BASMI ile değerlendirilen spinal mobilitenin kötü olması ve ASAS'a göre aile öyküsünün varlığı şeklinde tespit edildi. Multivariate analiz için oluşturulan modelde ise eğitim düzeyinin düşük olması, aile öyküsü ve CRP değerinin yüksekliği nr-axSpA'nin r-axSpA'ya ilerlemesinde bağımsız değişkenler olarak bulundu (Tablo 2).

Sonuç: Non-radyografik-axSpA hastalarının r-axSpA'ya progresyonu diğer çalışmalarla benzer şekilde CRP yüksekliği ile ilişkili görünmektedir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak aile öyküsü varlığının ve eğitim düzeyinin düşük olmasının da (<8 yıl) r-axSpA'ya progresyona etkili olabileceğini tespit ettik. Bu analizde r-axSpA'ya progresyon ile ilişkili olduğu görülen BASMI yüksekliği ise neden değil ilerlemenin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: ax-SpA, progresyon, sakroiliak eklem

Tablo 1. Nr-axSpA'dan r-axSpA'ya progrese olan ve olmayan hastaların bazal demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Tüm Hastalar N=209	Progrese Olanlar N=57	Progrese Olmayanlar N=152	P değeri
Erkek cinsiyet n (%)	25/57 (43.8)	69/152 (45.4)	0.877
Yaş, yıl ort ± SD	44.4 ± 11.07	45.6 ± 10.2	0.902
Semptom süresi, yıl ort ± SD	17.06 ± 8.97	17.06 ± 8.97	0.656
Eğitim süresi, yıl ort ± SD	**9.33 ± 3.7**	**11.1 ± 4**	**0.005**
Halen sigara kullanımı n (%)	24/57 (42.1)	59/140 (42.1)	0.953
VKI kg/m2 ort ± SD	32.1 ± 3.9	26.3 ± 4.3	0.085
Daktilit n (%)	3/53 (5.6)	2/146 (1.4)	0.119
Periferik artrit n (%)	16/51 (31.3)	45/140 (32.1)	1.000
Topuk ağrısı n (%)	29/47 (61.7)	69/136 (50.7)	0.236
Radyolojik kalça tutulumu n (%)	3/57 (5.3)	3/152 (2)	0.348
Psöriazis n (%)	6/57 (10.5)	7/151 (4.6)	0.194
IBH n (%)	2/47 (4.2)	14/118 (11.9)	0.244
Üveit n (%)	7/57 (12.28)	22/151 (14.6)	0.686
HLA-B27 pozitifliği n (%)	27/44 (61.3)	60/128 (46.9)	0.069
C-reaktif protein mg/dl ort ± SD	**17.2 ± 26.8**	**7.5 ± 13.6**	**0.001**
Eritrosit sedimentasyon hızı mm/h ort ± SD	26.2 ± 21.5	23.5 ± 19.4	0.417
BASDAI ort ± SD	4.1 ± 2.5	4.4 ± 2.3	0.356
BASFI ort ± SD	3.4 ± 3	3.1 ± 2.5	0.569
ASDAS-CRP ort ± SD	2.9 ± 1.4	2.5 ± 1.1	0.098
BASMI ort ± SD	**3.3 ± 1.7**	**2.8 ± 1.1**	**0.015**
ASQOL ort ± SD	8.3 ± 5.3	9 ± 5.2	0.387
HAQs ort ± SD	0.8 ± 0.7	0.8 ± 0.6	0.750
ASAS aile öyküsü n (%)	**25/44 (56.8)**	**32/100 (32)**	**0.005**
NSAID kullanımı n (%)	40/50 (80)	111/134 (82.9)	0.669
Biyolojik tedavi kullanımı n (%)	30/57 (52.6)	67/152 (44.1)	0.280
Biyolojik tedavi süresi ort ± SD	8 ± 3.3	7.3 ± 3.7	0.427
Ek hastalık varlığı n (%)	14/47 (29.7)	22/127 (17.3)	0.058

Tablonun içindeki veriler ortalama (SD) veya n / toplam n yüzde (%) olarak verildi. ASDAS: Spondylitis Disease Activity Score; ASQoL: Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği; BASDAI Bath Ankylosing Spondylitis Hastalık Aktivite İndeksi; BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metroloji İndeksi; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Fonksiyonel İndeksi; CRP: C Reaktif Protein; ESR: eritrosit sedimantasyon hızı; HAQs: Spondiloartritler için sağlık değerlendirme anketi (Health Assessment Questionary For The Spondylarthropathies); IBH: İnflamatuar Bağırsak Hastalığı; NSAID: Non-steroid anti enflamatuar ilaç ASAS: The Assessment of Spondyloarthritis International Society, HLA-B27 İnsan Lökosit Antijeni B27

Tablo 2. Nr-axSpA dan r-axSpA ya progresyonda etkili faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli longitudinal analiz sonuçları

	Tek değişkenli analiz				Çok değişkenli analiz			
	B	%95 CI		P	B	%95 CI		P
Eğitim yılı <8 yıl olması	0.217	-0.683	1.118	**0.032**	-23.139	-24.25	-22.02	**0.000**
HLA-B27 pozitifliği	-0.547	-1.027	-0.067	**0.068**	-0.632	-1.51	0.255	0.162
C-reaktif protein değeri yüksekliği	-1.32	-1.69	-0.95	**0.000**	0.41	0.004	0.079	**0.031**
BASMI değeri yüksekliği	-1.918	-2.83	-1.006	**0.022**				
ASAS Aile Öyküsü varlığı	0.037	-0.513	0.587	**0.002**	-0.965	-1.81	-0.115	**0.026**

BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metroloji İndeksi,ASAS: The Assessment of Spondyloarthritis International Society, HLA-B27 İnsan Lökosit Antijeni B27

PS-055

Erken dönemde (≤2 yıl) bDMARD başlanan spondiloartritli hastaların özellikleri - HURBIO gerçek yaşam verileri

Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Emre Bilgin, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Gül Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdinç Ünaldı, Buğu Bulat, 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

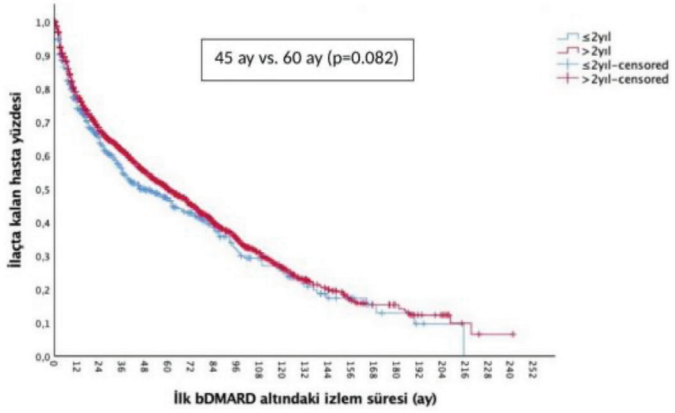
Amaç: Bu çalışmada, semptom başlangıcından itibaren iki yıl içerisinde biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) başlanmış spondiloartritli (SpA) hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi ve daha geç dönemde bDMARD başlanan hastalarla karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü (HUR-BİO), 2005 yılında kurulan b/tsDMARD kullanan hastaların kaydedildiği prospektif, tek merkezli bir veri tabanıdır. Veri tabanına Temmuz 2023'e kadar kayıt edilen, semptom ve bDMARD başlangıç tarihi bilinen 3.161 SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, semptom başlangıç ve tanı tarihleri, varsa HLAB27 sonuçları ve radyografik bulguları, ekstra-artiküler tutulumları, bDMARD öncesinde kullanılan sentetik DMARDlar, bDMARD başlangıç tarihi ve etken maddesi, bDMARD başlangıcında ve son vizitteki hassas-şiş eklem sayısı, ESR, CRP ile BASDAI, BASFI, VAS ve HAQ skorları kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 3.161 SpA hastasından 665'ine (%51,3 erkek) semptom başlangıcından medyan 11 ay (6-18) içerisinde bDMARD tedavisi başlandığı görüldü. Erken bDMARD başlanan hastaların semptom yaşı daha büyük [32 yaş (25-41) vs. 27 yaş (21-35), p<0,001] ve semptoma göre hastalık süreleri daha kısaydı [9 yıl (5-11) vs. 16,5 yıl (12-23), p<0,001]. Tanı yaşı gruplar arasında benzerdi. Hastalık süresi daha uzun olan ve daha geç dönemde bDMARD başlanmış olan hastalarda sindezmofit, bambu omurga ve kalça tutulumunun daha fazla olduğu saptandı (hepsi için p<0,05). Gruplar arasında ekstra-artiküler tutulumlardan psoriazis ve enflamatuvar barsak hastalığı açısından farklılık yokken, üveitin erken bMARD başlanan hastalarda daha az olduğu görüldü (%6,8 vs. %13,3, p<0,001). Gruplar arasında bDMARD seçiminde, ilaçta kalımda, ilk ve son vizitte hastalık aktivite göstergelerinde anlamlı farklılık izlenmedi. Başlangıç BASFI skorları gruplar arasında benzerken, erken bDMARD başlanan hastalarda son vizitteki BASFI skoru daha düşük bulundu [2,3 (0,4-4,8) vs. 2,8 (0,9-5,3), p<0,001].

Sonuç: Bu çalışmada, semptom başlangıç yaşı daha geç olmasına rağmen erken dönemde tedavi başlanan hastalarda ilaçta kalım ve hastalık aktivitesinde anlamlı farklılık izlenmezken, fonksiyonel kötüleşmenin daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu grupta üveit sıklığının daha az olduğu görülmüştür. Tedavi kararını belirlerken hastalık aktivitesini kontrol almanın yanı sıra, hastanın fonksiyonelliğinin korunması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, bDMARD, BASFI, fonksiyonellik



Şekil 1. İlk bDMARD sonrası ilaçta kalım

PS-056

Farklılaşmamış bağ doku hastalığı olan hastaların klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri: Tek merkez kohortu

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

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

Amaç: Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı (UCTD), bir bağ dokusu hastalığının klinik bulgularını gösteren ancak herhangi bir bağ dokusu hastalığının sınıflama kriterlerini karşılamayan hastalar için kullanılan bir terimdir. UCTD olan hastaların bir kısmı zaman içerisinde kesin bir bağ dokusu hastalığına evrilirken, büyük çoğunluğu değişmeden kalır. Bu çalışmada kliniğimizde UCTD tanısı ile takip edilen hastalarla, bunlardan takipleri sırasında kesin bir bağ dokusu hastalığına evrilmiş olanların klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının araştırılması amaçlanmıştır.

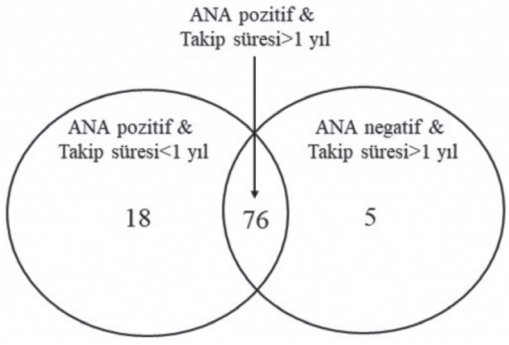
Yöntem: Çalışmamıza 2004-2022 yılları arasında UCTD tanısı konulmuş 99 hasta dahil edildi. UCTD tanısı sırasındaki demografik, laboratuvar ve klinik verileri retrospektif olarak incelendi. Analizlere antinükleer antikor (ANA) sonucu negatif olan, ancak bağ dokusu hastalıkları açısından önemli başvuru semptomları gösteren hastalar da dahil edildi. Takipleri sırasında bir bağ dokusu hastalığına dönüşen hastaların da kesin tanı sırasındaki laboratuvar ve klinik verileri analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların takip süresi >1 yıl olanların 76'sında ANA pozitif iken 5'inde ise ANA negatif bulundu. Takip süresi <1 yıl olanların ise 18'inde ANA pozitif saptandı (Şekil 1). Tüm UCTD hastaları için ortalama takip süresi 53,16±43,68 ay (min-maks=6-207 ay) olarak bulundu. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Başvuru sırasında en sık görülen 3 semptom sırasıyla artralji (55 hasta), Raynaud fenomeni (34 hasta) ve artrit (28 hasta) idi. Hastaların 11'i (%11,1) ortalama 2,7±2,2 yıl (min-maks=1-7 yıl) içerisinde kesin bir bağ dokusu hastalığına dönüşmüştü. Takipleri sırasında hastaların 4'üne (%4) mikst bağ dokusu hastalığı, 6'sına (%6) sistemik skleroz ve 1'ine sistemik lupus eritematozus tanısı konuldu (Tablo 3). Başvuru sırasında hastaların sadece 37'sine (%37,4) toraks BT çekilmişti ve bunların 4'ünde intersitisyel

akciğer hastalığı (İAH) ile uyumlu bulgu verdi. Takipleri sırasında 13 hastaya daha toraks BT çekilmiş olup 3 hastaya daha İAH tanısı konuldu. Hastaların takipleri sırasında akciğer tutulumu dışında ciddi bir organ tutulumu görülmedi.

Sonuç: Sonuç olarak UCTD tanısı ile takip ettiğimiz hastaların büyük çoğunluğunun takip sırasında tanısının değişmediğini saptadık. UCTD tanısı koyduğumuz hastaların başvuru semptomları genellikle kas-iskelet sistemi veya vaskülopati ile ilişkiliydi ve hastaların çoğunda gerek tanı gerekse takipleri sırasında ciddi bir organ tutulumları yoktu. Bu ilk tanı sırasındaki bulgularının hafif olması nedeniyle hastalara ileri tetkik yapılmamış olması ile ilişkilendirilebilecek olsa da mevcut bulgular ışığında UCTD tanısı konulan hastaların klinik seyirlerinin iyi gittiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Otoantikorlar, undiferansiye bağ doku hastalığı, lupus like sendrom, prescleroderma



Şekil 1. Analiz edilen hastaların ANA ve hastalık süresine göre dağılımı
ANA: Antinükleer antikor

PS-057

Avustralya opal veri kümesindeki romatoid artritli hastalarda Janus kinaz inhibitörlerinin gerçek yaşam koşullarında kullanımı ve aralarındaki geçiş

Sabina Ciciriello[1,2], Geoffrey Littlejohn[1,3], Tamas Treuer[4], Kathryn A. Gibson[4,5], Peter Youssef[6,7], Paul Bird[1,8], Catherine O'sullivan[1], Tegan Smith[1], Claire T. Deakin[9,10], Zeynep Eylül Özmen[11]

[1]*Opal Rheumatology Ltd, Sydney, NSW, Australia*

[2]*Royal Melbourne Hospital, Melbourne, VIC, Australia*

[3]*Department of Medicine, Monash University, Clayton, VIC, Australia*

[4]*Eli Lilly Australia Pty Ltd., Sydney, NSW, Australia*

[5]*Liverpool Hospital, Liverpool, NSW, Australia*

[6]*Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, NSW, Australia*

[7]*University Of Sydney, Sydney, NSW, Australia*

[8]*University Of New South Wales, Kensington, NSW, Australia*

[9]*Centre For Adolescent Rheumatology Versus Arthritis At University College London, University College London Hospitals, Great Ormond Street Hospital and University College London, London, UK*

[10]*National Institute of Health Research Biomedical Centre at Great Ormond Street Hospital, London, UK*

[11]*Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul, Turkey*

Amaç: JAK inhibitörleri (JAKi), patogenezde rol oynayan birden fazla sitokin yolağını bloke etme yetenekleri sayesinde RA tanılı birçok hastanın tedavisinde majör bir gelişme sağlamıştır. Avustralya'da devlet sübvansiyonu, romatologlara hasta bazındaki değerlendirmelerine göre klinik açıdan en uygun buldukları b/tsDMARD'ı reçete etme imkanı vermektedir. Onaylı 3 JAKi'nin kullanımına girişi hızla gerçekleşmiştir [tofasitinib (TOF; Ekim 2015'ten bu yana), barisitinib (BARI, Eylül 2018) ve upadasitinib (UPA; Mayıs 2020)]. Bu çalışmanın amacı birinci basamak, ikinci basamak veya üçüncü basamak tedavi olarak TOF, BARI veya UPA başlanan ve ardından alternatif bir JAKi, TNFi veya diğer bDMARD'lara (IL-6i, CTLA-4 ve CD20) geçen hastalarda geçişe kadar geçen süreyi, geçiş paternlerini, eş zamanlı csDMARD'ları ve geçiş nedenini incelemektir.

Yöntem: OPAL veri kümesi, Avustralya'dan 112 romatoloğun elektronik tıbbi kayıtlarından elde edilen isimsizleştirilmiş, toplu klinik verilerin bir araya getirildiği bir veri kümesidir. Veriler, klinisyenin reçete yazma yazılımı olarak da kullanılan özel yapım bir yazılımda (Audit4, S4S Pty Ltd., Sidney, Avustralya) hasta başı olarak toplanmıştır. 1 Ekim 2015 ile 30 Eylül 2021 arasında hekimin RA tanısı koyduğu ve bir JAKi başlattığı 18-95 yaş grubundaki hastalar uygun olarak değerlendirilmiştir. Veriler, tanımlayıcı istatistik kullanılarak özetlenmiştir. Kaplan-Meier analizi kullanılarak, JAKi kullanmaya başlayanların oluşturduğu genel popülasyon için ilaca devam etme analizi yapılmış ve tedaviyi bırakma, olay olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma döneminde 5.900 hasta bir JAKi kullanmaya başlamış ve bu analize dahil edilmiştir (BARI n=1,875, TOF n=3,662, UPA n=1,814). Genel popülasyonda medyan tedaviye devam etme süresinin, yeterli takibin olduğu durumlarda BARI, TOF ve UPA için benzer olduğu ve birinci basamak tedavide JAKi başlanan hastalarda en uzun, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi olarak JAKi alan hastalarda ise daha kısa olduğu görülmüştür (Tablo 1). JAKi'den JAKi'ye geçiş tüm tedavi basamaklarında gözlenmiş, ancak birinci basamak TOF ve UPA'dan geçiş yapan hastaların alternatif bir JAKi'ye kıyasla bir TNFi'ye geçme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Daha ileri tedavi basamaklarında JAKi'den TNFi'ye geçiş daha düşük sıklıkta gözlenmiş ve diğer etki mekanizmalarına sahip bDMARD'ların daha yaygın kullanıldığı anlaşılmıştır. Birinci basamaktan geçiş zamanında, BARI ve TOF ile tedavi edilen hastaların sırasıyla %35,6 ve %37,6'sına kıyasla UPA kullananların %22,8'inin tedaviyi monoterapi şeklinde almakta olduğu kaydedilmiştir. Tüm ajanlar genelinde, ikinci ve üçüncü basamakta monoterapi kullanımının arttığı görülmüştür. "Etkisizlik" geçişin en yaygın nedeni olarak kaydedilirken, JAKi kullanmaya başlayan hastaların küçük bir bölümünde tedavinin kesilmesine yol açan advers reaksiyon geliştiği saptanmıştır. Takip süresinin sınırlı olması nedeniyle UPA ile ilgili bulguların dikkatli bir şekilde yorumlanması gerekmektedir.

Sonuç: Avustralya'da gerçek yaşam koşullarındaki klinik uygulamada, medyan tedaviye devam etme süresinin tedavi grupları genelinde benzer olduğu ve JAKi'den JAKİ'ye geçişin sıklıkla gerçekleştiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, JAK inhibitörleri, gerçek yaşam koşullarında kullanım, geçiş paternleri

Tablo 1. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi olarak JAKi'ye devam etme durumu

	Birinci basamak JAKi			İkinci basamak JAKi			Üçüncü basamak JAKi		
	BARI n=545	TOF n=1408	UPA n=459	BARI n=481	TOF n=997	UPA n=517	BARI n=849	TOF n=1257	UPA n=838
Medyan sağkalım, ay (%95 GA)	33.6 (25.7, NR)	34.9 (30.9, 40.7)	NR	24.8 (20.1, NR)	21.4 (18.2, 24.8)	NR (16.1, NR)	20.5 (17.5, 21.8)	21.1 (18.5, 24.4)	18.8 (18.8, NR)
25. yüzdelik dilim, ay (%95 GA)	10.1 (9.2, 14.1)	9.2 (8.2, 10.5)	NR (12.9, NR)	8.1 (6.6, 9.6)	6.9 (5.5, 8)	8.8 (6.7, NR)	5.7 (4.9, 6.9)	6.6 (5.6, 7.9)	7 (6, 9)

NR, ulaşılmamıştır.

Tablo 2. JAKi'den geçiş yapan hastalarda geçiş paternleri, geçişe kadar geçen süre, monoterapi veya kombinasyon tedavisi kullanımı ve geçiş nedeni

		Birinci basamak JAKi			İkinci basamak JAKi			Üçüncü basamak JAKi		
		BARI	TOF	UPA	BARI	TOF	UPA	BARI	TOF	UPA
N		545	1,408	459	481	997	517	849	1,257	838
Takip süresi (yıl), medyan [IQR]		2.3 [1.7-2.7]	4.0 [2.9-5.1]	0.9 [0.7-1.1]	2.2 [1.7-2.8]	4.2 [2.8-5.1]	0.8 [0.7-1.1]	2.4 [1.9-2.8]	4.2 [3.0-5.3]	1.0 [0.7-1.2]
Tedavide kalan hastalar[a], n; %		371; %68.1	783; %55.6	402; %87.6	295; %61.3	454; %45.5	432; %83.6	461; %54.3	550; %43.8	669; %79.8
Geçiş yapan hastalar, n; %		174; %31.9	625; %44.4	57; %12.4	186; %38.7	543; %54.5	85; %16.4	388; %45.7	707; %56.2	169; %20.2
Geçilen ilaç sınıfı[b], n; %	JAKi	76; %43.7	191; %30.6	9; %15.8	61; %32.8	162; %29.8	20; %23.5	152; %39.2	264; %37.3	44; %26.0
	TNFi	78; %44.8	315; %50.4	40; %70.2	70; %37.6	221; %40.7	33; %38.8	110; %28.4	221; %31.3	72; %42.6
	Diğer bDMARD'lar	20; %11.5	119; %19.0	8; %14.0	55; %29.6	160; %29.5	32; %37.6	126; %32.5	222; %31.4	53; %31.4
Geçişe kadar geçen süre, ay; medyan [IQR]		8.4 [3.8-15.8]	9.5 [4.3-21.0]	3.7 [2.8-5.1]	7.1 [3.7-12.9]	8.7 [3.9-18.4]	4 [3.2-5.8]	6.6 [3.7-15.1]	9.2 [4.1-21.2]	3.7 [3-5.4]
Geçiş zamanında kullanılan csDMARD'lar[c], n; %	Monoterapi	62; %35.6	235; %37.6	13; %22.8	95; %51.1	235; %43.3	43; %50.6	174; %44.8	315; %44.6	101; %59.8
	Kombinasyon tedavisi	112; %64.4	390; %62.4	44; %77.2	91; %48.9	308; %66.7	42; %49.4	214; %55.2	392; %55.4	68; %40.2
Geçiş nedeni[d], n; %	Etkisizlik	53; %9.7	139; %9.9	16; %3.5	58; %12.1	154; %15.4	22; %4.3	107; %12.6	197; %15.7	39; %4.7
	Daha iyi bir alternatif	18; %3.3	93; %6.6	3; %0.7	31; %6.4	98; %9.8	9; %1.7	69; %8.1	122; %9.7	9; %1.1
	Advers reaksiyon	18; %3.3	64; %4.5	12; %2.6	30; %6.2	52; %5.2	16; %3.1	56; %6.6	84; %6.7	38; %4.5
	Kontrendikasyon	2; %0.4	6; %0.4	0; %0	1; %0.2	4; %0.4	1; %0.2	3; %0.4	3; %0.2	0; %0
	Hastanın tedaviye uyum göstermemesi	2; %0.4	4; %0.3	0; %0	2; %0.4	5; %0.5	1; %0.2	2; %0.2	8; %0.6	0; %0

[a]JAKi kullanmakta olan, sonraki bir b/tsDMARD'a başlamayan veya takibi sürdürülemeyen hastalar dahil.
[b]Payda, ilgili JAKi'den geçiş yapan toplam hasta sayısıdır.
[c]Kortikosteroidlerden bağımsız olarak geçiş zamanında en az bir csDMARD (metotreksat, leflunomid, hidroksiklorokin, sülfasalazin, siklosporin) ile JAKi olarak tanımlanmıştır.
[d]Payda, ilgili JAKi'ye başlayan toplam hasta sayısıdır.

PS-058

Romatoid artritli hastalarda BT ile kanıtlanmış pulmoner romatoid nodül progresyonunda ACPA pozitifliği en önemli risk faktörüdür

Gül Sandal Uzun[1], Yasin Sarıkaya[2], Sevtap Arslan[2], Mustafa Ekici[1], Emine Büşra Ata[3], Emre Bilgin[1], Levent Kılıç[1], Sedat Kiraz[1], Ali İhsan Ertenli[1], Macit Arıyürek[2], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artritte (RA) önemli bir extraartiküler tutulum olan romatoid pulmoner nodül (RPN) sıklığı %1 ile 32 arasında değişkenlik göstermektedir. Erkek cinsiyet, sigara içme ve seropozitivite nodül gelişimi ile ilişkili olmasına rağmen, RPN boyutunun değişimini etkileyen faktörlerle ilgili literatür, esas olarak RA'ya özgü tedavilere odaklanmıştır. Bu çalışmada RA hastalarında RPN'nin özelliklerini ve nodül progresyonu ile ilişkili faktörleri belirlemek amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2010 ile Eylül 2018 arasında en az bir toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) olan RA hastaları dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, nodül saptanma yaşı, sigara içimi, romatoid faktör ve anti-CCP değeri, RA özgün tedaviler ve mortalite durumu kaydedilmiştir. RPN; takipte boyutları değişen, en az iki farklı boyutta nodül veya nodülde kavitasyon olarak tanımlanmıştır. RPN'deki değişimler için bu şekilde tanımlama yapılmıştır. Nodülde progresyon; takipte yeni nodüllerin ortaya çıkması veya nodüllerin çapındaki artış, nodülün stabil olması; takipte yeni nodüllerin oluşmaması ve nodüllerin boyutunda hiçbir artışın olmaması ve nodülde regresyon; en az bir nodülün çapındaki azalması idi. Ayrıca dominant nodülün yerleşim yeri ve çapı kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 204 [136 (%66,7) kadın] hasta dahil edildi. RA tanısı doğrulanan ve en az bir BT çekilen hastaların RPN sıklığı %33,5 idi, medyan hastalık süresi 12,9 (0,05-61,2) yıldı. Yüz otuz üç (65,1) hastanın en az iki BT'si mevcuttu. Yirmi bir (%10,2) hastanın RA tanısı öncesi [tanıya kadar geçen süre medyan 10,4 (0,46-254) ay] herhangi bir sebeple çekilen ilk BT'sinde pulmoner nodül saptandı. Seropozitif hastalarda medyan nodül sayısı ve dominant nodülün medyan çapı daha yüksekti ve kavitasyon daha yaygındı (Tablo 1). Progresyonu olan hastalarda ACPA pozitifliği regresyon ve stabil nodülü olanlara göre daha yüksekti [%86,6'ya karşı %65,2 (p=0.06) ve %57,1 (p=0,007)]. Çok değişkenli analizde ACPA pozitifliği bağımsız olarak progresyon ile ilişkiliydi [odds ratio: 3,69 (%95 güven aralığı 1,33-12,4), p=0,03]. Tüm hastaların %37'si bir bDMARD kullanmıştı (seropozitif'te %43, negatifte %18, p=0,001), B/ts-DMARD kullanımı, özellikle anti-TNF kullanımı, nodül progresyonunu etkilemedi (Tablo 2).

Sonuç: Seropozitif RA hastalarında nodül sayısı, çapı daha yüksek ve kavitasyon daha sıktı. Romatoid nodüllerin progresyonunda en önemli belirteç ACPA pozitifliği idi. RA, akciğer tutulumu ve ACPA pozitifliğine vurgu yapıyor olabilir. bDMARD tedavilerinin nodül boyutlarında değişime etkisi gösterilemedi. Önemli olarak hastaların %10'unda nodüller RA tanısından ortalama 1 yıl önce saptanmıştır bu nedenle akciğer nodülleri olan hastalar RA açısından takip edilmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: ACPA pozitifliği, pulmoner nodül, progresyon, romatoid artrit

PS-059

Radyografik olmayan axSpA'da kalça tutulumunu predikte eden faktörler olabilir mi?

Esra Erpek Karaova, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Sercan Gücenmez, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: AS veya r-axSpA hastalarinda kalça tutulumunu predikte ettiren faktörler göreceli olarak iyi bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamızda radyografik olmayan aksiyal spondiloartrit (nr-axSpA) hastalarında kalça tutulumunu predikte ettiren faktörlerin saptanması amaçlandı.

Yöntem: "Assessment of Spondyloarthritis International Society" kriterlerine göre nr-axSpA olarak sınıflandırılan 367 hasta çalışmaya dahil edildi. Radyolojik kalça tutulumunu tanımlamada Bath Ankilozan Spondilit Radiology Index (BASRI) kalça indeksi kullanıldı. İki ve üzerindeki skorlar kalça tutulumu olarak tanımlandı. Üç yüz atmış yedi hastaya ait 764 grafi tek okuyucu tarafından kalça tutulumu açısından değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, bazal laboratuvar tetkikleri ve bazal hastalık aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçekleri, tedavi durumları kaydedildi. Kalça tutulumu üzerinde etkili olabilecek faktörler logistik regresyon yöntemi ile test edildi.

Bulgular: Ortanca izlem süresi üç (çeyrekler arası aralık beş) yıl idi. On iki (%3,3) hastada bazalde, üç (%0,8) hastada izlemde radyolojik kalça tutulumu saptandı. Toplamda dört (%1,1) hastada izlemde BASRI skorunda progresyon olduğu görüldü. Kalça tutulumu olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında semptom süresi, tanıdan itibaren geçen süre, eğitim yılı <8 yıl olan hastaların oranı, bazal eritrosit sedimentasyon hızı ve bazal C-reaktif protein (CRP) seviyesi, spinal kısıtlılığı gösteren Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI) skoru kalça tutulumu olan grupta anlamlı olarak yüksekti (p<0,05) (Tablo 1). Semptom süresi, BASMI değeri, eğitim süresinin <8 yıl olması ve CRP değeri çok değişkenli lojistik regresyon modeli ile incelendiğinde BASMI skoru yüksekliğinin kalça tutulumunda etkili bağımsız değişken olduğu görüldü.

Sonuç: Radyografik olmayan axSpA'lı hastalarda mobilite kısıtlılığını gösteren BASMI skorunun yüksek olması kalça tutulumu konusunda uyarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: axSpA, kalça tutulumu, BASRI

Tablo 1. Radyografik olmayan axSpA'da kalça tutulumu olan ve olmayan hastaların değerlendirilmesi

Tüm Hastalar N=367	Kalça tutulumu olan N=15	Kalça tutulumu olmayan N=352	P değeri
Erkek cinsiyet n (%)	9/15	168/352	0.433
Yaş, yıl ort ± SD	45.9 ± 12.1	43.7 ± 10.5	0.431
Semptom süresi, yıl ort ± SD	**20.7 ± 10.2**	**14.9 ± 8**	**0.013**
Tanıdan itibaren geçen süre, yıl ort ± SD	**13.7 ± 7.2**	**9.2 ± 4.8**	**0.001**
Eğitim yılı kategorik (<8 yıl) n (%)	**6/15 (40)**	**67/318 (21.1)**	**0.000**
Halen sigara kullanımı n (%)	7/15	140/325	0.804
>10 yıl sigara kullanımı n (%)	1/13	32/171	0.488
VKİ kg/m2 ort ± SD	26.2 ± 6	28.3 ± 22	0.738
Kilo ort ± SD	71.1 ± 19.8	75.9 ± 15.1	0.280
Boy ort ± SD	**163.1 ± 14.4**	**169.1 ± 9.6**	**0.038**
Bel çevresi ort ± SD	100.5±6.5	89.3 ± 13.2	0.092
HLA-B27 pozitifliği n (%)	4/10	134/289	0.757
C-reaktif protein mg/dl ort ± SD	**17.8 ± 25.3**	**9 ± 17.4**	**0.000**
Eritrosit sedimentasyon hızı mm/h ort ± SD	**25.8 ± 19.8**	**14.7 ± 15.1**	**0.003**
BASDAI ort ± SD	3.4 ± 2.5	4.3 ± 2.2	0.148
BASFI ort ± SD	3.9 ± 3	3.1 ± 2.5	0.264
ASDAS-CRP ort ± SD	3 ± 1.7	2.5 ± 1.1	0.151
BASMI ort ± SD	**4.5 ± 1.8**	**2.8 ± 1.4**	**0.000**
ASQOL ort ± SD	9 ± 6.8	8.7 ± 5.2	0.847
HAQs ort ± SD	0.9 ± 0.8	0.8 ± 0.6	0.875
ASAS aile öyküsü n (%)	3/8	90/259	1
Daktilit n (%)	1/13	8/332	0.295
Periferik artrit n (%)	7/13	98/327	0.068
Topuk ağrısı n (%)	4/10	154/313	0.751
Reaktif artrit n (%)	0/10	2/308	1
Psöriazis n (%)	2/15	17/350	0.180
İBH n (%)	0/9	21/308	1
Üveit n (%)	2/15	52/350	1
NSAID kullanımı n (%)	8/11	255/307	0.411
Biyolojik tedavi kullanımı n (%)	8/15	127/351	0.385
Bazal biyolojik tedavi n (%)	6/15	85/349	0.220
Ek hastalık varlığı n (%)	1/9	61/301	0.693
Radyografik ax-SpA'ya progresyon n (%)	**6/15 (40)**	**51/352 (14.4)**	**0.008**

Tablo 2. Radyografik olmayan Axspa hastalarında kalça tutulumu ile ilişkili faktörlerin logistic regresyon modeli ile belirlenmesi

	Çok Değişkenli Analiz			
	B	%95 CI		P
Semptom Süresi	1.053	0.994	1.116	0.081
Eğitim yılı <8 yıl olması	1.434	0.280	7.342	0.666
C-reaktif protein değeri yüksekliği	1.024	0.998	1.051	0.065
BASMI değeri yüksekliği	1.733	1.093	2.747	**0.019**

BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metroloji Indeksi

PS-060

Sjögren sendromu olan hastalarda tükürük bezlerinin Ga-68 psma PET/BT ile değerlendirilmesi

Ayşegül Avcu[1], Kevser Öksüzoğlu[2], Tuğba Nergiz Kıssa[2], Tanju Yusuf Erdil[2], Gonca Mumcu[3], Tunç Öneş[2], Güzide Nevsun İnanç[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Bilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sjögren sendromu, esas olarak tükürük ve lakrimal bezleri tutan kronik sistemik bir hastalıktır. Sjögren sendromu hastalarının tanısında tükürük bezi sintigrafisi, ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme gibi non-invaziv görüntüleme yöntemleri ile ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada tükürük bezi fonksiyonlarının Ga-68 PSMA PET/BT ile değerlendirilerek tükürük bezi USG ve F-18 FDG PET/BT verileriyle karşılaştırılması ve tükürük bezi fonksiyonlarını değerlendirmedeki yerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen 23 Sjögren hastası (n=23) dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık süreleri, ek hastalıkları kaydedildi. %95,7'si (n=22) kadın hastaydı. Yaş ortalaması 57,5±8,8, hastalık süresi ortalama 7,48±4,7 yıl şeklindeydi. Son 6 ay içinde herhangi bir nedenle F-18 FDG PET/BT çekilen hastaların tükürük bezi USG'leri yapılarak OMERACT skorları hesaplandı. Tüm hastalara sonrasında Ga-68 PET/BT çekildi. Ga-68 PET/BT ile parotis ve submandibuler tükürük bezlerinin her birinin PSMA SUV_{maks}, PSMA SUV_{mean}, $PSMA_{volume}$ değerleri elde edildi. Sonuç olarak Ga-68 PSMA PET/BT'de elde edilen parametreler ile USG skorları ve F-18 FDG PET/BT verileri karşılaştırıldı.

Bulgular: Sağ parotis PSMA SUV_{maks}, PSMA SUV_{mean}, $PSMA_{volume}$; sol parotis PSMA SUV_{maks}, SUV_{mean}; sol submandibuler PSMA SUV_{maks}, SUV_{mean}, $PSMA_{volume}$ değerleri aynı bezin USG ile elde edilen OMERACT skorları ile karşılaştırıldığında negatif yönde korelasyon saptandı ($p<0,05$). F-18 FDG PET/BT parametreleriyle ise korelasyon tespit edilmedi.

Sonuç: Ga-68 PSMA PET/BT Sjögren sendromu olan hastalarda tükürük bezi fonksiyonlarını göstermede yardımcı bir görüntüleme yöntemi olarak kullanılabilir. Aynı zamanda Ga-68 PSMA PET/BT, F-18 FDG PET/BT ile karşılaştırıldığında tükürük bezi USG skorlarıyla daha uyumlu bulunmuş ve bez fonksiyonlarını daha iyi yansıtmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ga-68 PSMA PET/BT, Sjögren sendromu

Tablo 1. Sjögren sendromu olan hastalarda Ga-68 PSMA PET/BT parametreleri (mean ± SD)

	PSMA SUVmax	PSMA SUVmean	PSMAvolume
Sağ PG	7,2±3,6	4,3±2,2	19,4±7,3
Sol PG	7,2±3,9	4,4±2,5	17,9±5,9
Sağ SG	6,3±4,3	3,8±2,6	4,3±2,5
Sol SG	5,8±4,1	3,6±2,5	4,1±2,7

PG:Parotis gland *SG*:Submandibuler gland

Tablo 2. 68 Ga-68 PSMA PET/BT parametreleri ile USG verilerinin karşılaştırılması

	Omeract Skoru	
	r	p
Sağ PG SUVmax	-0,60	0,003
Sağ PG SUVmean	-0,65	<0,001
Sağ PG PSMAvolume	-0,26	0,023
Sol PG SUVmax	-0,52	0,02
Sol PG SUVmean	-0,54	0,009
Sol PG PSMAvolume	-0,056	0,80
Sağ SG SUVmax	-0,38	0,085
Sağ SG SUVmean	-0,39	0,075
Sağ SG PSMAvolume	-0,407	0,067
Sol SG SUVmax	-0,43	0,049
Sol SG SUVmean	-0,48	0,026
Sol SG PSMAvolume	-0,495	0,022

PG:Parotis gland *SG*:Submandibuler gland

PS-061

Skleroderma hastalarında sigara kullanımı dijital ülser gelişimini etkiliyor olabilir

Eda Otman[1], Dilek Solmaz[2], Sercan Gücenmez[2], Servet Akar[2], Mustafa Özmen[2]

[1]*Manisa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir*

[2]*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir*

Amaç: Sigaranın genel popülasyonda vasküler hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak sklerodermanın (SSc) vasküler prezentasyonlarından biri olan dijital ülser (DÜ) gelişiminde sigaranın etkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu amaçla, bu çalışmada sigaranın DÜ gelişimi ile ilişkisini incelemeyi planladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesinde takipli, ACR/EULAR SSc 2013 kriterlerini karşılayan hastalar 2020-2021 tarihlerinde çalışmaya dahil edildi. Toplam 86 hastanın -18 yaşın üstünde-cinsiyet, yaş, kilo, boy, ilk semptom ve tanı tarihi, sigara içme durumu, modifiye Rodnan deri skoru, Raynoud fenomeni, DÜ öyküsü, artralji veya artrit, telenjiektazi, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), disfaji, pulmoner hipertansiyon (PH), interstisyel akciğer hastalığı, tıbbi tedavi öyküleri kaydedildi. Hastalar sigara öyküsüne göre, hiç içmemiş (non-smoker), daha önce içmiş (ex-smoker) ve içmeye devam ediyor (current smoker) olarak gruplandırıldı. Ayrıca alt analizler için herhangi bir zamanda içmiş (ever smoker) veya hiç içmemiş (never smoker) olarak gruplandırıldı. Ekokardiyografide sPAP ≥40 olması PH olarak kabul edildi. Bir hasta hariç tüm hastalarda sağ kalp kateterizasyonu ile PH teyit edilmişti. İstatistik analiz için SPSS (26.0 versiyonu) programı kullanıldı. DÜ olan ve olmayan grupları karşılaştırmak için tek değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Seksen altı SSc hastasının [kadın 80 (%93), ortalama yaş 51,2 (14,7) yıl, ortalama hastalık süresi 8,1 (6,4) yıl], 32'si (%37) herhangi bir zamanda DÜ geçirmişti. Bunlardan 14'ünün (%43) çalışmaya alındığı sırada DÜ'sü vardı. Herhangi bir zamanda sigara içen hastalarda anlamlı olarak daha fazla DÜ öyküsü vardı [3,449 (1,321-9,004), p<0,05]. DÜ öyküsü olan bireylerde GÖRH'ın daha sık olduğu gözlendi [2,552 (1,018-6,398), p<0,05]. Ayrıca DÜ öyküsü olan hastalarda ölüm oranı daha yüksekti [6.000 (1.132-31.813), p<0,05] (Tablo 1). DcSSc, lcSSc ve tüm SSc hastalarının sırasıyla %43,3, %33,9 ve %37,2'sinde DÜ öyküsü vardı. DcSSc hastalarının lcSSc hastalarına göre herhangi bir zamanda daha fazla DÜ öyküsü vardı, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,484) (Figür 1). Toplamda 26 (%30,2) hastanın herhangi bir zamanda sigara içme öyküsü vardı. Yirmi altı hastanın 10'u (%38,4) çalışmaya alındığı sırada sigara içmeye devam ediyordu. Ex-smoker'larda DÜ öyküsü non-smoker'lara göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazlayken (p=0.018), current smoker ile non-smokerlar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,268) (Figür 2). Bunun da maruz kalınan kümülatif sigara miktarı ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Current smokerlarda >20 paket/yıl sigara öyküsünün belirgin olarak daha düşük olduğu görüldü (current smoker %11,1 vs. ex-smoker %50). Herhangi bir zamanda DÜ öyküsü olan ve hiç DÜ öyküsü olmayan hastalarda Duruoz El indeksi, HAQ-DI açısından anlamlı fark yoktu. DÜ öyküsü olan hastaların SHAQ-DÜ VAS skorları daha kötüydü (Tablo 2).

Sonuç: SSc'nin vasküler komplikasyonları üzerine sigaranın etkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar vardır. Bunun nedeni de çoğunlukla çalışmaların dizaynı ve heterojenitesi ile ilişkilidir. Bizim çalışmamız da sigaranın DÜ'su gelişen SSc hastalarında risk faktörlerinden biri olabileceği yönündedir. Bu nedenle gelecekte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, dijital ülser, sigara, smoker

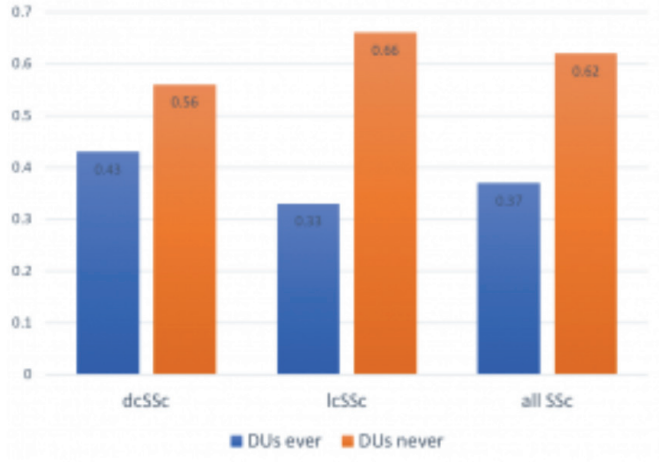


Figure 1. Skleroderma alt tiplerine göre dijital ülser öyküsü olan hastalar

deSSc: Diffüz kutanöz sistemik sklerozis, lcSSc: Limitli kutanöz sistemik sklerozis, DU: Dijital ülser

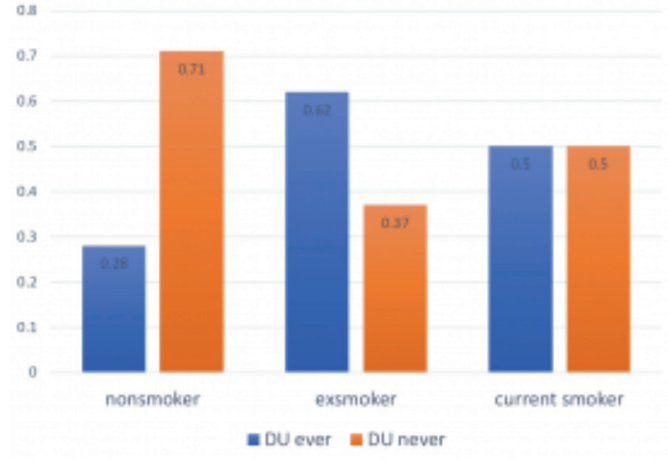


Figure 2. Skleroderma hastalarında sigara içme öyküsüne göre dijital ülser durumunun karşılaştırılması

DU: Dijital ülser

PS-062

Enflamatuvar bel ağrısı kriterlerinin spondiliartrit için performansı

Hasan Kocaayan, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Elif Ediboğlu, Eda Otman Akat, Gülay Alp, Haluk Cinaklı, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Bel ağrısı nedeni ile değerlendirilen hastalar içerisinde AxSpA olarak sınıflandırılabilen ve sınıflandırılamayanlarda enflamatuvar bel ağrısı (İBA) kriterleri olmak üzere klinik ve demografik özelliklerin karşılaştırılması.

Yöntem: Tek merkezde bel ağrısı nedeniyle spondiloartrit şüphesi ile refere edilmiş 706 hasta bu analize dahil edildi. Hastaların 568'i ASAS kriterlerine göre AxSpA (%37,9 kadın; ortalama yaş: 39,97±11,56) olarak sınıflandırıldı ve 138'i klinisyen tarafından non-SpA (%72,5 kadın; ortalama yaş: 36,64±10,24) olarak değerlendirildi. Demografik ve klinik özellikler standart bir form aracılığı ile toplandı. İBA sınıflamasında; Calin, Berlin ve ASAS kriterleri kullanıldı. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için 4 kestirim değeri olarak kullanılırken ASDAS-CRP için ise 2,1 değeri kabul edildi.

Bulgular: AxSpA grubunda hastaların %57,7 sinde HLA-B27 pozitif saptandı. Non-SpA grubunda semtom süresi daha kısa olarak değerlendirildi. Periferik artrit, kalça artriti ve üveit varlığı AxSpA grubunda anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Serum CRP değeri yanında ASDAS-CRP skorları AxSpA'da daha yüksek saptanırken BASDAI skorlarının non-SpA da daha yüksek olduğu gözlendi (Tablo 1). Calin, Berlin, ASAS kriter setlerinin AxSpA da ki sensitiviteleri sırası ile %90,3, %77,0, ve %82,6 olarak bulundu. Non-SpA içerisinde önemli bir hasta grubunun farklı kriter setlerine göre İBA (%79,7-62,3) olarak sınıflanabildiği görüldü. Calin kriter setinde sabah katılığı ve egzersizle düzelme axSpA grubunda anlamlı farklı idi. Calin kriter setinde sinsi başlangıç AxSpA grubunda anlamlı yüksek olmasına karşın ASAS kriter setinde anlamlılığa ulaşmadı. Ayrıca IBA için Berlin kriterlerinin tüm bileşenleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermekteydi (Tablo 2).

Sonuç: Bel ağrısı ile gelen ve SpA ön tanısı ile değerlendirilen bu grupta non-SpA kabul edilen hastalar daha genç, semptom süresi daha kısa ve daha fazla kadın cinsiyeti içermektedir. Non-SpA olarak değerlendirilen hastaların önemli bir kısmında değişen kriterlere göre IBA bulunabilmektedir. Spesifisite ve tanısal performansı ileri görüntüleme yöntemlerinin kısıtlılıkları da göz önünde bulundurulduğunda axSpA tanısında veya ileri tanısal tetkiklerin planlanmasında IBA dışı klinik özelliklerin de göz önünde bulundurulması uygun olacaktır. Calin, Berlin, ASAS kriter setlerinin AxSpA da ki spesiviteleri sırası ile %20,3, %39,1, ve %34,6 olarak bulundu. AxSpA da kriter setlerinin performansı Tablo 3'te verilmiştir. Ek olarak AxSpA grubundan SpA ilişkili diğer özelliklerdeki farklılıklar ile de ayrılmaktadır. İBA özelliklerine bakıldığında ise non-SpA olarak değerlendirilen grupta ilk basamakta bel ağrısının değerlendirilmesinde Calin kriterleri yönlendirici olmakla birlikte ayırıcı özellik açısından Berlin kriterleri ön plana geçmektedir.

Anahtar Kelimeler: AxSpA, enflamatuvar bel ağrısı (İBA), ASAS, BASDAI

PS-063

Psoriatik artritte cinsiyet dağılımı: Sistematik literatür taraması

Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Gizem Ayan, Umut Kalyoncu

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

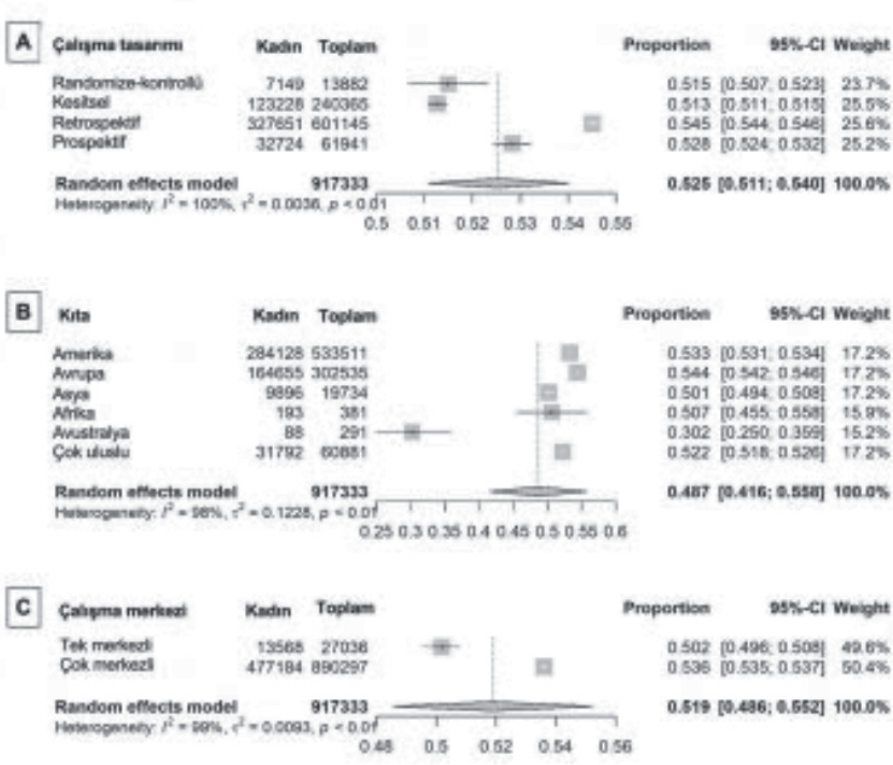
Giriş: Psoriatik artrit (PsA) prevalansı kadın ve erkek hastalarda eşit kabul edilmekle birlikte, PsA kohortlarında yapılan son araştırmalarda cinsiyet dağılımında kadınların daha baskın olduğu ve kadın-erkek oranının 1,2 ile 2 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Ancak bunun hastalığın epidemiyolojisindeki bir değişiklikle ilgili olup olmadığı konusu henüz netleşmemiştir. Bu araştırmada, son zamanlarda yapılan PsA çalışmalarında kadın-erkek oranlarının değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Pubmed veri tabanı kullanılarak, Ocak 2020'den Eylül 2022'ye kadar yayınlanan yayınlar, "psoriatik artrit" anahtar kelimeleri ve MeSH terimleri kullanılarak tarandı. Yirmiden fazla hastayı içeren, erkek ve kadın sayısını belirten, randomize kontrollü, kesitsel, prospektif ve retrospektif kohort çalışmalarından yayın dili İngilizce olanlar araştırmaya dahil edildi. Çalışma seçimi ve veri toplama işlemi iki bağımsız araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Kadın ve erkek hasta sayısı, çalışma tasarımı, çalışma merkezi ve PsA klinik fenotipleri kaydedildi. Oranların meta-analizi, R yazılımındaki "Meta" paketi kullanılarak yapıldı ve %95 güven aralığına sahip havuzlanmış oran logit dönüşümü kullanılarak hesaplandı. Çalışmalar arasında heterojenlik beklendiğinden, rastgele etkiler modeliyle ters varyans kullanıldı. Heterojenlik, I^2 istatistiği kullanılarak değerlendirildi. Yüksek, orta ve düşük heterojenite sırasıyla %75, %50 ve %25 I^2 değerleri olarak tanımlandı. Eşit dağılım için Forest grafiği referans noktası 0,50 olarak alındı.

Bulgular: Taranan 2.800 çalışmadan 1.469 tam metin değerlendirildi ve bunların 486'sı analize dahil edildi. Çalışmalar tasarımlarına göre değerlendirildiğinde kadın cinsiyetin daha baskın olduğunu gözlemlendi (Şekil 1A). Amerika, Avrupa ve çok uluslu olarak yürütülen çalışmalarda kadın katılımcıların daha ağırlıklı olduğu, ancak Avustralya'daki araştırmalarda ise daha büyük oranda erkek katılımcıların olduğu saptandı. Bununla birlikte, tüm kıtalar dikkate alındığında, cinsiyet dağılımında anlamlı bir fark bulunmadı (Şekil 1B). Çok merkezli çalışmalar, kadın katılımcıların daha fazla temsil edildiğini gösterse de, çalışma merkezlerinin genel analizinde kadın ve erkeklerin dağılımında önemli bir eşitsizlik gözlenmedi (Şekil 1C).

Sonuç: Çalışma tasarımına göre cinsiyet dağılımında bazı farklılıklar kaydedilmesine rağmen, hem kıtalara göre hem de tek/çok merkezli olarak kategorize edilen çalışmalarda kadınların erkeklere oranı genel olarak benzerdi. Bazı araştırmalarda gözlenen kadın cinsiyet baskınlığı, potansiyel olarak seçim yanlılığına veya tıbbi bakıma daha yüksek erişilebilirlik seviyelerine bağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, cinsiyet, kadın, erkek, sistematik literatür taraması



Şekil 1. Çalışma tasarımı, kıtalar ve çalışma merkezine göre kategorize edilen cinsiyet dağılımı için Forest grafiği

PS-064

Erişkin başlangıçlı Still hastalığında mevsimsel dağılım ve hastalığın seyri ile mevsimler arasındaki ilişki

Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Burcu Ceren Uludoğan, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

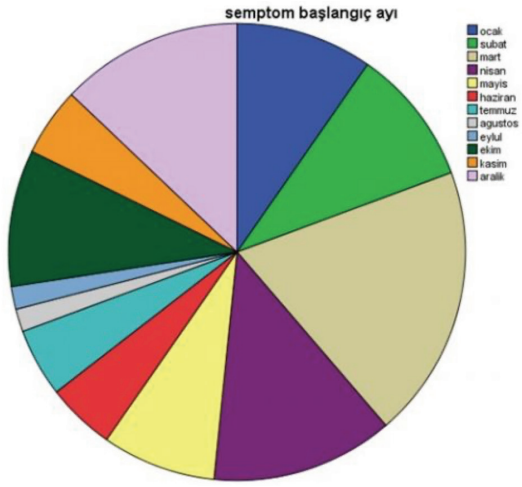
Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, tekrarlayan yüksek ateş, döküntü, eklem tutulumu ve hiperenflamasyon ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber monofazik, polifazik veya kronik persistan seyir gösterdiği klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda erişkin başlangıçlı Still hastalığının mevsimsel dağılımına ve bu dağılımın hastalığın seyri olan ilişkisini inceledik.

Yöntem: Bu çalışmaya Yamaguchi kriterlerini karşılayan, ilk tanısı ve takipleri kliniğimizde yapılan toplam 62 erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanılı hasta alındı. Hastaların ilk tanıya kadar olan süredeki semptomları, semptomların başladığı mevsim ve ay, demografik verileri, laboratuvar parametreleri, takip vizitlerindeki klinik seyirleri kaydedildi. Hastaların semptomlarının başladığı ay ve mevsim dağılımı ile klinik seyir arasındaki ilişki incelendi.

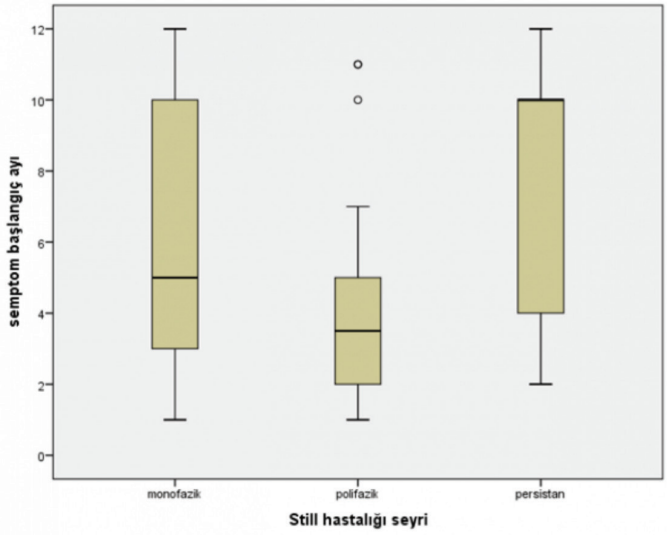
Bulgular: Hastaların %80,6'sı kadın idi ve ortalama tanı yaşı 40,32±14,88 yıl olarak hesaplandı. Ateş (%98,4), döküntü (%77,4), artrit (%67,7) ve boğaz ağrısı (%54,4) en sık görülen bulgular iken, lenfadenopati (%24,2), splenomegali (%14,5), hepatomegali (%10) ve serözit (%6,5) diğer klinik bulgular idi. Hastaların 35'i monofazik, 18'i polifazik ve 5'i kronik persistan seyir göstermekteydi. Toplam takip süresi 53,5±57,15 ay olarak bulundu. Altı hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişmişti ve bu hastaların 2'si multiorgan yetmezlik nedeniyle kaybedildi. Semptomların başlangıcı anında ay dağılımına bakıldığında en sık mart (%19,4), nisan ve aralık (%12,9) iken, ağustos ve eylül aylarında Still başlangıcı çok nadir saptanmıştır (%1,6) (Şekil 1). Tüm başvurular içerisinde Still hastalığının en sık ilkbahar ayında (%40,3) en az yaz ayında ortaya çıktığı gözlendi (%11). Hastalığın mevsimsel dağılımı ile klinik seyri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Şekil 2) (p=0,635). MAS gelişiminin Mart (2), Mayıs (2) ve Aralık (2) aylarında olduğu görüldü.

Sonuç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığında tetikleyici faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gözlemsel çalışmalarda enfeksiyöz, ilaç gibi nedenlerin hastalığı tetiklediği yönünde veriler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonuçları hastalığın başlangıcında mevsimsel bir dağılım olduğunu göstermesi açısından değerlidir. Ek olarak makrofaj aktivasyonu sendromu gelişimi açısından da mevsimsel farklılıklar olduğunu gözlemledik.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, mevsimsel dağılım, klinik seyir



Şekil 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında semptom başlangıcının aylara göre dağılımı



Şekil 2. Semptom başlangıç ayları ile Still hastalığı seyri dağılımı

PS-065

Güvenlik sonlanımlı çalışmalarında artış ve bilgilendirilmiş onam sorunu

Ayşe Özdede[1], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Hasan Yazıcı[2]

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

[2]Academic Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Randomize kontrollü çalışma (RKÇ), bir yandan çok önemli bir araştırma aracı bir yandan da ilaç ruhsatlandırması için gerekli bir belgedir. Bilgilendirilmiş onam, aynı aracın ayrılmaz bir bileşenidir. Bilgilendirilmiş onam daha önce de dile getirildiği gibi geçirgen, kamuya açık değildir. Bu geçirgenlik yalnızca kamuoyunun güvenini sağlamak açısından değil, aynı zamanda bilimsel araştırmanın vazgeçilmez bir öğesi olan organize kuşkuculuk açısından da önemlidir. Yine aynı geçirgenlik, güvenlik sonlanımlı araştırmalarda daha da önem kazanır. Güvenlik sonlanımlı araştırmaların günümüzde giderek sıklaştığı ve kimi örnekte çalışmanın sonuç ölçütünün inme veya ölüm kadar ciddi, geri dönüştürülemez sonuçlar olabildiği gözlemimiz vardı. Bu amaçla 4 ana genel tıp dergisinde yayımlanmış, birincil sonlanım noktaları güvenlik olan RKÇ'lerin zaman içinde sıklığını araştırdık.

Yöntem: NEJM, JAMA, LANCET ve BMJ'de 1990-1991 ile 2019-2020 arasında yayımlanan RKÇ'ler, iki bağımsız gözlemci tarafından tarandı (A.Ö., S.N.E.). Faz 1-2 RKÇ'ler, RKÇ'lerin post-hoc analizleri ve çalışma sonrası izlenim verilerini bildiren RKÇ'lerle, COVID-19 enfeksiyonuyla ile ilgili 19 RKÇ çalışma dışı tutuldu. Birincil sonlanım noktası tartışmasız etkinlik olan RKÇ'ler "A"; birincil sonlanım noktası tartışmasız zarar olan çalışmalar "B"; gözlemciler arasında sonlanım noktasının ne olduğu açısından uyum sağlanamayan çalışmalar "C" olarak nitelendirildi. Gözlemciler arası tutarsızlıklar HY ile tartışıldıktan sonra çözülmeye çalışıldı ve yine tam bir uyum sağlanamadığında çalışma "A dışı" olarak nitelendi. Zaman içinde değişimi 1990-1991'de yayımlanan RKÇ'leri 2019-2020'de yayımlananlarla kıyaslayarak irdeledik. Çalışmamızda RKÇ'lerin bazı diğer göze çarpan özelliklerine de bakmakla beraber bu bildiride, yalnız, incelenen çalışmanın yoğun bakım ünitesinde yapılıp yapılmadığını belirtiyoruz.

Bulgular: 1990-1991'de 309 RKÇ ve 2019-2020'de 600 RKÇ yayımlanmıştı. Tabloda görüldüğü üzere 30 yıl arayla güvenlik sonlanımlı çalışmaların sayısında ciddi bir artış vardı. Üstüne üstlük, bilgilendirilmiş onam almanın etik açısından sıklıkla sorunlu olabildiği bir ortam olan yoğun bakım araştırmalarının sayısında da önemli ölçüde bir artış vardır.

Sonuç: Güvenlik sonlanımlı çalışmaların sayısında ciddi bir artış vardır. Tüm RKÇ'lerin, özellikle de güvenlik sonlanımlı çalışmalarla ilgili olanların, bilgilendirilmiş onamlarının kamuya açık olması gerektiğini yeniden vurguluyoruz. Böyle bir girişimin, a. bilimsel araştırma için gerekli kamu güvenini almaya devam edebilmek ve b. bilimsel araştırmanın vazgeçilmez öğesi olan organize kuşkuculuğa meslektaşlarımızın ilgisini çekmek açısından gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bilgilendirilmiş onam, güvenlik, randomize kontrollü

PS-066

Herhangi bir nedenle toraks bilgisayarlı tomografi yapılan ankilozan spondilit hastalarındaki manubriosternal eklem değişikliklerinin ortaya konulması ve sağlıklı popülasyon ile karşılaştırılması

Yeşim Erez[1], Özkan Urak[2], Abdullah Taylan[3], Erkan Yılmaz[3], Fatoş Önen[2], İsmail Sarı[2]

[1]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

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

[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Ankilozan spondilit'te (AS) entezis sıklığı %30-40 olarak bildirilmiştir. Göğüs kafesi bölgesindeki eklemlerin ve entezis noktalarının da etkilendiği, tüm hastalık süresince hastaların %30-60'ının ön göğüs ağrısı tarifliediği bilinmekle birlikte literatür verisi kısıtlıdır. Sağlıklı popülasyonda da özellikle yaşa bağlı göğüs kafesi yapılarında dejeneratif değişiklikler gelişebilmektedir. Bu çalışmada, AS hastalarında manubriosternal eklem değişiklikleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir.

Yöntem: Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ile merkezimizde izlenen, 2013-2023 yılları arasında toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu, romatoloji başvurusu ve AS tanısı olmayan, toraks BT görüntülemesi olan hastalar arasından randomizasyonla belirlendi. Toraks BT'deki sagittal ve koronal reformat görüntüler (kemik penceresinde), radyolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirmede radyolojik değişiklikler:

0: Eklem mesefasi normal, skleroz ve erozyon yok,

1: Eklem mesafesi daralmış, subkortikal skleroz, kortikal düzensizlik ve erozyon var,

2: Eklemde parsiyel veya tam füzyon olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya 236 AS (ortalama yaş: 54,4±12, erkek: 165), 236 sağlıklı kontrol (ortalama yaş: 55,9±13,6, erkek: 165) alındı. AS hastalarının 46'sında (%19,5), kontrol grubunun 138'inde (%58,5) manubriosternal eklem olağandı. Manubriosternal eklemdeki radyolojik değişikliklerin AS'de daha sık olduğu görüldü (sırasıyla %80,5 ve %41,5, p<0,01). AS hastalarının 83'ünde (%35,2) kontrol grubunun 47'sinde (19,9) grade 1 değişiklikler saptandı (p<0,01). Grade 2 değişiklikler ise 107 (%45,3) AS hastasında görülür iken, kontrol grubunun 51'inde (%21,6) izlendi. AS hastalarında manubriosternal eklemde füzyon gelişimi kontrol grubuna göre daha sık bulundu (p<0,01).

Sonuç: AS hastalarının %80'inde manubriosternal eklemde radyolojik değişiklik olduğu ve yaklaşık yarısında füzyon geliştiği görüldü. Manubriosternal eklemdeki radyolojik değişiklikler ve füzyon AS'de sağlıklı popülasyona göre daha sık saptandı. Bu çalışmada, manubriosternal eklemde saptanan radyolojik bulguların ön planda AS tutulumuna bağlı olduğu yönünde sonuca varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropati, manubriosternal eklem

PS-067

Romatoid artritli yaşlı bireylerde depresyon, polifarmasi ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi

Berivan Bitik[1], Ayşenur Yalçıntaş Kanbur[1], Çağdaş Şahap Oygür[1], Hüseyin Doruk[2], Eftal Ahmet Yücel[1]

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

[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 45-59 yaş arası bireyler orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır. Son 50 yılda toplumdaki yaşlıların oranı artmıştır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte romatoid artritli (RA) hasta popülasyonu da genişlemektedir. Global Burden of Disease Study 2017 çalışmasına göre, RA prevalansı, kadınlar ve erkekler arasında sırasıyla 70-74 ve 75-79 yaş gruplarında zirveye ulaşmıştır. Polifarmasi, beş veya daha fazla ilacın aynı anda kullanılması olarak tanımlanabilir. Yaşlı bireylerde polifarmasi, ilaç toksisitesi, düşme, kognitif fonksiyonlarda azalma ile ilişkilidir. Bu çalışmada RA'sı olan yaşlı bireylerin polifarmasi, depresyon ve kognitif fonksiyonlar açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2022 ile Haziran 2022 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Romatoloji polikliniğinde RA tanısı ile takip edilen, altmış yaş ve üzeri 20 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. DAS28 skoru 3,2 ve üzerinde olan, son üç ay içinde operasyon, fraktür geçiren, aktif yas sürecinde olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu hastaları, aynı hastanenin geriatri polikliniğinde, aynı tarihler arasında değerlendirilen hastalardan seçilmiştir. Hastaların demografik verileri, düzenli kullandıkları ilaçlar ve vitamin takviyeleri, hobileri, haftada kaç gün evden dışarı çıktıkları kayıt edilmiştir. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi için mini-mental test, depresyon değerlendirmesi için geriyatrik depresyon ölçeği, günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılmıştır.

Bulgular: Yirmi RA'lı (14 kadın) hasta ve aynı yaş grubunda 21 RA'sı (12 kadın) olmayan birey depresyon açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 1). Hastaların 17'si geç başlangıçlı RA, üçü ise 60 yaş öncesinde RA tanısı almışlardı. Kullanılan ortanca (min-maks) ilaç sayısı RA grubunda 7 (5-17), kontrol grubunda ise 4 (1-19) idi (p=0,002). Geriatrik depresyon skoru RA grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi (p=0,003). Kullanılan ilaç sayısı ile depresyon skorları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Her iki grupta kognitif fonksiyonlar açısından bir fark saptanmadı. Hastaların eşlik eden komorbiditeleri hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve hipotiroidi idi. Hastaların hepsi desteksiz mobilize oluyordu. RA'lı sadece üç hastanın düzenli yaptığı hobisi vardı. Bu hobiler kitap okuma, düzenli günlük yürüyüş ve resim yapma idi. Her iki grupta da hastaların ev dışına çıkma oranlarının az olduğu görüldü.

Sonuç: Yaşlı RA hastalarını romatolojik hastalıkları açısından değerlendirirken depresyon açısından da tarama yapılmalıdır. Bu hasta grubunda polifarmasinin olumsuz etkilerini incelemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

A**nahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, polifarmasi, depresyon, kognitif fonksiyon

PS-068

B-DMARD alan spondiloartrit hastalarında tedavinin erken döneminde kas ultrasonu

Merve Hafızoğlu[1], Zehra Özsoy[2], Zeynep Özge Öztürk[3], Mustafa Ekici[2], Arzu Okyar Baş[1], Zeynep Şahiner[1], Didem Karaduman[1], Cafer Balcı[1], Burcu Balam Doğu[1], Mustafa Cankurtaran[1], Umut Kalyoncu[2], Meltem Gülhan Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

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

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spondiloartrit (SpA) hastalarında sarkopenik değişiklikler görülebilmektedir. Kas kütlesini değerlendirmek amacıyla kas ultrasonografisi (US) kullanılabilmektedir. Bu çalışmada b-DMARD tedavisi başlanan SpA hastalarının tedavi öncesi ve sonrasında kas US ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Yüz on SpA hastası b-DMARD tedavisi öncesi ve 3-6. ay kontrollerinde değerlendirmeye alınmıştır. Kas US ile gastroknemius medialis (GM) kas kalınlığı, lif uzunluğu, penasyon açısı, rektus femoris (RF) kas kalınlığı, kesitsel alanı, rektus abdominis (RA), transvers abdominis (TA), internal oblik (İO) ve external oblik (EO) kas kalınlığı ölçülmüştür. Kas kuvveti; el kavrama gücü ölçüm testi ve 5 kere otur kalk testi ile; fiziksel performans ise 4 metre yürüme testi ve zamanlı kalk ve yürü testleri ile değerlendirilmiştir. SpA aktivitesini değerlendirmek amacıyla BASDAI, ASDAS-CRP, BASFI, hasta global değerlendirme VAS skorları ölçülmüş, akut faz yanıtları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yüz on SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 43,8±11,1 yıl, medyan hastalık süreleri 3,8 (1,5) yıl idi. Hastaların %91'ine anti-TNF, %9'una anti-IL17 tedavisi verildi. Atmış yedi (%60,9) hastanın medyan 3,9 (1,6) ay sonra kontrol kas kuvveti, fiziksel performans testleri ve kas US değerlendirmeleri yapıldı. Başlangıç düzeyine göre kontrolde GM kas kalınlığında (p<0,001), GM lif uzunluğunda (p=0,03), RF kas kalınlığında (p<0,001), RF kesitsel alanında (p<0,001), RA kas kalınlığında (p≤0,001) ve TA kas kalınlığında (p=0,004) anlamlı artış izlendi (Tablo 1). Aynı zamanda ASDAS-CRP skorları, hastalık aktivitesi yüksekten orta dereceye gerileyen hastalarda GM kas kalınlığı, RF kesitsel alanı ve TA kas kalınlıkları yüzde değişimleri ile ilişkiliydi (sırasıyla; p=0,03, p=0,04, p=0,002) (Tablo 2).

Sonuç: B-DMARD tedavisinin SpA hastalarında kas kütlesinde hafif-orta düzeyde düzelmeye neden olduğu görülmüştür. Kas US ile değerlendirmenin klinik pratikte faydalı olup olmayacağına dair ileride daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır, ancak ilk sonuçlar kas US'nin kullanılabilir bir ölçme yöntemi olduğunu düşündürmektedir. Spondiloartrit (SpA) hastalarında sarkopenik değişiklikler görülebilmektedir. Kas kütlesini değerlendirmek

amacıyla kas ultrasonografisi (US) kullanılabilmektedir. Bu çalışmada b-DMARD tedavisi başlanan SpA hastalarının tedavi öncesi ve sonrasında kas US ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yüz on SpA hastası b-DMARD tedavisi öncesi ve 3-6. ay kontrollerinde değerlendirmeye alınmıştır. Kas US ile gastroknemius medialis (GM) kas kalınlığı, lif uzunluğu, penasyon açısı, rektus femoris (RF) kas kalınlığı, kesitsel alanı, rektus abdominis (RA), transvers abdominis (TA), internal oblik (İO) ve external oblik (EO) kas kalınlığı ölçülmüştür. Kas kuvveti; el kavrama gücü ölçüm testi ve 5 kere otur kalk testi ile; fiziksel performans ise 4 metre yürüme testi ve zamanlı kalk ve yürü testleri ile değerlendirilmiştir. SpA aktivitesini değerlendirmek amacıyla BASDAI, ASDAS-CRP, BASFI, hasta global değerlendirme VAS skorları ölçülmüş, akut faz yanıtları değerlendirilmiştir. Yüz on SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 43,8±11,1 yıl, medyan hastalık süreleri 3,8 (1,5) yıl idi. Hastaların %91'ine anti-TNF, %9'una anti-IL17 tedavisi verildi. Atmış yedi (%60,9) hastanın medyan 3,9 (1,6) ay sonra kontrol kas kuvveti, fiziksel performans testleri ve kas US değerlendirmeleri yapıldı. Başlangıç düzeyine göre kontrolde GM kas kalınlığında ($p<0,001$), GM lif uzunluğunda ($p=0,03$), RF kas kalınlığında ($p<0,001$), RF kesitsel alanında ($p<0,001$), RA kas kalınlığında ($p\leq0,001$) ve TA kas kalınlığında ($p=0,004$) anlamlı artış izlendi (Tablo 1). Aynı zamanda ASDAS-CRP skorları, hastalık aktivitesi yüksekten orta dereceye gerileyen hastalarda GM kas kalınlığı, RF kesitsel alanı ve TA kas kalınlıkları yüzde değişimleri ile ilişkiliydi (sırasıyla; $p=0,03$, $p=0,04$, $p=0,002$) (Tablo 2). B-DMARD tedavisinin SpA hastalarında kas kütlesinde hafif-orta düzeyde düzelmeye neden olduğu görülmüştür. Kas US ile değerlendirmenin klinik pratikte faydalı olup olmayacağına dair ileride daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır, ancak ilk sonuçlar kas US'nin kullanılabilir bir ölçme yöntemi olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kas ultrasonu, spondiloartrit, biyolojik DMARD

PS-069

HLA-B27 pozitifliğinin aksiyal spondiloartritli hastalar üzerine etkisi

Haluk Cinaklı[1,2], Elif Durak Ediboğlu[2,3], Dilek Solmaz[2], Servet Akar[2]

[1]Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kırklareli

[2]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

[3]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: İnsan lökosit antijeni [Human leucocyte antigen B27 (HLA-B27)], "Uluslararası Spondiloartrit Değerlendirme Cemiyeti" [Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)] sınıflandırma kriterlerine göre, aksiyal spondiloartrit (axSpA) sınıflamasında klinik kol kısmında merkezi rol oynamaktadır. Genel popülasyonun %6-8'inde; Kuzey Amerikalı ve batı Avrupalı ankilozan spondilit hastalarında %80-95 pozitif olarak bildirilmiştir. Ortadoğu ve Arap ülkelerinde ise bu sıklık azalmaktadır. Yapılan bir derlemeye göre HLA-B27 pozitifliği ve radyografik hasar ile ilgili yeterli kanıt olmadığı bildirildiği gibi, son zamanlarda yapılan bir çalışmaya göre HLA-B27 (+) axSpA hastalarında HLA-B27 (-) hastalara kıyasla daha şiddetli radyografik hasar olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bu konuyla ilgili halen yeterli veri bulunmamaktadır. HLA-B27 pozitifliğinin, axSpA hastalarında demografik, klinik ve radyolojik özellikleri üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu tek merkezli çalışmada ASAS kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan 657 hastadan, HLA-B27'si bilinen 515 (%78,4) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başlangıç demografik, klinik ve radyolojik özelliklerine ek olarak radyolojik hasarı ve ilerlemesi de değerlendirildi. HLA-B27 pozitifliğine göre demografik ve hastalık ilişkili özellikleri gözden geçirildi.

Bulgular: Hastaların 297'sinin (%57,7) HLA-B27 gen testi pozitif olup, bunların 210'u (%70,7) radyografik (r)-axSpA idi. HLA-B27 pozitif olan hastalar daha fazla erkek cinsiyet oranına sahipken (%68,9 vs. %51,2; $p<0,001$), yaş ortalamaları (39,9±11,9 vs. 40,2±11,0; $p=0,577$) benzerdi (Tablo 1). Tanı yaşı HLA-B27 (+) olanlarda daha erken olup (33,7±11,8 vs. 36,7±11,2; $p=0,001$), semptom süresi (13,4±10,5 vs. 10,3±8,8; $p=0,001$) daha fazlaydı. Herhangi bir zamanda biyolojik ajan kullanımı HLA-B27 (+) grupta (138±46,5 vs. 70±32,1; $p<0,001$) anlamlı olarak daha fazlaydı. Aktivite skorları HLA-B27 (+) olan ve olmayan hastalarda benzer bulunurken; HLA-B27 (+) hasta grubunda sedimentasyon (27,2±20,6 vs. 22,6±18,7; $p=0,007$) ve CRP (14,5±21,6 vs. 12,4±21,4; $p=0,008$) değerleri anlamlı derecede yüksek tespit edildi. Bazal mSASS skorları, bazal servikal, bazal lomber sindesmofit, lomber bölgede bambu kamışı varlığı yanında total SİE ankilozu, entezit ve simfizit oranı HLA-B27 (+) axSpA hastalarında anlamlı olarak daha fazlaydı. Kalça tutulumu sıklığı ve progresyonu açısından gruplar arasında farklılık yoktu. R-axSpA ve non-radyografik (nr)-axSpA alt grup analizlerinde, total SİE ankilozu, entezit, simfizit, mSASS servikal oranları HLA-B27 (+) r-axSpA hasta grubunda anlamlı bulunurken, HLA-B27 (+) nr-axSpA hastalarında yapısal hasar üzerine anlamlı farklılık görülmedi. Cinsiyete göre yapılan alt grup analizlerinde ise erkek hastalarda mSASS bazal, total SİE ankilozu, bazal servikal sindesmofit, entezit ve simifizit oranları anlamlı olarak yüksek bulunurken, kadın hastalarda yapısal hasar üzerine anlamlı farklılık görülmedi.

Sonuç: HLA-B27 (+) hastalar daha erken yaşta tanı almakta olup, erkek hastalarda daha sık görülmektedir. HLA-B27 pozitifliği, axSpA hastalarında daha çok bazal radyografik hasara neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HLA-B27, aksiyal spondiloartrit, yapısal hasar

PS-070

İnterstisyel akciğer hastalıkların etiyolojisinde yer alan romatolojik hastalıklar ve olmayanlar arasındaki kapilleroskopik bulguların değerlendilmesi

Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu, İpek Türk, Mehmet Ali Aşık, Pelin Pınar Deniz, Didem Arslan, İsmail Hanta, İlker Ünal

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

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH), spesifik klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklere göre sınıflandırılan bir grup yaygın parankimal akciğer hastalığıdır. Etiyolojisinde; bağ doku hastalıkları, romatoid artrit, idiopatik pulmoner fibrozis (İPF), hipersensitivite pnömonisi (HP), sarkoidoz ve otoimmün özellikli interstisyel pnomoni (IPAF) yer alır. Amacımız kliniğimize başvuran İAH tanısı alan bireylerde tırnak kıvrımı kapilleroskopi (NFC) bulguları romatolojik hastalıklar ve olmayanlarda ayrı ayrı değerlendirerek bulguları not etmek, tanıda ve takipte NFC'nin katkısını belirlemekti.

Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne Eylül 2021-Şubat 2023 tarihleri arasında başvuran İAH tanısı alan 95 hastanın tamamı çalışmaya alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, sigara öyküsü, ek hastalık varlığı, meslek hastalığı, bağ doku hastalıkları ve İAH ile ilişkilendirilebilecek semptom ve bulguları, hastalık tanı süresi, hasta dosyalarından ise bağ doku ilişkili otoimmün markerlar, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), hemogram ve biyokimya değerleri, solunum fonksiyon testi (SFT), EKO bulguları ve toraks tomografi sonuçları kaydedildi. İPF hastalarında yaş, cinsiyet ve SFT dğerleri ile hesaplanan ve mortalite öngörüsü için yardımcı olduğu gösterilen gap stage hesaplaması toraks BT'si UIP ile uyumlu olan hastalara yapıldı. Bununla birlikte tüm hastalara baş parmaklar hariç diğer sekiz parmaktan tırnak yatağı videokapilleroskopisi yapıldı ve sonuçlar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya skleroderma tanılı hastalar, koroner arter hastalığı ve kalp temezliği olanlar, diyabeti olanlar, hipoksik hastalar dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen 95 hastanın 49'u romatizmal olmayan İAH grubunda (birinci grup), 46'sı ise romatizmal hastalıklara bağlı İAH grubunda (ikinci grup) yer alıyordu. Birinici grubun yaş ortalaması 62,31±11,027 iken ikinci grubun yaş ortalaması 62,09±10.887 idi. Yine ilk grupta 25 kadın (%43,9), 24 erkek (%63,2) varken ikinci grupta 32 (%65,1) kadın, 14 erkek (%36,8) vardı. Birinci grupta 32 (%65,3) hastanın alt tanısı IPF, 6 (%12,2) hastanın alt tanısı HP, 9 (%18,4) hastanın alt tanısı sarkoidoz ve 2 (%4,1) hastanın alt tanısı diğer hastalıklar sınıfındaydı. İkinci grupta ise; 24 (%52,2) hasta romatoid artrit (RA), 11 (%23,9) hasta sjögren (SJS), 5 (%10,9) hasta myozit ve 6 (%13) hasta undiferansiye bağ doku alt tanı sınıfındaydı. Klinik bulgular açısından birinci grupta reynaud olan hiç hasta yoktu, ikinci grupta 2 (%4,3) hasta vardı (p=0,232); enflamatuvar artrit birinci grupta hiç yoktu, ikinci grupta 31 (%67,4) hasta vardı (p=0,000); ağız-göz kuruluğu olan birinci grupta 1 (%5), ikinci grupta 19 (%95) hasta vardı (p=0,000); çomak parmak birinci grupta 10 (%20,4) ikinci grupta hiç yoktu (p=0,001). İki grupa arasında dijital ülser, üveit, skelrodaktili, telenjiektazi, deri döküntüsü, oral/genial ülser, kas güçsüzlüğü açısından anlamlı farklılık yoktu. Otoantikorlar açısından birinci grupta yalnızca bir hastada RF pozitifliği vardı, diğer otoantikorlar birinci grupta negatifti. Anti-dsDNA, sentromer ve anti-Scl 70, anca otoantikorları her iki grupta da negatifti. Her iki grupta radyolojik paternde toplam 49 hastada (%51,6) usual interstisyel pnomoni (UIP) paterni vardı ve bunların 33'ü (%67,3) birinci grupta, 16 (%32,7) ikinci gruptaydı. Toplam 8 hastada non-spesifik interstisyel pnomoni (NSIP) vardı; birinci grupta 1 (%12,5), ikinci grupta 7 (%87,5) idi. Klasifiye edilemeyen patern toplam 24 (%25,3) hastaydı ve bunların 1'i (%4,2) birinci grupta, 23'ü (%95,8) ikinci gruptaydı. Toplam HP hasta sayısı 5 (%5,3) idi ve hepsi birinci gruptaydı. Toplam sarkoidoz hasta sayısı 9'du (%9,5) ve hepsi birinci grupta yer aldı. On hasta solunum fonksiyon testini (SFT) yapamadı. FEV1 açısından birinci grup ortalaması 87,24±19,224, ikinci grupta 84,87±20,805; FVC birinci grup ortalaması 86,76±20.967, ikinci grup ortalaması 84,36±22.246; DLCO birinci grup ortalaması 54,91±23.633, ikinci grup ortalaması 5431±23.101 idi. Tüm SFt parametreleri açısından her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. EKO bulgularında ise % EF birinci grup ortalaması 61,04±3.640, ikinci grup ortalaması 60,63±3.517; PAB birinci grup ortalaması 23,14±3.634, ikinci grup ortalaması 23,33±5.329 idi. EKO bulgularında da istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. NFC bulgularına bakıldığında; her iki grupta da minimum 6 adet, maksimum 10 adet kapil vardı. Birinci grupta ortalama kapil sayısı 8,16±0,9, ikinci grupta ise 7,96±1,0 idi. Her iki grupta ortalama kapil sayısı istatistiksel olarak benzerdi. Cinsiyet, sigara kullanımı, BMI, çomak parmak, klinik bulgular, radyolojik paternle ilişkili olarak ortalama kapiller dansite arasında bir ilişki yoktu. Tortusiyösite oranına baktığımızda; cinsiyetle, sigarayla, çomak parmakla, radyolojik paternle ilşkisi yoktu. Ancak, bağ doku hastalıkları kolunda hastalık süresi arttıkça tortusiyöz kapil oranı artmaktaydı (p=0,16). Ağız/göz kuruluğu olan hastalarda (p=0,029) ve kas güçsüzlüğü olan hastalarda (p=0,038) tortusiyöz kapil sayısı daha fazlaydı. Crossing açısından bakıldığında; BMI, sigara, klinik bulgular, radyolojik patern açısından bir ilişki yoktu. Ancak, tüm grupların toplamın erkek cinsiyette daha fazla crossing mevcuttu (p=0,047). Bununla birlikte gruplar arasında cinsiyetle crossing arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hastalık süresi bağ doku grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da (p=0,343) hastalık süresi arttıkça crossing oranı artmıştı. Çalışmamızda vasküler alan saptanan hiç hasta yoktu. Toplam 3 (%3,2) hastada dev kapil (≥50 µm) saptandı ve bunların 2 tanesi (%4,1) birinci grupta, 1 tanesi (%2,2) ikinci gruptaydı. Toplam 28 (%29,5) hastada dilate kapil (20-49 µm) tespit edildi ve bunların 12 (%24,5) tanesi birinci grupta, 16 (%34,8) tanesi ikinci gruptaydı. Toplam 8 (%8,4) hastada hemoraji izlendi. Hemoraji saptanan 2 (%4,1) hasta birinci grupta, 6 (%13) hasta ikinci gruptaydı. Neoanjiyogenez toplam 9 (%9,5) hastada saptandı. Bunların 6'sı (%12,2) birinci grupta, 3'ü (%6,5) ikinci gruptaydı. Remified ve branching kapil birer hastada tespit edilirken, bushy kapil ise toplam 8 (%8,4) hastada tespit edildi. UIP hastalarında hesapladığımız gap point hesaplaması sonucu 1 ve 2 skoru kendi içinde iyi prognostik; 3, 4 ve 5 skoru ise kendi içinde daha kötü prognostik gösterge olarak kabul edildi. Toplam UIP olan 49 hastada; istatistiksel olarak anlamlı olmasada, gap point iyi prognostik grubunda ortalama kapil sayısı 6 olan hiç hasta bulunmazken, kötü prognostik grubunda ise kapil sayısı 6 olan 2 hasta vardı. Yine tortusiyösite ve crossing saptanan gap point 1-2 grubunda toplam ayrı ayrı 16 hasta bulunurken, gap point 3-4-5 grubunda toplam 3 hasta tespit edildi. Dilate kapil gap

point 1-2 grubunda hiç yokken gap point 3-4-5 kolunda toplam 6 hastada mevcuttu. Dev kapil gap point 1-2 de hiç yokken gap point 3-4-5 grubunda 1 hastada vardı. Gap point 1-2 grubunda neoanjiyogenez saptanan hasta yokken gap point 3-4-5 kolunda 5 hastada neoanjiyogenez saptandı.

Sonuç: Skleroderma hastalarında ve diğer bağ doku hastalarında İAH varlığında kapilleroskopik bulguların tanı ve prognozda kullanıma dair çalışmalar literatürde mevcuttur. Ancak, çalışmamız skleroderma dışındaki romatolojik hastalıklara bağlı İAH'ları ile bağ doku dışı İAH'larda kapilleroskopik bulguların değerlendildiği ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak kapilleroskopi skleroderma dışındaki hastalıklarda net olarak ayırıcı tanı sağlamasa da bağ doku hastalıkları tanısı için uyarıcı olabilir. Ayrıca İAH izleminde kapilleroskopik spesifik olmayan bazı bulgular hastalığın prognozu hakkında bilgi verebilir. Yine çalışmamızın sonuçlarına baktığımızda sağlıklı bireylerde görülmesi beklenmeyen bazı kapilleroskopik bulguların (neonajiyogenes, dev kapil vs.) İAH olanlarda görüldüğünü ve hastalığın fizyopatolojisindeki enflamasyon ve fibrozisin varlığını desteklediği söylenebilir. Çalışmamız kesitsel olması sebebi ile gruplar arasındaki hasta sayıları eşit değildi ve toplam hasta sayımız istatistiksel anlamlılığa ulaşmada yetersizdi. Daha büyük çaplı çalışmalar için bulgularımız yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalıkları, kapilleroskopi, bağ doku hastalıkları, idiopatik pulmoner fibrozis

PS-071

Primer Jögren sendromunda otoantikor ve fenotip arasında ilişki var mı? Hangi antikor? Hangi klinik?

Cansu Arslantürk Güneysu[1], Seyyid Bilal Açıkgöz[1], Abbas Karakurt[2], Mehtap Kalçık Unan[1], Nilay Erdik[1], Sümeyye Merve Türk[1], Gamze Dilek[3], Damla Karataş[4], Gökhan Yavuzbilge[5], Tamer Acat[1], Emel Gönüllü[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

[3]Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu

[4]Yalova Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Birimi, Yalova

[5]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

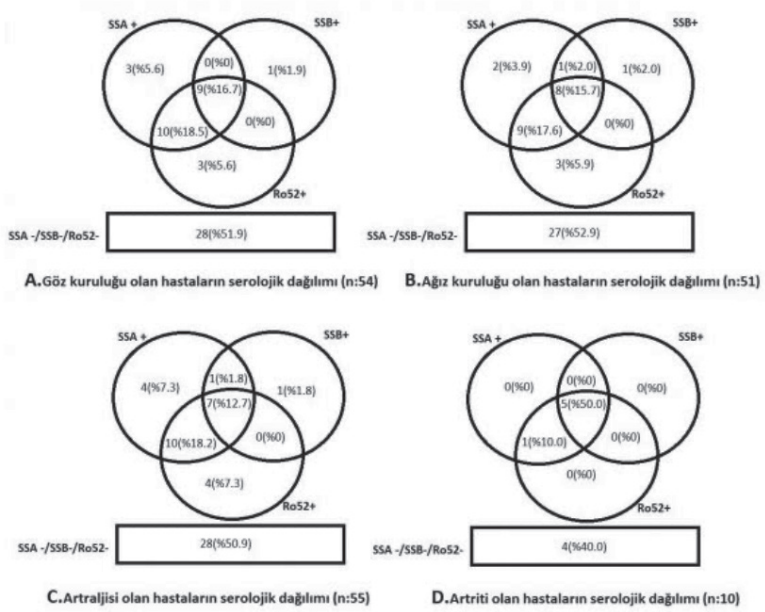
Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSjS) hasta semptomları, başvuru şikayetleri, tutulum paternleri açısından oldukça heterojendir. Tanı objektif sikka bulgularına, tükürük bezi biyopsi sonuçlarına ve otoantikor pozitifliğine dayanmaktadır. Hastalık ilişkili otoantikorlardan ENA panelinde değerlendirilen anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 ile hastalığın sık saptanan bulguları olan ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji ve artrit arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Polikliniği'ne 2021 Aralık-2022 Aralık tarih aralığında başvuran pSjS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı değerlendirildi. Tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı verileriyle hastalık tanısındaki gecikme süresi hesaplandı. Anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 antikorları pozitif ya da negatif olarak kayıt edildi. Ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji, artrit bulgularının antikorlar ile ilişkisi araştırıldı. Değerlendirdiğimiz antikorların tanı koyma sürecine zamansal bir etkisi olup olmadığı incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde independent samples t-test, Mann-Whitney, ki-kare ve Fishers exact testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 79'u kadın (96,3) olmak üzere 82 hasta dahil edildi. Yaş ortalama 53±11 yıl idi. Anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 pozitif ve negatif hastaların yaş ortalaması benzerdi. Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif olanlar negatiflere göre daha erken yaşta tanı alırken (sırasıyla p=0,048, 0,006); anti-SSB antikoru pozitif ve negatif olanların benzer yaşlarda tanı aldığı görüldü. Anti-SSA negatif olanlarda tanıda gecikme saptanırken (p=0,038) diğer antikorlarda bu ilişki gözlenmedi. Üç antikordan en az bir tanesinin pozitif olduğu grup ile hepsinin negatif olduğu grubu karşılaştırdığımızda negatif grubun daha ileri yaşta tanı aldığı saptandı (p=0,004) ancak semptom ve tanı arasında geçen süre gruplar arasında benzerdi (p=0,117) (Tablo 1). Ağız kuruluğu, göz kuruluğu ve artralji semptomları incelendiğinde antikor pozitif ve negatif gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Artrit ile ilgili veriler değerlendirildiğinde anti-SSB pozitif hastaların %38,5'inde, negatif olan hastaların %8,3'ünde artrit mevcuttu ve fark istatistiksel anlamlı idi (p=0,013) (Tablo 2). Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif hastalarda negatif olanlara göre artriti olan hastaların oranı fazla idi ancak istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmedi. Semptom pozitif olan hastaların otoantikorlara göre serolojik dağılımı değerlendirildi (Resim 1). Semptomatik hastaların nerdeyse yarısı otoantikor negatifti. Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif olan hastaların daha erken yaşta tanı almış olması bu antikorların erken hastalık başlangıcı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Anti-SSA pozitif olan hastaların tanıda gecikme süresinin az olması bu antikorun SjS sınıflandırma kriterlerinde yer alması nedeniyle tanı koyma sürecinin anti-SSA pozitif olanlarda daha kısa olduğunun göstergesi olabilir. Sık görülen bulgular ile antikor karşılaştırılmasında ise artrit ve anti-SSB arasında saptanan ilişki dışında anlamlı farklılık görülmedi.

Sonuç: Anti-SSA ve anti-Ro52 pozitif olan hastaların daha erken yaşta tanı almış olması bu antikorların erken hastalık başlangıcı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Anti-SSA pozitif olan hastaların tanıda gecikme süresinin az olması bu antikorun SjS sınıflandırma kriterlerinde yer alması nedeniyle tanı koyma sürecinin anti-SSA pozitif olanlarda daha kısa olduğunun göstergesi olabilir. Sık görülen bulgular ile antikor karşılaştırılmasında ise artrit ve anti-SSB arasında saptanan ilişki dışında anlamlı farklılık görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, anti-SSA, anti-SSB



Resim 1. Ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji, artrit olan hastaların serolojik dağılımı

Tablo 1. Otoantikor ile hastalık tanı yaşı ve tanıda gecikme süresi arasındaki ilişki

		Yaş		Tanı Yaşı		Semptom Başlangıç Yaşı		Tanıda Gecikme Süresi	
		Mean±SD	p	Mean±SD	P	Mean±SD	p	Median (IQR)	p
Anti -SSa	Pozitif	51.14±11.87	0.352	43.77±12.67	0.048	42.04±13.46	0.336	0 (2)	0.038
	Negatif	53.62±10.44		49.19±10.13		44.81±10.64		1 (5.5)	
Anti –SSb	Pozitif	55.23±12.27	0.358	46.88±14.24	0.938	43.77±15.43	1.00	0 (5)	0.699
	Negatif	52.11±10.73		47.16±10.83		43.77±10.96		1 (4)	
Anti -Ro52	Pozitif	50.31±11.58	0.115	42.61±11.13	0.006	40.12±11.82	0.043	0 (4)	0.217
	Negatif	54.55±9.80		50.18±10.36		45.92±10.74		1 (4.5)	
Seroloji	Pozitif	50.65±12.04	0.063	43.61±12.34	0.004	41.30±13.37	0.060	0 (3.5)	0.117
	Negatif	55.59±9.36		51.43±9.20		46.76±9.76		1(4.8)	

Tablo 2. Otoantikor ve hastalığın sık görülen semptom ve bulguları arasındaki ilişki

		Göz Kuruluğu		Ağız Kuruluğu		Artralji		Artrit	
		n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Anti -SSa	Pozitif	23 (82.1)	1.00	21 (75.0)	0.562	22 (78.6)	0.700	6 (21.4)	0.168
	Negatif	36 (83.7)		35 (81.4)		37(82.2)		4 (8.9)	
Anti –SSb	Pozitif	11 (84.6)	1.00	11 (84.6)	0.721	9 (69.2)	0.258	5 (38.5)	0.013
	Negatif	48 (82.8)		45 (77.6)		50 (83.3)		5 (8.3)	
Anti Ro52	Pozitif	22 (84.6)	1.00	20 (76.9)	1.00	21 (80.8)	1.00	6 (23.1)	0.175
	Negatif	31 (81.6)		30 (78.9)		33 (82.5)		4 (10.0)	
Seroloji	Pozitif	27 (79.4)	0.378	25 (73.5)	0.281	27 (79.4)	0.758	6 (17.6)	0.493
	Negatif	28 (87.5)		27 (84.4)		28 (82.4)		4 (11.8)	

PS-072

Primer Sjögren sendrom tanılı bireylerde PSSQoL anketinin Türkçe versiyonunun geçerliği ve güvenirliğinin incelenmesi - pilot çalışma

Orkun Tüfekçi[1], Gamze Nur Ahıskalı[1], Nazlı Elif Nacar[1,2], Sinan Buran[3], Nur Banu Karaca[1], Aysu Kahraman[4], Mustafa Ekici[5], Şule Apraş Bilgen[5], Edibe Ünal[3], Sedat Kiraz[5]

[1]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

[2]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş

[3]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

[4]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Primer Sjögren sendromu (PSS), ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, glandüler disfonksiyona yol açan sistemik kronik otoimmün bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kuruluk, yorgunluk ve kronik ağrı gibi faktörlerin PSS'li bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde çok boyutlu etkileri söz konusudur. Literatürde PSS'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede sıklıkla kullanılan jenaralize ölçeklerin hastalık yükünü yansıtmadığı ve hastalığa özgü değerlendirme yapan ölçüm araçlarının yetersizliğininden bahsedilmektedir. Bu çalışmanın amacı PSS'li bireylerde hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendiren "Primary Sjögren's Syndrome Quality of Life Questionnaire" (PSSQoL) isimli anketin Türkçe geçerliği ve güvenirliğinin incelenmesiydi.

Yöntem: Çalışmamıza Ocak 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran ve PSS tanısı alan 45 kişi dahil edildi. Demografik bilgileri alınan PSS tanılı bireylerin geçerlik için hastalığa özgü yaşam kaliteleri PSSQoL (Beaton protokolüne göre Türkçe yapısına uyumlandırılan), biyopsikososyal özellikleri "Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire" (BETY-BQ), fonksiyonel durumları "Health Assessment Questionnaire" (HAQ), duygu-durumları "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) ve genel yaşam kaliteleri "Short Form 36" (SF-36) kaydedildi. Güvenirlik için PSSQoL, ölçeklerin doldurulmasından 1 hafta sonra ikinci defa dolduruldu. İç tutarlılık Cronbach alfa ve test-tekrar test güvenirliği ICC (Intraclass Correlation Coefficient) katsayısı ile belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 55,44±10,43 yıl olan 45 PSS'li birey dahil edildi. Yirmi bireye test-tekrar test uygulandı. Geçerlik için gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçlarına göre değişik derecelerde anlamlı korelasyon saptandı (Tablo 1). İç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı 0,831 olarak yüksek güvenirlikte bulundu. PSSQoL'nin ICC katsayısı 0,950 ($p<0,001$) olarak çok yüksek güvenirlikte bulundu (Tablo 2).

Sonuç: PSS'li bireylerde Türkçe geçerlik (diğer ölçeklerle korelasyon) ve güvenirliğini (test-tekrar test yöntemi) incelediğimiz bu pilot çalışmadan elde edilen veriler potansiyel olarak hastalığa spesifik bir anket olan PSSQoL'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Bu potansiyel göz önünde bulundurularak çalışmaya ölçek madde sayısıyla uyumlu olgu sayısına ulaşılana kadar devam edilmesi sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik ve güvenirlik, psikometrik, Sjögren sendromu

PS-073

Psoriatik artritte tırnak tutulumu; NAPSI skoruna romatolog değerlendirmesi

Özlem Özdemir Işık, Neslihan Gökçen, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Psoriatik artrit (PsA), artrit, entezit, deri, tırnak, aksiyel hastalık ve daktilit gibi tutulumlar yapabilen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Genel popülasyonda PsA prevalansı %0,05 ile %0,25 arasında geniş bir aralıktadır ve psoriasisi (PsO) olan hastaların %30'unda PsA gelişebilmektedir. PsO hastaları arasında, tırnak psoriasis prevalansı %50'nin üzerindedir ve yaşam boyu insidansı %80-90'dır. PsA'da tırnak hastalığı prevalansı %80 oranında görülebilir. İzole tırnak tutulumu %5-10 arasındadır. Tırnak tutulumu, PsA gelişimi için bir risk faktörü olarak düşünülmektedir. Tırnak tutulumu Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI) kullanılarak değerlendirilmektedir. PsA tanısı ile takipli 50 hastanın tırnak tutulumlarının iki uzman romatolog tarafından NAPSI skoruna göre değerlendirilmesi ve hastalık tutulum ve aktiviteleri ile ilişkilerini sunmak çalışmanın amacıdır.

Yöntem: 2012-2022 yılları arasında CASPAR sınıflama kriterlerine göre PSA tanısı konulmuş, düzenli takibe gelen 50 hastanın verileri retrospektif olarak kaydedildi ve son kontrolde NAPSI, deri tutulumu açısından Psoriasis Area and Severity Index (PASI), artrit açısından Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), entezit açısından Leeds enthesitis index (LEI), aksiyel tutulum açısından Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)-C reaktif protein (CRP), hastalık etkisi ile ilgili Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID)12 verileri değerlendirildi. Romatologlar arası güvenilirlik, sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) skoru kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %68'i kadın, yaş ortalaması 53,6±10,8 idi. PsO tanı yaşı 29,9±13,1 yıl, PsA tanı yaşı 38,1±8,9 yıl, hastaların takip süresi 12,9±3,6 yıldı. Hastaların poliklinik başvuru nedeni %82 artrit, %22 daktilit, %6 enflamatuvar bel ağrısı ve %2 üveit idi. Başlangıçta hastaların %86'si periferik artrit, %4'ü izole spondilit, %10'u her iki tablo nedeniyle takibe alınmıştı. Klinik ve demografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların %60'ında elde, tırnak tutulumu görüldü, bu hastaların %10'unda splinter hemoraji, %3,3'ünde subungual hiperkeratoz, %33,3'ünde yağ damlası, %40'ında onikoliz, %36,7'sinde pitting, %53,3'ünde lökonişi, %16,7'sinde crumbling saptandı, el NAPSI skoru medyan (min-maks) 2 (0-41) idi. Tırnak tutulumu olan ve olmayan hastalar klinik ve laboratuvar bulgular açısından karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık gözlenmedi. NAPSI skoru eş zamanlı olarak iki ayrı romatoloji uzmanı tarafından değerlendirildi ve ICC 0,98 (%95 CI 0,98-0,99) "mükemmel güvenilirlik" şeklinde

değerlendirildi. PASI medyan (min-maks) 0,25 (0-10,1), LEI 0 (0-3), DAPSA 3 (0-27) idi. Bu veriler detaylı olarak Tablo 2'de sunulmuştur. NAPSI skoru ile PASI, LEI, DAPSA, ASDAS-CRP, PsAID skorları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi (sırasıyla p=0,412, p=0,757, p=0,565, p=0,622, p=0,552). Hastalık başlangıcında ve günümüzde eklem tutulum paternleri, daktilit varlığı, biyolojik ajan ihtiyacı ile NAPSI skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bununla birlikte yüksek NAPSI skorları olan hastaların, birden fazla biyolojik ilaç kullanmış, deri tutulumları da belirgin olan tedavilere dirençli hastalar olduğu gözlendi. NAPSI skorları ile PsO ve PsA tanı yaşı arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda klinik bulgular ile tırnak tutulumu ve NAPSI skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak özellikle NAPSI skoru yüksek olan bireylerin, biyolojik tedavilere yetersiz yanıtı olan, tedaviye dirençli hastalar olması düşündürücüdür. Ayak parmakları özellikle onikomikoz ayırıcı tanısını değerlendirme güçlüğü nedeniyle skorlamaya dahil edilmemiştir. İki uzmanın el NAPSI değerlendirmesi yüksek güvenilirlik göstermiştir, bu yönüyle uygulanabilir olduğu, tırnak değerlendirmesinin romatoloji muayenesindeki önemi vurgulanmıştır. Tırnak tutulumu da tedaviye yön veren önemli bir parametre olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, psoriatik artrit, tırnak, NAPSI

PS-074

Persistan orta-yüksek seviyede izole anti-kardiyolipin antikoru IGA veya anti- β2-glikoprotein-I IGA izotiplerinin klinik önemi var mı?

Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer[1,2], Jonathan Thaler[1], Doruk Erkan[1]

[1]*Hospital For Special Surgery, New York, USA*

[2]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

Amaç: Antikardiyolipin (aCL) ve anti- β_2 glikoprotein-I ($a\beta_2$GPI) antikorlarının IgA izotipinin patojenik olduğu bazı hayvan modellerinde gösterilmişse de klinik önemleri tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı olgu bildirimi ya da olgu serilerinde IgA izotipinin trombojenik rolünden bahsedilmiş olmakla beraber bu yazılarda her üç antifosfolipid antikorunun [aCL, $a\beta_2$GPI ve lupus antikoagülanı (LA)] varlığının veya devamlılığının incelenmemesi gibi bir takım metodolojik kısıtlılıklar mevcuttur. Izole aCL/ $a\beta_2$GPI IgA pozitifliğinin nadir olması nedeniyle, çalışmamızda orta-yüksek seviyede izole aCL/$a\beta_2$GPI IgA pozitif olan hastaların retrospektif olarak demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin incelenmesini amaçladık.

Yöntem: Şubat 2016-Nisan 2023 yıllari arasında "antifosfolipid antikor (aPL) pozitifliği" [International Classification of Diseases (ICD)-10 code: R76.0] ya da "Antifosfolipid Sendromu (APS)" (ICD-10 code: D68.61) tanı kodları ile belirlenen hastalar çalışmaya alınmıştır. Persistan (en az 12 hafta ara ile en az iki pozitif sonuç), orta-yüksek seviyede (≥40 ELISA Units) ve izole aCL veya $a\beta_2$GPI IgA pozitif olan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Izole aCL/ $a\beta_2$GPI IgA pozitifliği; LA, aCL IgG/M ve $a\beta_2$GPI IgG/IgM negatifliklerinin gösterilmesi ile tanımlanmıştır. Hastaların demografik, genel tıbbi özellikleri ve aPL ilişkili klinik ve laboratuvar özellikleri sistematik olarak incelenmiştir. Hem bazal hem de takip verileri tanımlayıcı istatistik kullanılarak rapor edilmiştir.

Bulgular: Antifosfolipid antikor pozitifliği nedeniyle değerlendirilen toplam 578 hastadan sadece on hastada (%2) persistan orta-yüksek seviyede izole aCL IgA veya $a\beta_2$GPI IgA pozitifliği mevcuttu (Kadın =9; ortalama yaş: 47,5±15,4 yıl, Lupus klasifikasyon =4). Hastaların hiçbirinde "Updated Sapporo APS Klasifikasyon Kriterleri"ne göre tromboz, gebelik morbiditesi, kardiyak kapak hastalığı, trombositopeni veya hemolitik anemi mevcut değildi. Izole aCL IgA pozitifliği olan sadece bir hastada livedo reticularis mevcuttu. Tablo 1'de hastaların klinik ve laboratuvar özellikler özetlenmiştir. Ortalama 7,5±5,9 yıl takip süreci boyunca, hastaların hiçbirinde aCL ve $a\beta_2$GPI IgA pozitiflikleri eş zamanlı görülmemiştir ancak hastaların %30'da (3/10) aPL'in negatifleştiği görülmüştür (aCL: 2 ve $a\beta_2$GPI=1).

Sonuç: Diğer aPL testleri (LA ve aCL/$a\beta_2$GPI IgG/M) negatif iken persistan orta-yüksek seviyede izole aCL/$a\beta_2$GPI IgA pozitifliği nadir görülmektedir. Bu çalışmamızda, az sayıdaki hasta kohortumuza göre, izole aCL/$a\beta_2$GPI IgA varlığı ile antifosfolipid-ilişkili klinik bulgular arasinda bir ilişki gösterilememiştir ve hastaların yaklaşık 1/3'ü takipte negatifleşmiştir. Izole IgA pozitifliğinin klinik öneminin daha iyi tanımlanması için büyük ölçekli mekanistik ve klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid antikoru, antifosfolipid sendromu, immünoglobulin A

PS-075

Behçet sendromunda staz ülseri: Tek merkez takipli 51 hastanın retrospektif verileri

Alican Karakoç[1], Yeşim Özgüler[1], Ayşe Özdede[1], Zeynep Altan Ferhatoğlu[2], Zekayi Kutlubay[2], Seyfullah Halit Karagöz[3], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Gülen Hatemi[1], Melike Melikoğlu[1], Emire Seyahi[1]

[1]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Behçet sendromunda (BS) alt ekstremite derin ven trombozu (DVT) tüm vasküler olayların yaklaşık %75'ini oluşturur. Post-trombotik sendrom (PTS) ve staz ülserleri, DVT'nin geç dönem komplikasyonları arasında yer alır; %20-50 oranında görülmekle birlikte, %5-10 hasta ciddi seviyede olabilmektedir. PTS; bacak ağrısı, bacakta ağırlık hissi, şişme ödem, hiperpigmentasyon ve variköz venöz kollaterallerin değişken bir kombinasyonu olsa da ağır PTS ile ilişkili staz ülserlerinin etiyolojisi, tedavisi ve prognozları ile ilgili veriler yeterli değildir. Bir önceki çalışmamızda, uzun süreli hastalık ve kasık venlerinin bilateral tutulması halinde ağır PTS riskinin arttığını göstermiştik. Bu çalışmamızda özellikle staz ülseri öyküsü olan hastaları hedefleyerek, ülserlerin histopatolojik özellikleri, tedavi yanıtları ve prognozları hakkında bilgi edinmek istedik.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, mültidisipliner Behçet hastalığı merkezinde Ocak 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında görülen 310 vasküler tutulumu olan hasta arasından staz ülser öyküsü olan 51'i (%16) (49E/2K) çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, histopatolojik incelemeleri, radyolojik görüntülemeleri ile tedavi detaylarıyla ilgili bilgiler standardize bir form eşliğinde hasta dosyalarından elde edildi. Ülser ilişkili veriler (sayı, boyut, anatomik lokalizasyonları ve ülserin ne zaman açılıp, iyileştiği) fizik muayene sırasında tanımlandı ayrıca dosya takip kayıtları incelendi. Birçok ülser varlığında boyut olarak en büyüğü değerlendirildi. Ek olarak sosyoekonomik durum ve sigara öyküsü soruldu, CEAP (Klinik, Etiyolojik, Anatomik ve Patofizyolojik sınıflama) skorları hesaplandı. Son 1 yıldır ülseri iyileşmiş olanlar remisyonda kabul edildi.

Bulgular: Tablo 1'de gösterildiği gibi, 51 hastanın medyan güncel yaşları 45, BS tanı yaşı 25 ve vasküler tutulum başlama yaşı 27 yıldı. Hastaların 26'sı (%51) ilkokul mezunuydu ve 27'si (%53) aktif sigara içmekteydi. On üç hasta (%25) işsiz/emekliydi. Ülser, vasküler tutulum başladıktan medyan 4 yıl sonra ortaya çıkmıştı. Hastalar 1993-2021 yılları arasında tanı almışlardı. 2010 sonrası tanı alan hasta oranı %35'di (18/51). Alt ekstremite DVT'sine ek olarak, 24'ünde (%47) göz tutulumu, 20'sinde (%40) DVT dışı damar tutulumu, 6'sında (%12) nörolojik tutulum vardı. Yirmi sekiz (%55) hastanın en az bir tane ek komorbiditesi vardı ve bunların içinde en sık görüleni hipertansiyondu (%20). Elli bir hastadan 3'ünde sadece venöz yetmezlik vardı. Kırk sekiz hastanın 36 tanesinin DVT'si bilateral, 12 tanesinin ise unilateraldi (sol taraf: %66, sağ taraf: %34). Ülser boyutları açısından sağ veya sol bacak arasında fark yoktu (p>0,05). En sık femoral (n=40, %83), popliteal (n=35, %72) ve yüzeyel venlerin (n=22, %46) tutulduğu görüldü. Ek olarak vena kava inferior (n=12, %25) ve iliak venlerde de tromboz (n=13, %27) saptanmıştı. Güncel değerlendirmede, 51 hastanın 28'inde (%55) açık ülser saptandı. Bu grupta ülserler hastalık başladıktan medyan 5 yıl sonra açılmıştı ve tüm tedavilere rağmen, medyan 11,5 yıl süre içinde kalıcı bir düzelme izlenmemişti. Yine bu grupta, %54 oranında ülserlerin nüksettiği gözlendi. Tüm hasta grubunda medyan ülser boyutu 3 cm'di. Elli bir hastanın toplamda 165 ülseri vardı; bunların 67 tanesi (%41) iç malleolde, 42 tanesi (%25,5) tibia ön yüzde, 11 tanesi (%6,5) dış malleolde yerleşmişti. Ülserlerin medyan iyileşme zamanı 8 aydı. Staz ülseri olan 14 hastaya ait 18 histopatolojik inceleme mevcuttu. Hastaların %71'inde (10/14) histopatolojik tanı staz dermatiti/oklüziv vaskülopati lehine olsa da 2 hastada nekrozlaşan dermatit, 1 hastada mikst pannikülit ve 1 diğerinde vaskülit saptandı. Yatak istirahati, lokal tedaviler ve kompresyon tüm hastalara önerilmişti. Ancak hastaların sadece 27 tanesi (%52) varis çorabı giymekteydi ve en az 4 haftalık yatak istirahati %67 hastada gerçekleşmişti. Tablo 3'te özetlendiği gibi, staz ülseri için, 36 hasta (%70) immünsüpresif tedavi [(biyolojik: n=23, %45), (biyolojik olmayan: n=32, %63)] ve/veya glukokortikoid tedavi (n=14, %28) almıştı. Ek olarak yaraların hızlı iyileşmesi için intravenöz iloprost (n=25, %49), debridman amacıyla Lucilia Sericata (larva) (n=13, %25) ve deri grefti (n=2, %4) uygulanmıştı. Hastalar açık ve iyileşmiş staz ülseri olmak üzere iki gruba ayrıldığında, hastalık başlangıç yaşı, hastalık başlangıcı ile ilk ülser gelişimi arasındaki süre, toplam hastalık süresi, sigara kullanma, sosyo-ekonomik düzey, vücut kitle endeksi, varis çorabı giyme, ayakta kalma süresi, biyolojik tedavi, intravenöz iloprost tedavisi ve trombozun proksimal derin venlerde olması açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 2).

Sonuç: Staz ülserleri BS'de nadir görülen ancak, tedavisi oldukça dirençli bir DVT komplikasyonudur. Genel popülasyonda kadınlarda ve ileri yaşta görülen bu tablo, BS kohortunda gençlerde ve erkeklerde ortaya çıkmaktadır. Yine genel popülasyondan farklı olarak sadece iç malleol ve tibia ön yüzeyinde değil, bacağın lateral kısmında, ayak sırtında hatta parmak aralarında ortaya çıkmaktadır. Nekrotizan vaskülit bildiren Jung ve ark. aksine, serimizde çoğunlukla staz dermatiti ile uyumlu bulgular gözlenmiştir. Takipte nadiren de olsa hasta ve hekimin birlikte uyum içinde ve sabırla çalışmasının olumlu sonuçlar verdiği izlenmiştir (Resim 1a, b). Ne var ki, hastaların %55'inde her türlü tedaviye rağmen medyan 11,5 yıl boyunca yaranın açık olarak sebat etmesi, geç dönemde immünsüpresif tedavinin fayda etmediğini düşündürmektedir. Kanımızca, erken dönemde agresif tedavi ile rekanalizasyon sağlandığı takdirde geç dönemde bu tip komplikasyonların önlenmesi mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, derin ven trombozu, post-trombotik sendrom, staz ülseri



Resim 1. a. Tedavi öncesi staz ülseri, **b.** Tedaviden 2 ay sonraki hali

PS-076

Romatolojik hastalıklarda hidroksiklorokin kesilme nedenlerinin değerlendirilmesi

Berkan Armağan[1], Hatice Ecem Konak[1], Ebru Atalar[1], Bahar Özdemir Ulusoy[1], Pınar Akyüz Dağlı[1], Özlem Karakaş[1], Serdar Esmer[1], Hakan Apaydın[1], Mehmet Akif Eksin[1], Bünyamin Polat[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Serdar Can Güven[1], Kevser Orhan[1], İsmail Doğan[2], Hakan Babaoğlu[1], Yüksel Maraş[3]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

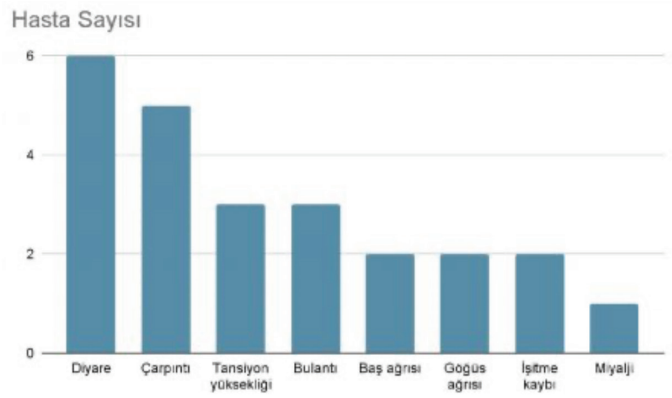
Amaç: Romatolojik ve dermatolojik hastalıkların tedavilerinde hidroksiklorokin (HCQ) uzun yıllardır, güvenle tercih edilen etkili bir hastalığı modifiye edici ajandır. Retinal toksisite, alerjik deri reaksiyonları ve COVID-19 pandemisi ile birlikte gündeme gelen kardiyotoksisite nedeniyle hasta ve hekimler tarafından HCQ tedavileri kesilebilmektedir. Bu çalışmanın amacı romatoloji kliniğinde takipli hidroksiklorokin tedavisi kesilen hastaların özelliklerini incelemektir.

Yöntem: Ocak 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji polikliniklerinde takipli olup HCQ tedavisi kesilmiş hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Komorbiditeleri, HCQ kesilme nedenleri ve tarihleri kaydedildi.

Bulgular: HCQ tedavisi kesilen 140 hastanın %93'ü kadındı. Hastaların ortalama yaşları 54,5±12,9 idi. En sık eşlik eden komorbidite %37 ile hipertansiyondu bunu ise sırasıyla, hiperlipidemi %15, diabetes mellitus %14, koroner arter hastalığı %7, aritmi %5, kalp kapak problemi %3 ve kronik böbrek hastalığı %3 izlemekteydi. HCQ tedavisi kesildiği sırada hastaların %36'sının steroid tedavi alıyordu. Tedavi kesilme nedenleri içinde olası retinal toksisite %54 ile ilk sıradaydı ve bunu döküntü (%19), hiperpigmentasyon (%9) ve diğer nedenler (Resim 1) %15 izlemekteydi. Sadece 3 hasta HCQ tedavisini kendi isteğiyle bırakmıştı. Retinal toksisite nedeniyle tedavisi kesilen 75 hasta içinde 60 tanesi HCQ tedavisini 400 mg/gün dozundan alıyordu. Bu hastalar içinden de sadece %8'inde tedavi kesilmeden önce doz azaltımı yapılmıştı. On dokuz (%25) hastanın göz hastalıkları tarafından yeterli objektif değerlendirmesinin olmadığı görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda beklenildiği gibi HCQ tedavisinin en sık kesilme nedeni retinal toksisiteydi. Fakat bu hastaların %25'inde yeterli objektif göz değerlendirmesinin yapılmadığı görüldü. Retinal toksisite sonrasında doz azaltımı yapılan hasta oranı da oldukça düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin, toksisite, retinopati



Resim 1. Hidroksiklorokin tedavisinin sık görülmeyen kesilme nedenleri

PS-077

Türkiye'de spondiloartrit prevalansı/insidansı ve hastaların özellikleri

Gizem Ayan[1], Umut Kalyoncu[1], Hasan Satış[2], Erdem Karabulut[3], Abdülsamet Erden[4], Emre Bilgin[1], Berkan Armağan[5], Duygu Tecer[6], Alper Sarı[7], Hakan Babaoğlu[5], Levent Kılıç[1], Orhan Küçükşahin[8], Murat Çağlayan[9], Mustafa Okan Ayvalı[10], Naim Ata[10], Mustafa Mahir Ülgü[11], Şuayip Birinci[12]

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

[2]Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

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

[5]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[7]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[9]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara

[10]Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

[11]Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

[12]Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

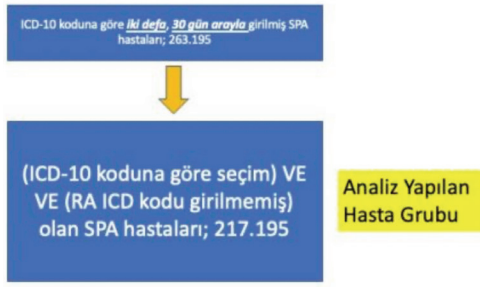
Amaç: Spondiloartrit (SpA), esas olarak aksiyel iskeletin enflamasyonu ile karakterize kronik, ilerleyici bir romatizmal hastalıktır. Hastalık prevalansı Avrupa, Kuzey Amerika ve Asya'da %0,01-2,5 arasında değişmekte olup, görülme sıklığı Avrupa'da %0,1-0,6 civarındadır. Bununla birlikte, SpA prevalansını/insidansını belirlemek için ülke çapında nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Bu değerlendirmede, Türkiye'de SpA prevalansının/insidansının özelliklerini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak ülke çapında kohort değerlendirmesi yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2014 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veri Tabanı (e-Nabız) adlı merkezden elde edilen veriler aracılığıyla bilgisayar uygulamaları kullanarak tüm ülkeyi kapsayan sağlık veri ambarları oluşturmuştur. Bu e-Nabız sistemi, Türkiye'deki seksen milyondan fazla kişinin demografik özelliklerini, laboratuvar sonuçlarını, ilaç geçmişini, eşlik eden hastalıkları içeren klinik kayıtlarını içermektedir. Bu analiz için SpA olguları M02, M07, M09, M45, M46 ve bunların alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlenmiştir. SpA tanısı, belirtilen ICD 10 kodlarını en az 1 ay arayla iki kez giren ve ek olarak romatoid artriti gösteren M05, M06 ve M08 için daha önce ICD10 kodu bulunmayan hastalarda konmuştur (Şekil 1). Hastaların genel özellikleri 2016-2022 yılları arasında verilmiştir. Pandemi 2020'den sonraki oranları değiştirmiş, veri tabanı 2014'te başlatıldığı ve veri aktarımı 2017'ye kadar devam ettiği için 2016 ve 2017'de önceki yılların kümülatif verileri veri tabanında kayıtlıdır. Bu nedenler prevalans açısından hem 2018 hem de 2019 verileri analiz edilirken, SpA'nın ulusal prevalansı, yılın 1 Ocak ve 1 Aralık tarihleri arasında tespit edilen SpA olgularının sayısının, o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. İnsidans, o yıldaki yeni olguların o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Her iki parametre de her on yıl ve cinsiyet için verilmiş ve frekans (/10000) olarak raporlanmıştır.

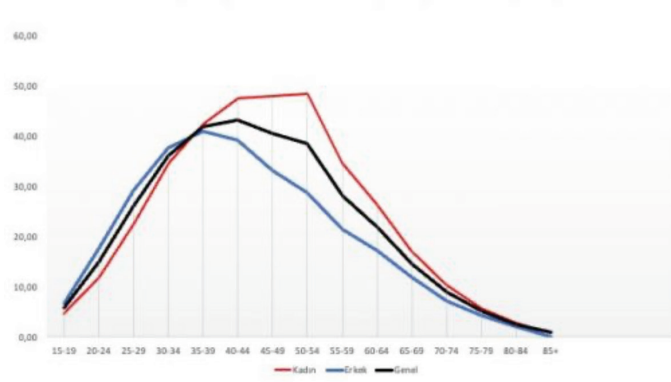
Bulgular: Genel olarak, 2016-2022 yılları arasında 217,195 SpA hastası bulunmuştur. Bunların %47,8'i erkektir ve ortalama (SD) yaş 45,1 (13)'dir. bDMARD alımına göre demografik özellikler analiz edildiğinde, erkeklerin oranı %63,7'ye yükselmiştir. SpA prevalansı 2018 yılında 21/10000 iken 2019 yılında 25,1/100000 olmuştur. SpA'nın 2018'de yıllara ve cinsiyete göre prevalansı Şekil 2'de bulunabilir. SpA'nın görülme sıklığı 2018 yılında 4,5/10000 iken 2019 yılında 4,6/10000 olmuştur. SpA'nın 2018 yılında on yıllara ve cinsiyete göre görülme sıklığı Şekil 3'te bulunabilir.

Sonuç: Ulusal verilere göre, Türkiye'de SpA prevalansı yaklaşık %0,2 ve insidansı %0,04'tür. Bu sonuçlar, Türkiye'de hastaların ICD-10 kodlarına göre dağılımını ve bir önceki değerlendirmeye göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, bazı hastaların hala rutin doktor takibine girmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, kadınlarda prevalans/insidans zirvesine yaklaşık on yıl sonra ulaşılmıştır.

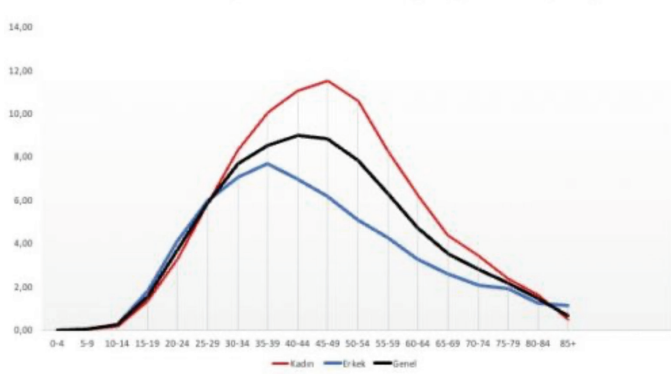
Anahtar Kelimeler: Prevalans, insidans, SpA



Şekil 1. Hasta seçim sürecinin akış şeması



Şekil 2. 2018 yılında SpA on yıllara ve cinsiyete göre görülme prevalansı



Şekil 3. 2018 yılında SpA on yıllara ve cinsiyete göre görülme insidansı

PS-078

Still hastalığı ve enflamatuvar miyozitlerde PET'te dalak ortalama SUV değeri ile makrofaj aktivasyon sendromu riskinin ve mortalitenin değerlendirilmesi

Nail Zelyurt[1], Rıza Can Kardaş[2], Derya Yıldırım[2], Burcugül Kaya[2], İbrahim Vasi[2], Rahime Duran[2], Abdulsamet Erden[2], Hamit Küçük[2], Berna Göker[2], Mehmet Akif Öztürk[2]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

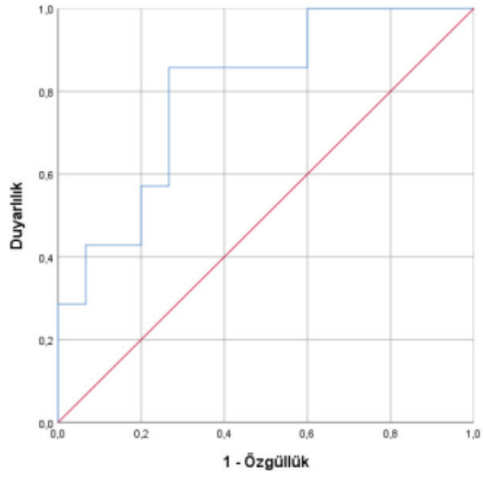
Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (ESBH) tipik olarak; 39 °C'yi geçen ateş, geçici somon renginde döküntü, artrit veya artralji, hiperferritinemi ile seyreden, etiyolojisi net bilinmeyen sistemik otoenflamatuvar bir hastalıktır. Dermatomiyozit (DM) farklı deri tutulumları ile giden, proksimal kas güçsüzlüğü yapan, eklemler, akciğer, Özofagus gibi organları tutan etiyolojisi net aydınlatılmamış sistemik otoimmün idiyopatik enflamatuvar miyopatidir. Bu hastalıkların en önemli ortak özelliği mortal seyreden makrofaj aktivasyon sendromuna neden olabilmesidir. Pozitron emisyon tomografi; onkolojide hastalıkların tanısında takibinde kullanılan bir görüntü yöntemidir. PET kullanımı romatoloji kliniğinde kullanımı giderek artmaktadır. Bu çalışmada PET çekilen EBSH ve DM hastalarının dalak ortalama SUV değerinin mortalite ve komorbiditeye neden olabilecek komplikasyonlar ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif yapılan çalışmamızda Ocak 2012-Kasım 2022 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran EBSH ve DM tanılı 224 hastanın verileri retrospektif olarak taranmıştır. Taranan hastalar arasında PET çekilen 11 EBSH VE 11 DM hastası olmak üzere 22 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan EBSH hastaları Yamaguchi kriterleri, DM hastaları için Bohan kriterlerini sağladığı teyit edilmiştir. Makrofaj aktivasyon sendromu için 9 değişkene sahip olan HScore kullanıldı. Hastaların birçoğunda kemik iliği aspirat sonuçları olmaması üzerine skorlamaya dahil edilmemiştir. Optimal cut-off değeri 169 olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin analizinde SPSS v.23 programı kullanılmıştır.

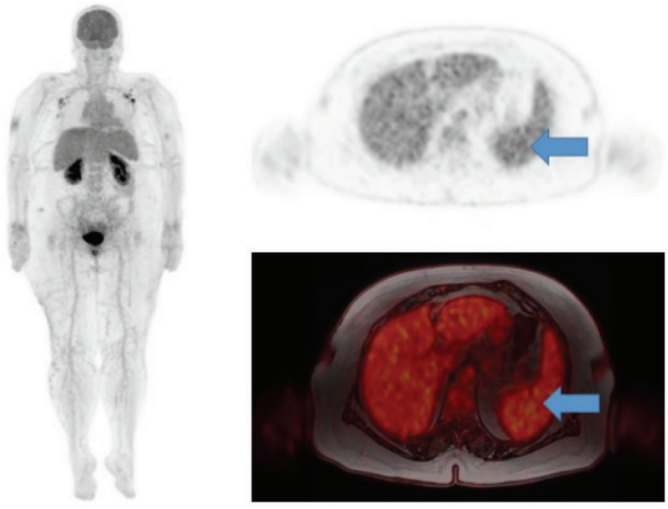
Bulgular: Hastaların dalak SUV_{ort}, karaciğer SUV_{ort}, kemik iliği SUV_{ort} ve KC/dalak SUV_{ort} ile laboratuvar bulguları arasındaki korelasyon, MAS ve mortalite arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. HScore ≤169 olanlarla >169 olan hastaların karşılaştırıldığında HScore >169 olan hastaların dalak SUV_{ort} daha yüksek saptanmıştır (p=0,026). HScore ≤169 olanlarda KC/Dalak SUV_{ort}'si daha yüksektir (p=0,022). Ölen hastalar ve yaşayan hastaların organ SUV_{ort} ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Pozitron emisyon tomografi çekilen hastaların dalak SUV_{ort} arttıkça MAS riskinin arttığını bu çalışma doğrultusunda söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki bu sonuçlar dalak SUV_{ort} ile hastaların MAS riskini önceden belirlemede, prognozu tahmin etmede, olası klinik MAS görülmesi halinde erken tedavi planlanmasına yardımcı olabilir. Patolojik tutulum olmasa bile dalak SUV_{ort} değerlendirilmesi karaciğer/dalak oranı SUV_{ort} belirlenmesi bu hastalar açısından hayat kurtarıcı olabilir. Bu doğrultuda bir farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Romatolojide PET kullanımı yaygınlaştıkça bu hastalıklarda aydınlanmamış birçok veriye ışık tutacağını umuyoruz. Çalışmamızın en önemli özelliği Türkiye'de dalak SUV_{ort} ile MAS ve mortalite ilişkisini değerlendiren ilk çalışma olmasıdır. Ancak daha fazla hasta grubuyla prospektif yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

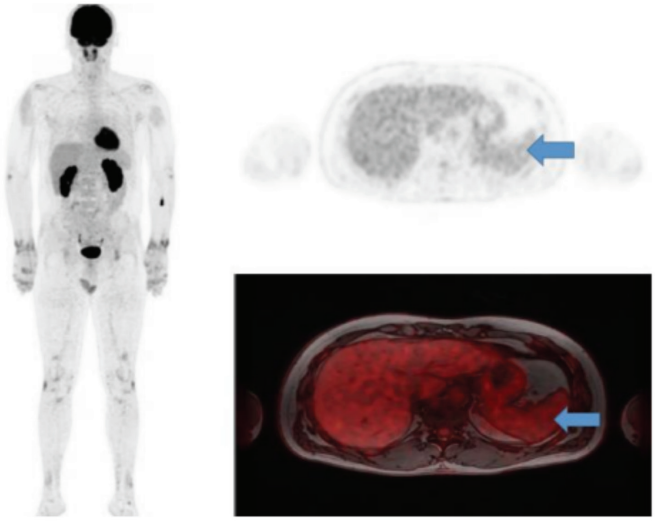
Anahtar Kelimeler: Still, dermatomiyozit, PET



Şekil 1. HScore >169 için dalak SUV_{ort} ROC eğrisi



Şekil 2. Atmış sekiz yaşında, kadın, EBSH hastası takibinde MAS öyküsü olan hastanın tüm vücut görüntüleme PET ve dalak tutulumu



Şekil 3. Otuz sekiz yaşında, erkek, DM hastası 1. yılda septik şok nedeniyle eksitus olan hastanın tüm vücut görüntüleme PET ve dalak tutulumu

PS-079

Nefrolitiazis, aksiyel spondiloartropatilerin ekstraartiküler bulgusu olabilir mi?

Elif Er Gülbezer[1], Mustafa Cem Bülbül[2], Nur İlayda Genç[2], Işıl Ezelsoy[3], Nilüfer Alpay Kanıtez[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında nefrolitiazis prevalansının, genel popülasyon ve diğer kronik enflamatuvar romatolojik hastalıkları olan hastalara göre artmış olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada nefrolitiazisin aksiyel ve periferik eklem tutulumuyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2020-2023 yılları arasında ayaktan romatoloji polikliniğine başvuran AS, psoriatik artrit (PsA) ve seropozitif romatoid artrit (RA) hastaları değerlendirildi. Sosyo-demografik bulguları, nefrolitiazis öyküleri, aile öyküsünde ek romatolojik hastalık ve nefrolitiazis varlığı sorgulandı. Aksiyel ve periferik eklem tutulumları, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, serum kalsiyum, ürik asit ve kreatinin, tam idrar tetkikinde eritrosit sayısı ve protein düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 175 (%51,9) AS, 88 (%26,1) PsA ve 74 (%21,9) seropozitif RA tanılı olmak üzere toplam 337 hasta dahil edildi. Tüm grupta 39 (%11,6) hastanın nefrolitiazis öyküsü bulunmaktayken, bu hastaların 29'u (%74,3) AS, 9'u (%23,0) PsA, 1 (%2,5) tanesi seropozitif RA grubundaydı. Eklem tutulumları aksiyel ve periferik olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise AS ve PsA tanılı hastalarda, sadece periferik tutulum varlığında nefrolitiazis öyküsü olmadığı, bu hastaların tümünün aksiyel tutulumlu grupta olduğu görüldü.

Sonuç: Nefrolitiazis öyküsü AS yanında özellikle aksiyel spondiloartropati ile ilişkili görünmektedir. Aksiyel tutulumlu PsA ve diğer enflamatuvar artritlerde de nefrolitiazis birlikteliği olabileceği, özellikle riskli grupta nefrolitiazis varlığının aksiyel tutulum açısından anlamlı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Nefrolitiazis, ürolitiazis, aksiyel spondiloartropati, ankilozan spondilit, psoriatik artrit

Tablo 1. Ankilozan spondilit, psoriatik artrit ve seropozitif romatoid artrit gruplarında, aksiyel ve periferik eklem tutulumuna göre nefrolitiazis öyküsü

	Nefrolitiazis (+)	Nefrolitiazis (-)	TOPLAM (N=337)
Ankilozan Spondilit	**29 (%16.6)**	**146 (%83.4)**	**175**
Aksiyel	29	141	170
Periferik	0	5	5
Psöriatik Artrit	**9 (%10.2)**	**79 (%89.8)**	**88**
Aksiyel	9	60	69
Periferik	0	19	19
Romatoid Artrit (Seropozitif)	**1 (%1.4)**	**73 (%98.6)**	**74**
Aksiyel	0	0	0
Periferik	1	73	74
TOPLAM (N=337)	**39 (%11.6)**	**298 (%88.4)**	**337 (%100)**

Tablo 2. Tüm grupta aksiyel ve periferik eklem tutulumuna göre nefrolitiazis öyküsü

	Nefrolitiazis (+)	Nefrolitiazis (-)	TOPLAM	P
Aksiyel tutulum	38 (%97.4)	201 (%67.4)	239	<0.001
Periferik tutulum	1 (%2.56)	97 (%32.5)	98	<0.001
TOPLAM	**39**	**298**	**337**	

PS-080

Aksiyal spondiloartriti olan hastalarda aksiyal tutulum dışı manifestasyonların sıklığı, klinik özellikleri ve tedavi altındaki seyri

Ayşenur Yılmaz[1], Erdem Bektaş[1], Aylin Canik[3], Feyyaz Hazar Yağmur[3], Bahar Artım Esen[2], Murat İnanç[2], Ahmet Gül[2], Yasemin Yalçınkaya[2]

[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul*

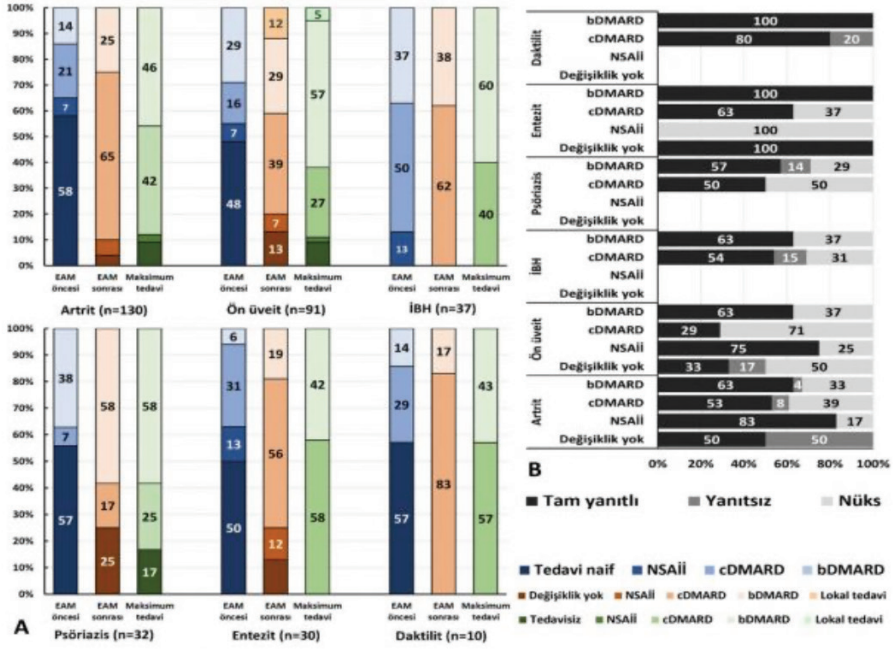
Amaç: Aksiyal spondiloartrit (aksSpA), aksiyal iskeleti tutan kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın seyrinde tedavi kararı ve prognozu etkileyebilecek farklı ekstra-aksiyal manifestasyonlar (EAM) ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızda aksSpA'lı hastalarda EAM'lerin sıklığı, klinik özellikleri ve tedaviler altındaki seyrinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı Polikliniği'nde 1980-2022 yılları arasında takip edilen ve ASAS kriterlerini karşılayan aksSpA hastalarının medikal kayıtları retrospektif olarak tarandı. Direkt grafi ve/veya sakroiliak MR'de sakroiliit saptanan 584 hastanın kayıtları incelendi. EAM [periferik artrit, entezit, ön üveit, daktilit, psoriasis ve/veya enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH)] var olan 207 (%35,4) aksSpA hastasının verileri, EAM olmayan aksSpA hastaları ile farkları değerlendirildi.

Bulgular: AksSpA hastalarının demografik verileri EAM varlığına göre Tablo 1'de özetlenmiştir. EAM olan hastaların %60,4'ü erkek, ortanca tanı yaşı 34 (25-43) ve ortanca takip süresi 144 (84-204) ay saptandı. EAM olan grupta tanı yaşı daha geç (p=0,041) ve non-radyografik aksSpA sıklığı daha fazlaydı (p<0,001). EAM olan aksSpA hastalarında en sık periferik artrit (n=130, %63) azalan sıklıklarda ön üveit (n=91, %44), İBH (n=37, %18), psoriasis (n=32, %15), entezit (n=30, %14) ve daktilit (n=10, %5) olduğu görüldü. EAM'ler, %34,6 hastada aksSpA tanısı ile eş zamanlı, %30,1 hastada tanıdan önce, %35,4 hastada ise tanıdan sonra ortaya çıkmıştı. EAM ortaya çıkışı sırasında %51,3 hastada eşlik eden aksiyel aktivite olduğu, %52 hastanın henüz tedavi almadığı, %21 hastanın cDMARD, %20 hastanın ise biyolojik DMARD (bDMARD) tedavisi altında olduğu görüldü. bDMARD tedavisine rağmen yeni ortaya çıkan EAM gruplar arasında farklıydı (p=0,042, bonferroni düzeltmesi); sıklıkla ön üveit (%28,6), İBH (%37,5) ve psoriasis (%35,7) olduğu görüldü. cDMARD altında nüks EAM grupları arasında farklıydı (p=0,006, bonferroni düzeltmesi); sıklıkla ön üveit (%70,8) ve psoriasis (%50) olarak görüldü. Kontrol altına alınamayan EAM nedeniyle ek olarak 59 hastada (%58'i cDMARD altında nüks) bDMARD gerekti. bDMARD tedavisi altında EAM nüksü gruplar arasında benzerdi; üveit (%6), artrit (%6), psoriasis (%6) ve İBH (%8) saptandı (Tablo 2, Şekil 1).

Sonuç: EAM olan hastaların daha sıklıkla non-radyografik aksSpA kriterlerini karşılıyor oluşu, EAM gelişiminin radyografik sakroiliit gelişmeden tanı konulmasını kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir. AksSpA'lı kohortumuzda en sık saptanan EAM'lerin periferik artrit ve ön üveit olduğu, tedaviye dirençli veya nüks ihtimali daha sık olanlar arasında ise ön üveit, İBH ve psoriasisin yer aldığı gözlendi. EAM ortaya çıkışı sırasında hastaların yaklaşık yarısında aksiyal aktivite eşlik etmekle birlikte, tedavi değişiminin belirleyicileri arasında EAM'lerin önemli yer tutmuştur. AksSpA hastalarında aksiyal aktiviteye eşlik eden veya ön planda var olan EAM'yi kapsayacak uygun ve etkili tedavi algoritmalarının belirlenmesi önem arzetmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, ekstraaksiyel manifestasyon, DMARD



Şekil 1. (A) Ekstraaksiyel manifestasyonların tedavisi, (B) birinci basamak tedaviye yanıt

NSAİİ: Steroid dışı anti-enflamatuvar ilaç, cDMARD: Konvansiyonel hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaç, bDMARD: Biyolojik DMARD

PS-081

Ailesel Akdeniz ateşinde kanakinumab ve kolşisin kullanımı renal sonuçlar üzerine etkili mi?

Tahir Saygın Öğüt[1], Veli Yazısız[2], Mustafa Ender Terzioğlu[2], Melis Dilbil[2], Mine Nokay[2], Funda Erbasan[2]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) enflamatuvar ataklar ile seyreden bir otoenflamatuvar hastalık olup yaklaşık %9'unda sekonder amiloidoz ve %5'inde son dönem böbrek hastalığı gelişmektedir. Kolşisin AAA ataklarını ve buna bağlı amiloidozu önlemede oldukça etkili olmasına rağmen, hastaların %5-10'unda rezistans, %5-10'unda ise intolerans nedeniyle ileri tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Anti-IL-1 tedavisi başlanan bazı hastalarda çeşitli nedenlerle kolşisin tedavisi kesilebilmektedir. Biz bu çalışmada, kanakinumab/kolşisin (K/K) kombinasyon tedavisi ile kanakinumab monoterapisinin atak sayısı, proteinüri ve kronik böbrek hastalığı progresyonu üzerine etkilerini araştırdık.

Yöntem: Merkezimizde 2015-2023 yılları arasında Tel-HaShomer Kriterleri'ne göre AAA tanısı ile takip edilen ve kolşisin intoleransı/direnci nedeni ile kanakinumab kullanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Üç aydan uzun süre kanakinumab kullanmakta olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların karakteristik özellikleri ve 3 ay ara ile yapılan vizitlerdeki klinik belirtiler, proteinüri ve serum kreatinin düzeyleri ile glomerüler filtrasyon hızı (GFH) analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 55 hasta dahil edildi ve ortalama yaş 36,8±9,6 yıl olarak saptandı. Kanakinumab tedavisi için medyan takip süresi 25 aydı (3-86 ay). Hastaların FMF semptomlarının başlangıcından günümüze kadar geçen süre 27,0±9,9 yıldı. FMF tanısından günümüze kadar geçen süre ise 15,8±7,5 yıl olduğu izlendi. Hastaların demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Otuz bir hastada (%56,4) K/K kombinasyonu, 24 hastada (%43,6) ise kanakinumab monoterapisi uygulanmaktaydı. Mutasyon analizi olan 45 hastanın 23'ünde (%51,1) homozigot M694V mutasyonu varken, 43'ünde (%95,6) en az 1 kopyada ekzon 10 mutasyonu vardı. Her iki grup arasında demografik ve klinik özellikler açısından fark saptanmadı (Tablo 2). Kanakinumab sonrası son 3 ay içerisinde geçirilen FMF atak sayısı her iki grupta benzerdi (Tablo 2). K/K kombinasyon ve kanakinumab monoterapisi uygulanan FMF hastaları; tüm subgruplar için başlangıç ve son serum kreatinin, GFH ve proteinüri oranı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 3).

Sonuç: EULAR ataklar devam etse bile amiloidoz riskini azaltmak için biyolojik tedavilerin yanında kolşisine de devam edilmesini önermektedir. Çalışmamız kanakinumabın tek başına kullanımı ile K/K kombinasyonu karşılaştırıldığında atak sayısı ve renal sonuçlar açısından benzer sonuçları olduğunu göstermiştir. Anti-IL-1 tedavisi alan FMF hastalarında kolşisin tedavisinin devamında bireysel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, amiloidoz, kolşisin, kanakinumab

Tablo 1. AAA hastalarının demografik ve karakteristik özellikleri

Hasta demografisi	
Kadın cinsiyet, n(%)	26 (47.3)
Yaş, yıl (ortalama ± SD)	36.8 ± 9.6
AAA semptomlarının başlangıcından itibaren geçen süre, yıl (ortalama ± SD)	27.0 ± 9.9
AAA tanısından itibaren geçen süre, yıl (ortalama ± SD)	15.8 ± 7.5
Kanakinumab tedavi süresi, ay (medyan, min-max)	25 (3-86)
Önceden anakinra kullanımı n(%)	17 (30.9)
Atak tipi, n(%)	
Ateş	46 (83.6)
Peritonit	43 (78.2)
Plörit	30 (54.5)
Perikardit	2 (3.6)
Eklem	40 (72.7)
Cilt	2 (3.6)
AAA pozitif aile öyküsü, n(%)	39 (71.2)
VKİ, kg/m² (mean ± SD)	24.4 ± 6.1
Sigara, n(%)	
Aktif	22 (40.0)
Ex-smoker	5 (9.1)
Hiç içmemiş	28 (50.9)
Alkol kullanımı, n(%)	
Düzenli	2 (3.6)
Sosyal içici	7 (12.7)
Hiç içmemiş	46 (83.7)
Amiloidozis, n(%)	21 (38.2)
Renal	21 (38.2)
Kardiyak	7 (12.7)
Gastrointestinal	4 (7.3)
Komorbiditeler, n(%)	
Aksiyel spondiloartropati	2 (3.6)
İnflamatuar bağırsak hastalığı	1 (1.8)
Poliarteritis nodosa	1 (1.8)
Psöriyazis	1 (1.8)
CCI indeksi n,(%)	
? 2	19 (34.5)
1	3 (5.5)
0	33 (60.0)
MEFV (n=45)	
Ekzon 10 Mutasyonu, n(%)	
M694V homozigot	23 (51.1)
M694V mutasyonu, en az 1 kopyada	40 (88.9)
M694V / M680I	6 (13.3)
M694V / V726A	6 (13.3)
M694V / R761H	2 (4.4)
Exon 10 mutasyonu en az 1 kopyada	43 (95.6)
Exon 2 Mutasyonu, (%)	
R202Q, homozigot	4.4
R202Q mutasyonu, en az 1 kopyada	28.9

Tablo 2. AAA hastalarında kolşisin/kanakinumab kombinasyon ve kanakinumab monoterapisi uygulanan hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Karakteristik özellikler	Kolşisin/ kanakinumab kombinasyonu (n= 31)	Kanakinumab monoterapisi (n=24)	p
Kadın, cinsiyet (%)	42	54.2	0.368
Yaş, yıl (ortalama ± SD)	35.1 ± 9.3	39.0 ± 9.7	0.135
VKİ, kg/m2 (mean ± SD)	24.1 ± 6.4	24.8 ± 5.9	0.679
AAA tanı yaşı, yıl			
ortalama ± SD	18.3 ± 10.1	24.7 ± 10.5	0.156
medyan (min-max)	18 (2-40)	21.5 (5-54)	
Kanakinumab tedavisi takip süresi, ay			
ortalama ± SD	30.6 ± 20.3	26.0 ± 20.2	0.337
medyan (min-max)	30 (3-72)	24.5 (3-86)	
Düzensiz kanakinumab kullanımı, (%)	35.5	16.7	0.141
AAA semptomlarının başlangıcından bugüne kadar geçen süre, yıl (ortalama ± SD)	27.6 ±8.3	26.2 ± 12.0	0.624
AAA tanısından bugüne kadar geçen süre, yıl (ortalama ± SD)	16.8 ± 6.4	14.4 ± 8.5	0.228
GFH, ml/dk, (%)			
?90	18	16	
90-60	3	1	
60-30	0	3	0.252
30-15	1	1	
<15	1	1	
Böbrek nakil hastası, (%)	8	2	
Son 3 aydaki atak sayısı, (%)			
0	74.2	79.2	
1	16.1	8.3	0.687
2	6.5	8.3	
≥3	3.2	4.2	

SD, standart deviasyon; VKİ, vücut kitle indeksi; *AAA*, Ailesel Akdeniz Ateşi.

Tablo 3. Hastalarında kolşisin/kanakinumab kombinasyon ve kanakinumab monoterapisi uygulanan hastalarının renal sonuçlarının karşılaştırılması

Renal Sonuçlar	Kolşisin + Kanakinumab		Kanakinumab		P*
	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	
Tüm hastalar		n:27		n:22	
-Kreatinin, (mg/dl ortalama ± SD)	0.92±0.52	1.09±0.72	0.89±0.37	1.08±0.81	0.415
-GFR, (ml/min ortalama ± SD)	105.5±32.0	96.8±36.3	99.8±31.2	93.6±34.6	0.629
-Proteinüri, (spot idrar mg/mg)	888±2112	470.4±1036	567±1368	787±1718	0.365
Amiloidozis olmayan hastalar		n:18		n:15	
-Kreatinin, (mg/dl ortalama ± SD)	0.68±0.12	0.72±0.16	0.72±0.25	0.75±0.23	0.638
-GFR, (ml/min ortalama ± SD)	121.1±9.67	116.7±12.4	113.7±23.1	110.7±21.5	0.928
-Proteinüri, (spot idrar mg/mg	119.4±77.4	113.9±75.1	191.3±345.9	154.0±242.5	0.677
Amiloidozis olan hastalar		n:9		n:7	
-Kreatinin, (mg/dl ortalama ± SD)	1.40±0.68	1.83±0.83	1.24±0.32	1.79±1.15	0.751
-GFR, (ml/min ortalama ± SD)	74.3±38.6	58.9±35.6	70.1±25.6	56.9±28.6	0.915
-Proteinüri, (spot idrar mg/mg	2425±3241	1183±1619	1374±2271	2144±2654	0.223
Renal transplant ile takipli hastalar		n:6		n:2	
-Kreatinin, (mg/dl ortalama ± SD)	1.63±0.64	2.04±0.74	1.48±0.07	1.74±0.78	0.739
-GFR, (ml/min ortalama ± SD)	62.0±25.8	47.8±26.7	54.5±14.8	53.0±38.2	0.615
-Proteinüri, (spot idrar mg/mg	1055±1292	1216±2011	750±254	585±21	0.739

PS-082

b/tsDMARD tedavisi altındaki PSA hastalarında tanıda 6 aylık gecikmenin klinik ve fonksiyonel durum üzerindeki etkisi: TReasure veri tabanından elde edilen sonuçlar

Gizem Ayan[1], Levent Kılıç[1], Nazife Şule Yaşar Bilge[2], Pamir Atagündüz[3], Ediz Dalkılıç[4], Yavuz Pehlivan[4], Orhan Küçükşahin[5], Cemal Bes[6], Servet Akar[7], Muhammet Çınar[8], Hakan Emmungil[9], Duygu Ersözlü[10], Aşkın Ateş[11], Rıdvan Mercan[12], Gezmiş Kimyon[13], Süleyman Serdar Koca[14], Emel Gönüllü[15], Veli Yazısız[16], Nilüfer Alpay Kanıtez[17], Abdülsamet Erden[18], Burcu Yağız[4], Belkıs Nihan Coşkun[4], Timuçin Kaşifoğlu[2], Ali İhsan Ertenli[1], Sedat Kiraz[1], Umut Kalyoncu[1]

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

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

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

[4]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[5]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Şakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[7]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[9]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[10]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Adana

[11]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[12]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[13]Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

[14]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

[15]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[16]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

[17]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[18]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) hastalarında tanıdaki gecikmenin hastalık şiddeti ve fonksiyonel kayıp üzerindeki etkisi daha önce gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, ulusal bir veri tabanı kullanarak bDMARD tedavisi altındaki PsA hastalarında tanıda 6 aylık gecikmenin hastaların klinik sonuçları ve fonksiyonel sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: TReasure, 2017 yılında Türkiye'de başlatılan ve şu anda 17 merkezi içeren ulusal, çok merkezli ve gözlemsel bir veri tabanıdır. Semptomların başlangıcından tanı konulmasına kadar 6 aydan kısa ve uzun süre geçen PsA hastaları değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, tanıda gecikme), sigara kullanımı (hiç), BMI ve CCI skoru hesaplanmıştır. PsA ve ilişkili hastalık özellikleri; daktilit, entezit, üveit, IBD, mNY'ye göre sakroiliit, hastalık bDMARD başlangıcında aktivite; SJC (66 eklem), TJC (68 eklem), ASDAS-CRP, ASDAS-ESR, BASDAI, ESR, CRP, VAS (hekim global, hasta global), fonksiyon ve yaşam kalitesi; BASFI (>40 mm), HAQ-DI (<0,5, 0,5-1,0, >1,0), EQ5D, değerlendirilmiş ve iki grup arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: TReasure veri tabanında, PsA hastalarının 865/911'inde (%94,9) semptomdan tanıya kadar geçen süre bilinmekteydi. Tanıda 6 aydan fazla gecikme 627/865 (%72,4) hastada mevcuttu. Gecikmiş tanı grubunda semptom başlangıcından bDMARD başlanmasına kadar geçen süre daha uzundu [6,1 (3,3-6,1) vs. 2,4 (0,8-7,1) yıl, p<0,001]. PsA tanısında gecikme olan hastalarda mNY kriterlerine göre daha fazla sakroiliit (%57,3'e karşı %46,2, p=0,014) vardı. Bununla birlikte, tanıda 6 aydan daha az gecikme olan hastalarda daktilit daha yaygındı (%31,2'ye karşı %19,1, p<0,001). Hastaların ASDAS-CRP ve VAS-Hekim Global skoru biraz daha yüksekken, diğer aktivite parametreleri benzerdi; (ASDAS-ESR, BASDAI, BASMI, VAS hasta global, SJC ve TJC) (Tablo 1). Gecikmiş tanı grubunda medyan (IQR) BASFI ve HAQ-DI skorları arasında fark bulunmazken, BASFI ve HAQ-DI kategorileri daha kötü fonksiyon ve yaşam kalitesi göstermiştir. EQ5D, gecikmiş tanı grubunda biraz daha kötü skorlarla benzer sonuç göstermiştir.

Sonuç: bDMARD kullanan PsA hastalarının yaklaşık dörtte üçünde tanıda en az 6 aylık bir gecikme vardır. Tanıda gecikme, bDMARD başlanmasına kadar geçen süreyi önemli ölçüde uzatmaktadır. Erken tanı grubundaki en önemli klinik bulgu daktilitistir. Aksiyel tutulum, tanıdaki gecikmenin bir nedeni, belki de sonucu olabilir. Tanıdaki gecikme kötü fonksiyon ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğundan, her aşamada erken tanı için çaba gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: bDMARD, psoriatik artrit, veri tabanı

Tablo 1. Tanısal gecikme olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Tanısal gecikme < 6 ay n=238	Tanısal gecikme > 6 ay n=627	P
Mevcut Yaş (y)	45 (38-57)	47 (40-57)	0,09
Cinsiyet (erkek) n, (%)	89 (37,4)	200 (31,9)	0,13
Tanıda gecikme, ay	3,0 1,0-4,9)	24,0 (11,9-61,0)	**<0,001**
Hastalık süresi (y) (semptom-bDMARD başlanması)	2,4 (0,8-7,1)	6,1 (3,3-6,1)	**<0,001**
Hastalık süresi (y) (Tanı-bDMARD başlanması)	2,3 (0,6-7,1)	2,5 (0,7-6,2)	0,61
BMI	28,1 (24,6-32,0)	28,0 (24,9-31,9)	0,62
Sigara (herhangi bir zaman), n (%)	119 (50,6)	289 (47,2)	0,37
CCI (≥1), n (%)	47 (19,7)	127 (20,3)	0,62
ASDAS-CRP	3,45 (2,77-4,08)	3,62 (3,14-4,25)	**0,011**
BASFI Puanı (0-10)	4,6 (2,2-6,2)	4,7 (3,4-5,9)	0,52
BASFI kategorisi> 4	92 (61,7)	307 (71,4)	**0,028**
EQ5D skoru	11 (9-11)	11 (10-12)	**0,026**
HAQ-DI skoru	0,64 (0,40-1,0)	0,63 (0,50-0,80)	0,76
HAQ-DI kategorisi			**0,002**
<0,5	37 (28,0)	68 (17,6)	
0,5-1,0	58 (43,9)	241 (62,4)	
> 1,0	37 (28,0)	77 (19,9)	
VAS-Hekim global	70 (50-80)	70 (60-80)	**0,003**
mnY'ye göre sakroliit, n (%)	80 (46,2)	238 (57,3)	**0,014**
Daktilit, n (%)	64 (31,2)	105 (19,1)	**<0,001**

Sürekli değişkenler medyan (%25-75) olarak sunulmuştur,
VKİ: Vücut kitle indeksi, CCI: Charlson Komorbidite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, ASDAS: Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru, EQ5D: EuroQol skalası, HAQ- DI: Sağlık Değerlendirme Anketi Engellilik İndeksi, VAS: Görsel Analog Skalası, mnY: Modifiye New York Kriterleri

PS-083

İç hastalıkları tarafından romatoloji bölümüne yönlendirilen hastaların değerlendirilmesi

Pınar Akyüz Dağlı[1], Hatice Ecem Konak[1], Ebru Atalar[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Serdar Can Güven[1], Hakan Babaoğlu[1], İsmail Doğan[1,2], Kevser Orhan[1], Berkan Armağan[1], Yüksel Maraş[3], Orhan Küçükşahin[1,2], Ahmet Omma[3], Şükran Erten[1,2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

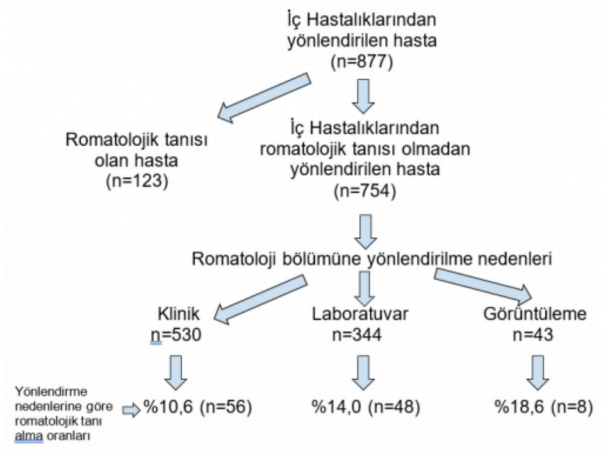
Amaç: Ülkemizde, genelin aksine, yandal polikliniklerine başvuru için hastaların ilgili branşlar tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu yönlendirme için halihazırda bir algoritma ve denetim mekanizmasının olmaması, yandal polikliniklerinde giderek artan hasta yüküne sebep olmaktadır. Romatoloji, ilgi alanı itibariyle, artan hasta yükünden en çok etkilenen bölümlerin başında gelmektedir. Bu çalışmada iç hastalıkları tarafından yönlendirilen hastalar arasında yeni romatolojik tanı alan hastaların yönlendirilme sebeplerine göre oranları araştırılmıştır.

Yöntem: 01-30 Eylül 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Poliklinikleri'ne iç hastalıkları tarafından yönlendirilen 877 hastanın özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Daha önceden romatolojik hastalıklar açısından takipli olup olmadıkları, klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak yönlendirilme nedenleri ve yeni aldıkları romatolojik hastalıklar kaydedildi.

Bulgular: İç hastalıkları tarafından romatoloji polikliniklerine yönlendirilen hastalar (%71'i kadın) içinden %14'ünün (n=123) halihazırda bir romatolojik hastalık tanısı vardı. Tanısı olmayan hastaların yönlendirilme nedenleri Şekil 1'de gösterilmiştir. Yönlendirilen hastalarda sırasıyla klinik şikayetler; artralji %52,7, yaygın ağrı %14,9, halsizlik %14,1, eklem şişliği %9,3, göz kuruluğu %9, ağız kuruluğu %8,8, mukokutanöz lezyonlar %8, tekrarlayan karın ağrısı %5,4, konstitüsyonel semptomlar %5,2, raynaud %3,2, tekrarlayan ateş %2,1, üveit %1,6, tekrarlayan gebelik kaybı %0,9, genç serebrovasküler olay %0,7, kronik baş ağrısı %0,7, lenfadenit %0,3, pannikülit %0,1 idi. Artralji nedenleri ise sırasıyla, bel ağrısı %17, el eklemlerinde ağrı %14,2, ayak eklemlerinde ağrı %12,1, diz ağrısı %11,4, kalça ağrısı %5, omuz ağrısı %3,3, bacak ağrısı %3,1 idi. Yeni romatolojik hastalık tanısı alan hasta oranı ise %8,8 (n=67/877) idi. Hastaların tanıları sıklık sırasına göre ise spondiloartropati 14, Sjögren hastalığı 13, undiferansiye bağ doku hastalığı 13, gut 6, Ailevi Akdeniz ateşi 6, Behçet hastalığı 5, seronegatif artrit 4, psoriatik artrit 3, Sistemik Lupus Eritematozis 1 ve ANCA ilişkili vaskülit 1 şeklindeydi.

Sonuç: İç hastalıkları tarafından yönlendirilen, daha önce bilinen romatizmal hastalığı olmayan hastaların sadece %8,8'i yeni romatolojik hastalık tanısı almıştır. Bu oran ülkemizde etkin bir yönlendirme sistemi olmadığının açık bir bulgusudur. İş gücü ve maliyet kaybının önüne geçilmesi için, anadal eğitim sürecinde yandal rotasyonunun bunu engelleyecek şekilde optimize edilmesi ve ayrıca etkin yönlendirme algoritmalarının otorite tarafından gündeme alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoloji, yönlendirme stratejileri, romatolojik hastalıklar



Şekil 1. Yönlendirilen hastaların dağılımı

PS-084

Aksiyal spondiloartritli hastalarda eklem dışı bulguların biyolojik tedavi seçimine etkisi: TÜRKBİO gerçek yaşam verileri

Yavuz Pehlivan[1], Ediz Dalkılıç[1], Abdurrahman Soner Şenel[2], Servet Akar[3], İsmail Sarı[4], Gerçek Can[4], Aydan Köken Avşar[4], Süleyman Serdar Koca[5], Berna Göker[6], Mehmet Akif Öztürk[6], Abdurrahman Tufan[6], Şeminur Haznedaroğlu[6], Zafer Günendi[7], Ayşe Ergüney Çefle[8], Ayten Yazıcı[8], Özgül Soysal Gündüz[9], Timur Pırıldar[9], Sema Yılmaz[10], Gözde Yıldırım Çetin[11], Rafi Haner Direskeneli[12], Güzide Nevsun İnanç[12], Servet Yolbaş[13], Neslihan Yılmaz[14], Şükran Erten[15], Burak Şahin[16], Hüseyin Doğan[16], Fatoş Önen[4]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Kayseri

[3]İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İzmir

[5]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

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

[7]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[8]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

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

[10]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

[11]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

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

[13]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Malatya

[14]Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[15]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[16]Pfizer İnflamasyon ve İmmünoloji, İstanbul

Amaç: Aksiyal spondiloartritli (aksSpA) hastalarda başlangıçtaki ve izlemde yeni gelişen eklem dışı bulguların (EDB) hekimin biyolojik tedavi tercihi üzerindeki etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma, ulusal biyolojik veri tabanı, TÜRKBİO'da kayıtlı aksSpA hastalarında retrospektif olarak yapılmıştır. Ön üveiti, psoriasisi ve enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan aksSpA hastalarındaki başlangıç biyolojik tedavileri kaydedilmiştir. Ayrıca, biyolojik tedavi kullanıyorken yeni gelişen bir EDB olan hastalarda tedavi değişikliği yapılıp yapılmadığı değerlendirilmiştir.

Bulgular: TÜRKBİO veri tabanına kayıtlı toplam 3,429 aksSpA hastasının verileri analiz edildi. Hastaların 3,291'i (%96) ankilozan spondilit (AS) (%61 erkek; medyan yaş: 42 yıl) idi. Non-radyografik-aksSpA (nr-aksSpA) hastalarının %50'si erkek olup hastaların medyan yaşının 40 olduğu görüldü. HLA-B27, AS ve nr-aksSpA'lı hastaların sırasıyla %64,5 ve %53,9'unda pozitifti. Hastalık aktivite indeksleri gruplar arasında çoğunlukla benzerdi. Hastaların yaklaşık %13,7'sinde (AS hastalarının %13,8'i ve nr-aksSpA hastalarının %10,9'u) ilk değerlendirmede EDB vardı. Her iki grupta da en sık görülen EDB üveit olup bu bulguyu sırasıyla İBH ve psoriasis izledi. AS grubunda EDB olan hastalarda medyan yaş daha büyük (p=0,001) ve hastalık süresi daha uzundu (p=0,031). Başlangıçta EDB olan hastalarda en çok tercih edilen ilaç adalimumab idi (%39,8); ardından infliksimab (%29,1) geliyordu. Bununla birlikte, yeni bir EDB gelişen hastaların en büyük kısmı (%26,6) o dönemde etanersept kullanıyordu. Bu grupta, yeni psoriasis ve üveit gelişen hastaların çoğunda (%68,7) etanersepte devam edildiği görüldü. Yeni psoriasis ve üveit gelişen hastaların çoğunda (%74,1) biyolojik ilaçlar arasında geçiş olmadığı görüldü.

Sonuç: Bu gözlemsel çalışma, romatologların başlangıçta EDB olan aksSpA hastalarında monoklonal TNF inhibitörlerini kullanmayı tercih ettiklerini göstermiştir. Ayrıca, etanersept tedavisi altında yeni başlayan bir EDB olduğunda, İBH dışında, genellikle biyolojik ilaç değişikliğine ihtiyaç duyulmadığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, biyolojik tedavi, anti-TNF, eklem dışı bulgu, tedavi seçimi

Bu çalışma Pfizer sponsorluğunda gerçekleştirilmiş.

PS-085

2003-2013 yılları arasında takip edilen Sistemik Lupus Eritematozus tanılı hastaların klinik, tedavi ve progresyonlarının 10 yıllık süreçte retrospektif olarak değerlendirilmesi

Mine Nokay, Funda Erbasan, Veli Yazısız, Mustafa Ender Terzioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), hücre çekirdek elemanlarına karşı otoantikor yapımı ile karakterize, organlarda immün komplekslerin birikmesiyle ortaya çıkan otoimmün sistemik bir hastalıktır.

Yöntem: Çalışmamızda 2003-2013 yılları arasında polikliniğimize başvuran, SLE tanısı ile takibe alınan 140 hastanın demografik özellikleri, organ tutulumları, otoantikor paternleri takiplerdeki laboratuvar bulguları ve tedavileri değerlendirilmiş olup, tedavi değişiklikleri hastalık aktivite indeksi hesaplanarak (SLEDAİ) yapılmıştır. Lupus nefritinde verilen remisyon indüksiyon ve idame tedavileri gözden geçirilmiş ve erken dönemlerde saptanan bazı paremetrelerin Lupus nefriti gelişiminde prediktif olup olmayacağı araştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların 126'sı (%90) kadın, 14'ü (%10) erkekti. Yaş ortalaması 43,8±11,8 saptandı. Organ tutulumu, ANA titresi ve paterni, anti-dsDNA pozitifliği ve antikardiyolipin antikor ve Lupus antikoagülanı pozitifliği ile cinsiyetler arası fark

saptanmamıştır. İlk başvuruda 300 mg/gün üzerinde ve altında proteinüri olan hastaların verileri karşılaştırılmıştır. 300 mg/gün üzerinde proteinürisi olan hastaların hemoglobin değeri daha düşük (p=0,001), C3 değeri daha düşük (p=0,002) sedimentasyon ve CRP değeri daha yüksek (p=0,003, p=0,002), SLEDAI puanı daha yüksek (p=0,000), deri tutulumu daha az oranda (p=0,004), renal tutulum daha yüksek oranda (p=0,001) ve anti-dsDNA pozitiflik oranı daha yüksek (p=0,001) saptanmıştır. Lupus nefriti saptanan hastaların 28'i (%84,8) kadın, 5'i (15,2) erkekti. Remisyon indüksiyon tedavisi olarak siklofosfamid, azatioprin, mikofenolat mofetil tedavilerine yanıt oranları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p=0,841). Tanı konulduğu dönemde böbrek tutulumu olmayan fakat takiplerinde böbrek tutulumu gelişen 11 hasta ile hiç böbrek tutulumu olmayan 107 hastanın bulguları karşılaştırıldı. Takiplerinde Lupus nefriti gelişen hastaların ilk tanı anında C3 (p=0,011), C4 (p=0,003) düzeyleri düşük, proteinüri miktarlarının (p=0,004) daha fazla olduğu görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı saptanan değişkenler lojistik regresyon analizine alındı. Tanı anında proteinüri düzeyinin 300 mg/dL üzerinde olmasının bağımsız risk faktörü olduğu ve gelecekteki böbrek tutulumunu öngörmede anlamlı olabileceği sonucu saptanmıştır (p=0,021 olasılık oranı: 1,008 %95 güven aralığı: 1,001-1,014). Keza 300 mg üzerinde proteinürisi olan hastaların anemi, sedim ve CRP düzeylerininde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hastalık erken dönemde kompleman düzeylerinde düşüklük ve 300 mg/24 saat proteinürinin Lupus aktif Bb tutulumunu öngörmede önemli olabileceği ve klasifikasyon kriterlerinde bahsedilen 500 mg/gün proteinüri ve üzeri düzeyinin Lupus Bb olarak kabul edilme kriterinin daha aşağı çekilip çekilmemesi konusunda ön çalışma olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozus, proteinüri, Lupus nefriti

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

Cinsiyet(K/E)		126/14(90% / 10%)	
Yaş(Minimum-maksimum)		43,8_+11,8(21-72)	
		n	%
Eklem tutulumu		132	94,3
Cilt tutulumu		52	37,1
Böbrek tutulumu		33	23,6
Hematolojik tutulum		28	20
Akciğer tutulumu		11	7,9
Antifosfolipid antikor sendromu		10	7,1
Santral sinir sistemi tutulumu		5	3,6
Gastrointestinal sistem tutulumu		1	0,7
ANA paterni	Homojen	83	59,3
	Benekli	37	26,4
	Nükleolar	8	5,7
	Negatif	12	8,6
ANA titresi	1/100	37	26,4
	1/320	16	11,4
	1/640	13	9,3
	1/1000	62	44,3
	Negatif	12	8,6

Tablo 2. Değişkenler ile 300 mg/gün altında ve üstünde proteinürinin ilişkisinin değerlendirilmesi

	proteinüri		p değeri
	>300mg/gün	<300mg/gün	
Yaş	39,9±11,5	44,8±11,8	0,053
Hemoglobin	10,9±2,4	12,2±1,7	**0,001**
Lökosit	5864±2772	6447±2451	0,277
Nötrofil	3839±1915	4001±2010	0,702
Lenfosit	1423±892	1718±913	0,127
Trombosit	228107±90048	235973±92522	0,687
Kreatinin	0,98±1,0	0,74±0,53	0,093
C3	77,9±34,0	98,5±29,9	**0,002**
C4	14,1±9,6	15,2±8,3	0,559
Sedimantasyon hızı	48,5±26,9	32,5±23,9	**0,003**
C-Reaktif protein	1,9±3,8	0,6±1,0	**0,002**
Alanin transaminaz	19,3±8,0	21,9±13,3	0,308
SLEDAİ	21,7±14,2	8,3±5,9	**0,000**
Eklem tutulumu	%100	%92	0,359
Cilt tutulumu	%14	%44	**0,004**
Böbrek tutulumu	%79	%10	**0,000**
Hematolojik tutulum	%14	%21	0,443
Akciğer tutulumu	%7	%8	1
Antifosfolipid antikor sendromu	%10	%6	0,424

PS-086

Sekonder Sjögren sendromu psoriasiste nadirken psoriatik artritte yaygındır: Madalyonun iki yüzü

Kerem Yiğit Abacar[1], Şeyma Çolakoğlu Özkaya[2], Tülin Ergun[3], Alida Aliyeva[1], Seda Kutluğ Ağaçkıran[1], Gizem Sevik[1], Seher Küçükoğlu Cesur[4], Mehmet Soy[5], Pamir Atagündüz[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Bölümü, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[5]Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sekonder Sjögren sendromu (SSS), aksiyel spondiloartrit (aksSpA) dahil olmak üzere birçok sistemik romatizmal hastalığa belirli oranlarda eşlik eder. Psoriasis (PsO) veya psoriatik artritin (PsA) SSS ile birlikteliğinin rapor edildiği olgu sunumları mevcuttur. Bununla birlikte, PsO ve PsA'da SSS prevalansı tam olarak ele alınmamıştır. Ayrıca, SSS ile ilişkilendirilebilecek klinik ve laboratuvar bulguları ve artrit ile SSS'nin ilişkili olup olmadığı bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, non-artritik PsO ve PsA hastalarında SSS prevalansını değerlendirmek ve SSS ile ilişkili hastalık özelliklerini aydınlatmaktır.

Yöntem: Bir dermatolog tarafından tanı konulan PsO hastaları ve CASPAR kriterlerini karşılayan PsA olarak sınıflandırılan hastalar, 2002 Amerikan-Avrupa Sjögren Sendromu Konsensüs Kriterleri (AECG) ile uyumlu sikka semptomları açısından sorgulanmıştır. Tükrük bezi sintigrafisi ve Schirmer testi yapılarak uyarılmamış tükrük akış hızı (SFR) ölçüldü. Objektif ölçümlerle sikka saptanan hastalarda anti-Ro antikorları ölçüldü ve minör tükrük bezi biyopsileri yapıldı. Hastaların değerlendirilmesinden sonra SSS 2002 AECG'ye göre sınıflandırıldı. Artritik olmayan PsO ve PsA hastalarında SSS sıklığı karşılaştırıldı. Ayrıca PsA hastaları SSS varlığı ve yokluğuna göre iki gruba ayrıldı. Bu iki gruptaki PsA'ya özgü özellikler karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 184 PsO hastasının 112'sinde PsA, 72'sinde ise artritsiz PsO tespit edildi. Artriti olmayan PsO ve PsA hastaları arasında yaş, kadın/erkek oranı ve psoriatik deri değişikliklerinin başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark yoktu. SSS, PsA hastalarında artritsiz psoriasis grubuna kıyasla daha yaygın olarak görüldü [PsA: 20 (%17,9), artritsiz PsO: 0 (%0), p<0.001]. SSS/PsA hastalarında, SSS olmayan PsA hastalarına kıyasla anlamlı derecede daha fazla ANA pozitifliği ve daha sık plantar fasiit görülmüştür.

Sonuç: Sekonder Sjögren sendromu PsA hastalarının önemli bir kısmında klinik tablonun bir parçasıdır ve artritsiz PsO'da görülmemesi SSS'nin artritle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. SSS/PsA hastalarında artrit tipinin bir modele sahip olup olmadığı daha fazla hasta sayısını gerektirmektedir. Daha yüksek oranda ANA pozitifliği, PsO'dan PsA'ya ilerlemede B lenfositlerinin rolünü düşündürebilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, psoriasis, SpA, PsA

Tablo 1. SSS olan ve olmayan PsA hastalarının karşılaştırılması

	sSS varlığı n=20	sSS yokluğu n=92	p
Yaş, ortalama (SD)	53.9	48.4	0.09
Kadın/Erkek oranı	18/2	61/27	0.08
Deri tutulumu başlangıç yaşı, ortalama (SD)	30.6	29.4	0.74
Eklem tutulumu başlangıç yaşı, ortalama (SD)	42.6	37.4	0.09
Aksiyel tutulum, n (%)	6 (35.3)	25 (29.4)	0.77
Poliartiküler tutulum, n (%)	4 (22.2)	11 (14.9)	0.29
Topuk enteziti, n (%)	5/16* (31.3)	12/56* (21.4)	0.19
Plantar Fasiit, n (%)	5/16* (31.3)	6/67* (9)	*0.03*
Erozif hastalık, n (%)	1 (5.5)	5 (6.5)	1
Daktilit, n (%)	0 (0)	3 (4)	0.54
RF pozitifliği, n (%)	1 (7.7)	1 (1.9)	0.36
ANA pozitifliği, n (%)	10/19* (55.6)	12/44* (27.2)	*0.04*
Daha önce biyolojik tedavi, n (%)	10 (50)	63 (72.4)	0.06

SSS: Sekonder Sjögren sendromu, SS: Standart sapma, RF: Romatoid faktör, ANA: Anti-nükleer antikor, PsA: Psoriatik artrit (ANA için 1/40 ve üzeri titreler pozitif kabul edilmiştir) (: Değerlendirilen hasta sayısı da verilmiştir)*

PS-087

IGG4 ilişkili hastalıkta klinik fenotiplendrime ve yanıt değerlendirme: Tek merkez deneyimi

Rıza Can Kardaş, Derya Yıldırım, Burcugül Kaya, İbrahim Vasi, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-RD) farklı birçok organı etkileyebilen heterojen bir hastalıktır. ACR/EULAR 2019 sınıflama kriteri yayınladıktan sonra, Wallace vd. iki farklı hasta kohortu üzerinde dört farklı klinik fenotipi tanımlanmıştır: (a) Pankreato-hepato-biliyer, (b) retroperitoneal fibrozis/aortit, (c) baş-boyun sınırlı, (d) Mikulicz ve sistemik tutulum. Vikse vd., 2022 ACR Convergence toplantısında, IgG4-RD için kompozit bir yanıt değerlendirme ölçeği sunmuştur. Bu çalışmamızda kliniğinde takip edilmekte olan IgG4-RD hastalarının klinik fenotiplere göre özelliklerini ve kompozit bir ölçüte göre yanıt değerlendirmelerini sunuyoruz.

Yöntem: Ocak 2013'ten itibaren Gazi Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği'nde IgG4-RD tansıyla takip edilen hastaların demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme, patoloji ve 2019 ACR/EULAR ve 2020 modifiye Japon sınıflama özellikleri retrospektif olarak Nisan 2023'ten beri kaydedildi. Klinik fenotipler Wallace vd.'nin tanımlarına göre sınıflandırıldı. Vikse vd.'nin 2022'de sundukları komposit sonlanım kriterleri modifiye edilerek kullanıldı (Tablo 1).

Bulgular: ***Demografik özellikler (Tablo 2)*****:** Verilerine ulaşılabilen 21 IgG4-RD hastasının 10'u erkek, 11'i kadındı (n=11, %52). Takip sırasında 2 hasta eksitus olmuştu. Eksitus sebebi bir hastada malignite, bir hastada enfeksiyondu. Semptomların başlama yaşı ortalama 47,2±15,9 yıl, IgG4-RD tanı yaşı ortalama 49,8±15,8 yıl, semptomların başlamasından tanıya kadar geçen ortanca süre 10 aydı (IQR: 26, minimum-maksimum: 0-168 ay). IgG4-RD'ye en sık eşlik eden hastalıklar hipertansiyon (n=6, %29) ile tip 2 diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı (n=3, %14) ve maligniteydi (n=2, %10). ***Klinik, laboratuvar, patolojik özellikler (Tablo 2):*** IgG4-RD'den etkilenen organ/bölge sayısı en sık tek organdı (n=17, %81); üç hastada iki organ, bir hastada da üç organ tutulumu mevcuttu. En sık etkilenen organ/bölge retroperiton (n=8, %38), takiben göz ve lakrimal bezlerdi (n=6, %29). Klinik fenotip sınıflamasına göre sekiz hasta grup 2 (retroperiton/aortit, %42), altı hasta grup 3 (baş-boyun sınırlı, %32) olarak sınıflandırıldı. Tanı dönemindeki laboratuvar ve patoloji bulguları ile kullanılan tedaviler Tablo 2'de belirtilmiştir. ***Yanıt değerlendirme*****:** Takip süresi üç aydan uzun olup en az iki kez kontrolü olan 19 hastanın son kontrolünde 13'ü remisyondayken (%68), dördünce alevlenme (%22), birinde azaltmış hastalık aktivitesi (%5) ve birinde stabil hastalık (%5) vardı. Hastaların demografik özelliklerine, laboratuvar parametrelerine, kullanılan tedaviye ve 2019 ACR/EULAR veya 2020 revize Japon sınıflama kriterlerine göre hastalık aktiviteleri arasında fark yoktu. Klinik fenotiplere göre sınıflandırılan hastalarda alevlenme en çok retroperitoneal fibrozis/alevlenme ve Mikulicz-sistemik gruplarında görüldü, ancak bu oran istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Baş-boyun sınırlı dört olgunun tamamında son kontrol tarihinde remisyon elde edilmişti (p=0,07, Tablo 3).

Sonuç: Baş-boyun sınırlı fenotip hastalarının tedaviye yanıtının retroperiton/aortit ve Mikulicz/sistemik fenotiplerine göre daha iyi olduğunu düşündüren bulgular görülmüştür. IgG4-RD hastalarının prospektif takibi bu hastaların tedavisine ışık tutacak verilerin elde edilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, klinik fenotiplendirme, yanıt değerlendirme

PS-088

Behçet Budd Chiari sendromlu hastalarda pulmoner hipertansiyon: Nadir bir ilişkiye yeni bir bakış

Mustafa Ekici[1], Serez İleri[2], Alper Sarı[3], Büşra Fırlatan[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[3]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Budd Chiari sendromu (BCS), Behçet hastalığının (BH) nadir ve ancak ciddi bir vasküler tutulumudur. Grup IV pulmoner hipertansiyon (PH) BH'lerde görülebilir. Behçet-BCS'li hastalar, pulmoner arter lezyonları da dahil olmak üzere diğer vasküler tutulumlar açısından risk altındadır. Ayrıca; portal hipertansiyon bu hasta grubunda pulmoner arteriyel hipertansiyona (PAH/grup I PH) gelişimine neden olabilir. Bu nedenlerle, Behçet-BCS'li hasta grubunda PH görülebilir; varlığı kötü bir prognostik faktör olarak düşünülebilir. Bu çalışmada Behçet-BCS hastalarında PH sıklığını araştırılmıştır.

Yöntem: Hacettepe Romatoloji (HÜVAM) Behçet veri tabanında kayıtlı 902 BH geriye dönük olarak BCS açısından tarandı. Hastalara ait demografik ve klinik veriler hastane dosya kayıtlarından elde edildi. BCS saptanan hastaların tanıdan sonraki ilk ve son transtorasik ekokardiyografi (TTE) ve eş zamanlı hemoglobin sonuçları kaydedildi.

Bulgular: BH'lerde BCS sıklığı 25/902 (%2,77) idi. Hastaların 18'i (%72) erkek ve yaş ortalaması 43,8±12 yıldı. BH'nin ortalama takip süresi 13,9 (9,6-22,1, IQR) ve BCS'nin 5,5 (2,4-12,1, IQR) yıldı. Üç hastada BCS tanısı BH tanısından önce, 3 hastada ise Behçet ile BCS tanısı eş zamanlı konulmuştu. Bir hastada BCS sonrası siroz gelişmişti. BCS hastaların 9 (%36) hastada Dispne vardı. On altı hasta (%64) BCS tanısı konulduktan sonra en az bir kez TTE ile değerlendirilmişti (Tablo 1). TTE yapılanların 7'sinde (%43,8), yapılmayanların 2'sinde (%22,2) Dispne mevcuttu (p=0,4). BCS'den sonraki ilk TTE'de ortanca sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 30 mmHg (IQR, 25-35) idi. 9 (%56,2) hastada sPAB ≥30 mmHg idi. Bir hastada 40 mmHg idi. sPAB 35 mmHg saptanan bir hastanın sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu düşük saptanmıştı. Altı hastada kontrol TTE yapılmıştı. Bunlardaki ortalama sPAB 25 mmHg (IQR, 25-31,3) idi. İlk ve son TTE ile eş zamanlı ölçülen ortalama hemoglobin değerleri sırasıyla 13,4±2,4 mg/dL ve 12,6±2,1 mg/dL idi. Takip sırasında 2 hasta ölmüştü ancak ölüm nedenlerine saptanamadı.

Sonuç: Çalışmamızdaki TEE ile değerlendirilen Behçet-BCS'li hastalarda sPAB'de sadece hafif yükselmeler olup, ciddi PH'li hasta yoktu. BCS olan BH'lerde PH gelişim riski artmış olabilir; hasta değerlendirilmesinin TTE'de içermesi bu sorunun yanıtlanmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Budd Chiari, pulmoner hipertansiyon

PS-089

Primer Sjögren sendromunda hastalık aktivitesinin global değerlendirmesinde hastalar ve hekimleri arasındaki uyumsuzlukta ağız kuruluğunun rolü

Aysun Kapusuz[1], Yıldız Yenisoy[1], Elif Naz Altıngöz[1], Kerem Acabar[2], Meral Yay[3], İmren Tatlı[4], Filiz Türe Özdemir[4], Zehra Özge Çandereli[1], Ümit Karaçaylı[5], Haner Direskeneli[2], Farida Fortune[6], Nevsun İnanç[2], Gonca Mumcu[1]

[1]*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul*

[4]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[5]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü, Ankara*

[6]*Londra Queen Mary Üniversitesi, Barts ve Londra Tıp ve Diş Hekimliği Okulu, İmmünobiyoloji ve Rejeneratif Tıp Merkezi, Londra*

Amaç: Bu çalışmanın amacı; primer Sjögren sendromunda (pSS) hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde, hastalar ve hekimleri arasında uyumun olup olmadığını incelemek ve uyum durumunu etkileyen semptomları tanımlamaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 2016 ACR/EULAR pSS tanı kriterlerini karşılayan 78 hasta (kadın/erkek: 76/2; yaş ortalaması: 52,71±11,18 yıl) dahil edildi. Veriler, klinik muayene ve hasta kaynaklı ölçütleri içeren bir anket ile toplandı. Hastaların tükrük akış hızları hesaplandı ve ağız kuruluğu (≤0,1 mL/dk) olup olmamasına göre 2 gruba ayrıldı [ağız kuruluğu (+): n=31 ve ağız kuruluğu (-): n=47]. Hastaların ve hekimlerinin genel hastalık aktivitesini değerlendirmeleri 100 mm'lik görsel analog skala (0=inaktif vs. 100=çok aktif) aracılığıyla yapıldı. Her hasta özelinde, hastanın verdiği puandan (hasta-aktivite) hekimin verdiği puan (hekim-aktivite) çıkartılarak uyumun durumu incelendi. Puanların eşit olduğu durumda uyum'un olduğu belirlenirken (hasta-aktivite=hekim-aktivite, n=33), hastanın aktivite puanı yüksek olduğunda pozitif yönde uyumsuzluk (hasta-aktivite > hekim-aktivite, n=37), hekimin aktivite puanı yüksek olduğunda negatif yönde uyumsuzluk [hasta-aktivite "Hastalık Algısı Ölçeği/*Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R)"] ile deneyimledikleri genel semptomlarının (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk alıp ermede güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözde yanma, hırıltılı solunum, baş ağrısı, mide yakınması, uyku güçlüğü, sersemlik hissi, güç kaybı) sayısı hesaplandı. Çalışmada, ayrıca Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'de/*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) kullanıldı (Tablo 1). Ön analizlerin ardından, aracılık analizi ile IPQ-R ile tanımlanan semptom sayısı ile ilişkili değişkenler belirlendi.

Bulgular: Pozitif yönde uyumsuzluk görülen hastalarda "ağız kuruluğu" görülme oranının (%54,1; n=20), uyum görülen gruba (%27,3; n=9) göre daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,03). "Schirmer testinin" pozitif olması uyum görülen grupta (n=32.97%), "artralji" ise negatif yönde uyumsuzluk görülen gruptaki (n=8, 100%) en yaygın klinik bulgulardı (Şekil 1). Ayrıca, "ağız kuruluğu" görülen grupta, uyarılmış tükürük akış hızı ile hasta-aktivite puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki de tespit edildi (r=-0,46, p=0,034). Aracılık analizinde ise IPQ-R ile hastaların tanımladığı "semptom sayısının" artışında, hem ESSPRI-halsizlik puanının (p=0,0274) hem de aracı değişken olarak HADS-depresyon puan artışlarının ilişkili olduğu görüldü (p=0,0369) (Şekil 2).

Sonuç: Ağız kuruluğu olan hastalar hastalık aktivitelerini hekimlere göre daha iyi ifade etmişlerdir. Ayrıca, bu hastalar tükrük akış hızındaki azalmayı aktivite puanına da yansıtabilmişlerdir. Bununla birlikte; hastalık aktivitesi değerlendirilirken "ağız kuruluğu", "göz kuruluğu" ve "artralji' varlığının yanı sıra "halsizlik" ve "depresyon" düzeyinin de göz önünde bulundurulması gerektiği görülmektedir.

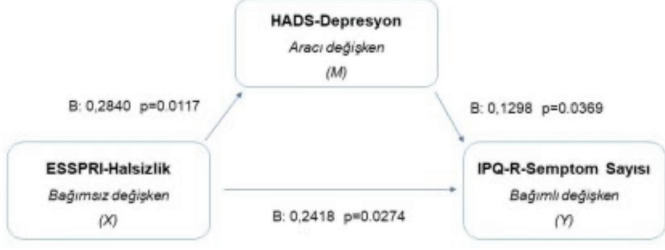
Anahtar Kelimeler: Ağız kuruluğu, aracı analizi, hastalık aktivitesi, Primer Sjögren sendromu

Tablo 1. Primer Sjögren sendromlu hastaların profili

	Ort	SS
Hastalık süresi (yıl)	9,23	6,63
Uyarılmamış Tükürük Akış Hızı	0,19	0,17
Uyarılmış Tükürük Akış Hızı	0,88	0,78
ESSDAI	2,75	1,16
Hasta-Hastalık Aktivitesi	51,98	23,93
Hekim-Hastalık Aktivitesi	39,03	20,96
ESSPRI-Kuruluk	6,86	2,93
ESSPRI-Halsizlik	6,27	3,01
ESSPRI-Ağrı	5,67	3,07
IPQ-R Ölçeği Semptom Sayısı	8,06	2,90
HADS-A	10,08	4,31
HADS-D	11,87	5,28



Şekil 1. Hasta ve hekim aktivite değerlendirmesi arasındaki uyum ve uyumsuzlukla ilişkili semptomlar



Şekil 2. IPQ-R Ölçeği semptom sayısı ve aracı analizi

PS-090

Sklerodermalı hastalarda periferik vasküler tutuluma bağlı deri bulguları ve kapilleroskopik değerlendirmenin, sklerodermaya bağlı akciğer hastalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Nehir Şişman, Funda Erbasan, Tahir Saygın, Veli Yazısız, Deniz Özel, Mustafa Ender Terzioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Skleroderma [sistemik skleroz (SSk)] deri ve çeşitli organlarda enflamatuvar, vasküler ve fibrotik değişikliklerle karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. Tanı anında dahi saptanabilen kapiller değişikliklerin gösterilmesi hastalığın seyri hakkında yol gösterici olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı kapiller tutulumun fizik muayene ve kapilleroskopi ile değerlendirip akciğer tutulumu ile arasındaki ilişkiyi retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilmekte olan 78 SSk tanılı hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen, 18 yaş ve üzerinde olan, 2013 American College of Rheumatology (ACR) ve European League Against Rheumatism (EULAR) sınıflandırma kriterlerine göre SSk tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, klinik ve muayene bulguları, kapilleroskopik değerlendirmeleri, laboratuvar ve radyoloji sonuçları, solunum fonksiyon testleri, transtorasik ekokardiyografi raporları ve aldıkları tedavilere ilişkin bilgiler hasta dosyaları ve hastane bilgi yönetim sisteminden elde edildi. Yeterli veriye ulaşılamayan on hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların takip süresince deri tutulum ve vaskülopati bulguları, kapilleroskopik değerlendirmeleri, solunumsal parametreleri, transtoraksik ekokardiyografi bulguları ve aldıkları tedaviler incelendi. Deri tutulumu ve kapilleroskopik değerlendirmeleri ile akciğer tutulumunun radyolojik, fonksiyonel farklılık olup olmadığı incelendi. Hastaların muayenede raynaud fenomeni, sklerodaktili, dijital ülser varlığı, kapilleroskopik değerlendirmesi ile eş zamanlı akciğer değerlendirmesi baz alındı. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. Araştırmada ilk olarak veri toplama araçlarının normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş, veri seti aykırı değerleri kontrol edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, %25-%75 percentile (Q1-Q3) değerleri ile sunulmuştur. Normallik varsayımı Shapiro-Wilk testi ile histogram, Independent samples t-test Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Ayrıca Pearson chi-square testi ve JAMOVİ 2.3 programı kullanılmıştır.

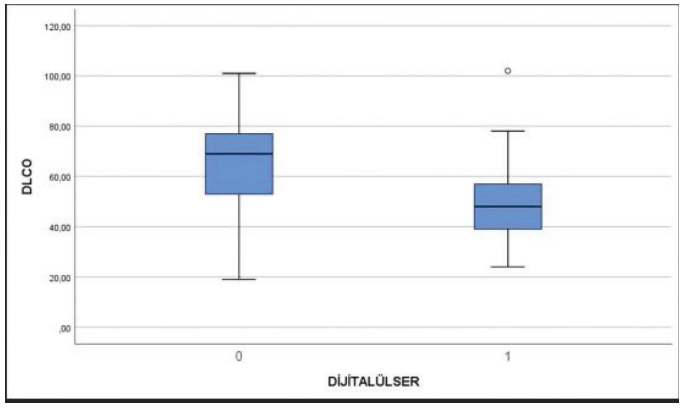
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 78 skleroderma hastasının 74'ü kadın (%94,9), 4'ü erkekti (%5,1). Hastaların ortalama yaşı 52 bulundu, ortalama hastalık yaşı 63 hastada (%80,8) 5 yıldan fazlaydı. Kapilleroskopik inceleme sonuçlarına göre; hastaların 35'i (%44,9) erken skleroderma paternine, 23'ü (%29,5) aktif skleoderma paternine, 20'si (%25,6) geç skleroderma paternine sahipti. Hastaların 72'sinde (%92,3) sklerodaktili mevcuttu. Altmış sekiz hastada (%87,2) raynaud fenomeni mevcuttu. Dijital ülser 25 hastada (%52,5) gözlendi. Serolojik değerlendirmede 67 hastada (%87) ANA pozitif saptandı. ANA pozitifliği olan hastalarda alt tip olarak 34 hastada (49,3) sentromerik, 24 hastada (%34,8) nükleolar, 8 hastada (%11,6) granüler paternde boyanma görüldü. Elli beş hastada (%70,5) HRCT'de hastalığa bağlı akciğer bulguları görüldü (Tablo 1). Sklerodermalı hastalar hastalığa bağlı HRCT tutulumu olan ve olmayanlar, belirli değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. HRCT tutulumu olanlarda ANA boyanma tipi sentromerik olma oranı (%76,9), olmayanlardan (%21,1) yüksek bulunmuştur (p<0,001). HRCT tutulumu olanlarda FVC değeri (ortalama: 69,2) olmayanlardan (ortalama: 80,13) düşük bulunmuştur (p=0,009). HRCT gruplarının DLCO değerleri arasındaki fark sınırda anlamsız bulunsa da etki büyüklüğünün orta düzey olduğu (Cohen's d=0,506), örneklem sayısı yetersizliği nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı farkın ortaya konulamadığı söylenebilir. HRCT ile kapilleroskopi paternleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunsa da etki büyüklüğü orta düzeydedir (Φ: 0,252). ANA boyanma tipi sentromerik ve nükleolar olanlar belirli değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Nükleolar boyanma olanlarda HRCT'de tutulum olma oranı (%88,2) boyanma tipi sentromerik olanlardan (%37,5) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Nükleolar boyanma olanlarda dijital ülser görülme oranı (%41,2) sentromerik tutulumu olanlardan (%17,4) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmasa da etki büyüklüğü orta düzeydedir (Φ: 0,251). Sentromerik boyanma olanların FVC değeri (medyan: 73), nükleolar boyanma olanlardan (medyan: 83,5) anlamlı şekilde düşüktür (p=0,002). Bu çalışmada retrospektif olarak değerlendirildiğinde, kapilleroskopi ve FVC, DLCO gibi solunum testlerinde akciğer tutulumu olmayan hastalara göre YÇBT ile gösterilen skleroderma akciğer tutulumu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bozulma gözlendi (Şekil 1). Özellikle hastalık yaşı ilerlemiş olanlarda YÇBT ile daha fazla akciğer tutulumu gözlenmiş ve bu kişilerde kapilleroskopi bulguları ileri düzeyde bulunmuştur. Bu bulgular, hastalık yaşı ilerledikçe akciğer tutulumunun daha sık görüldüğünü ve bu hastalarda kapilleroskopi bulgularının ve akciğer fonksiyonlarının kötüleştiğini göstermektedir. Dijital ülser varlığı da ileri kapilleroskopi bulgularıyla ilişkili görülmüş olup, dijital ülser varlığında akciğer fonksiyon testleri düşük bulunmuştur (Şekil 2).

Sonuç: Kapilleroskopi ve HRCT arasındaki - pulmoner arter basıncından etkilenmeyen - ilişki, kapilleroskopinin akciğer progresyonu için bağımsız bir prediktif faktör olabileceği fikrini akla getirmektedir.

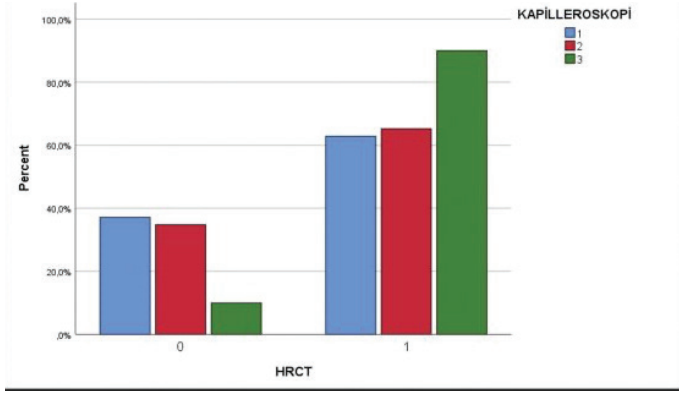
Anahtar Kelimeler: Skleroderma, kapilloroskopi, interstisyel akciğer hastalığı

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik tanımlayıcı istatistikleri

		n	%			n	%
Cinsiyet	Kadın	95	92,20%	Öksürük	Öksürük Yok	83	80,60%
	Erkek	8	7,80%		Öksürük Var	20	19,40%
Hipertansiyon	Hipertansiyon Yok	70	68,00%	NefesDarlığı	Nefes Darlığı Yok	61	59,20%
	Hipertansiyon Var	33	32,00%		Nefes Darlığı Var	42	40,80%
Diyabet	Diyabet Yok	91	88,30%	Osteoporoz	Osteoporoz Yok	89	86,40%
	Diyabet Var	12	11,70%		Osteoporoz Var	14	13,60%
KAH	Koroner Arter Hastalığı Yok	99	96,10%	Sjogren	Sjögren Yok	96	93,20%
	Koroner Arter Hastalığı Var	4	3,90%		Sjögren Var	7	6,80%
Malignite	Malignite Yok	99	96,10%	Ral	Ral Yok	71	68,90%
	Malignite Var	4	3,90%		Ral Var	32	31,10%
Sigara	Sigara Kullanmamış	88	85,40%	İlkFVC	İlk FVC<70 olanlar	26	26,30%
	Sigara Kullanmış	15	14,60%		İlk FVC≥70 olanlar	73	73,70%
Raynaud	Raynaud Yok	13	12,60%	SonFVC	Son FVC<70 olanlar	28	28,60%
	Raynaud Var	90	87,40%		Son FVC≥70 olanlar	70	71,40%
DijitalUlser	Dijital Ülser Öyküsü Yok	70	68,00%	IlkDLCO	İlk DLCO<60 olanlar	23	28,00%
	Dijital Ülser Öyküsü Var	33	32,00%		İlk DLCO≥60 olanlar	59	72,00%
GİSTutulumu	GİS Tutulumu Yok	76	73,80%	SonDLCO	Son DLCO<60 olanlar	40	46,50%
	GİS Tutulumu Var	27	26,20%		Son DLCO≥60 olanlar	46	53,50%
İlkPulmonerHT	Pulmoner HT Yok	43	49,40%	Anemi	Anemi Var	38	37,30%
	PulmonerHT Var	44	50,60%		Anemi Yok	64	62,70%
SonPulmonerHT	PulmonerHT Yok	34	38,20%	İAH	İAH Yok	41	39,8%
	PulmonerHT Var	55	61,80%		İAH Var	62	60,2%



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-091

Primer Sjögren sendromunda enflamatuvar bel ağrısının prevalansı ve sakroiliak eklemdeki akut ve yapısal değişikliklerle ilişkisi

Kerem Yiğit Abacar[1,2,3]

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

[2]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Bölümü, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Primer Sjögren sendromunda (pSS) aksiyel eklem tutulumunun özellikleri yakın zamanda bildirilmiştir. pSS hastalarında enflamatuvar bel ağrısı (İBA) ile ilişkili radyolojik bulgular rapor edilmemiştir. Çalışma, İBA'ya sahip pSS hastalarında İBA prevalansını ve sakroiliak eklemlerde manyetik rezonans görüntülemede (MRG) saptanan akut enflamatuvar ve yapısal değişiklikler ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan pSS hastaları ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontroller (SK) Calin, Rudwaleit ve ASAS İBA kriterlerine göre İBA açısından taranmıştır. İBA'lı hastaların sakroiliak MRG yapılmış ve ASAS Aksiyel Spondiloartrit (SpA) Sınıflandırma Kriterleri'nde yer alan SpA özellikleri sorgulanmıştır. İki radyolog sakroiliak eklem MR'lerini (SİE/MRG) ASAS tarafından tanımlanan lezyon tanımlarını kullanarak olası bir axSpA tanısı için cut-off açısından değerlendirmiştir. Cut-off değerleri daha önce Maksymowych ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Fibromiyalji ve bel ağrısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için First anketi kullanılmıştır.

Bulgular: Toplam 202 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan pSS hastası ve 124 SK çalışmaya dahil edildi. Yaş [ortalama (SS)= 52,8 (11,9)] ve pSS'deki cinsiyet dağılımı (kadın/erkek: 198/4), SK'deki [ortalama (SS)= 51,5 (9,2), (p=0,3) ve kadın/erkek: 119/122 + 5, (p=1), sırasıyla] ile benzerdi. İBA, pSS'te daha yaygındı [pSS için; n (%): 51 (%25,2), HC için; n (%): 11 (%8,8), p<0,001]. İBA olan 49 hastanın SİE/MRG görüntülemesi mevcuttu. İBA başlangıç yaş ortalaması (SS): 33,6 (5,8) idi. pSS'li hastaların IBP süresi ortalama (SS): 18,9 (10) yıldı. IBP'li pSS hastalarının First anket puanları anlamlı derecede yüksekti (İBA'lı hastalar ortalama (SS): 3,9 (1,7), İBA olmayan hastalar: 2,8 (1,9), (p=0,001). Toplam 12 (%24,5) hasta Maxymowych ve ark. tarafından tanımlanan ≥%95 PPD ile axSpA tanısını karşılayabilmiştir. Bu 12 hastanın ikisinde sakroiliak eklemde ödem, dokuzunda erozyon ve dördünde yağ metaplazisi olmak üzere yalnızca SİE/MRG bulgularına dayanarak axSpA tanısı alabilmiştir.

Sonuç: IBP kriterlerini karşılayan bel ağrısı pSS'de oldukça yaygındır ve bu hastaların dörtte birine radyolojik olarak axSpA tanısı konulabilir. Bununla birlikte, hastaların çoğunda axSpA ile ilişkili özellikler yoktur ve çok azı axSpA için ASAS sınıflandırmasını karşılamaktadır. Artmış fibromiyalji varlığı, bu hastaların çoğunda radyolojik özelliklerin aşırı yorumlanmasına yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, psoriasis, PsA, SpA

PS-092

Gastrointestinal tutulumu olan Behçet sendromlu hastaların klinik özellikleri; tek merkez deneyimi

Emine Uslu Yurteri[1], Serdar Sezer[2], Müçteba Enes Yayla[1], Ahmet İlbay[1], Abdulbaki Gaydan[1], Ahmet Usta[1], Yeter Mahmutoğlu[1], Zehra Karaman Ongun[1], Nilgün Göveç Gıynaş[1], Çetin Ergül[1], Tahsin Murat Turgay[1], Aşkın Ateş[1]

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

[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Behçet sendromunda (BS) oral aft, genital ülser, eritema nodozum gibi deri tutulumunun yanı sıra vasküler, nörolojik tutulum ve gastrointestinal sistem tutulumu gibi ciddi organ tutulumları da izlenebilmektedir. Gastrointestinal sistem tutulum sıklığı ise bölgelere göre farklılık göstermektedir. Bu oran Türkiyede %2,8, Suudi Arabistan'da %4 gibi düşük düzeylerdeyken Çin'de %10, Tayvan'da %32 ve Japonya'da %50-60 düzeyindedir. BS intestinal tutulum ile ilgili çoğu bilgi uzak doğudan gelmektedir. Gastrointestinal sistemde (BS-GİS) en sık ileoçekal bölge tutulmaktadır. Karın ağrısı en sık semptomdur. Çalışmamızda amacımız kliniğimize başvuran ve BS-GİS tutulumu (BS-GIST) tanısı alan hastaların demografik özelliklerini, ilişkili durumları ve klinik özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: İki bin yüz on sekiz Behçet sendromu tanısı alan hasta taranmıştır. Bunlardan Entero-Behçet tanısı alan 69 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların kolonoskopi bulguları, eşlik eden diğer organ tutulumları, verilen tedavi rejimleri not edilmiştir.

Bulgular: Behçet hastalarının yaklaşık %3,28'inde BS-GIST tanısı mevcut idi. Bu hastaların %44,9'u kadın idi (Tablo 1). BS-GIST olan hastalarda eklem tutulumu %56,7, nöroparankim tutulumu %21,7 idi (Tablo 2). En sık BS-GİST semptomu karın ağrısı (%83,9), diyare (%62,3) ve kanlı diyare (%41,58) idi (Tablo 3). Hastaların %17,6'sında şikayetlerine ateş eşlik etmekte idi. Hastaların %11,3'ünde perforasyon izlendi. Hastaların 41 hastanın kolonoskopi sonucuna ulaşıldı. En sık tutulum şekli fokal multiple ülserler şeklinde idi. İlioçekal tutulum %46,8 idi. En sık tedavi tercihi azatioprin (%55,4), ardından 5-ASA (%19,6) idi. Hastaların %53,4'üne steroid tedavisi verildi. %70 hasta ikinci basamak tedaviye ihtiyaç duymadı. Beş hasta tedavi değişimi gerektirdi. Bir hastaya 5-ASA, azatioprin ve steroid kombinasyonu, 3 hastaya infliksimab, 1 hastaya adalimumab tedavisi verildi.
Sonuç: Kliniğimizde Behçet hastalığı tanısı alan hastaların sadece %3,28'ünde BS-GIST saptanmıştır. Bu oran Türkiye'den bildirilen oran ile benzerdir. Türkiye'den Hatemi ve ark.'nın yaptığı çalışma ile benzer şekilde hastalarımızda en sık semptom karın ağrısı ve diare idi. Oküler tutulum sıklığı BS-GIST hastalarında genel BS hastalarımıza göre daha az sıklıkta idi (%23,1; %35). Bu durum Türkiye ve uzak doğudan yapılan önceki çalışmalar ile de uyumlu idi. Ancak çalışmamızda literatürden farklı olarak nöroparankim tutulum sıklığını BS-GIST grubunda genel BS tanılı hasta grubumuzdan yüksek saptandı (%21,7; %6,9).

Kısıtlılıklarımız: Çalışmamız retrospektif bir çalışmadır. BS-GIST tanısı olarak uzman görüşü baz alınmıştır, altın standart olmayışı ve hastaların BS tanısının olması enflamatuvar bağırsak hastalığı tanısının ön planda düşünülmemesi için bias yaratmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, gastrointestinal tutulum

PS-093

ANCA-ilişkili vaskülitlerde serbest hafif zincirler: tek-merkez pilot çalışma

Gözde Kübra Yardımcı, Mustafa Ekici, Levent Kılıç, Ömer Karadağ

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

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus, romatoid artrit gibi birçok otoimmün hastalıkta artmış serbest hafif zincir düzeyleri ve bunların hastalık aktivitesi ile ilişkileri gösterilmiştir. Antikor üretmek için özelleşmiş B-hücreleri olan plazma hücrelerinin artmış yanıtının ANCA-ilişkili vaskülitlerin (AAV) patogenezinde gösterilmiş olması, bu hücrelerin ürettikleri hafif zincirlerin ANCA-ilişkili vaskülitli hastalarda da artmış düzeyde olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, AAV hastalarında serbest hafif zincir yüksekliğini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada esas olarak AAV hastalarında serbest hafif zincir yüksekliği sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır. İkincil amaç olarak serbest hafif zincir yüksekliklerinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Bu tek merkezli kesitsel çalışmaya 08.09.2021 ile 08.03.2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde, Romatoloji Polikliniği'nde ayaktan takip edilen 36 AAV hastası dahil edilmiştir. Hastaların poliklinik kontrollerinde 10-20 mL kan ve 24 saat idrar örneği alınarak serum ve idrar serbest hafif zincir düzeyleri Freelite kiti kullanılarak kantitatif türbidimetri yöntemiyle çalışılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 36 AAV hastası (kadın/erkek: 16/29) alındı, hastaların medyan (IQR) yaşı 58,0 (41,0-66,0) yıl, medyan (IQR) hastalık süresi 45,0 (24,5-72,0) aydı. On dört (%39,9) hastada C-ANCA/PR3, 13 (%36,1) hastada p-ANCA/MPO pozitifliği mevcuttu. Hastaların 23'i (%63,9) GPA, 8'i (%22,2) EGPA ve 5'i (%13,9) MPA idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Serum serbest hafif zincir yüksekliği AAV tanılı hastaların 14'ünde (%38,9), idrar serbest hafif zincir yüksekliği 13'ünde (%39,4) saptandı. Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru'na (BVAS) göre, çalışmaya alınan 12 hasta (%33,3) aktif hastalığa sahipti. Hastaların ortalama BVAS ile serum serbest kappa düzeyleri arasında orta derecede anlamlı (r=0,374, p=0,025) bir ilişki saptandı. Vaskülit hasar indeksi (VHİ) ile idrar serbest kappa düzeyleri arasında orta derecede anlamlı bir ilişki izlendi (r=0,545, p<0,001). İlginç olarak; son 6 ay içerisinde ritüksimab tedavisi almış olan hastalarla diğerleri arasında serbest hafif zincir yüksekliği açısından fark yoktu.

Sonuç: Serum ve idrar hafif zincir düzeyleri AAV hastalarında artmıştır. Serum serbest kappa düzeyleri sistemik hastalık aktivitesinin izlenmesi için bir biyobelirteç olarak kullanılabilir. Bu doğrultuda sağlıklı kontrol grubunun olduğu çok merkezli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, serum hafif zincir, idrar hafif zincir, hastalık aktivite skoru

Tablo 1. Çalışma hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Cinsiyet, kadın, n (%)	16 (44,4)
Güncel yaş, ortanca (IQR), yıl	58,0 (41,0-66,0)
Hastalık süresi, ortanca (IQR), ay	45,0 (24,5-72,0)
Organ tutulumları, n (%)	
Böbrek tutulumu	16 (44,4)
Akciğer tutulumu	32 (88,9)
Kulak burun boğaz	28 (77,8)
Son vizitteki BVAS, ortalama ±SS	1,68±3,21
Vaskülit hasar indeksi, ortalama ±SS	1,33±1,28
Maksimum serum kreatinin (mg/dl), ortanca (IQR)	1,13 (0,81-1,64)
Son vizitteki kreatinin, (mg/dl), ortanca (IQR),	0,89 (0,69-1,22)
Serum serbest kappa (mg/L), ortalama ±SS	28,8±37,8
Serum serbest lambda (mg/L), ortalama ±SS	65,7±237,3
Serum serbest kappa/lambda oranı, ortalama ±SS	6,89±5,65
İdrar serbest kappa (mg/L), ortalama ±SS	27,5±34,3
İdrar serbest lambda (mg/L), ortalama ±SS	11,6±31,4
İdrar serbest kappa/lambda oranı, ortalama ±SS	6,89±5,65
Immünoglobülin G (g/L), ortalama ±SS	10,4±2,7
Immünoglobülin M (g/L), ortalama ±SS	0,8±0,6
Immünoglobülin A (g/L), ortalama ±SS	1,7±1,2
Güncel tedavi, n (%)	
Kortikosteroidler	30 (83,3)
Ritüksimab (son 6 ay içerisinde)	6 (16,7)
Diğer immunsupresif tedaviler (Azatiyoprin, Mikofenolat mofetil, Metotreksat)	18 (50,0)
Tedavisiz izlem	3 (8,3)

**BVAS: Brimingham vaskülit aktivite skoru, IQR: Çeyrekler arası aralık*

PS-094

RAPID3 (*"Routine Assessment of Patient Data 3"*) ve PAS2 (*"Patient Activity Scale 2"*) Türkçe versiyonlarının romatoid artritli hastalarımızda validitasyon çalışması

Müyesser Nergiz Yanmaz[1], Oktay Bayraktar[2], Koray Taşçılar[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Amaç: Romatoid artrit (RA) aktivite ölçekleri "*Routine Assessment of Patient Data*/Hastalık Endeks Verilerinin Rutin Değerlendirilmesi (RAPID3)" ve "*Patient Activity Scale 2*/Hastalık Aktivite Skalası 2'nin (PAS2)" Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirliğini çalıştık. "*Simplified Disease Activity Index*/Basit Hastalık Aktivite İndeksi'nin (SDAI)" diğer hastalık aktivite ölçekleri ile korelasyonunun değerlendirdik.

Yöntem: PAS2 için Frederick Wolfe (Romatizmal Hastalıklar Ulusal Veri Bankası ve Kansas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Wichita), RAPID3 için Theodore Pincus (*Division of Rheumatology of Rush Univercity*, *Chicago*) ile iletişime geçilerek e-posta aracılığıyla izin alındı. Ölçekler Beaton ve ark. önerdiği yöntemle Türkçeye çevrildi. Romatoloji polikliniğimizde 2010 Amerikan Romatoloji Birliği Sınıflandırma Kriterleri'ni karşılayan hastaların "*Disease Activity Score*/Hastalık Aktivite Skoru (DAS28)", "*Clinical Disease Activity İndex*/Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (CDAI)", SDAI değerleri hesaplandı. Hastalar "*Short Form 36*/Kısa Form 36 (SF-36)", "*Health Assessment Questionnaire Disability Index*/Sağlık Değerlendirme Anketi-Özürlülük İndeksi (HAQ-DI)", "*Multidimensional Health Assessment Questionnaire*/Çok Yönlü Sağlık Değerlendirme Anketi (MDHAQ)", RAPID3 ve PAS2 formlarını doldurarak, RAPID3 ile PAS2 formlarını 2-7 gün içerisinde tekrar doldurdular. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin değerlendirmeleri için 1. değerlendirme ve 2. değerlendirme arasındaki uyum düzeyinin belirlenmesinde "*Interclass Correlation Coefficient*/Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)" hesaplandı. İç tutarlılık analizi Cronbach katsayısı α'nın ölçümü ile yapıldı ve α ≥0,7 değer kabul edilebilir bir değer olarak alındı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Yapı geçerliliğini test etmek için RAPID3, PAS2 ile diğer ağrı, hasta global değerlendirmesi, fiziksel fonksiyon ve global skorlar ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu varsaydık. Korelasyonun gücü şu şekilde derecelendirildi: 1. orta düzeyde korelasyon katsayısı (0,30 ila 0,49), 2. güçlü korelasyon katsayısı (0,50 ila 1,0).

Bulgular: Yaşları 25-77 (ortalama: 49,67±10,44) arasında, 17 erkek ve 50 kadın toplam 67 hastada çalışıldı. Hastaların %74,7'ü ilkokul mezunu ya da sadece okur-yazardı. RAPID3 ve PAS2 Türkçe versiyonların 1. ve 2. değerlendirmeleri süre ortalaması 3,89±0,76 gündü. RAPID3 ve PAS2'nin Türkçe versiyonlarının 1. ve 2. değerlendirmedeki ağrı, hasta global, fiziki fonksiyon, total skorları arasındaki ICC katsayıları 0,69 ile 0,83 arasında değişmekte olup skorlar uyumlu bulundu (p=0,001). RAPID3 1. ve 2. değerlendirmede Cronbach α sırasıyla 0,90 ve 0,90'dı; PAS2 1. ve 2. değerlendirmede Cronbach α sırasıyla 0,90 ve 0,92'di. Oldukça yüksek bir iç tutarlılık saptandı. RAPID3 total skoru PAS2, DAS28-ESR, DAS28-CRP, CDAI ve SDAI ile korelasyon gösterdi (sırasıyla, r=0,90, 0,70, 0,66, 0,65 ve 0,66, p=0,001). PAS2 total skoru da DAS28-ESR, DAS28-CRP, CDAI ve SDAI ile korelasyon gösterdi (sırasıyla, r=0,64, 0,62, 0,63 ve 0,62, p=0,001). RAPID3 fiziki fonksiyon skoru, PAS2 (r=0,84), MDHAQ (r=0,90) fiziki fonksiyon skorları ve HAQ-DI total skoru (r=0,86) ile anlamlı korelasyon gösterdi (p=0,001). PAS2 fiziki fonksiyon skoru, MDHAQ fiziki fonksiyon (r=0,82) ve HAQ-DI (r=0,89) skorları ile anlamlı korelasyon gösterdi (p=0,001). Beklendiği gibi RAPID3 fiziki fonksiyon skoru ile SF-36 fiziksel fonksiyon (r=-0,55), SF-36 fiziksel rol güçlüğü (r=-0,50) anlamlı negatif yönlü korelasyon gösterdi. RAPID3, PAS2, SDAI tarafından saptanan hastalık aktivite düzeylerini DAS28-ESR ile karşılaştırdığımızda, kappa uyumu sırasıyla 0,383 (% 60 uyum, p=0,001), -0,070 (%26,2 uyum, p=0,250), 0,546 (%70,8 uyum, p=0,001) olduğu tespit edildi.

Sonuç: PAS2 ve RAPID3 Türkçe versiyonları romatoid artritli hasta grubumuzda geçerli ve güvenli bulunmuştur. SDAI ise diğer ölçeklerle anlamlı yüksek korelasyon gösterdi.

Anahtar Kelimeler: PAS2, RAPID3, SDAI, hastalık aktivite ölçeği, romatoid artrit

Hasta Aktivite Ölçeği-II ("Patient activity scale")(HHÖ-II /"PAS-II")

Hastalığınızın günlük hayatınızdaki iş görme becerinizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA olağan becerilerinizi en iyi tanımlayan kutucuğa bir X işareti koyunuz.	Hiç Zorlanmadan (0)	Biraz Zorlanarak (1)	Çok Zorlanarak (2)	Yapamadım (3)
Şunları yapabildiniz mi?				
Arkası düz bir sandalyeden kalkabilmek?	☐	☐	☐	☐
Dışarıda düz zeminde yürüyebilmek?	☐	☐	☐	☐
Tuvalete oturup kalkabilmek?	☐	☐	☐	☐
Başınızın hemen üzerindeki 2.5 kiloluk bir cisme (bir torba şeker gibi) uzanıp aşağı indirebilmek?	☐	☐	☐	☐
Otomobil kapılarını açabilmek?	☐	☐	☐	☐
Evin dışındaki işleri (bahçe işleri gibi) yapabilmek?	☐	☐	☐	☐
15 dakika süreyle sırada bekleyebilmek?	☐	☐	☐	☐
Ağır cisimleri kaldırabilmek?	☐	☐	☐	☐
Ağır cisimleri hareket ettirebilmek?	☐	☐	☐	☐
İki kat veya daha fazla merdiven çıkabilmek?	☐	☐	☐	☐

Hastalığınızdan dolayı ağrıdan etkilenip etkilenmediğinizi de öğrenmek istiyoruz.

Geçtiğimiz hafta hastalığınızdan dolayı ne kadar ağrınız vardı? Aşağıdaki 0-10 ölçeğine göre ağrınızın şiddetini en iyi tanımlayan kutucuğa bir X işareti koyunuz.

AĞRI YOK 0 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 10 ŞİDDETLİ AĞRI

HASTALIĞINIZIN SİZİ ETKİLEDİĞİ TÜM DURUMLARI göz önünde bulundurarak, kendinizi genel olarak nasıl hissettiğinizi aşağıdaki ölçekte PUANLAYIN. Aşağıdaki 0-10 arasındaki ölçeğe göre nasıl olduğunuzu en iyi tanımlayan kutucuğa bir X işareti koyunuz.

ÇOK İYİ 0 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 10 ÇOK KÖTÜ

Şekil 1. Tarafımızdan çalışılan PAS2 Türkçe versiyon

HASTA ENDEKS VERİLERİNİN RUTİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta Endeks Verilerinin Rutin Değerlendirilmesi ("Routine Assessment of Patient Index Data 3") (HEVRD3/"RAPID3"), Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirilme Anketinde ("Multi-dimensional Health Assessment Questionnaire") (MD-HAQ/CB-SDA) bulunan temel değişkenlerin bir alt grubunu içerir. CB-SDA'nın burada gösterilen 1. sayfası fiziki fonksiyonun bir değerlendirilmesini (bölüm 1), ağrı açısından hasta global değerlendirmesini (HGD) (bölüm 2) ve genel olarak sağlık için bir HGD (bölüm 3) içermektedir. HEVRD3 skorları, CB-SDA'nın alt gruplarını aşağıda gösterildiği gibi eklemek suda hesaplanır.

1. LÜTFEN ŞU ANDAKİ BECERİLERİNİZİ EN İYİ AÇIKLAYAN TEK BİR YANITI İŞARETLEYİNİZ					1. a-j FN (0-10):
GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞUNLARI YAPABİLDİNİZ Mİ:	HİÇ ZORLANMADAN	BİRAZ ZORLANARAK	ÇOK ZORLANARAK	YAPAMADIM	1=0.3 16=5.3
a. Ayakkabı bağcıklarını bağlamak ve düğmeleri iliklemek de dahil, kendi başınıza giyinebilmek?	0	1	2	3	2=0.7 17=5.7 3=1.0 18=6.0 4=1.3 19=6.3
b. Yatağa yatıp yataktan kalkabilmek?	0	1	2	3	5=1.7 20=6.7 6=2.0 21=7.0
c. Dolu bir kupa ya da bardağı ağzınıza götürebilmek?	0	1	2	3	7=2.3 22=7.3 8=2.7 23=7.7
d. Dışarıda düz zeminde yürüyebilmek?	0	1	2	3	9=3.0 24=8.0
e. Tüm vücudunuzu yıkamak ve kurulamak?	0	1	2	3	10=3.3 25=8.3 11=3.7 26=8.7
f. Yerden kıyafet almak için eğilebilmek?	0	1	2	3	12=4.0 27=9.0 13=4.3 28=9.3
g. Normal muslukları açıp kapamak?	0	1	2	3	14=4.7 29=9.7 15=5.0 30=10
h. Bir otomobile, otobüse, trene, uçağa binip bunlardan inebilmek??	0	1	2	3	2. AR (0-10):
i. İstediğinizde üç kilometre yürüyebilmek?	0	1	2	3	
j. İstediğinizde, arzuladığınız boş zaman faaliyetlerine ve spor faaliyetlerine katılabilmek?	0	1	2	3	3. HSGD (0-10):
k. Gece iyi bir uyku uyumak?	0	1.1	2.2	3.3	
l. Endişe ya da sinirlilik duygularıyla baş edebilmek?	0	1.1	2.2	3.3	HEVRD3 (0-30)
m. Depresyon ya da can sıkıntısı duygularıyla baş edebilmek?	0	1.1	2.2	3.3	

2. GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA HASTALIĞINIZDAN DOLAYI NE KADAR AĞRINIZ OLDU? LÜTFEN AĞRINIZIN ŞİDDETİNİ AŞAĞIDA BELİRTİNİZ.

HİÇ AĞRI YOK — OLABİLDİĞİNCE KÖTÜ AĞRI

0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10

3. HASTALIK YA DA SAĞLIK DURUMLARININ HAYATINIZA ŞU ANDAKİ TÜM ETKİLERİNİ GÖZ ÖNÜNE ALARAK KENDİNİZİ GENEL OLARAK NASIL HİSSETTİĞİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDA BELİRTİNİZ.

ÇOK İYİ — ÇOK KÖTÜ

0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10

DÖNÜŞÜM TABLOSU

Yoksun Remisyon (YR): 1=0.3, 2=0.7, 3=1.0
Düşük Şiddette (DŞ): 4=1.3, 5=1.7, 6=2.0
Orta Şiddette (OŞ): 7=2.3, 8=2.7, 9=3.0, 10=3.3, 11=3.7, 12=4.0

Yüksek Şiddette (YŞ): 13=4.3, 14=4.7, 15=5.0, 16=5.3, 17=5.7, 18=6.0, 19=6.3, 20=6.7, 21=7.0, 22=7.3, 23=7.7, 24=8.0, 25=8.3, 26=8.7, 27=9.0, 28=9.3, 29=9.7, 30=10.0

HEVRD3 SKORLARININ HESAPLANMASI

1. Görüşme öncesi bölüme odasında bekletilen hastalara 1, 2 ve 3'üncü soruları yanıtlamasını isteyiniz.
2. Birinci soru için, sadece A-J sorularına verdikleri yanıtlarını toplayınız (K-M sorularının bilgi sağlayıcı nitelikte olduğu belirtilmiş olmakla beraber bu sorular skor hesaplanmasına dahil edilmezler). Anket skorunu hesaplamak için sağ tarafdaki kutuda bulunan formülü kullanınız (0-10). Örneğin, cevaplarınızın toplamı 19 olan bir hastanın skoru 6.3'tür. Bu skoru hastanın fonksiyonel durumun bir değerlendirmesi olarak giriniz (FN).
3. İkinci soru için, hastanın ağrı tolerasyonun bir değerlendirilmesi olarak sağlıkla ilgiliyi kutuya hasa skoru (0-10) giriniz (AR).
4. Üçüncü soru için, hastanın global ölçümünün bir değerlendirilmesi olarak sağlıkla kutuya hasa skoru (0-10) giriniz (HSGD).
5. Birinci, ikinci ve üçüncü soruların toplam skorlarını toplayınız (0-30) ve bunları hastanın istenilenf HEVRD3 skoru olarak giriniz. Hastanın ağrılılı HEVRD3 skorunu anlayıştırmak için son dönüşüm tablosunu kullanınız. Örneğin, istenilenf HEVRD3 ölçeğinde 11 puan alan bir hasta, ağrılılı 3.7 skorunu sahip olur.

Şekil 2. Tarafımızdan çalışılan RAPID3 Türkçe versiyon

PS-096

Yaşlı romatoid artritli bireylerin kırılganlık durumlarının incelenmesi

Ayşe Nur Bayındır Akbaş[1], Bilge Başakçı Çalık[2], Veli Çobankara[1]

[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Meslek Yüksekokulu, İstanbul

Amaç: Dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyon hızla artmaktadır. Dolayısıyla geriatrik romatoid artirit (RA) olgularının sayısı da artış eğilimindedir. Kırılganlık, yaşlanmayla ortaya çıkan fiziksel ve kognitif fonksiyonlarda azalmayla birlikte ortaya çıkan güçsüzlükle karakterize yetmezlik halidir. Bu çalışma yaşlı RA'lı bireylerin kırılganlık durumlarının incelenmesi ve kırılganlık hakkında farkındalık oluşturmak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya, Pamukkale Üniversitesi, Romatoloji Kliniği tarafından takip edilen yaş ortalaması 71,59±4,95 yıl olan 138 (90 kadın, 48 erkek) yaşlı RA'lı birey dahil edildi. Bireylerin demografik verileri kaydedildikten sonra hastalık aktivitesi DAS-28 ile, kırılganlıkları Klinik Kırılganlık Skalası ile, sarkopeni durumları yağsız kas kütlesi, iskelet kas indeksi, yürüme hızı ve kavrama kuvveti ölçülerek belirlendi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Kırılganlığa etki eden faktörlerin analizinde One-Way analizi ile ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 138 yaşlı RA'lı bireyin kırılganlık puanına göre 11 birey çok zinde (%8), 29 birey zinde (%21), 40 birey iyi idare eder (%29), 31 birey çok hafif kırılgan (%22,5), 14 birey hafif kırılgan (%10,1), 4 birey orta derece kırılgan (%2,9), 9 birey ciddi derecede kırılgan (%6,5) idi. Sarkopeni varlığına göre; 47 birey pre-sarkopenik (%34,1), 17 birey sarkopenik (%12,3) ve 8 birey ağır sarkopenik (%5,8) idi. Hastalık aktivite puanın (p=0,001), kas kütlesinin (p=0,007) ve sağ (p=0,051) ve sol (p=0,024) el kavrama kuvvetlerinin kırılganlık üzerine etkili olduğu iskelet-kas indeksi (p=0,722) ve yürüme hızının (p=0,649) herhangi bir etkisinin olmadığı bulundu. Sarkopeni varlığının da kırılganlık üzerine etkin bir faktör olduğu belirlendi (p=0,001).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları yaşlı RA'lı bireylerde kırılganlık riskinin arttığını bu riskin gelişiminde hastalık aktivitesinin, sarkopeni durumunun, kas kültesi ve kuvvetinin etkin rol oynadığını göstermiştir. Bu nedenle yaşlı RA'lı bireylerde kırılganlığın erken tanınması ve bu durumun önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması RA'da hastalık sürecini yönetmede elimizi güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artirit, kırılganlık, sarkopeni

PS-097

Granülomatöz polianjiitis ve eozinofilik granülomatöz polianjiitis hastalıklarının demografik dağılımları ve otorinolaringolojik semptomların görülme sıklığı

Belkıs Nihan Coşkun[1], Nihal Lermi[1], Ahmet Sinan Cabi[2], Mustafa Aslıer[2], Utku Mete[2], Uygar Levent Demir[2], Ediz Dalkılıç[1], Yavuz Pehlivan[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa,

[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Granülomatozis polianjiitis (GPA) ve eozinofilik granülomatozis polianjitiste (EGPA) tüm organ ve sistemler etkilenebilirken %80'e varan oranda baş ve boyun bölgesinde tutulum görülebilir. Bu çalışmamızda amacımız GPA ve EGPA tanılı hastaların demografik dağılımlarını belirlemek ve bu hastaların otorinolaringolojik semptom ve bulgularını incelemektir.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalları'nda GPA ve EGPA tanıları ile takip edilen hastalar belirlendi. Tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, ilk tanı aldıkları semptomları, tetkik ve tedavi özellikleri tespit edildi. Tüm hastalar romatoloji polikliniğimizce düzenlenen medikal tedavileri almaktaydı. Ardından Şubat-Ağustos 2022 tarihleri arasında bütün hastalar KBB polikliniğinde muayene edilip güncel semptom ve bulguları belirlendi ve endoskopik kayıtları alındı. Rinolojik bulguları değerlendirmek için hastalara SNOT-22 anketleri ve tepe nazal inspiratuar akım (TNİA) testi uygulandı (Şekil 1). Otolojik bulguları değerlendirmek için saf ses odyometrisi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 20 (%45,5) kadın ve 24 (%54,5) erkek 44 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 47,6 (24-74) saptandı. Beş (%11,4) hastanın EGPA ve 39 (%88,6) hastanın ise GPA tanısı mevcuttu. Hastaların 32'sinin (%72,8) ilk başvurularında otorinlaringolojik semptomların olduğu tespit edildi (erkeklerde %70,8, kadınlarda %75). Hastaların 24'ünde (%75) rinolojik, 7'sinde (%21) otolojik, 3'ünde (%9) laringolojik ve oral kavite ile ilişkili semptomların varlığı söz konusuydu. En sık semptomlar sırasıyla; burunda kabuklanma, burun akıntısı ve burun kanaması idi. Güncel değerlendirmelerinde verilen medikal tedavilere rağmen 29 hasta (%65,9) otorinolaringolojik semptomlarının devam ettiğini belirtti. Yapılan muayene değerlendirmesinde ise 21 hastada (%47,7) somut muayene bulguları tespit edildi (Tablo 1). SNOT-22 testinde 42 hastanın ortalama değeri 18,4 olarak bulundu. Rinolojik bulgusu izlenen ve izlenmeyen hastalar arasında anket sonuçlarında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan tepe nazal inspiratuar akım ölçümlerinde de yine rinolojik bulgusu

izlenen ve izlenmeyen hastalar arasında farklılık saptandı. Fakat istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Sonuç: Çalışmamızda GPA ve EGPA hastalarında ilk başvurularında literatürle benzer olarak %72 oranında otorinolaringolojik semptomlar izlendi. Diğer literatür çalışmalarından farklı olarak ilk başvuru semptomlarından otolojik ve laringolojik semptomlar daha az oranda bulundu. Hastaların ilk başvuruları sıklıkla KBB hekimlerine olmaktadır. Başvuru semptomları arasında rinolojik olarak burunda kabuklanma, akıntı ve kanama; otolojik olarak kulak akıntısı ve işitme azlığı; laringolojik olarak subglottik stenoz bulguları en sık karşılaşılan muayene bulguları olarak saptandı. GPA ve EGPA hastalarının takibi, romatoloji ve KBB hekimlerince multidisipliner olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz polianjiitis, eozinofilik granülomatöz polianjiitis, otorinolaringolojik semptomlar

Sino-Nasal Outcome Test (SNOT-22) (Sinüs-Burun Sonuç Testi)

Hasta adı, soyadı:
Tarih:
Ameliyat:
Kontrol:

Aşağıda rinosinüzitinizin semptom ve sosyal/duygusal etkileriyle ile ilgili bir liste bulacaksınız. Bu problemleriniz hakkında daha çok bilgi sahibi olmak istiyoruz ve bu sorulara en uygun şekilde cevap verirseniz memnun olacağız. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Geçmiş 2 haftadaki yaşadığınız problemlerinizi derecelendiriniz. Katılımınız için teşekkür ederiz. Açıklama gerektiği zaman yardım istemekten çekinmeyiniz.

I. Sorun başınıza geldiğinde, ne kadar ciddi olduğunu ve ne kadar sıklıkla olduğunu düşünün ve tabloya göre ne kadar kötü hissettiğinizi ona karşılık gelen numarayı daire içine alarak işaretleyiniz.	Sorun yok	Çok hafif sorun	Hafif sorun	Orta derecede sorun	Olabilecek en kötü durumda	En önemli 5 madde
1. Burnu sümkürme ihtiyacı	0	1	2	3	4	O
2. Burun tıkanıklığı	0	1	2	3	4	O
3. Hapşırma	0	1	2	3	4	O
4. Burun akıntısı	0	1	2	3	4	O
5. Öksürük	0	1	2	3	4	O
6. Geniz akıntısı	0	1	2	3	4	O
7. Katı burun akıntısı	0	1	2	3	4	O
8. Kulakta dolgunluk	0	1	2	3	4	O
9. Sersemlik hissi	0	1	2	3	4	O
10. Kulak ağrısı	0	1	2	3	4	O
11. Yüzde ağrı ve basınç hissi	0	1	2	3	4	O
12. Koku veya tat alma kaybı	0	1	2	3	4	O
13. Uykuya dalmakta zorluk	0	1	2	3	4	O
14. Gece uyanma	0	1	2	3	4	O
15. İyi gece uykusu yokluğu	0	1	2	3	4	O
16. Yorgun uyanma	0	1	2	3	4	O
17. Yorgunluk	0	1	2	3	4	O
18. Verimliliğin düşmesi	0	1	2	3	4	O
19. Konsantrasyon azalması	0	1	2	3	4	O
20. Sinirlilik/huzursuzluk/asabilik	0	1	2	3	4	O
21. Üzüntülü durum	0	1	2	3	4	O
22. Sıkılganlık	0	1	2	3	4	O

II. Lütfen, sizin sağlığınızı etkileyen (en fazla 5 öğe) en önemli öğeleri işaretleyiniz. †

Şekil 1. SNOT-22 anketi

PS-098

Sjögren sendromu hastalarında otoantikorların otonom disfonksiyon ile ilişkisi

Gökhan Yavuzbilge[1], Nilay Erdik[2], Seyyid Bilal Açıkgöz[2], Sümeyye Merve Türk[2], Cansu Arslantürk Güneysu[2], Tamer Acat[2], Mehtap Kalçık Unan[2], Damla Karataş Kızıl[3], Gamze Dilek[4], Abbas Karakurt[5], Emel Gönüllü[2]

[1]*Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Hatay*

[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya*

[3]*Yalova Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Yalova*

[4]*Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Kliniği, Bolu*

[5]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*

Amaç: Sjögren sendromu ekzokrin salgı bezlerinin tutulumu ile karakterize, göz ve ağız kuruluğu semptomları görülebilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında ekstraglandüler tutulumlar da görülebilmektedir. Nörolojik tutulum ekstraglandüler tutulumlardan biridir ve geniş bir klinik spektruma sahiptir. Otonom disfonksiyon Sjögren sendromu hastalarında görülebilen nörolojik tutulumlardandır. Bu çalışmamızda Sjögren sendromu hastalarında nörolojik tutulumlardan birisi olan otonom disfonksiyon ile Sjögren sendromunda sık görülen otoantikorların arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Sakarya Üniversitesi, İç Hastalıkları, Romatoloji Kliniği'ne Kasım 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran primer veya sekonder Sjögren sendromu tanısı konulan hastalar dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyo-demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri kayıt edildi. Hastaların otonom disfonksiyonları COMPASS-31 skoru ile değerlendirildi. Hastalar antinükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF), anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Ro-52 otoantikorlarının pozitif olanlar ve negatif olanlar olarak gruplandırıldı ve COMPASS-31 skorları her grup için ayrı ayrı değerlendirildi. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 120 hasta dahil edildi. Hastaların 81'i (%67,5) primer Sjögren sendromu, 39'u (%32,5) sekonder Sjögren sendromu hastasıydı. Hastaların 117'si (%97,5) kadın, 3'ü (%2,5) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 54,1±11,2 yıl olarak saptandı. Hastalık süresi medyan IQR 6 (7) yıldı. Hastalardan RF negatif olanların COMPASS-31 skoru 29,1 (31,4), RF pozitif olanların COMPASS-31 skoruna 21,0 (21,9) göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo 1) ANA, anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Ro-52 otoantikorlarının pozitif ve negatif olduğu hastalarda ise COMPASS-31 skoru karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: Sjögren sendromu hastalarında otonom disfonksiyon sık olarak görülen nörolojik tutulumlardan biridir. COMPASS-31 skoru otonom disfonksiyonu değerlendirmek için geliştirilmiş bir ankettir. Literatürde anti-sentromer antikor pozitif olan skleroderma hastalarının negatif olanlara göre COMPASS-31 skoru anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanan çalışma mevcut ancak Sjögren sendromu hastalarında COMPASS-31 skoru ile antikor ilişkisini değerlendiren çalışma saptayamadık bu açıdan çalışmamız ilk olabilir. ANA, anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Ro-52 antikorlarının pozitifliği ile COMPASS-31 skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte RF negatif olan hastalarda COMPASS-31 skorunu istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptandı. Sjögren sendromu hastalarında otoantikorların otonom disfonksiyonu ile ilişkisinin değerlendirilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, otonom disfonksiyon, COMPASS-31

PS-099

Difficult-to-treat romatoid artrit; katkıda bulunan faktörler ve gerçek yaşam verileri

Gülay Alp[1], Dilek Solmaz[2], Servet Akar[2]

[1]*Bingöl Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bingöl*

[2]*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir*

Amaç: Romatoid artrit (RA) için tedavi seçenekleri, biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalığı modifiye edici anti-romatizmal ilaçların (b/tsDMARD'ler) mevcudiyeti ile genişlemiştir. Tüm bu gelişmelere karşın tedaviye rağmen hala semptomatik kalan ve klinik olarak da remisyona ulaşamamış önemli bir hasta grubu bulunmaktadır. Bu grubu tanımlamak üzere "tedavisi zor RA/*difficult-to-treat* (D2T)" terminolojisi geliştirilmiştir. EULAR tanımına göre yapılan bir çalışmada %10,1'inin D2TRA olduğu ve kadın cinsiyet, seropozitiflik, glukokortikoid tedavisi ve akciğer hastalığına sahip olma olasılıklarının D2TRA olmayan hastalara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır. EULAR 2021 D2TRA tanımına göre RA hastalarımız arasında tedavisi zor romatoid artrit (D2TRA) sıklığını belirlemenin yanı sıra demografik ve hastalık özelliklerindeki farklılıkları tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: 2010 ACR kriterlerine göre RA tanısı alan 302 ardışık RA hastasını dahil edildi. Bu hastalar daha sonra EULAR tanımına göre D2TRA veya D2T olmayan RA grubu olarak kategorize edildi. Hastaların demografik özellikleri, aktivite parametreleri kaydedildi. Yaşam kalitesi ve fonksiyonellik HAQ, anksiyete ve depresyon HADS, yorgunluk FACIT, fiziksel aktivite IPAQ ile değerlendirildi. RA başlangıcındaki risk faktörleri ve bağımsız olarak D2TRA ile ilişkili faktörler, lojistik regresyon analizi kullanılarak tanımlandı.

Bulgular: Üç yüz iki hastanın (ortalama yaş: 50,7, %80,1'i kadın, %75'i seropozitif) 27'si (%8,9) D2TRA olarak sınıflandırıldı. D2TRA'lı hastaların tanı yaşı daha düşük ve hastalık süresi daha uzundu. D2TRA grubunun, DAS28ESR, CDAI ve SDAI skorları anlamlı yüksekti. Hastalık aktivite skorlarının yanı sıra daha yüksek oranda eklem deformitesi, periferik erozyon, Sjögren sendromu ve eklem dışı belirtiler gösterdiği saptandı. Seropozitiflik durumu açısından fark izlenmezken RF 5 kat üzeri grupta daha fazla D2TRA saptandı. Ortanca komorbidite sayısı ve eşlik eden fibromiyalji oranı D2TRA grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Ek olarak fonksiyonellik kötü, FACIT yorgunluk skorları yüksek ve anksiyete fazla iken, depresyon ve fiziksel aktivite açısından farklılık izlenmedi. Çoklu regresyon analizinde, D2TRA bağımsız olarak daha yüksek HAQ skorları, RF seviyesi ve eşlik eden fibromiyalji ile ilişkilendirildi.

Sonuç: D2TRA'lı hastalar daha yüksek hastalık aktivitesine, daha kötü fonksiyonel duruma ve yaşam kalitesine sahiptir. Yüksek RF seviyeleri ve eşlik eden fibromiyaljinin varlığı bağımsız olarak D2TRA ile ilişkilidir ve hastaların genel hastalık yükünü etkiler.

Anahtar Kelimeler: *Difficult-to-treat*, fibromyalji, romatoid artrit, romatoid faktör

PS-100

2012 yılı öncesi BDMARD tedavisi başlanan RA hastaları halen takiplerine geliyor mu? Tek merkez verileri

Özlem Şahan Güven[1], Emre Bilgin[2], Mustafa Ekici[2], Gizem Ayan[2], Zehra Özsoy[2], Gül Sandal Uzun[2], Erdinç Ünaldı[2], Levent Kılıç[2], Ömer Karadağ[2], Şule Apraş Bilgen[2], Ali Akdoğan[2], İhsan Ertenli[2], Sedat Kiraz[2], Umut Kalyoncu[2]

[1]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

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

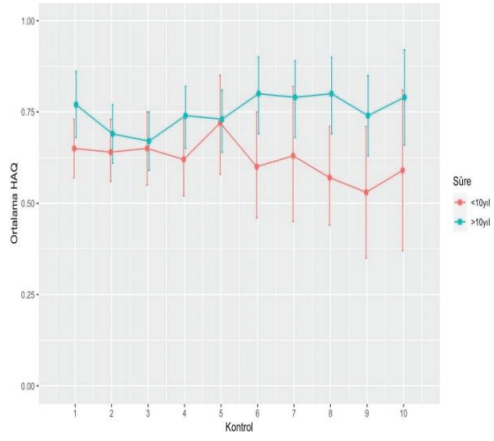
Amaç: Romatoid artritde (RA) son 2 dekatta kullanıma giren biyolojik DMARD tedavilerinin hastaların aktivite ve fonksiyonları üzerine olumlu etkileri olmuştur. bDMARD'lar uzun süredir kullanımda olmasına rağmen on yıldan uzun süreli takip ile ilgili veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada RA nedeniyle 2012 yılından önce bDMARD başlanan hastalarda aynı merkezde tedaviye devam oranı ve tedaviye devamlılıkta ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2012 yılı ve öncesinde bDMARD tedavisi başlanan RA hastaları, on yıldan uzun bDMARD tedavisi kullanma potansiyeli olan hastalar olarak değerlendirildi. Tek merkezli, retrospektif, müdahalesiz olan bu çalışmaya; 18 yaş üstü, romatoloji kliniğinde RA tanısı ile takip edilen ve on yıldan uzun bDMARD kullanma potansiyeli olan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru merkezi, komorbiditeleri, laboratuvar bulguları, kullandıkları tedaviler (sentetik ve b/tsDMARD, uygulama yolu), hastalık aktivite ölçekleri ve fonksiyonel durumları kaydedildi. Hasta verileri hastane kayıt sistemi ve hasta dosyalarından kaydedildi.

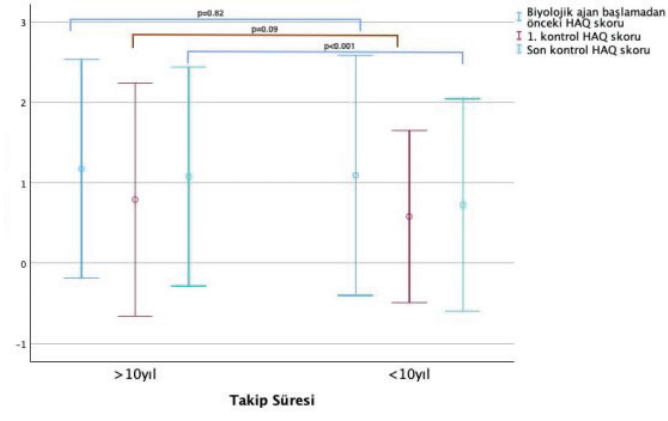
Bulgular: 2001-2022 yılları arasında, RA tanısı ile bDMARD tedavisi başlanan 2,371 hasta saptandı. 2012 yılı ve öncesinde bDMARD tedavisi başlanan, diğer deyişle 10 yıldan uzun süreli bDMARD kullanma potansiyeli olan, 640 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 242'sinin (%37,8) takip süresi on yıl ve üzerinde, 398'inin (%66,7) takip süresi on yılın altındaydı. Takip süresi on yılın üzerinde olan hastaların 218'i (%90,9) son vizitte bDMARD tedavisine devam ederken, takip süresi on yılın altında olanların 245'i (%61,6) son vizitinde bDMARD tedavisine devam ediyordu. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların 131'i (%54,1) Ankara il merkezinden geliyordu. Ankara ilinden gelen hastaların %50,2'si on yıldan uzun süre takibe devam etmişken, Ankara dışından gelen hastaların %29,8'i on yıldan uzun süre takibe gelmiştir (p<0,001). Tedavi devamlılığı olan hastalarda romatoid faktör kuvvetli pozitifliği daha fazla (%51,5 vs. %41,8, p=0,04), vücut kitle indeksi ≥25 kg/m^2 olma sıklığı daha belirgin (%74,4 vs. %62,8, p=0,005) ve metabolik sendrom komponentleri daha sıktı [hipertansiyon (%48,8 vs. %35, p=0,001), diabetes mellitus (%24,4 vs. %15,4, p=0,006), hiperlipidemi (%61,1 vs. 38,3, p<0,001)]. Uzun süre takipte, akut faz yanıtı kontrolde olan hastalarda, takip devamlılığı daha yüksekti (p=0,01). bDMARD'ler ile birlikte sentetik DMARD'lerin kullanımının on yıldan uzun süre tedavi devamlılığı sağlaması üzerine anlamlı etkisi görülmemiştir. İlk tedavi seçeneği olarak intravenöz yolla tedavi kullanıldığında, on yıldan uzun süreli devamlılık daha fazla saptandı (Tablo 2). Hastaların başlangıç ve takip aktivite değerlerinin tedavi devamlılığına etkisi görülmemişken, fonksiyonel durumu daha kötü giden hastaların daha uzun süre takip edildiği görüldü (Şekil 1, 2).

Sonuç: Hastaların yaşadıkları yerin tedavi aldıkları hastaneye yakınlığı, ilk şikayet ile bDMARD başlangıç süresi, biyolojik ajan başlama öncesi akut faz belirteçleri değeri, on yılın üzerinde tedavi takibine devam etme açısından önemli olarak görülmektedir (Tablo 3). Takipsiz hastaların başka merkezlerde de tedavilerine devam etme olasılıkları hesaba katılmalıdır. Hastaların en az %37'sinin 10 yıldan daha uzun süreli olarak takiplerine geldikleri görülmüştür. Kronik hastalığa sahip olan hastalar açısından bu oranlar kabul edilebilir seviyelerde olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar, bDMARD, ilaç uyumu



Şekil 1. Takip süresi on yıldan uzun ve kısa olan RA hastalarının bDMARD başlangıcından sonraki kontrol vizitlerindeki HAQ-DI değişimi



Şekil 2. Takip süresi on yıldan uzun ve kısa olan RA hastalarının bDMARD başlangıcı, birinci kontrol viziti ve son kontrol vizitinde HAQ-DI ve değişimi

PS-101

Genetik analizin Ailevi Akdeniz ateşi tanısına katkısı

Hikmet Akar[1], Dilek Gün Bilgiç[2], Emre Ali Acar[3], Sadettin Uslu[3], Özgül Soysal Gündüz[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Manisa

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

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşinin (AAA) kesin klinik sınıflandırması Tel Hashomer Kriterleri ile yapılmaktadır. Genetik analizler, mutasyon komplikasyonları için hastaların klinik tanısını destekleyebilir. Bu çalışmanın amacı hem MEFV mutasyonlarının AAA tanısına katkısını araştırmak hem de aynı hasta popülasyonunda fenotip-genotip korelasyonu olup olmadığını göstermektir.

Yöntem: Ocak 2016 ve Kasım 2021 tarihleri arasında 1.064 yetişkinde gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu tekniğine dayalı ticari bir kit ile taranan 12 MEFV gen mutasyonunu değerlendirdik. AAA mutasyonlarına sahip 484 kişiden 208'i ile telefonla görüşme yapabildik. Tel Hashomer Kriterleri'ne veya klinisyen görüşüne göre AAA tanısı alıp almadıklarını araştırdık ve klinik ve genetik özelliklerini karşılaştırdık. Ayrıca ülkemizde AAA tanısını üstlendiği için genetik analiz yapılan herkesin tıbbi kayıtlarından ilaç ücret muafiyeti için düzenlenmiş kolşisin veya interlökin-1 inhibitörü ilaç kullanım raporu olup olmadığı araştırıldı.

Bulgular: Bin altmış dört genetik analizin sonuçlarına göre (484'ü MEFV mutasyonlu), 228 hasta (%21,4) ya FMF tanısı ile halen kolşisin kullanıyordu ya da IL-1 inhibitörü tedavisinden önce kolşisin kullanmıştı. MEFV mutasyonu olan hastalarda AAA tanısıyla kolşisin verme oranı (%39,7) mutasyonu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001). Telefonla görüştüğümüz genetik mutasyonlu 208 hastanın 89'u (%42,8) Tel Hashomer Kriterleri'ni karşılıyordu. Tel Hashomer Kriterleri'ni karşılayan hastalarda en çok tespit edilen mutasyonlar sırasıyla M694V (%46,1), M680I (%24,7), V726A (%8,9) ve E148Q (%8,9) idi. M694V ve M680I homozigot mutasyonları ile Tel Hashomer Kriterleri'ne göre kesin/olası tanı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; p=0,001, p=0,021). E148 heterozigot mutasyonu ile tanı arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (p=0,002). Genetik mutasyonlar ile klinik bulgular arasındaki ilişki incelendiğinde, ateş ile M694V ve karın ağrısı ile M680I arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (sırasıyla; p=0,000, p=0,007).

Sonuç: Genetik, tanının doğrulanmasında kritik bir rol oynar, ancak asla klinik tanının yerini almamalıdır. Klinisyenler genetik testlerin endikasyonlarının ve sınırlamalarının farkında olmalı ve sonuçları nasıl yorumlayacaklarını bilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, MEFV mutasyon, genotip, fenotip

PS-102

Pediatrik idiyopatik rekürren perikarditler

Aybüke Günalp, Elif Kılıç Könte, Ümit Gül, Esma Aslan, Nujin Uluğ, Fatih Haşlak, Mehmet Yıldız, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Reyhan Dedeoğlu, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: İdiyopatik rekürren perikardit (İRP); perikardiyal enflamasyon belirti ve bulgularının, bir akut perikardit atağını izleyen en az 4-6 haftalık semptomsuz bir dönemden sonra ortaya çıkması olarak tanımlanır. İlk perikardit atağından sonra %30 ve ilk nüksün ardından %50 sıklıkta görülebilen tanılandırması zor bir klinik durumdur. Pediatrik hastaların yaklaşık %70'inde ve erişkinlerin >%80'inde özgün bir etiyoloji saptanamaz ve perikardit idiyopatik olarak kabul edilir. Otoimmün mekanizmaların bu hastalıkta önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Amacımız pediatrik rekürren perikardit olgularının tanıdan tedaviye seyrini değerlendirmek ve etiyolojisi aydınlatılamamış olgularda genetik ve otoimmün mekanizmaları araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamızın ilk aşamasında kliniğimizde izlemde yineleyen perikardit atakları olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavi yanıtları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde tanı almış tekrarlayan perikarditi olan 13 hasta incelenmiştir. Hastaların 9'u (%75) erkektir. Yaş ortalamaları: 13,8 (±4,6) yıl, ortalama semptom başlangıç yaşı: 10,7 (±4,3) yıl ve takip süreleri ortalama: 3,7 (±2,7) yıldır. Toplam atak sayıları ortancası: 4 (1-20) yıldır. Ataklarda tüm hastalar tipik olarak öne eğilmekle artan göğüs ağrısı tarif etmektedir. Ataklarda hastaların 8'inde (%62,5) ateş, 5'inde (%38,5) omuz ve sırt ağrısı, 3 (%23,1) hastada bulantı ya da kusma, 3 (%23,1) hastada karın ağrısı, 3 (%23,1) hastada nefes darlığı ve 2 (%15,4) hastada çarpıntı gözlenmekte idi. Enfeksiyon etkenleri açısından Brusella IgG/IgM, Rose Bengal testleri ve PPD ya da Quantiferon ile tüberküloz taraması tüm hastalarda negatif saptanmıştır. Hastaların 6'sına (%46,2) perikardiyosentez yapılmıştır ve enfeksiyöz etkenler negatif saptanmıştır. İki hastada ek olarak minimal plevral efüzyon ilk atakta gözlenmiştir. Tüm hastaların otoenflamatuvar paneli incelenmiş olup; 7 (%53,8) hastanın normal ve 4 (%30,8) hastanın da MEFV ekzon 2'de, 1 (%7,7) hastada TNFRS13B ve 1 (%7,7) TNFRS1A heterozigot mutasyon saptanmıştır. Başlangıç tedavileri tüm hastalarda kolşisin ve 8 (%62,5) hastaya steroid eklenmiştir. Takibinde tekrarlayan atakları olan 8 (%62,5) hastanın tedavisine anti-IL-1 eklenmiştir. Tüm hastalarda kolşisin tedavisine devam edilmekte ve ek olarak 4 (%30,7) hastaya anakinra, 3 (%23) hastaya kanakinumab başlanmıştır. Anti-IL-1 kullanmaya başlayan 8 hastanın tedavi öncesi yıllık ortalama atak sayıları: 4,25 (±2,6); anti-IL-1 tedavi başlandıktan sonraki yıllık ortalama atak sayıları: 1,38 (±1,7) (p=<0.05). İki hasta takibinde anskiyete bozukluğu tanısı almış ve bu sebeple tedavi görmekte; hiçbir hastanın aile öyküsünde tekrarlayan perikardit atakları ile izlenen olgu bulunmamakta; 2 hastanın ailesinde Ailesel Akdeniz ateşi, 1 hastanın ailesinde romatoid artrite bağlı perikardiyal efüzyon öyküsü bulunmaktadır.

Sonuç: Erişkinlerde yapılan çalışmalarda otoimmün ve genetik mekanizmaların İRP atakları etiyopatogenezinde etkili olabileceğine dair kanıtlar gösterilmiştir Bu konuda pediatrik hasta grubunda yapılan çalışmalar sınırlıdır ve Türkiye genelinde tekrarlayan perikardit atakları ile izlenen pediatrik hastaların verilerini değerlendireceğimiz çok merkezli bir çalışma ile hastalıkla ilgili bilgi ve deneyimimizi güçlendirmeyi hedeflemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Perikardit, anti-interlökin-1, otoimmün, MEFV

PS-103

Türkiye'deki akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının bibliyometrik parametreler ile analizi

Haluk Cinaklı

Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kırklareli

Amaç: Bibliyometrik analizlerde kullanılan bibliyometrik parametreler akademik üretkenliğin ve etkinin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Bu parametreler arasında yayın sayısı, atıf sayısı, impact faktörü, Hirsch indeksi (H-indeksi), Eigenfactor skoru, E-indeksi ve M-indeksi yer alır. Akademik dünyada kullanılan H-indeksi, bir yayının ne sıklıkla alıntılandığına bağlı olarak belirlenir ve bir araştırmacının en az H kez alıntılanan yayınlarının sayısı olarak tanımlanır. Amerika'daki romatologlar arasında yapılan bir çalışmaya göre (551 erkek, 390 kadın), erkeklerle karşılaştırıldığında, kadın profesör (%12,6 vs. %36,8) ve doçent (%17,5 vs. %28) oranı daha düşükken, doktor öğretim üyesi oranı (%55,5 vs. %31,5) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın amacı, bilim alanındaki üretimi gösteren bibliyometrik parametrelerinin, ülkemizde çalışan akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının cinsiyet, çalıştıkları kurum ve ünvana göre olan etkilerini incelemektir.

Yöntem: Ülkemizde çalışan Türkiye Romatoloji Derneği'ne kayıtlı akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının yayın sayısı, atıf sayısı, H-indeksi Scopus veri tabanı kullanılarak belirlendi. Katılımcıların yayın sayısı, atıf sayısı ve H-indeksi ile cinsiyet, ünvan ve çalıştıkları kurum açısından ilişkileri gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen akademik ünvanı olan romatoloji uzmanlarının 110'u (%60,1) erkekti. Scopus veri tabanından elde edilen verilere göre ortalama yayın sayısı 68,4±64,9, ortalama atıf sayısı 1712,1±2845,6, ortalama H-indeksi 17,0±12,4 olarak tespit edildi. Çalışmaya katılan romatoloji akademisyenlerinin 110'u (%60,1) profesör, 54'ü (%29,5) doçent ve 19'u (%10,4) doktor öğretim üyesiydi (Tablo 1). Profesörlerin, doçent ve doktor öğretim üyelerine göre ortalama yayın sayısı, ortalama atıf sayısı ve ortalama h-indeksi daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Erkek akademisyenlerin kadın akademisyenlere göre ortalama yayın sayısı ($p=0,006$), ortalama atıf sayısı ($p=0,037$) ve ortalama H-indeksi ($p=0,041$) anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 2). Akademik ünvanı olan uzmanların büyük çoğunluğu metropol şehirlerde ($p=0,01$) ve Ankara'nın batısında ($p=0,007$) çalışmakla birlikte; büyük çoğunluğunun devlet üniversitelerinde ($p<0,001$) görev yaptığı görüldü (Tablo 3).

Sonuç: Ülkemizdeki akademik ünvana sahip romatoloji uzmanları erkek çoğunlukta olup, kadın akademisyenlere göre ortalama yayın sayıları, ortalama atıf sayıları ve ortalama H-indeksleri daha yüksek bulundu. Ersözlü ve ark.'nın yaptığı çalışmada akademik ünvanı olmayan romatoloji uzmanları ve yandal uzmanlık öğrencileri arasında kadın cinsiyet oranının arttığı görülmüştür. Romatoloji alanında cinsiyet dengesi değişmeye devam ettikçe kadınların romatoloji alanında akademik ilerlemesinde eşitlik sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik parametreler, H-indeksi, romatoloji uzmanları

PS-104

Sistemik skleroz ilişkili pulmoner arteriyel hipertansiyona genel bir bakış- ulusal sağlık sistemi verileri

Alper Sarı[1], Hasan Satış[2], Gizem Ayan[4], Orhan Küçükşahin[5], Umut Kalyoncu[4], Ali Aykut Fidancı[3], Mustafa Okan Ayvalı[3], Naim Ata[3], Mustafa Mahir Ülgü[3], Şuayip Birinci[3], Ali Akdoğan[4]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[2]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[3]Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

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

[5]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

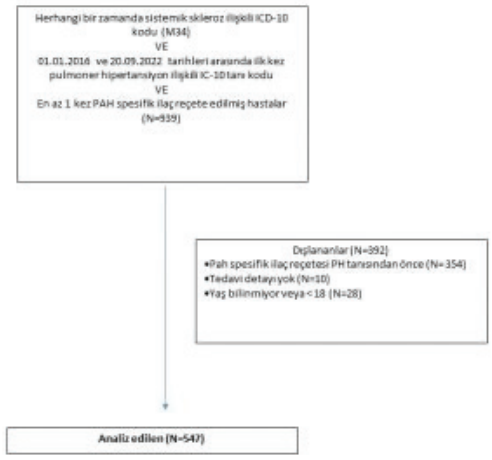
Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) sistemik sklerozun (SSk) morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir komplikasyonudur (SSk-PAH). Ülkemizde SSk-PAH ile ilgili ülke çapında yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki SSk-PAH hastalarının özelliklerinin, aldıkları tedavilerin ve sağkalımlarının incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veritabanı'ndan elde edildi. Herhangi bir zamanda SSk ilişkili ICD-10 tanı kodları (M34) girilmiş ve Ocak 2016-Eylül 2022 tarihleri asında ilk kez pulmoner hipertansiyon ilişkili tanı kodları (I27,0 ve/veya I27,2) girilmiş ve en az 1 kez PAH spesifik ilaç reçete edilen 18 yaş ve üzerindeki hastalar dahil edildi. PAH spesifik ilaç reçetesi ilk PAH tanısından önce olan hastalar dışlandı (Şekil 1). Tedavi başlangıcında 3 aydan kısa süre ara ile farklı 2 gruptan PAH ilacı reçete edilmesi başlangıç kombinasyon tedavisi olarak tanımlandı. En az 1 kez J84 tanı kodu girilmesi interstisyel akciğer hastalığı (İAH) varlığı olarak kabul edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Sağkalım analizleri için Kaplan-Meier eğrileri kullanıldı.

Bulgular: Dahil edilen 547 hastanın (%90,7 kadın) SSk ve PAH tanısı anında ortalama yaşı 58,1 (48,1-66,1) ve 59,9 (50,0-67,4) idi. Hastaların %38'inde İAH mevcuttu. En sık kullanılan PAH spesifik ilaç grubu endotelin reseptör antagonistleri idi, hastaların %19'u başlangıç kombinasyon tedavisi almıştı. Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Ortalama takip süresi 3,2 (1,5-4,8) yıldı. Takip süresince hastaların %36,4'ü ölmüştü. Bir, 3 ve 5 yıllık sağkalım sırası ile %90, %73 ve %56 olarak bulundu (Şekil 2).

Sonuç: Bu Çalışmada SSk-PAH hastalarında gözlenen sağkalım oranları daha önce bildirilen kayıt kütüğü verilerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur. SSk-PAH tanı yaşının diğer çalışmalara göre daha erken olması bunun nedenlerinden biri olabilir.

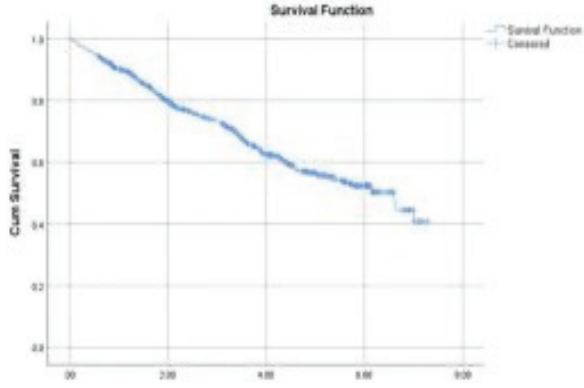
Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, PAH, sağkalım



Şekil 1. Çalışma popülasyonu tanımlanması, dahil etme ve dışlama kriterleri

Tablo 1. SSk-PAH hastalarının genel özellikleri (n=547)

Kadın, n (%)	496 (90,7)
Takip süresi, yıl, ortalama (q1-q3)	3,2 (1,5-4,8)
SSk tanı yaşı, ortanca (q1-q3)	58,1 (48,1-66,1)
PAH tanı yaşı, ortanca (q1-q3)	59,9 (50,0-67,4)
Tanılar arasındaki zamansal ilişki, n (%)	
Önce SSk	286 (52,3)
Eşzamanlı (6 ay içinde)	166 (30,3)
Önce PAH	95 (17,4)
İmmünosupresif kullanımı, n (%)	
Mikofenolat mofetil	199 (36,5)
Siklofosfamid	16 (2,9)
Rituksimab	2 (0,5)
İnterstisyel akciğer hastalığı, n (%)	210 (38,4)
PAH spesifik tedavisi (%)	
Endotelin reseptör antagonistleri	420 (76,8)
Bosentan	239 (43,7)
Ambrisentan	67 (12,2)
Macitentan	183 (33,5)
Fosfodiesteraz-5 inhibitörleri	326 (59,6)
Sildenafil	185 (33,8)
Tadalafil	170 (31,1)
Prostasiklinler	134 (24,5)
İnhale iloprost	81 (14,8)
İntravenöz epoprostenol	8 (1,5)
Seleksipag	66 (12,1)
Riyosiguat	46 (8,4)
Başlangıç kombinasyon tedavisi, n (%)	106 (19,4)



Şekil 2. SSk-PAH hastalarının sağkalım eğrisi

PS-105

Erişkin başlangıçlı Still hastalığında mevsimsel dağılım ve hastalığın seyri ile mevsimler arasındaki ilişki

Reşit Yıldırım, Mustafa Dinler, Burcu Ceren Uludoğan, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

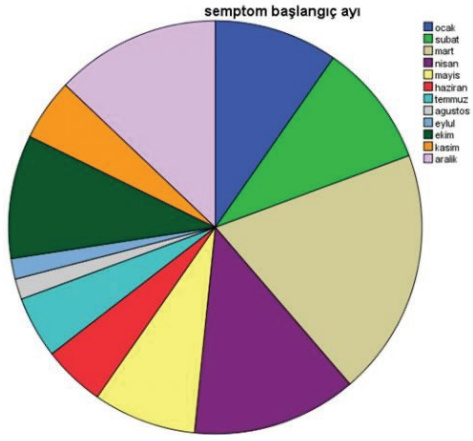
Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, tekrarlayan yüksek ateş, döküntü, eklem tutulumu ve hiperenflamasyon ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber monofazik, polifazik veya kronik persistan seyir gösterdiği klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda erişkin başlangıçlı Still hastalığının mevsimsel dağılımına ve bu dağılımın hastalığın seyri olan ilişkisini inceledik.

Yöntem: Bu çalışmaya Yamaguchi kriterlerini karşılayan, ilk tanısı ve takipleri kliniğimizde yapılan toplam 62 erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanılı hasta alındı. Hastaların ilk tanıya kadar olan süredeki semptomları, semptomların başladığı mevsim ve ay, demografik verileri, laboratuvar parametreleri, takip vizitlerindeki klinik seyirleri kaydedildi. Hastaların semptomlarının başladığı ay ve mevsim dağılımı ile klinik seyir arasındaki ilişki incelendi.

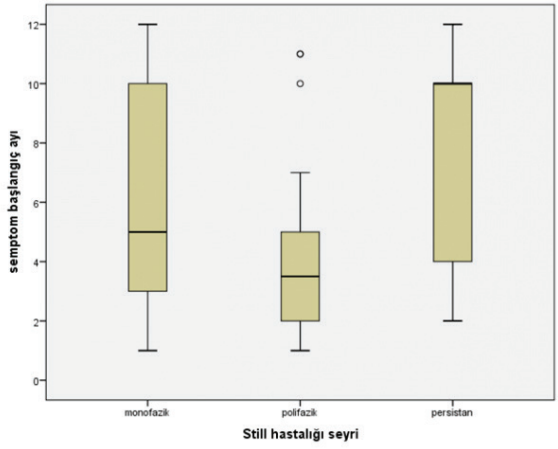
Bulgular: Hastaların %80,6'sı kadın idi ve ortalama tanı yaşı 40,32±14,88 yıl olarak hesaplandı. Ateş (%98,4), döküntü (%77,4), artrit (%67,7) ve boğaz ağrısı (%54,4) en sık görülen bulgular iken, lenfadenopati (%24,2), splenomegali (%14,5), hepatomegali (%10) ve serözit (%6,5) diğer klinik bulgular idi. Hastaların 35'i monofazik, 18'i polifazik ve 5'i kronik persistan seyir göstermekteydi. Toplam takip süresi 53,5±57,15 ay olarak bulundu. Altı hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişmişti ve bu hastaların 2'si multiorgan yetmezlik nedeniyle kaybedildi. Semptomların başlangıcı anında ay dağılımına bakıldığında en sık Mart (%19,4), Nisan ve Aralık (%12,9) iken, Ağustos ve Eylül aylarında Still başlangıcı çok nadir saptanmıştır (%1,6) (Şekil 1). Tüm başvurular içerisinde Still hastalığının en sık ilkbahar mevsiminde (%40,3) en az yaz mevsiminde ortaya çıktığı gözlendi (%11). Hastalığın mevsimsel dağılımı ile klinik seyri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Şekil 2) (p=0,635). MAS gelişiminin Mart (2), Mayıs (2) ve Aralık (2) aylarında olduğu görüldü. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında tetikleyici faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gözlemsel çalışmalarda enfeksiyöz, ilaç gibi nedenlerin hastalığı tetiklediği yönünde veriler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonuçları hastalığın başlangıcında mevsimsel bir dağılım olduğunu göstermesi açısından değerlidir.

Sonuç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığında tetikleyici faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gözlemsel çalışmalarda enfeksiyöz, ilaç gibi nedenlerin hastalığı tetiklediği yönünde veriler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonuçları hastalığın başlangıcında mevsimsel bir dağılım olduğunu göstermesi açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, mevsim, dağılım, klinik seyir



Şekil 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalığında semptom başlangıcının aylara göre dağılımı



Şekil 2. Semptom başlangıç ayları ile Still hastalığı seyri arasındaki dağılım

PS-106

Behçet hastalığı ile takipli hastalarda obstetrik süreçlerin retrospektif değerlendirmesi: Tek merkez deneyimi

Rabia Deniz[1,2], Ferdanur Deniz[3], Gizem Şirin Kalem[4], Duygu Sevinç Özgür[5], Gamze Akkuzu[5], Bilgin Karaalioğlu[5], Fatih Yıldırım[5], Burak İnce[5], Kübra Kalkan[5], Gül Güzelant Özköse[5], Cemal Bes[5]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH), her iki cinsiyeti de etkileyen ve genellikle üreme çağında tanı konulan multisistemik bir vaskülittir. Bu çalışmada, BH ile gebelik arasındaki ilişkiyi hem maternal hem de fetal açıdan araştırmayı amaçladık. Bu retrospektif, tek merkezli, tanımlayıcı çalışmada 18 Behçet hastasının toplam 61 gebeliği incelendi. Klinik ve demografik veriler, hasta yaşı, hastalık öyküsü, obstetrik öykü, gebelik sonucu ve hem maternal hem de fetal komplikasyonlara ilişkin kayıtlardan elde edildi. Hatırlama yanlılığını önlemek için, her hastanın yalnızca son gebeliği, hastalık aktivitesi ve gebelik sırasında ilaç kullanımı veya revizyonu açısından değerlendirildi.

Yöntem: Hastaların tanı anındaki ortanca yaşı 25 ve ilk gebelik yaşı 24,5 idi. Gebelikte ortanca BH süresi 3,5 yıldı. Sadece bir hastanın gebelik için in vitro fertilizasyon desteği gerekti. Tüm hastalar son gebelikten önce remisyondaydı. Tüm hastalık süresince ve son gebelik esnasında saptanan klinik bulgular Tablo 1'de verilmiş olup, 14 (%77,8) hastada gebelikte herhangi bir semptom görülmezken, geri kalan 3 hastada mukokütanöz ve 1 hastada vasküler aktivite mevcuttu. Hiçbir hasta teratojen bir ilaç altında plansız gebelik ile başvurmazken, hastaların tüm takipleri ve gebelik öncesi son vizit sırasında aldıkları tedaviler Tablo 2'de verilmiştir. Toplam 61 gebeliğin 3'ü devam ederken, tamamlanmış 58 gebeliğin 43'ü canlı doğumla (%74,1) sonuçlanmıştır. Abortus %20,7, preterm doğum %11,6, preeklampsi %5,6 olup, doğumsal fetal anomali izlenmedi. Maternal ve fetal komplikasyonlar ve detaylı obstetrik öykü Tablo 3'te verilmiştir.

Bulgular: En az 1 abortus öyküsü olan hasta sayısı 8 iken 10 hastamızın abortus öyküsü olmamıştır. Abortusu olan ve olmayan hastaların yaşları, ilk gebelik yaşları, hastalık süreleri, ailede BH olan birey varlığı benzer saptanmıştır. Abortusu olan hastaların 5/8'i (%67,5) gebelik öncesi kolşisin alırken, abortusu olmayan hastaların hiçbiri gebelik öncesi kolşisin almamıştır ($p<0,001$). Gebelik öncesi son vizitte AZA ve kortikosteroid kullanımı ise benzer bulunmuştur.

Sonuç: BH'nin gebeliğe bir engel teşkil etmediği ve gebelik sırasında klinik bulgularda gebeliğin de ayrıca yatkınlık oluşturduğu derin ven trombozu gibi vasküler hadiseler dışında ciddi bir alevlenme beklenmediği gözlenmiştir. Ancak hastaların gebelik öncesi teratojenik ilaçlar açısından tedavi revizyonu için değerlendirilmesi, mümkünse remisyon döneminde gebelik planı yapılması, gebe hastaların sık ve yakın izlemi; hem maternal hem fetal riskleri azaltmak açısından önemli görünmektedir. Tek merkez verisi, retrospektif analiz ve örneklem sayısının azlığı çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, gebelik, gebelik morbiditesi, fetal morbidite

PS-107

NLRP1 gen varyantları ile ilişkili sistemik otoenflamatuvar hastalık fenotipi olan hastaların klinik özellikleri

Shirkhan Amikishiyev[1], Tuğba Kalaycı[2], Rabia Deniz[3], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Murat İnanç[1], Ayla Şahin[2], Aynur Aday[2], Sema Sırma Ekmekçi[2], Neslihan Abacı[2], Şükrü Öztürk[2], Şükrü Palanduz[2], Ahmet Gül[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: NLRP1, NOD benzeri reseptör ailesinin tanımlanan ilk üyesi olmasına rağmen, patojen veya hasarla ilişkili paternleri tanıyan reseptör olarak rolü ve sistemik otoenflamatuvar hastalıklarla (SAID) ilişkisi tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır. *NLRP1* genindeki yanlış anlamlı (missense) veya anlamsız (non-sense) varyantlar diskeratoz, artrit, tekrarlayan ateş, kronik enfeksiyonlar, akut faz yanıtı, tekrarlayan respiratuvar papillomatoz, keratosis pilaris, palmoplantar siğil-benzeri hiperkeratotik papüller, atrofoderma vermikülata ve ailesel keratozis likenoides kronika gibi bazı klinik fenotiplerle ilişkilendirilmiştir. Bazı polimorfizmler otoimmün bozukluklarla da ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada NLRP1 varyantlarına sahip 5 hastamızın klinik bulgularının sunulması planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma grubu, merkezimize potansiyel SAID tanısı ile sevk edilen ve 22 otoenflamatuvar genin varyantları açısından taranan hastaları içermekteydi. NLRP1 varyantı olan hastalar belirlenmiş ve bu hastaların klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Potansiyel SAID tanısı ile genetik inceleme yapılmış olan toplam 146 olgunun verileri incelendi. Beş olguda (%3,4) NLRP1 varyantları tespit edildi. NLRP1 varyantlarının tümü belirsiz öneme sahip (VUS) olarak sınıfladırılmıştı. Bir hasta hariç hepsinde diğer otoenflamatuvar hastalıklara özgü varyantlar eşlik etmekteydi (Tablo 1). Hastalarda en sık klinik bulgu tekrarlayan ürtikeriyal döküntüydü (n=4). Birinci olguda sakroiliitle seyreden Crohn hastalığına ek olarak NLRP3 ilişkili otoenflamatuvar hastalık benzeri fenotip vardı. İkinci olgu iki farklı genetik varyantın kombinasyonuna sahipti ve sklerit atakları vardı. Üçüncü olguda tekrarlayan oral aft, genital ülser ve serebrovasküler olay ile birlikte Behçet hastalığı-benzeri fenotip vardı, genetik olarak *NLRC4* ve *NLRP1* genlerinde VUS bulundu. Dördüncü olguda

NLRP1 geninde VUS ve patojenik MEFV varyantı bulundu; serozit ve periorbital ödem ile TRAPS benzeri bir fenotipe sahipti. Beşinci olguda *NLRP1* geninde *VUS* ve *MEFV* geninde patojenik varyant ile birlikte beş farklı gende VUS varyant saptandı; klinik olarak FMF benzeri tablo vardı. Hastaların hiçbirinde SAID'lerle uyumlu bir fenotip için aile öyküsü yoktu.

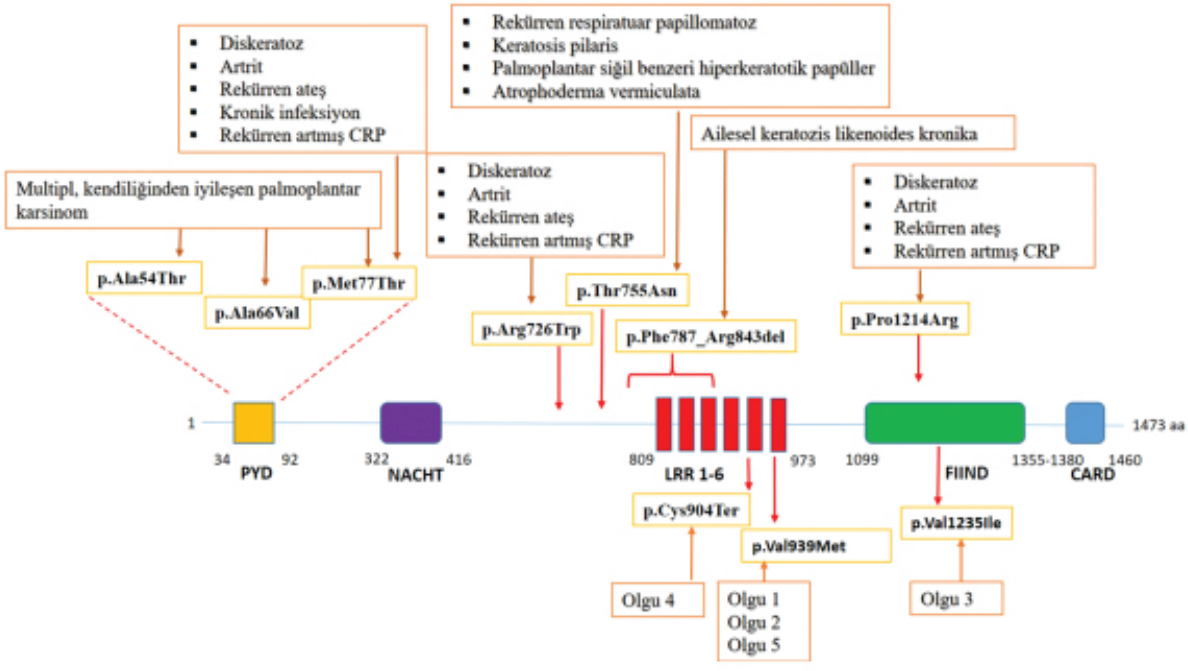
Sonuç: NLRP1 ile ilişkili SAID yeni bir antite olarak ortaya çıkmaktadır ve bildirilen hastaların fenotipik özellikleri, genin farklı alanlarındaki varyantların konumlarına göre önemli ölçüde değişmektedir (Şekil 1). *NLRP1* geninde 3 farklı VUS ile birlikte en yaygın klinik özellik olarak tekrarlayan ürtikeri olan 4 olgunun sunulması, daha önce bildirmiş NLRP1 varyantlı olgularda ürtiker bildirilmemesi nedeniyle önemlidir. *NLRP1* geni p.Val939Met varyantı nispeten yaygın (alel sıklığı 0,01) varyanttır. Ancak bu varyantın mevcut hasta grubunda nispeten sık gözlemlenmesi, *NLRP3* genindeki nispeten yaygın *p.Gln703Lys* varyantına çok benzer bir işlevsel role sahip olabileceğini düşündürmektedir. Diğer iki varyant (*p.Val1235Ile* ve *p.Cys904Ter*) daha önce rapor edilmemiştir ve özellikle *p.Cys904Ter* varyantının proteinin sentezinde erken sonlanmaya neden olması sebebiyle patojenik olması beklenmektedir (Şekil 1). NLRP1 varyantı olan daha fazla olgunun toplanması NLRP1 ilişkili otoenflamatuvar hastalık klinik bulgularının spektrumunun aydınlatılmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: NLRP1, sistemik otoenflamatuvar hastalık

Tablo 1. NLRP1 varyantlarına sahip hastaların genotip ve fenotipleri

Hasta numarası	Cinsiyet	Güncel yaş	Tanıda yaş	Gen	Amino asit değişimi	rs numarası	Sıklık	Klinik	Tedavi
1	K	32	4	NLRP1 †	p.Val939Met	rs61754791	0.016102	Soğuk kaynaklı ürtikeryal döküntü, karın ağrısı, bulantı, yüksek akut faz reaktan yanıtı, Crohn hastalığı ve sakroiliit, proteinüri (amiloidoz?) ile birlikte iki haftada bir olan ateş atakları	Kanakinumab
2	K	42	37	NLRP1 †	p.Val939Met	rs61754791	0.016102	Yüksek akut faz reaktanları ile birlikte sklerit ve ürtikeryal döküntü atakları Deri biyopsisi: vaskülit bulguları olmaksızın perivasküler nötrofil infiltratı	Anakinra
				IL31RA †	p.Glu698Lys	-	-		
3	E	46	29	NLRP1 †	p.Val1235Ile	-	-	2-3 gün süren ateş, artrit, ürtikeryal döküntü ve karın ağrısı atakları ile beraber aftöz stomatit, genital ülserler, serebrovasküler olay, yüksek akut faz reaktanları, karaciğer enzimleri ve kreatinin kinaz değerlerinde artış	Anakinra
				NLRC4 †	p.Ser572Asn	-	-		
4	E	41	30	NLRP1 †	p.Cys904Ter	-	-	Ateş, serozit, ürtikeryal döküntü, periorbital ödem atakları	Kolşisin Kanakinumab
				MEFV*	p.Val726Ala	rs28940579	0.001541		
					p.Arg761His	rs104895097	0.000199		
5	E	64	62	NLRP1 †	p.Val939Met	rs61754791	0.016102	Yüksek akut faz reaktanları ile birlikte iki hafta süren ateş atakları	Kolşisin Prednizolone
				MEFV*	p.Met694Val	rs61752717	0.000223		
				NLRP12 †	p.Thr260Met	rs150280940	0.000264		
				NLRP3 †	p.Gln705Lys	rs35829419	0.030266		
				CARD14 †	p.Lys284del	-	-		
				IKBKG †	p.Asp181Asn	-	-		
				LPIN2 †	p.Pro626Ser	rs150806357	0.000948		

**: Patojenik ve muhtemel patojenik, †: VUS*



Şekil 1. NLRP1 varyantları ve bildirilen hastaların fenotipik özellikleri (çizginin üstünde) ve bizim olgularımız (çizginin altında)

PS-108

Primer Sjögren sendromu olan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin incelenmesi

Esra Sevimli[1,2], Seda Günay[3], Alida Aliyeva[4], Meral Yay[5], Farida Fortune[6], Nevsun İnanç[4], Gonca Mumcu[7]

[1]*Arel Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, (Doktora Öğrencisi), İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[4]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[5]*Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı, İstanbul*

[6]*Londra Queen Mary Üniversitesi İmmünobiyoloji ve Rejeneratif Tıp Merkezi, Barts ve Londra Tıp ve Diş Hekimliği Okulu, Londra, İngiltere*

[7]*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul*

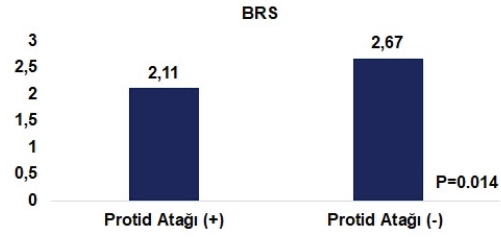
Amaç: Psikolojik dayanıklılık kavramı; zorlayıcı olaylar ile başa çıkabilmeyi ve sorunların üstesinden gelebilmeyi sağlayan olumlu psikolojik kapasite olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kronik otoimmün bir hastalık olan primer Sjögren sendromlu (pSS) hastalarda Psikolojik Dayanıklılık düzeyini Brief Resilience scale (BRS) ölçeği ile ölçmek ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, 2016 ACR/EULAR pSS tanı kriterlerini karşılayan Sjögren sendromu polikliniğinde takip edilen 116 pSS hastası (K/E: 111/5; 53,78±12,30 yıl) dahil edilmiştir. Veriler; klinik muayene ve anket aracılığıyla toplanmıştır. Ankette hastaların şikayetlerinin yanı sıra hasta kaynaklı ölçekler yer aldı. Araştırmada kullanılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan BRS ölçeği 6 maddeden oluşmaktadır ve her madde 5'li Likert puanlaması ile değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach-alfa değeri ile değerlendirildi. Araştırmada EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) puan ortalaması 5'in üzerinde olmasına (<5 n=26, %22,4 ve ≥5 n=90, %77,6) göre hastalar iki gruba ayrıldı (3) ve klinik bulgular ile BRS ölçek puanı arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Ayrıca BRS ile Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anksiyete ve -Depresyon) ölçek puanları arasındaki ilişkiler de incelendi.

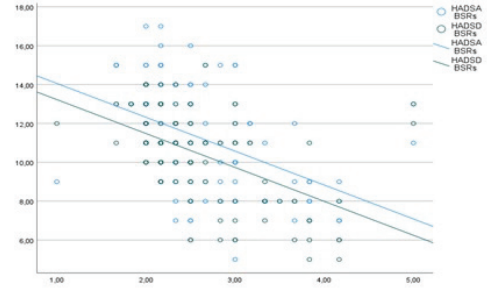
Bulgular: Araştırma grubunda Parotit atağı geçiren hastaların BRS puanı (2,11±0,37) geçirmeyenlere göre daha düşük bulundu (2,67±0,86) (p=0,014) (Şekil 1). Tüm grupta hastaların BRS puanı (2,60±0,69) ile HADS-Anksiyete (11,26±2,67) ve HADS-D (10,43±2,33) puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu da belirlendi (r=-0,45 p<0,001, r=-0,45 p<0,001) (Şekil 2). Kserostomi şikayeti olan hastalardan (n=104) bir önceki muayeneye göre kuruluğun azaldığını bildiren hastalarda (n=22, 2,87±0,72), kuruluğun arttığı/aynı kaldığını bildiren hastalara (n=82, 2,55±0,69) göre BRS ölçeği puanının daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,054) (Şekil 3). ESSPRI puan ortalaması 5'in üzerinde olan semptomatik hasta grubunda (n=90, %77,6), BRS puanı hem "kserostomi" hem de "göz kuruluğu" şikayeti olan hastalarda (n=79), izole "kserostomi" şikayeti olan hastalara (n=7) göre daha düşüktü (2,59±0,69 ve 2,84±0,84) (p=0,020). Ancak en düşük BRS puanı (2,41±0,61) izole "göz kuruluğu" şikayeti olan hastalarda (n=4) görüldü. Benzer ilişki ESSPRI puanı <5'in altında olan grupta görülmedi (n=26) (p>0,05) (Şekil 4). BRS ölçeğinin, iç tutarlılığını yansıtan Cronbach-alfa değeri 0,704 olarak belirlendi ve tutarlı olarak bulundu.

Sonuç: Parotit ataklarının görülmesinin yanı sıra semptomatik hastalarda "kserostomi" ve "göz kuruluğunun" bir arada olmasının *Psikolojik Dayanıklılığı* azalttığı belirlendi. Ayrıca *Psikolojik Dayanıklılığın*, "anksiyete" ve "depresyon" düzeyindeki azalma ile arttığı da gözlendi. Uygulanması kolay olan BRS ölçeğinin sonuçlarının pSS hastaların şikayetleri ile uyumlu ve tutarlı olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Brief Resilience scale, parotit atağı, kserostomi, primer Sjögren sendromu

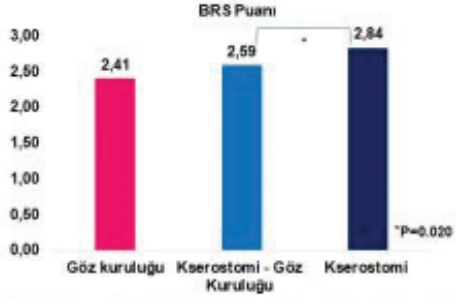


Şekil 1. Parotid atağı geçiren ve geçirmeyen hastaların BRS puanları



Şekil 2. BRS ile HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişkiler





Şekil 3 ve 4. Farklı semptomlara göre BRS puanları

PS-109

Radyografik ve non-radyografik axSpA hastalarının karşılaştırılması; cinsiyet yönünden ayrıntılı bir analiz sonuçları

Esra Erpek Karaova, Elif Ediboğlu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Gülay Alp, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Özge Yoğurtçu, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Radyografik (r) ve radyografik olmayan (nr) aksiyal spondiloartrit (axSpA) hastalarının; demografik, klinik özellikler ile hastalık yükü ve tedavi yaklaşımı yönünden karşılaştırılması; tüm bu özelliklerin cinsiyete göre de ayrıntılandırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışamıza "Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)" kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan toplam 695 [328 (%47,2) r-axSpA ve 367 (%52,8) nr-axSpa] hasta dahil edildi. Kohorta alınışlarında ve takiplerinde yapılandırılmış bir forma kaydedilen demografik, hastalık ilişkili, laboratuvar ve tedavi ile ilgili verileri retrospektif olarak kaydedilerek analiz yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma (SS), kategorik değişkenler yüzde ile ifade edildi. Gruplar arasında; kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Hastalar nr-axSpA ve r-axSpA tanılarına göre karşılaştırıldığında; nr-axSpA grubunda kadın cinsiyet anlamlı olarak yüksekti [190 (%51,7'ye 83) (25,3)]. Gruplar arasında yaş, tanıdan itibaren geçen süre ve semptom süresi r-axSpA grubunda yüksekti (p<0,05). Herhangi bir dönemde sigara kullanımı r-axSpA grubunda daha fazlaydı (p<0,05). HLA-B27 oranı, C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı düzeyleri, BASDAI hariç hastalık aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçek skorları; biyolojik tedavi oran ve süresi, radyografik kalça tutulumu ve protezli hasta sayısı r-axSpA grubunda anlamlı (p<0,05) olarak yüksekti (Tablo 1). Radyografik olmayan axSpA grubunda ise eğitim düzeyinin anlamlı olarak (p=0,003) daha yüksek olması ve BASDAI skorunun gruplar arasında benzer oluşu (4,2±2,2'ye 4,2±2,3 p=0,903) dikkat çekici idi (Tablo 1). Erkek ve kadın hastalar kendi içlerinde r-axSpA ve nr-axSpA olarak gruplandırıldığında ise hastalık yükünü yansıtan aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitesi ölçekleri kadın grupta benzer iken erkek r-axSpA grubunda BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, BASMI, ASQoL, HAQs skorlarının anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksek olduğunu gördük (Tablo 2). Son olarak Tablo 3'te özetlenildiği üzere kadın-erkek nr-axSpA'lar ve kadın-erkek r-axSpA'lar kendi içlerinde değerlendirildiğinde r-axSpA grubunun kadın ve erkekler arasında daha benzer olduğu; nr-axSpA grubunda ise BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, BASMI, ASQoL ve HAQs skorlarının kadınlarda daha yüksek olduğunu gördük (p=0,05).

Sonuç: Radyografik ve nr-axSpA hastaları karşılaştırıldığında, hastalık yükü açısından fark; kadın hastalarda benzer olmasına karşın erkek hastalardan kaynaklanıyor olabilir. Yaptığımız diğer bir analiz sonucunda r-axSpA, kadın ve erkek hastalarda benzer hastalık yüküne sahipken nr-axSpA'lı kadın hastaların daha yüksek skorlar verme eğiliminde oldukları gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Radyografik ax-SpA, non-radyografik ax-SpA, cinsiyet

Tablo 1. Radyografik axSpA ve nr-axSpA hastaların karakteristiklerinin karşılaştırılması

	nr-axSpA N=367	r-axSpA N=328	P değeri
Kadın cinsiyet n (%)	**190/367 (51.7)**	**83/328 (25.3)**	**0.000**
Yaş, yıl ort ± SD	**43.8±10.6**	**50.1±12.3**	**0.000**
Semptom süresi, yıl ort ± SD	**15.1±8.1**	**22.9±11.2**	**0.000**
Eğitim süresi, yıl ort ± SD	**10.7±4.3**	**9.3±4.3**	**0.000**
Sigara kullanımı n (%)	**113/180 (62.8)**	**139/186 (74.7)**	**0.014**
VKI kg/m2 ort ± SD	28.2±21.6	26.1±4.8	0.135
Klinik Özellikler			
Daktilit n (%)	9/345	11/290	0.395
Periferik artrit n (%)	105/340	103/285	0.165
Topuk ağrısı n (%)	**158/323 (48.9)**	**98/267 (36.7)**	**0.003**
Reaktif artrit n (%)	2/320	3/266	0.510
Psöriazis n (%)	19/365	22/325	0.386
IBH n (%)	21/317	9/264	0.081
Üveit n (%)	54/365	64/326	0.092
Radyolojik kalça tutulumu n (%)	**15/367 (40.9)**	**74/328 (22.6)**	**0.000**
Kalça protezi n(%)	**4/367 (1.1)**	**20/328 (6.1)**	**0.000**
Laboratuvar ve Hastalık Ölcekleri			
HLA-B27 pozitifliği n (%)	**138/299 (46.1)**	**170/253 (67.2)**	**0.000**
C-reaktif protein mg/dl ort ± SD	**9.3±16.8**	**22.5±18.9**	**0.000**
BASDAI ort ± SD	4.2±2.2	4.2±2.3	0.903
BASFI ort ± SD	**3.2±2.6**	**4.13.2**	**0.000**
ASDAS-CRP ort ± SD	**2.5±1.1**	**3.1±1.2**	**0.000**
BASMI ort ± SD	**2.8±1.4**	**4.1±1.9**	**0.000**
ASQOL ort ± SD	**8.7±5.2**	**9.7±5.7**	**0.034**
HAQs ort ± SD	**0.8±0.6**	**0.9±0.7**	**0.007**
ASAS aile öyküsü n (%)	93/267 (34.8)	75/218 (34.4)	0.922
Tedavi			
NSAID kullanımı n (%)	263/318	217/271	0.413
Bivolojik tedavi kullanımı n (%)	**135/366 (36.9)**	**187/325 (57.5)**	**0.000**
Bazal biyolojik tedavi n (%)	**91/364 (25)**	**122/317 (38.5)**	**0.000**
Biyolojik tedavi süresi ort ± SD	**7.3±3.8**	**9±4**	**0.000**
Ek hastalık varlığı n (%)	**62/310 (20)**	**77/250 (30.1)**	**0.003**

Tablo 2. Erkek ve kadın hastaların kendi içinde karşılaştırılması

	Erkek nr-axSpA N=177	Kadın nr-axSpA N=190	P değeri	Erkek r-axSpA N=245	Kadın r-axSpA N=85	P değeri
Yaş, yıl ort±SD	**41.9 ±10.2**	**45.6±10.6**	**0.001**	50.2±12.1	50.6±13.2	0.832
Semptom süresi, yıl ort±SD	14.6±8.2	15.7±8.2	0.229	23.2±11.5	22.2±10.2	0.479
Eğitim süresi, yıl ort±SD	10.9±4.2	10.5±4.4	0.390	9.5±4.3	8.6±4.4	0.169
Sigara kullanımı n (%)	56/83	57/97	0.228	**115/145(79.3)**	**25/42(59.5)**	**0.007**
VKI kg/m2 ort±SD	26.1±4	30.4±30.4	0.074	26.3±4.7	25.5±5.3	0.237
Klinik Özellikler						
Daktilit n (%)	2/166	7/179	0.115	7/218	4/74	0.367
Periferik artrit n (%)	50/162	55/178	0.994	81/215	22/72	0.345
Topuk ağrısı n (%)	69/153(45.1)	89/170	0.193	70/203(34.5)	28/66	0.180
Kalça protezi n(%)	3/177 (1.7)	1/190 (0.5)	0.285	15/245 (6.1)	5/85 (6)	0.974
Psöriazis n (%)	13/176	6/189	0.070	15/244	7/83	0.439
IBH n (%)	11/146	10/171	0.547	6/199	3/67	0.537
Üveit n (%)	20/176	34/189	0.075	44/245	20/83	0.186
Reaktif artrit n (%)	0/154	2/166	0.172	2/199	1/67	0.718
Radyolojik kalça tutulumu n(%)	9/177	6/190	0.352	55/245 (22.4)	21/85(24.7)	0.934
Laboratuvar ve Hastalık Ölcekleri						
HLA-B27 pozitifliği n (%)	74/144(51.4)	64/155	0.080	**134/189(70.9)**	**36/65(55.4)**	**0.031**
CRP mg/dl ort±SD	11±20.1	7.7±13.1	0.064	19.5±26.2	13.6±19.9	0.090
BASDAI ort±SD	**3.7±2.2**	**4.7±2.1**	**0.000**	4.2±2.4	4.4±2.2	0.751
BASFI ort±SD	**2.8±2.6**	**3.5±2.5**	**0.026**	4.1±3.3	4.1±2.8	0.905
ASDAS-CRP ort±SD	**2.4±1.2**	**2.7±1.1**	**0.037**	3.1±1.3	3±1.1	0.551
BASMI ort±SD	**2.5±1.5**	**3.2±1.3**	**0.000**	4.1±2	4.1±1.7	0.797
ASQOL ort±SD	**7.5±5.2**	**10±5**	**0.000**	**9.2±5.9**	**11.4±4.6**	**0.007**
HAQs ort±SD	0.7±0.7	0.9±0.6	0.053	0.9±0.7	11.4±4.6	0.699
ASAS aile öyküsü n (%)	87/128	52/139	0.357	58/169	17/50	0.961
Tedavi Özellikleri						
NSAID kullanımı n (%)	126/152	137/166	0.932	162/204	56/69	0.634
Biyolojik tedavi kullanımı n(%)	74/176 (42)	61/190(32)	0.078	139/244 (57)	49/83 (59)	0.785
Bazal biyolojik tedavi n (%)	49/175 (28)	42/189(22.2)	0.203	91/240 (37.9)	32/79(40.5)	0.713
Biyolojik tedavi süresi ort±SD	7.6±4.2	6.9±3.4	0.295	9.1±4.2	8.9±3.4	0.634
Ek hastalık varlığı n (%)	25/148(16.9)	37/162	0.191	58/193 (30)	19/58	0.637

Tablo 3. r-axSpA ve nr-axSpA özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Erkek nr-axSpA N=177	Erkek r-axSpA N=245	P değeri	Kadın nr-axSpA N=190	Kadın r-axSpA N=85	P değeri
aş, yıl ort±SD	**41.9 ±10.2**	**50.2±12.1**	**0.000**	**45.6±10.6**	**50.6±13.2**	**0.000**
mptom süresi, yıl ort±SD	**14.6±8.2**	**23.2±11.5**	**0.000**	**15.7±8.2**	**22.2±10.2**	**0.000**
ğitim süresi, yıl ort±SD	**10.9±4.2**	**9.5±4.3**	**0.001**	**10.5±4.4**	**8.6±4.4**	**0.003**
gara kullanımı n (%)	**56/83 (67.5)**	**115/145 (79.3)**	**0.047**	57/97	25/42	0.933
KI kg/m2 ort±SD	26.1±4	26.3±4.7	0.559	30.4±30.4	25.5±5.3	0.228
Klinik Özellikler						
aktilit n (%)	2/166	7/218	0.198	7/179	4/74	0.596
eriferik artrit n (%)	50/162	81/215	0.169	55/178	22/72	0.958
opuk ağrısı n (%)	**69/153(45.1)**	**70/203(34.5)**	**0.042**	89/170	28/66	0.171
eaktif artrit n (%)	0/154	2/199	0.214	2/166	1/67	0.860
öriazis n (%)	13/176	15/244	0.616	6/189	7/83	0.061
İH n (%)	11/146	6/199	0.055	10/171	3/67	0.676
veit n (%)	20/176	44/245	0.063	34/189	20/83	0.245
adyolojik kalça tutulumu n(%)	**9/177 (5.1)**	**55/245 (22.4)**	**0.000**	**6/190 (3.1)**	**21/85(24.7)**	**0.000**
alça protezi n(%)	**3/177 (1.7)**	**15/245 (6.1)**	**0.000**	**1/190 (0.5)**	**5/85 (6)**	**0.000**
Laboratuvar ve Hastalık Ölcekleri						
LA-B27 pozitifliği n (%)	**74/144(51.4)**	**134/189(70.9)**	**0.000**	64/155	36/65	0.055
RP mg/dl ort±SD	**11±20.1**	**19.5±26.2**	**0.001**	**7.7±13.1**	**13.6±19.9**	**0.006**
ASDAI ort±SD	**3.7±2.2**	**4.2±2.4**	**0.041**	4.7±2.1	4.4±2.2	0.237
ASFI ort±SD	**2.8±2.6**	**4.1±3.3**	**0.000**	3.5±2.5	4.1±2.8	0.102
SDAS-CRP ort±SD	**2.4±1.2**	**3.1±1.3**	**0.000**	2.7±1.1	3±1.1	0.070
ASMI ort±SD	**2.5±1.5**	**4.1±2**	**0.000**	**3.2±1.3**	**4.1±1.7**	**0.000**
SQOL ort±SD	**7.5±5.2**	**9.2±5.9**	**0.005**	10±5	11.4±4.6	0.052
AQs ort±SD	**0.7±0.7**	**0.9±0.7**	**0.005**	0.9±0.6	11.4±4.6	0.196
SAS aile öyküsü n (%)	87/128	58/169	0.679	52/139	17/50	0.668
Tedavi Özellikleri						
SAID kullanımı n (%)	126/152	162/204	0.408	137/166	56/69	0.803
ivolojik tedavi kullanımı n (%)	**74/176 (42)**	**139/244 (57)**	**0.008**	**61/190 (32)**	**49/83 (59)**	**0.000**
azal biyolojik tedavi n (%)	**49/175 (28)**	**91/240 (37.9)**	**0.035**	**42/189(22.2)**	**32/79(40.5)**	**0.002**
ivolojik tedavi süresi ort±SD	**7.6±4.2**	**9.1±4.2**	**0.018**	**6.9±3.4**	**8.9±3.4**	**0.004**
c hastalık varlığı n (%)	**25/148(16.9)**	**58/193 (30)**	**0.005**	37/162	19/58	0.137

Tablonun içindeki kısaltmalar: SD: standart sapma, n: sayı, %: yüzde, ASDAS: Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru, ASQoL: Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, CRP: C Reaktif Protein, ESR: eritrosit sedimantasyon hızı, HAQs: Sağlık Değerlendirme için sağlık değerlendirme anketi (Health Assessment Questionnaire For The Spondylarthropathies), İBD: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı, NSAID: Non-steroid anti-enflamatuvar ilaç

PS-110

IgA vaskülitinin çocuk ve erişkinlerde karşılaştırılması: Çok merkezli çalışma

Murat Karabacak[1], Fatih Haşlak[2], Seda Çolak[3], Alper Sarı[4], Ayten Yazıcı[5], Oya Köker[6], Döndü Üsküdar Cansu[7], Sezgin Şahin[2], Mehmet Yıldız[2], Amra Adrovic[2], Ümmügülsüm Gazel[1], Burcu Yağız[8], Fatih Yıldız[9], Abdurrahman Tufan[10], Cemal Bes[11], Ediz Dalkılıç[8], Ayşe Çefle[5], Ömer Karadağ[4], Ahmet Omma[12], Kenan Barut[2], Haner Direskeneli[1], Özgür Kasapçopur[2], Fatma Alibaz Öner[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

[5]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[6]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[7]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[8]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[9]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

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

[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[12]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: IgA vasküliti erişkin hastalarda çocuklara göre daha ağır bir klinik seyir izlemektedir. Çalışmamızda çocukluk çağı ve erişkinlik çağı başlangıçlı IgA vasküliti hastalarının klinik prezentasyonunu, hastalık seyrini, hastalık aktivitesini ve hasar bulgularını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: İkisi çocuk romatoloji, onu erişkin romatoloji kliniği olmak üzere toplam 12 merkezden hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Hastalık aktivitesi BVAS ile değerlendirildi. Aktif hastalık BVAS ≥1, remisyon ise BVAS =0 olarak tanımlandı. Son vizitteki hasar VDI ile değerlendirildi. Renal tutulum hematüri, proteinüri veya eGFR <60 mL/dk/1,73m^2 olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya klinik olarak tanı almış 61 çocuk, 140 erişkin olmak üzere toplam 201 hasta dahil edildi. Grupların başlangıç bulguları, hastalık aktivitesi ve başlangıç tedavileri Tablo 1'de özetlendi. İki erişkin hastanın GFR'si <60 mL/dk/1,73 m^2 olarak saptandı. Yüz kırk yedi (%73) hastaya biyopsi yapılmıştı. On dört (%23) çocuğa, 133 (%95) erişkine en az bir biyopsi yapılmıştı. Deri biyopsisi [çocuk: 10 (%16), erişkin: 104 (%74)] (p<0,001) ve renal biyopsi [çocuk: 4 (%7), erişkin: 27 (%19)] (p<0,001) yapılma oranı erişkinde daha yüksekti. Ayrıca 3 erişkin hastaya gastrointestinal sistem biyopsisi yapılmıştı. Yüz beş (%52) hastanın takip verisi mevcuttu. Ortanca takip süresi 25 (Q1=14,5, Q3=48) aydı. Herhangi bir anda remisyona girme oranı çocuklarda %92,7, erişkinde ise %81,3'tü (p=0,102). Üç çocuk ve 12 erişkin remisyona girmedi. Remisyona girmeyen tüm hastaların renal aktivitesi mevcuttu, 4 hastanın purpurası devam ediyordu ve bu 4 hastadan birinin aynı zamanda hafif gastrointestinal şikayetleri devam ediyordu. Remisyona girmemiş olan hastaların 8'i pulse steroid, 8'i intravenöz siklofosfamid, 11'i ise azatioprin tedavisi kullandı. İki (%5,3) çocuk, 5 (%9,6) erişkinde ise relaps gözlendi (p=0,694). Bir çocuğun remisyona girdikten sonra ağır gastrointestinal kanaması ve purpurası oldu, 4 hastada purpura, 2 hastada ise hafif muskuloskeletal semptomlar gözlendi. Relapsı olan hastaların ikisinde steroid dozu artırıldı, 1 hastaya kolşisin, 1 hastaya ise azatioprin eklendi. Renal relaps gözlenmedi. Pnömoni sebebi ile yalnızca bir erişkin hastada mortalite gözlendi. Son vizitteki hastalık aktivitesi ve renal bulgular Tablo 2'de gösterildi. İki çocuk ve 15 erişkin hastada en az bir hasar parametresi bulunuyordu. On yedi hasta VDI parametrelerinden toplam 27 puan aldı. Yirmi yedi puan içerisinde 15'i renal hasar ile ilişkiliydi (8 proteinüri, 7 renal yetmezlik).

Sonuç: Erişkinlerde görülen daha sık renal tutulum, artmış immünosupresif ihtiyacı, daha yüksek hastalık aktivite ve hasar skoru, erişkinlerde hastalığın daha ağır bir seyir gösterdiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, IgA vasküliti, Henoch-Schönlein purpura

PS-112

Jüvenil sistemik lupus eritematozus tanılı hastalarda Hashimato tiroiditi sıklığının araştırılması

Elif Kılıç Könte[1], Hasan Karakaş[2], Kübra Uçak[1], Aybüke Günalp[1], Esma Aslan[1], Fatih Haşlak[1], Gürkan Tarçın[2], Mehmet Yıldız[1], Hande Turan[2], Amra Adrovic[1], Kenan Barut[1], Olcay Evliyaoğlu[2], Sezgin Şahin[1], Özgür Kasapçopur[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Juvenile başlangıçlı sistemik lupus eritematozus (jSLE) 18 yaşından önce başlayan, multiorgan tutulumla karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. İmmün trombositopeni, otoimmün hepatit ve Hashimato tiroiditi gibi diğer otoimmün hastalıklarla birlikte görülme sıklığı artmıştır. Çalışmamızda JSLE hastalarındaki Hashimato tiroiditi (HT) sıklığını araştırarak kontrol grubuyla karşılaştırmayı ve hastaların klinik ve laboratuvar değerlendirmesini yaparak HT gelişimi risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda EULAR/ACR 2019 kriterlerine göre jSLE tanısı alan 64 hastanın semptom başlangıç yaşları ve tanı yaşları, klinik belirtileri, sistemik lupus eritematozus hastalığı aktivite indeksi (SLEDAI-2K) skorları, demografik ve klinik verileri kaydedildi. Hastalardan kesitsel olarak anti-tiroid peroksidaz antikoru (anti-TPO), anti-tiroglobulin (anti-TG), tiroid uyarıcı hormon (TSH), tiroksin (sT4) düzeyleri gönderildi ve ailede Hashimoto tiroiditi öyküsü sorgulandı. Anti-TPO ve/veya anti-TG düzeylerinin artması ve tiroid fonksiyon testlerinin bozulmasına HT tanısı konuldu. Otoantikor pozitifliği olmaksızın TSH düzeyi yüksek olan hastalar subklinik hipotiroidi olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 64 jSLE hastası ve 56 sağlıklı ve aynı yaştaki kontrol grubu dahil edildi. Kız çocuklar jSLE popülasyonunun %81,2'sini (n=52) oluşturdu. jSLE grubunun hastalık başlangıç, tanı ve son vizitteki yaşları sırasıyla 11,6 (±2,8), 12,1 (±2,8) ve 16,6 (±4,4) yıldı. Hasta grubunda en sık görülen bulgu malar döküntü (%67,1) olup, bunu sırasıyla konstitüsyonel bulgular (%50), artrit (%48,4), fotosensitivite (%35,9) ve oral nazal ülser (%31,2), alopesi (%20,3), serozit (%15,6), kronik kutanöz lupus (%14) ve nörolojik hastalık (%9,3) takip etti (Tablo 1). Anti-dsDNA pozitifliği ve hipokomplementemi (C3 ve/veya C4) sıklığı %85,9 ve %67,1 idi. Hastalık izlem süresindeki ortalama SLEDAI-2K skoru 4,3 (±3,1), son vizitteki SLEADI-2K skoru ise 3,59 (±3,8) idi. Son vizitteki SLEDAI-2K skoru HT hastalarında istatistiksel anlamlı düşük bulunurken kronik kutanöz lupus oranı istatistiksel anlamlı yüksekti. Juvenil SLE hastalarında (n=9/64, %14,1) HT sıklığı sağlıklı kontrollerle (n=2/56, %3,6) karşılaştıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,047). jSLE grubunda 8 (%12,5) hastanın ailesinde HT öyküsü mevcutken, kontrol grubunda 4 (%7,1) hastanın ailesinde HT öyküsü vardı. Subklinik hipotiroidi jSLE hastalarında daha sık görülse de istatistiksel anlamlı bulunmadı (p=0,087) (Tablo 2).

Sonuç: Sağlıklı çocuklara kıyasla jSLE hastalarında Hashimoto tiroiditi oranları daha yüksek gözlendi. jSLE ile takipli hastalar, otoimmün tiroid hastalıklarının yanı sıra eşlik eden diğer otoimmün hastalıklar açısından da taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipotiroidi, sistemik lupus eritematozus, otoimmünite, Hashimato

Tablo 1. Sistemik lupus eritematozus hastalarının demografik-klinik ve laboratuvar özellikleri

	Total N=64(%)(±SD)	Hashimato (+) N=9(%)(±SD)	Hashimato (-) N=55(%)(±SD)	p-değeri
Cinsiyet				
Kız	52(81,2%)	7(77,7%)	45(81,8%)	0,6
Erkek	12(18,8%)	2(22,3%)	10(18,2%)	
Yaş (yıl)(ort)	16,6(±4,4)	16,4(±4,4)	17,8(±3,7)	0,35
Semptom başlangıç yaşı (yıl)(ort)	11,6(±2,8)	11,3(±1,3)	11,0(±3,05)	0,7
Tanı yaşı (yıl)(ort)	12,1(±2,8)	12,2(±2,1)	12,1(±2,9)	0,9
Ailede Hashimato öyküsü	**7(10,9%)**	**4(44,4%)**	**3(5,4%)**	**0,006**
Malar döküntü	43(67,1%)	6(66,6%)	38(69%)	1
Discoid döküntü	7(10,9%)	2(22,2%)	5(9%)	0,21
Fotosensitivite	23(35,9%)	1(11,1%)	22(40%)	0,23
Oral/nasal ülser	20(31,2%)	2(22,2%)	18(32,7%)	1
Kronik Kutanöz lupus	**9 (14%)**	**5(55,5%)**	**4(7,2%)**	**0,001**
Alopesi	13(20,3%)	2(22,2%)	11(20%)	0,66
Artrit	31(48,4%)	5(55,5%)	26(47,2%)	0,4
Serözit	10(15,6%)	0	10(18,1%)	0,3
Konstitüsyonel bulgular	32(50%)	3(33,3%)	29(52,7%)	0,47
Renal tutulum (0.5 g/gün üzeri proteinüri)	27(42,1%)	3(33,3%)	24(43,6%)	1
ANA veya antidsDNA pozitif Lupus nefriti	15(23,4%)	0	15(27,2%)	0,18
Nörolojik tutulum	6(9,3%)	0	6(10,9%)	1
Otoimmün hepatit	4(6,25%)	0	4(7,2%)	1
Hematolojik tutulum	41(64%)	4(44,4%)	37(67,7%)	0,43
Pozitif Direkt Coombs testi	22/51(43,1%)	1	21	0,09
Trombositopeni	20(31,2%)	2(22,2%)(32,7%)	18	0,5
Anti-dsDNA pozitifliği	55(85,9%)	8(88,8%)	47(85,4%)	0,58
Düşük kompleman (C3 veya C4)	43(67,1%)	4(44,4%)	39(70,9%)	0,25
Düşük complement (C3 ve C4)	35(54,6%)	3(33,3%)	32(58,1%)	0,44
Anti-RNP	10/56(17,8%)	1/9(11,1%)	9/47(19,1%)	0,07
SLEDAI-2K skoru (ort)	4,3(±3,1)	4,1(±2,8)	4,3(±3,2)	0,9
Son vizit SLEDAI-2K skoru (ort)	**3,59(±3,8)**	**0,89(±1,05)**	**4,0(±3,9)**	**0,02**

Tablo 2. Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda tiroid fonksiyon bozukluklarının kontrol grubuyla karşılaştırması

	jSLE N=64 (%)(±SD)	Kontrol Grubu N=56(%)(±SD)	P değeri
Cinsiyet			
Kız	**52(81,2%)**	33(55,9%)	
Erkek	12(18,7%)	23(41,1%)	**0,07**
Yaş(0rt)	16,6(±4,4)	17,4(±2,7)	0,23
Hashimato aile öyküsü	8(12,5%)	4(7,1%)	0,33
Hashimato tiroiditi	**9(14,1%)**	**2(3,6%)**	**0,047**
Subklinik hipotiroidi	15(23%)	6(10%)	0,087

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

PS-113

Romatoid artrit hastalarında interstisyel akciğer hastalığının semi-kantitatif radyolojik değerlendirmesi ve klinik bulgularla korelasyonu

Duygu Temiz Karadağ[1], Sevtap Doğan[2], Neslihan Gökçen[1], Öznur Sadioğlu[1], Ayten Yazıcı[1], Ayşe Çefle[1]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) romatoid artrit hastalarında mortalitenin önemli bir nedenidir. RA ilişkili İAH olan hastaların önemli bir kısmında, uygun tedaviye rağmen, akciğer fibrozisinde ilerleme saptanır. Çalışmamızda İAH ile seyreden RA hastalarında, radyolojik progresyonu semi-kantitatif olarak ölçmeyi ve klinik-laboratuvar bulgular ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: RA'ya bağlı İAH tanısı ile takip edilen ve 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerini dolduran 77 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İAH tanısı olan hastaların ilk akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri ve takipleri sırasında çekilen ilk BT görüntüleri analiz edildi. Akciğer BT'deki lezyonların (parankimal retikülasyonlar, buzlu cam opasiteleri, bal peteği ve subplevral kistler) şiddeti ve yaygınlığı semi-kantitatif bir yöntem olan Warrick skorlaması kullanılarak incelendi. Ayrıca başlangıç ve takip BT'lerinde akciğer fibrozisinin radyolojik paterninin zaman içerisindeki değişimi karşılaştırıldı. Radyolojik skorlama ve radyolojik paternde progresyon saptanan hastalarda, ilerlemeyi öngörücü klinik ve laboratuvar parametrelerin saptanması için regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Analiz edilen iki akciğer BT'si arasında 5,36±3,51 [5 (2-8)] yıl süre saptandı. Takip süresi içerisinde parankimal retikülasyonlar, buzlu cam opasiteleri, bal peteği ve subplevral kistler gibi lezyonların şiddeti ve yaygınlığını değerlendiren Warrick-şiddet skoru, Warrick-yaygınlık skoru ve Warrick-toplam skorunda statistiksel olarak anlamlı artış saptandı (sırasıyla; p<0,001, p=0,001 ve p<0,001) (Tablo 2). İAH radyolojik bulgularında progresyon 34 (%44) hastada saptandı. Radyolojik progresyon olan hastalarda Warrick şiddet, yaygınlık ve toplan skorları ile RA tanısı sırasındaki yaş, İAH tanısı konulduğu sıradaki yaş ve DAS28-ESH arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 3). Radyolojik progresyon gösteren hastalar ile göstermeyen hastaların demografik (cinsiyet, RA tanısındaki yaş, ilk İAH tanısındaki yaş, İAH hastalık süresi, sigara), klinik (dispne, öksürük, ral, başlangıç DAS28-ESH), laboratuvar (anti-CCP ve RF titresi) ve görüntüleme (ilk akciğer BT'de UIP veya NSIP paterni; ilk akciğer BT'de Warrick hastalık şiddet, yaygınlık ve toplam skorları; ilk akciğer BT'de FVC ve DLCO) verilerinde anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Başlangıçta akciğer BT'de UIP paterni olması [GA 3,39 (95% GA 1,08-10,68), p=0,037] ve İAH ilk tanı sırasındaki yaşın >50 olması [GA 7,31 (95% GA 1,10-48,76), p=0,040] radyolojik progresyonla ilişkili bulundu.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre akciğer fibrozisine bağlı gelişen lezyonların şiddet ve yaygınlığını gösteren Warrick skorlaması yüksek RA hastalık aktivitesi, RA tanısı sırasında ileri yaş ve İAH tanısında ileri yaş ile ilişkilidir. Çalışmamızda ileri yaş olan ve başlangıç BT'de UIP olan hastalarda radyolojik progresyon görülme olasılığı daha yüksek saptanmıştır. Radyoloji pratiğinde BT'de fibrozisin progresyonu skorlama sistemine dayanmayan ve değerlendiriciler arasında değişkenliği olan semi-kantitatif yöntemlerle yapılmaktadır. Fibrozise bağlı lezyonların daha ayrıntılı analiz edildiği semi-kantitatif bir yöntem olan Warrick skorlaması RA hastalarında İAH'nın şiddetini, yaygınlığını ve zaman içerisindeki progresyonunu değerlendirmede objektif bir değerlendirme yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, bilgisayarlı tomografi

PS-114

Sjögren sendromunda hastalık tanı yaşı ve semptom başlangıç yaşı kognitif fonksiyonları etkiliyor mu?

Gamze Dilek[1], Seyyid Bilal Açıkgöz[2], Mehtap Kalçık Unan[2], Cansu Arslantürk Güneysu[2], Tamer Acat[2], Sümeyye Merve Türk[2], Nilay Erdik[2], Abbas Karakurt[2], Gökhan Yavuzbilge[3], Damla Karataş Kızıl[4], Emel Gönüllü[2]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[3]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

[4]Yalova Devlet Hastanesi, Yalova

Amaç: Sjögren sendromu (SS) ekzokrin bezlerin lenfositik enfiltrasyonu sonucu ağız ve göz kuruluğu semptomları ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. SS'de ekstraglandüler olarak çeşitli organ ve sistem tutulumları da görülebilmektedir. Nörolojik tutulum hastaların %8,5-70'inde bildirilmiştir. Kognitif disfonksiyon hastalarda görülen nörolojik bulgulardan biridir. Biz bu çalışmada primer SS'li hastalarda hastalık semtom başlangıç yaşı ve hastalık tanı yaşı ile kognitif fonksiyon arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Romatoloji Polikinliği'ne Kasım 2021 ve 2022 tarih aralığında başvuran 62 primer SS tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı yaşı, semptom başlangıç yaşı, fibromiyalji, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete skoru, uykusuzluk yorgunluk, öğrenme güçlüğü, ek hastalık sayısı gibi parametreler kayıt altına alındı. Kognitif fonsiyonu değerlendirmek için Montreal bilişsel değerlendirme skoru (MoCA) kullanıldı. En düşük değer 0 ve en yüksek değer 30 olarak değerlendirildi. Eşik değeri 21 olarak belirlendi. Yirmi bir ve üstü normal olarak kabul edildi. Verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi ile Mann-Whitney U ve ki-kare testleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 53,081±11,7, 59'u (%95,16) kadın, 3'ü (%4,83) erkek idi. MoCA değeri 21'den küçük olanlar daha yaşlı idi. MoCA ölçeği bozulmuş 20 kişi 60,3±10,1, normal 42 kişi 49,7±11 mevcuttu ($p<0,001$). Çalışmada MoCA değeri 21'den küçük hastaların semptom başlangıç yaşı, 21 ve üstü olanlardan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). MoCA değeri 21'den küçük hastaların tanı yaşı, 21 ve üstü olanlardan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Hastalık semptom başlangıç ($r=0,379$, $p=0,002$) ve hastalık tanı yaşı ($r=0,379$, $p=0,002$) ile MoCA değeri arasında negatif korelasyon saptandı. MoCA ve Beck depresyon ölçeği, Beck Anksiyete skoru arasında ise anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 1). Ayrıca fibromiyalji, yorgunluk, unutkanlık, öğrenme güçlüğü ve dikkat bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 2).

Sonuç: SS'deki kognitif bozukluğun dikkat, bellek, düşünme karar verme hızı ve yürütücü işlevlerde frontal-subkortikal disfonksiyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda hastalık semptom başlangıç ve hastalık tanı yaşı ile MoCA değeri arasında negatif korelasyon saptandı. SS hastalığının erken tanısı ve tedavisi ile bu hastalık sürecinde gelişebilecek kognitif disfonksiyon en aza indirilebilir. Hastaların bilişsel işlevlerinin yüksek olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kognitif disfonksiyon, hastalık başlangıç yaşı

PS-115

Serum high mobility box protein 1 (HMGB-1) düzeylerinin psoriasisli ve psöriatik artritli hastalar arasında karşılaştırılması

Derya Yıldırım[1], Merve Baykul[2], Aslıhan Avanoğlu Güler[1], Yusuf Can Edek[3], Mehmet Gülengül[3], Esra Adışen[3], İbrahim Vasi[1], Hamit Küçük[1], Abdulsamet Erden[1], Kemal Nas[4], Mehmet Akif Öztürk[1]

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

[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sakarya

Amaç: HMGB-1, nükleozomların yapısının stabilizasyonunda rol oynayan histon olmayan bir proteindir. Bu molekül aynı zamanda hücre dışına yerleştirildiğinde birçok otoimmün hastalıkta da rol almaktadır. Psoriasis patogenezi ve klinik aktivitesinde etkin olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Çalışmanın amacı psoriasis ve psöriatik artrit (PsA) hastalarında serum HMGB-1 düzeylerini değerlendirmek ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 43 psoriasis, 48 PsA hastası ve 22 sağlıklı kontrol dahil edildi. Periferik kan örneklerinden serum HMGB-1 düzeyleri değerlendirilerek diğer klinik ve laboratuvar parametrelerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm klinik ve demografik parametreler Tablo 1'de gösterilmiştir. Serum HMGB-1 düzeyleri PsA'da en yüksek (medyan: 15,5, IQR: 4,1), ardından psoriasisli hastalarda (medyan: 14,46, IQR: 6,56) ve en düşük kontrollerde (medyan: 8, 73, IQR: 2,44) (her üç grubun birbiri ile karşılaştırılmasında $p<0,001$). Serum HMGB-1 düzeyleri, psoriasis alan ve şiddet indeksi (PASI) skoru ve Hastalık Aktivite Skoru-28 (DAS-28) ile anlamlı düzeyde ilişkili değildi.

Sonuç: Serum HMGB-1 düzeyleri psoriasis ve psöriatik artrit hastalarının tanısında önemli bir marker olabilir. Daha geniş ölçekli çalışmalar ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, psöriatik artrit, HMGB-1

PS-116

Spondiloartrit hastalarında spondilodiskit bulgularının özellikleri ve tedavi cevaplarının belirlenmesi

Zehra Özsoy[1], Emrach Chousein[2], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spondilodiskit intervertebral disk ve komşu vertebraların enflamasyonudur. Romatolojik hastalıklar, enfeksiyonlar, maliniteler ve dejeneratif durumlara bağlı olarak gelişebilir. Bu çalışmada spondiloartrit hastalarında MR ile doğrulanmış SD'leri klinik, radyolojik bulguları ve tedavi cevaplarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

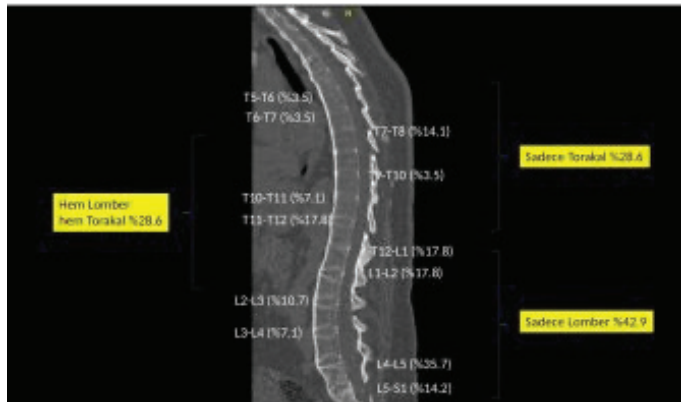
Yöntem: Hasta seçimi; 2010-2021 yılları arasında spinal MR görüntülemesinde "spondilodiskit, spondilodiscit, Anderson, köşe enflamatuvar, santral enflamasyon, modic" kelimesi geçen hastalar taranmıştır. Toplam 426 hastada spondilodiskit belirlendi. Bu hastalarda spondiloartrit tanısı doğrulanan 28 hasta analize dahil edildi.

Toplanan veriler; SpA hastalarının demografik özellikleri, ekstra-artiküler tutulumları, akut faz yanıtları, HLA-B27, aile öyküsü, komorbiditeleri, tedavileri değerlendirildi. Spondilodiskit bulgusu olan hastaların lokalizasyonu bulguları kaydedildi. Spondilodiskit sonrası verilen tedaviler ve tedavi cevapları değerlendirildi. Klinik cevap; klinisyene göre daha iyi, stabil, daha kötü, laboratuvar cevabı; CRP normale dönme var/yok, radyografik cevap; MR görüntülemede iyileşme var, stabil ve kötüleşme var olarak değerlendirildi.

Bulgular: Spondiloartrit özellikleri; Çalışmaya dahil edilen 28 SpA hastasının 20'si (%71,4) erkek ve ortanca yaşları 47 (19-70), tanı sonrası takip süresi 5 (0-21) yıldı. Hastaların 7'sinde (%25) artrit, birer hastada psoriasis ve İBH vardı. HLA-B27 10 hastada biliniyordu 7'sinde (%70) pozitifti. Spondilodiskit özellikleri; Spondilodiskit ve SpA tanısı arasında geçen süre 14 aydır (0-515). SpA tanısı ile SD tanısının aynı dönemde konulduğu hasta sayısı 10/28'dir (%35,7). Vertebral üniteye göre 1, 2 ve 3 alanda SD saptanması sırasıyla şu şekildedir 16 (%57,1), 8 (%28,6), 4 (%14,3). SpA'ların 2'sinde (%7,1) vertebral kırık, 6'sında (%21,4) vertebra cerrahisi öyküsü mevcuttur. Sadece lomber, sadece torakal ve hem torakal hem lomber SD dağılımı sırasıyla 12 (%42,9), 8 (%28,6), 8 (%28,6). Lokasyonların dağılım bilgisi Şekil 1'de verilmiştir. T5 üzerinde SD saptanmadı. SD tanısı konulduğu sırada ortanca ESR 25,5 mm/saat (2-82), CRP 1,43 mg/dL (0,11-9,57), hastaların %56'sında ESR ve CRP düzeyleri normalin üst sınırından fazlaydı. SD saptandığı sırada almakta oldukları tedaviler sadece NSAII 14 (%50), salazopyrin 6 (%21,4), metotreksat 3 (%10,7), kortikosteroid 2 (%7,1), biyolojik DMARD'ler 12 (%42,9). Spondilodiskit hastalarının gidişatı; Klinik tedavi cevabı 18 hastada biliniyordu; 12 (%66,7) iyi, 5 (%27,7) stabil, 1 (%5,6) kötüleşme. Laboratuvar cevabı 11 hastada biliniyordu; 6'sında (%54,5) iyi, 5'inde (%45,5) stabildi. Radyografik tedavi cevabı 7 hastada biliniyordu. SD tanısı konulduktan sonra kullanılan ilaçların dağılımı şu şekildedir; NSAII 4 (%57,1), SSZ 1 (%14,2), Mtx 1 (%14,2), bDMARD 4 (%57,1). MR'ler arasındaki süre 12 ay (0-79) idi. Beşinde (%71,4) iyi cevap, birer hastada ise stabil ve kötüleşme vardı.

Sonuç: SpA hastalarında spondilodiskit göreceli olarak nadir ama önemli bir klinik tutulumdur. Sıklıkla tek vertebra ünitesinde olmakla birlikte birden fazla tutulum da görülebilmektedir. Asıl olarak Lomber ve alt torakal bölge etkilenmektedir. Hastaların yaklaşık üçte birinde SpA tanısı ve SD tanısı aynı dönemde konulmuştur. Takip edilen hasta grubunda klinik ve radyografik cevap genelde iyi olmakla birlikte hastalarda vertebrada kırık ve cerrahi müdahale öyküsünün de olması göz önüne alınarak dikkate alınması gereken bir klinik tutuluş olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, spondiloartritler, romatoid artrit, enfeksiyon



Şekil 1. Spondilodiskit lokalizasyonları

PS-117

Behçet hastalarında pulmoner trombüslerin radyolojik olarak değerlendirilmesi

Şerife Asya Germe[1], Zehra Özsoy[1], Buğu Bulat[1], Gamze Durhan[2], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

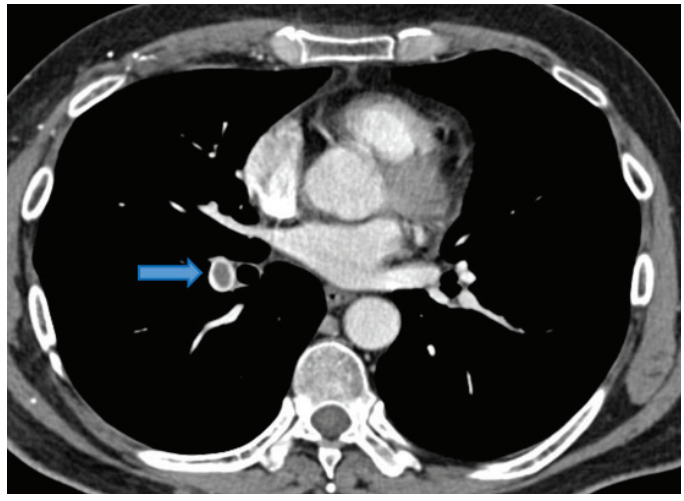
Amaç: Pulmoner vasküler tutulum, Behçet hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Pulmoner arteriyel anevrizmalar ve pulmoner arteriyel trombozlar en sık görülen lezyon tipleridir. Behçet hastalarında venöz tromboz sık olmasına rağmen, trombüsün enflamasyona bağlı olarak damar duvarına sıkıca yapışık olması nedeniyle pulmoner tromboembolinin nadir görüldüğü düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı Behçet hastalarında görülen pulmoner trombüslerin (PT) radyolojik görüntülerinin değerlendirilmesidir. Romatoloji polikliniğine 2017-2022 yılları arasında başvurmuş, vasküler tutulumu olan 165 Behçet hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan venöz tutulumu olan 146 hastanın 65'inin geçmiş yıllarda yapılmış toraksa yönelik görüntülemesi mevcuttu. 14/65 (%21,5) hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) pulmoner trombüs (PT) varlığı raporlanmıştı.

Yöntem: Pulmoner trombüsü olan 14 hastanın toraks BT'leri bu konuda deneyimli bir radyolog tarafından yeniden değerlendirildi. PT'ler radyolojik özellikleri dikkate alınarak akut veya kronik trombüs olarak sınıflandırıldı. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, hastalık süreleri, venöz tutulum yerleri ve BT çekimi esnasındaki semptomları (dispne veya göğüs ağrısı) kaydedildi. Behçet hastalığı aktivitesine hastalarda yapılan tedavi değişiklikleri göz önüne alınarak karar verildi.

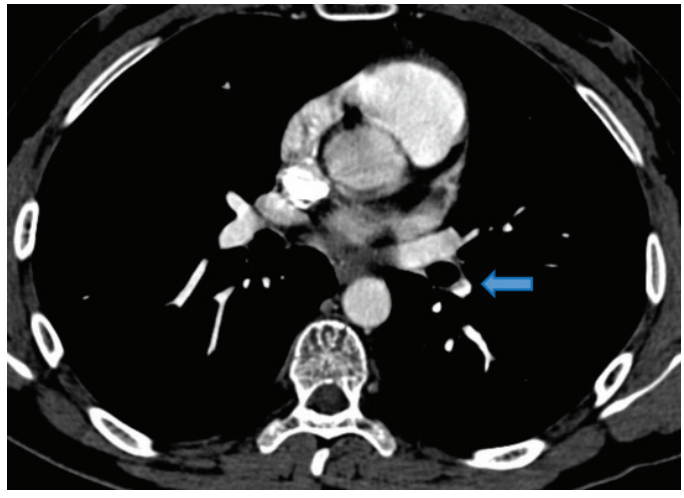
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen PT'li 14 hastanın 9'u (%64,3) erkekti ve medyan yaşı 42,5 (minimum: 26-maksimum: 66) yıldı. Toraks BT çekimi esnasında önceden Behçet tanısı olan 8 hastanın medyan hastalık süreleri 11,5 (minimum: 4-maksimum: 31) yıldı. Sekiz (%57,1) hastada alt ekstremite trombozu, 4 (%28,5) hastada intrakardiyak trombüs, 3 (%21,4) hastada Budd Chiari sendromu, 2 (%14,2) hastada üst ekstremite trombozu, 2 (%14,2) hastada v. cava inferior trombozu, 2 (%14,2) hastada serebral venöz sinüs trombozu, 1 (%7,1) hastada v. cava superior trombozu mevcuttu. Üç (%21,4) hastanın pulmoner arter anevrizması mevcuttu. Hastaların toraks BT'leri yeniden değerlendirildiğinde; 6 (%42,8) hastada akut, 8 (%57,1) hastada kronik PT saptandı. Kronik PT'si olan 2 hastanın aynı zamanda akut PT'leri de vardı. On iki (%85,7) hasta BT çekimi esnasında semptomatikti, en sık semptom dispneydi. BT'de PT saptanması sonrasında, 12 (%85,7) hastada hastalığın aktif olduğu düşünülerek tedavi değişikliği yapılmıştı. Tedavi değişikliği yapılmayan 2 hastanın 1'inde kronik trombüs (bu hasta azatiyoprin, kolşisin ve varfarin kullanıyordu), 1'inde akut trombüs mevcuttu. Akut PT'si olan bu hastanın mevcut durumu yakın zamanda geçirmiş olduğu alt ekstremite cerrahisinde sekonder olarak değerlendirilmişti.

Sonuç: Pulmoner trombotik lezyonları olan Behçet hastalarının önemli bir kısmında radyolojik olarak akut PT özellikleri gösteren lezyonlar saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, pulmoner trombüs, venöz tromboz



Şekil 1. BT'de akut trombüsün görünümü: Damar çapı artmış ve santralde dolum defekti var (polo mint sign)



Şekil 2. BT'de kronik trombüsün görünümü: Damar duvarına yapışık kronik PT

PS-118

Merkezi hekim randevu sistemi aracılığıyla romatoloji ve çocuk romatoloji kliniklerine yönlendirilen hastaların kesitsel değerlendirilmesi

Deren Esencan[1], Ongun Alanlı[1], Seyhan Hıdıroğlu[2], Oya Köker[3], Haner Direskeneli[4]

[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Türkiye'de pediyatri ve dahiliye bünyesindeki yan dal polikliniklerine başvurular Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden, hastaların uzman bir hekim tarafından yönlendirilmesi ile yapılmaktadır. Uygun olmayan yönlendirmeler, randevu bekleme sürelerinin uzamasına ve romatizmal hastalıkların tanı ve tedavilerinin gecikmesine yol açmaktadır. Bu çalışmada amacımız MHRS sistemi ile romatoloji ve çocuk romatoloji polikliniklerine yönlendirilen hastaların tanısal dağılımları ve yönlendirilme profilleri üzerine kesitsel bir analiz yapmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya kesitsel olarak 01.09.2022-28.02.2023 tarihlerinde Marmara Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji ve Çocuk Romatoloji Yan Dal Poliklinikleri'ne MHRS üzerinden randevu alarak ilk kez başvuran hastalar dahil edilmiştir. Hastaların yönlendirilme ve başvuru yakınmasına yönelik ayrıntılar, demografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Medikal kayıtları, izlem notları ve uzman görüşü ışığında nihai tanıları belirlenmiştir. Her iki grupta klinik değişkenlerin ve tanının enflamatuvar olarak sınıflandırılmasındaki belirleyici özelliklerin analizi ve karşılaştırılması için tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Toplamda 920 hasta [pediyatrik/erişkin (%): 50,2/49,8] çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve karakteristik dağılımları Tablo 1'de gösterilmektedir. Erişkin romatoloji kliniğine MHRS ile başvuran hastaların %55,2'si, çocuk romatoloji polikliniğine başvuran hastaların ise %32,1'inin enflamatuvar tanı aldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Başka bir merkezde takip süreci olup merkezimiz romatoloji ve çocuk romatoloji kliniklerine başvuran hasta oranı sırasıyla %27,5 ve %12,7 bulunmuştur. Erişkin popülasyonda en sık başvuru sebebi eklem ağrısı (%57) olarak gözlenmiştir ve bu hastalar arasındaki enflamatuvar tanı oranı %36,1 olarak saptanmıştır. Çocuk romatoloji kliniğine yönlendirilen hastalar arasında ise en sık başvuru sebebi bacak ağrısıdır (%22,8), ancak döküntü ve tekrarlayan ateş şikayetleri en fazla enflamatuvar hastalık tanısıyla ilişkilendirilmiştir. Erişkin hastalar arasında en sık sonuçlanan tanılar sırasıyla spondiloartropatiler (%24,7), romatoid artrit (24,3) ve bağ doku hastalıklarıdır. (%13,3). Çocuk yaş grubunda tanı dağılımı sıklığa göre otoenflamatuvar hastalıklar (%57,8), juvenil idiyopatik artrit (%15) ve vaskülit (%13,6) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bulgularımız, erişkin romatoloji bölümüne yönlendirilen hastaların yarıdan fazlasının, çocuk romatoloji bölümüne yönlendirilen hastaların ise üçte birinin enflamatuvar tanı aldığını göstermektedir. Her iki grupta da yönlendirmelerin çoğunluğunu ana dal hekimleri yapmaktadır. Romatolojiye uygun yönlendirmeler hastaların tanı ve tedavisini hızlandırıp sağlık sistemi üzerine binen finansal yükü azaltacaktır. Bu amaçla ana dal hekimlerinin eğitimine önem verilmesi ve birinci basamak sağlık sisteminin geliştirilmesi esastır. Bu çalışma literatürde erişkin ve çocuk romatoloji polikliniklerine yönlendirme uygunluğunu karşılaştıran ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: Ayaktan tedavi hizmetleri, eklem hastalıkları, hasta başvurusu, romatoloji

PS-119

Ankilozan spondilit hastalarında izoniazid kullanımı anti-TNF tedavisinde ilaçta kalım süresini uzatıyor mu?

Bilgin Karaalioğlu, Fatih Yıldırım, Gamze Akkuzu, Duygu Sevinç Özgür, Rabia Deniz, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

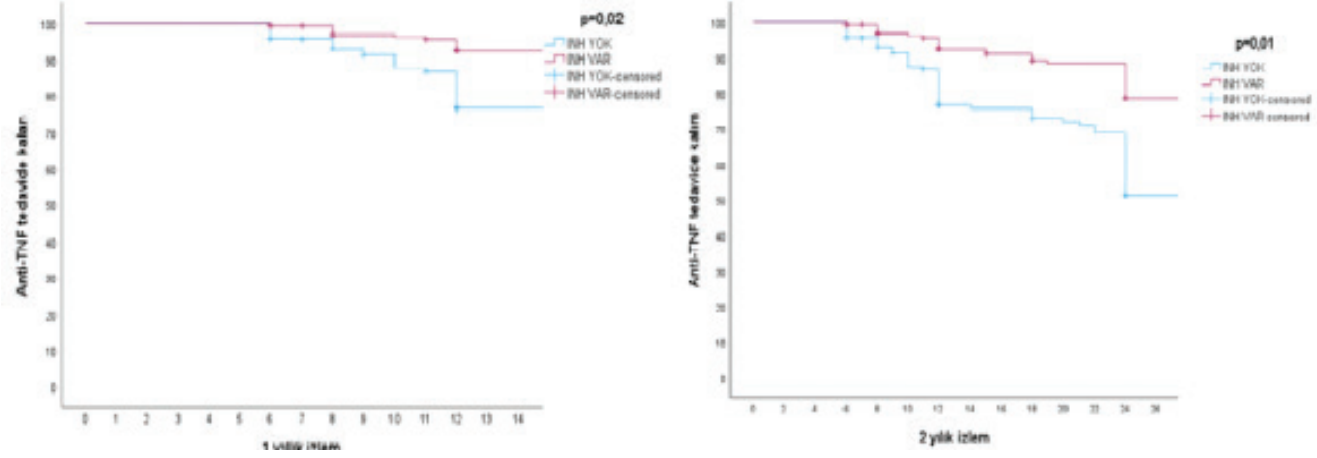
Amaç: Tümör nekroz faktör alfa (TNF-α) inhibitörleri ankilozan spondilit (AS) hastalarında etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ilaçlardır. Etki mekanizması nedeni ile bu grup ilaçların tüberküloza (TB) yatkınlığı artırdıkları gösterilmiştir. Bu nedenle TNF-α inhibitörü tedavisi başlanmadan önce hastalara aktif ve latent tüberküloz enfeksiyonu yönünden tarama yapılması şarttır. Aktif tüberkülozu olmayan ancak latent tüberküloz enfeksiyonu tespit edilen hastalara İzoniazid (INH) ile 9 ay profilaksi tedavisi verilmelidir. INH, farklı mekanizmalar üzerinden etki ederek anti-enflamatuvar etkilerinin de olduğu gösterilmiş olan bir anti-tüberküloz ilaçtır. Biz bu çalışmamızda, AS tanısı ile TNF-α inhibitörü tedavisi başlanan ve latent tüberküloz enfeksiyonu nedeniyle INH profilaksisi alan hastalarda ilaçta kalım süresinin, INH profilaksisi almayan hastalara göre daha uzun olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda, Haziran 2020 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve AS tanısı konmuş olan 1.022 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. TNF-α inhibitörü tedavisi almakta olan ve uygun kriterleri karşılayan 256 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak en az 2 yıl kadar TNF-α inhibitörü tedavisi kullanan ve INH profilaksisi almayan hastalar alındı. Hastalar, TNF-α inhibitörü tedavisine devam etme sürelerine göre, 6-12 ay (1. grup), 12-24 ay (2. grup) şeklinde 2 gruba ayrıldı. Bir yıllık ve 2 yıllık takip süresinde TNF-α inhibitörü tedavisinde kalan hastalarda INH kullanımının bu tedavi süresine etkisi olup olmadığı Kaplan-Meier analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: İki yüz elli altı hastanın 197'si erkek (%77) ve 59 kadındı (%23). Medyan yaş 39,5 (IQR: 33-47), medyan hastalık süresi 108 ay (IQR 60-144), tanı ile anti-TNF-α tedavi başlanana kadar geçen süre medyan 36 ay (IQR: 12-94) olarak değerlendirildi. Hastaların 51'ine (%19,9) periferik eklem tutulumu eşlik etmekteydi. En sık eşlik eden ekstra-artriküler bulgu ise üveit idi (%10,2). Anti-TNF-α tedavi alan tüm hastalar içerisinde 157 hastada (%61,3) HLA B27 pozitifti. Yüz iki hasta (%39,8) sigara içiyordu. Yüz otuz dokuz (%54) hasta INH profilaksisi almıştı. İlk 1 yıllık izlemde tedaviye başlamış olan ancak tedavide 12. aya henüz ulaşamamış olduğundan tedavi değişimi belirsiz olan 21 hasta dışlanarak 235 hasta ile değerlendirme yapıldı. Total takip süresi içerisinde 80 (%31,2) hastada başka bir anti TNF tedaviye geçiş yapıldığı görüldü. İki yüz otuz beş hastada, bir yıl sonunda 211 (%89,7) hastanın ilk anti-TNF-α tedavisine devam ettiği görüldü. Bu hastaların 120'si (%56,8) INH profilaksisi almaktaydı. INH profilaksisi almış olan 13 hastada (%10,8) ilaç değişikliği yapılmıştı. Takip sırasında ilk bir yıl içinde 24 hastada (%9,4), iki yıllık takipte ise 37 hastada (%14,4) tedavi değişikliği gerekmişti. En sık tedavi değişimi sebebi ilaca sekonder yanıtsızlıktı. Bir yıllık takipte ilaç değişimi yapılan ve yapılmayan hastalar INH kullanımı açısından kıyaslandığında, tedavi değişimi yapılması açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,80). İlk anti-TNF-α tedavisinde kalma süresine INH kullanımının etkisi Kaplan-Meier survival grafiği ile değerlendirildi. Bir yıllık ve 2 yıllık izlemi olan hastalarda INH kullananlarda anti-TNF-α tedavisine devam etme durumu her iki grupta da anlamlı bulundu (sırasıyla; p=0,022, p=0,01).

Sonuç: Farklı mekanizmalar üzerinden etki ederek anti-enflamatuvar etkileri gösterilmiş olan INH'nin latent tüberkülozu olan AS hastalarında anti-TNF-α tedavisinde kalım süresini uzatabileceğini düşündük. Kısıtlı hasta sayısı ile yapılmış bu çalışmada INH kullanımının ilaç değişimi üzerine anlamlı bir etkisi olmasa da anti-TNF-α tedavisinde kalım süresi üzerine anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Prospektif daha geniş bir hasta grubu ile yapılacak çalışma ile daha anlamlı sonuçların çıkacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-tümör nekroz faktör alfa inhibitörleri, izoniazid



Şekil 1. Bir yıllık ve 2 yıllık izlemde anti-TNF tedavide kalım durumunun Kaplan-Meier grafiği ile değerlendirilmesi

PS-120

Seronegatif primer Sjögren sendromlu hastalar farklı klinik ve laboratuvar özellikler gösteriyor mu?

Müçteba Enes Yayla[1], Rahime Aksoy[2], Emine Uslu Yurteri[1], Zehra Karaman Ongun[1], Recep Yılmaz[1], Ahmet İlbay[1], Nilgün Göveç Gıynaş[1], Abdulbaki Gaydan[1], Ahmet Uslu[1], Yeter Mahmutoğlu[1], Aşkın Ateş[1], Tahsin Murat Turgay[1]

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

[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS) lakrimal ve tükürük bezlerinin lenfosittik infiltrasyonu ile karakterize otoimmün sistemik bir hastalıktır. Anti-Ro ve anti-La %50-75, anti-nükleer antikor (ANA) %50-89 ve romatoid faktör (RF) %36-74 oranında pSS hastalarında saptanabilmektedir. Bu çalışmada serolojik olarak otoantikor saptanmamış pSS hastalarında klinik ve laboratuvar farklılıklar araştırıldı.

Yöntem: Dört yüz yirmi üç pSS tanılı olan hastadan ANA, ENA ve RF profili değerlendirilmiş 399 hasta çalışmaya dahil edildi. Anti-SSA (Ro), anti-SS-B, ANA ve romatoid faktör antikorlarının hepsinin negatif saptandığı hastalar seronegatif grup, en az bir antikor pozitifliği olan hastalar seropozitif grup olarak tanımlandı. Her iki grup demografik, klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 41'i (%10,3) seronegatif, 358'i (%89,7) seropozitif özellik gösteriyordu. Seronegatif hastalarda ağız kuruluğu şikayeti (p=0,003), seropozitif hastalarda hipergamaglobulinemi (p=0,004) ve esktra-artiküler tutulum varlığı (%39,9 ve %19,5, p=0,011) istatistiksel olarak daha fazlaydı. Klinik tutulumlar tek tek değerlendirildiğinde, hematolojik tutulum (p=0,197) ve glukokortikoid kullanımı (p=0,095) orantısal olarak seropozitif hastalarda daha sıktı fakat istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Bunların dışında demografik, klinik ve tedavi özellikleri açısından hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: pSS hastalarında ekstra-artiküler bulgular seropozitif hastalarda, ağız kuruluğu şikayeti ise seronegatif hastalarda daha sık gözlemlenebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-Ro, anti-La, ANA, RF, Sjögren sendromu

PS-121

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Nazife Şule Yaşar Bilge[1], Yasemin Sağlan[2], Mustafa Dinler[1], Reşit Yıldırım[1], Burcu Ceren Uludoğan[1], Timuçin Kaşifoğlu[1]

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

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), tekrarlayan ataklarla seyreden, otozomal resesif geçişli oto-enflamatuvar bir hastalıktır. FMF hastalarında artmış anksiyete olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte klinik bulgularla ilişkisini gösteren yeni çalışma yoktur. Bu çalışmada amacımız erişkin FMF hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi, klinik bulgular, MEFV mutasyonları ve hastalık şiddeti ile ilişkisini incelemekti.

Yöntem: Bu çalışmaya %95 güç düzeyinde 145 FMF hastasının yeterli olacağı görülmüştür. Veri kaybı ihtimali göz önünde bulundurularak 150 hasta dahil edildi. Hastaların klinik bulguları ve MEFV mutasyonları hastane kayıt sisteminden elde edildi. Yaşam kalitesini değerlendirmek için kısa form-36 (SF36), anksiyete ve depresyon değerlendirmek için hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD-A ve HAD-D) kullanıldı. Her iki ölçeğinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Hastaların klinik bulguları, MEFV mutasyonları, FMF şiddet skoru ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular: Hastaların (91 kadın, 59 erkek) yaş ortalaması 37,4±11,9 (16-71) idi. Hastaların 24'ünün (%15,9) HAD-A skoru normal iken 126'sının anksiyetesi mevcuttu. HAD-D skoru ise 45 hastada (%30) normal iken 105 hastada depresyon mevcuttu. HAD-A ve HAD-D skorlarının yaş, cinsiyet, komorbid durum varlığı ve FMF şiddet skoru ile ilişkisi saptanmadı (p>0,05, tamamı için). Klinik bulgulardan ateş, peritonit, artrit, erizipel benzeri eritem, plörit, miyalji, vaskülit, amiloidoz ile HAD-A ve HAD-D skorlarının ilişkileri incelendiğinde artriti olan hastaların HAD-A skorlarının daha yüksek olduğu saptandı (p=0,038). MEFV mutasyonları sadece ekzon 2 (n=7), sadece ekzon 10 ile ekzon 2 ve ekzon 10 kombine mutasyonları olanlar (n=125) ve mutasyonu olmayanlar (n=18) olarak 3 gruba ayrılarak analiz yapıldı ve gruplar arasında HAD-A ve HAD-D skorları açısından fark saptanmadı (p=0,549 ve p=0,90, sırasıyla). Erkek FMF hastalarının SF-36 Fiziksel Bileşen Skoru Fiziksel Fonksiyon ve Genel Sağlık, Mental Bileşen Skoru Emosyonel Rol Güçlüğü bileşenlerinin kadınlardan yüksek

olduğu saptandı (sırasıyla; p=0,001, 0,036 ve 0,010). FMF şiddet skoru ile SF-36'nın tüm bileşenlerinin anlamlı ilişkisi olduğu saptandı, hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesi ölçütleri düşmekte idi (tamamı için p<0,05). Klinik bulgulardan ise artrit, plörit ve vaskülitin yaşam kalitesi ile ters ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Yaş ile SF-36'nın Fiziksel Bileşen Skoru Fiziksel Fonksiyon arasında anlamlı ilişkisi olduğu saptandı, yaş arttıkça yaşam kalitesi azalmakta idi. MEFV mutasyonları ile yaşam kalitesi SF-36 ölçeği ile değerlendirildiğinde mutasyon olmayanlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: FMF çocukluk çağında başlayıp takip ve tedavisi ömür boyu süren bir hastalıktır. Bu çalışmaya göre artriti olan hastaların hem anksiyetesi yüksek hem de yaşam kalitesi düşük saptanmıştır. FMF şiddet skoru ise anksiyete ve depresyonla ilişki göstermezken yaşam kalitesi ile ters ilişki içindedir. Hastaları medikal yönden takip ederken anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından da değerlendirmek hastaların tedavilerine olumlu katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi

PS-122

Spondilodiskitin konvansiyonel radyografi ile saptanması ne kadar mümkündür?

Zehra Özsoy[1], Emrach Chousein[2], Emre Bilgin[1], Gül Sandal Uzun[1], Mustafa Ekici[1], Erdinç Ünaldı[1], Büşra Fırlatan[1], Gözde Bayram Kart[1], Buğu Bulat[1], Levent Kılıç[1], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spondilodiskit romatolojik, enfeksiyöz, dejeneratif hastalıklara bağlı ortaya çıkabilmektedir. Lomber ve torakal vertebrada sıklıkla görülmektedir. Tanısı çoğu zaman MR ile doğrulanmaktadır ancak ilk olarak konvansiyonel grafilerle birlikte değerlendirilmektedir. Bu çalışmada MR'de spondilodiskiti olan hastaların lateral lomber grafilerinde spondilodiskit saptama duyarlılığı ve özgünlüğünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2010-2021 yılları arasında merkezimizde spinal MR görüntülemesinde spondilodiskiti olan hastalar belirlenmiştir. Lomber MR'de spondilodiskiti olan 102 hasta bu analize dahil edilmiştir. Lomber MR ile aynı dönemde konvansiyonel grafisi olmayan (74 hasta), görüntü kalitesi yetersiz olan (2 hasta) ve lomber vertebraya girişim uygulanmış (3 hasta) hasta analize dahil edilmemiştir. Kontrol grubu olarak lomber MR'de spondilodiskit tanısı olmayan ve lomber direkt grafisi olan SpA, RA ve Behçet hastalığı tanılı 52 hasta alınmıştır. On romatoloji uzmanı (2'si >10 yıl deneyimli, 8'i <5 yıl deneyimli) kör olarak lomber grafileri değerlendirdi. Spondilodiskit yok, şüpheli ve var olarak gruplandı. Lomber grafide spondilodiskit saptama duyarlılığı, özgünlüğü, pozitif ve negatif predikte etme değerleri hesaplandı.

Bulgular: Yirmi üç spondilodiskiti olan, 52 kontrol grubu değerlendirmeye alındı. Spondilodiskit hastalarının 8'inde (%34,7) sebep gösterilmiş enfeksiyonken, 15'inde spondiloartritti. Vertebral üniteye göre 1, 2 ve 3 alanda spondilodiskit saptanması sırasıyla şu şekildedir 14 (%60,8), 5 (%21,7), 4 (%17,3). Lokasyonların dağılımı şu şekildeydi; L5-S1 4 (%17,4), L4-5 13 (%56,5), L3-4 3 (%13), L2-3 5 (%21,7), L1-L2 4 (%17,4), L1-T12 2 (%8,7). Tüm spondilodiskiti olan hastalar ve enfeksiyöz ve spondiloartrite bağlı özgünlük ve duyarlılık, pozitif ve negatif predikte etme değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Lomber grafi ile spondilodiskitin saptanması ile ilgili literatürde iyi tanımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda Lomber spondilodiskitin konvansiyonel grafide saptanma duyarlılığı %50-60, özgünlüğü %70'ler civarındadır. Özellikle enfeksiyöz spondilodiskiti muhtemelen lezyonun yaygınlığından dolayı saptamak daha kolaydır. Yine de konvansiyonel grafi ile önemli bir hastada lezyonlar gözden kaçabilmektedir. Romatoloji alanında deneyimli olmak sonuçlarda çok büyük bir değişikliğe neden olmamaktadır. Spondilodiskitin torakal vertebrada da görülebileceği ve bu lezyonun konvansiyonel grafi ile yakalanmasının mümkün olmadığı da akılda tutulmalıdır. Bu nedenle şüphelenildiği her durumda daha ileri görüntüleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, lateral lomber direkt grafi, enfeksiyöz, spondiloartritler

PS-123

Anti-IL-17 ile tedavi edilen psöriatik artrit hastalarında gerçek yaşam koşullarında tedaviye devam etme ve tedavi paternlerine ilişkin Perfil-17 çalışması

Soydan İnce[1], Beatriz Joven Ibañez[2], Concepción Fito Manteca[3], Esteban Rubio[4], Enrique Raya[5], Alba Pérez-linaza[6], Raquel Hernandez[7], Sara Manrique-arija[8], Mercedes Núñez[9], Silvia Diaz[9], Luis Trancho[9], Rosario García De Vicuña[10]

[1]*Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul, Turkey*

[2]*Hospital 12 De Octubre, Department of Rheumatology, Madrid, Spain*

[3]*Complejo Hospitalario De Navarra, Department of Rheumatology, Pamplona, Spain*

[4]*Hospital Virgen Del Rocío, Department of Rheumatology, Seville, Spain*

[5]*Hospital Universitario San Cecilio, Department of Rheumatology, Granada, Spain*

[6]*Hospital Puerta Del Mar, Department of Rheumatology, Cádiz, Spain*

[7]*Hospital Universitario De Valme, Department of Rheumatology, Sevilla*

[8]*Hospital Carlos Haya, Department of Rheumatology, Málaga, Spain*

[9]*Lilly Spain, Madrid, Spain*

[10]*Hospital De La Princesa, Department of Rheumatology, Madrid, Spain*

Amaç: İnterlökin-17A inhibitörleri (anti-IL17), psöriatik artrit (PsA) yönetiminde ek bir tedavi seçeneği sunmuştur. Bu çalışma, gerçek yaşam koşullarında ixekizumab ve secukinumab (anti-IL17 tedavileri) ile tedavi edilen PsA hastalarının hasta profili, tedavi paternlerini ve sürekliliğini tanımlamayı amaçlamaktadır, ayrıca tedavi kesme sebepleri de incelenmiştir.

Yöntem: Sekiz İspanyol Hastanesi'nde gerçekleştirilen çok merkezli geriye dönük bir çalışmadır. Demografik ve klinik özellikler, tedavi paternleri ve tedavi sürekliliği açıklayıcı olarak analiz edilmiştir. Sürekli veriler ortalama [standart sapma (SS)] olarak sunulurken, kategorik değişkenler frekanslar ve yüzdelerle ifade edilmiştir. Üç/altı/on iki aydaki süreklilik oranları hesaplanmıştır.

Dahil Etme Kriterleri

• Ocak 2019'dan Mart 2020'ye kadar ilk anti-IL17 olarak secukinumab 150 mg (SECU150), secukinumab 300 mg (SECU300) veya ixekizumab (IXE) başlanmış, PsA teşhisi konulmuş yetişkin hastalar.

• Başlangıç tedavisinden sonra en az bir takip değerlendirmesidir.

Hastaların Sayısı ve Özellikleri

Hastaların %70,1'i başlangıçta orta ila şiddetli PsA hastalık aktivitesine sahipti. Bu oran IXE'de en yüksekti (%75,1), daha sonra SECU150 (%69,0) ve SECU300 (%63,1) ile takip etti.

Çoğu hastada deri psoriazi tanısı vardı (%86,4); SECU300 grubunda ilaç başlangıcında aktif deri tutulumunun en yüksek oranı bulundu (%84,8).

Tedavi Paternleri

Önceki PsA Tedavileri

• Hastaların %88,2'si daha önce csDMARD'ler ile tedavi edilmiş, %72,9'u ise bDMARDs/tsDMARDs ile tedavi edilmişti (%58,3 SECU150, %68,4 SECU300 ve %93,8 IXE).

• Toplamda, önceki bDMARD'ler/tsDMARD'ler ortalama olarak 2,0 (1,3) defa kullanılmıştı. SECU150 için bu değer 1,6 (1,0), SECU300 için 1,7 (0,9) ve IXE için 2,4 (1,5) idi.

• En yaygın verilen tedavi, monoterapi veya metotreksat ile birlikte adalimumab tedavisiydi.

İndeks Tedavi

• Anti-IL17 tedavisi hastaların %54,8'ine monoterapi olarak reçete edildi. Kombinasyon tedavisi durumunda metotreksat en sık kullanılan csDMARD idi (%68). Hastaların %61,1'i NSAID'ler ve sistemik kortikosteroidler gibi diğer çok kullanılan eş zamanlı tedavileri aldı.

Süreklilik

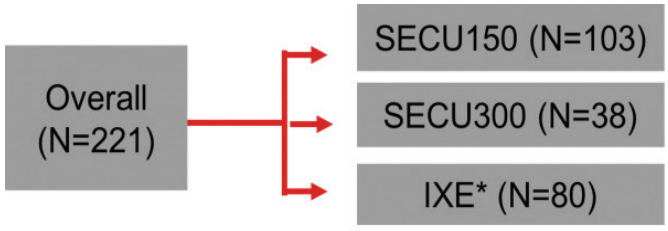
• Genel olarak, anti-IL-17 tedavilerine 3, 6 ve 12. ayda devam etme oranı hastaların sırasıyla %97,2, %88,4 ve %81,0'ı olarak bildirilmiştir.

İspanya'da anti-IL-17 başlatan PsA hastalarının çoğu orta ila şiddetli hastalık aktivitesine sahipti ve genellikle periferik artrit ve deri belirtileri mevcuttu; ayrıca en az 1 önceki bDMARDs/tsDMARDs almışlardı. Bir yıl süreyle takip edildiğinde, hastaların %80'den fazlası hala anti-IL-17 tedavisi altındaydı, IXE en yüksek devamlılık oranını gösterirken, onu SECU150 ve SECU300 izledi.

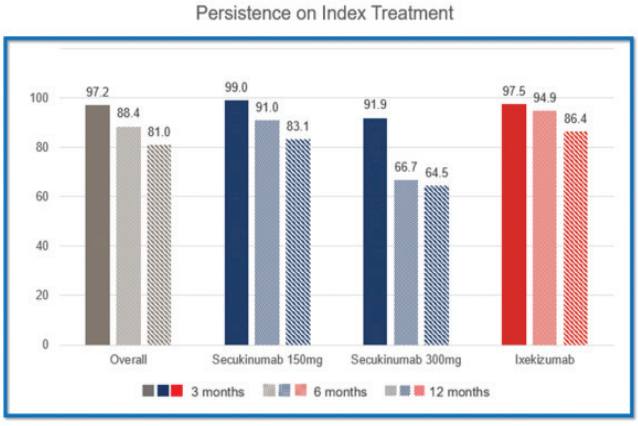
Anahtar Kelimeler: Ixekizumab, psöriatik artrit, PERFIL-17 çalışması

	Overall	SECU150	SECU300	IXE
Patients, n (%)	221 (100.0)	103 (100.0)	38 (100.0)	80 (100.0)
Reason for discontinuation the anti-IL17, n (%)				
Lack of effectiveness	37 (16.7)	15 (14.6)	11 (28.9)	11 (13.8)
Adverse reaction	6 (2.7)	2 (1.9)	4 (10.5)	0 (0.0)
Medical judgment or decision of the patient	12 (5.4)	8 (7.8)	1 (2.6)	3 (3.8)
Other reasons	13 (5.9)	9 (8.7)	0 (0.0)	4 (5.0)

Şekil 1. Tedaviyi kesme sebepleri



Şekil 2. Hasta dağılımları



Şekil 3. Tedavi devamlılığı

PS-124

İkili güç: Metotreksat ve leflunomid kombine tedavisinin romatoid ve psöriatik artritteki ritmi

Gülay Alp[1], Mete Kara[2]

[1]*Bingöl Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bingöl*

[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir*

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve psöriatik artrit (PsA) kronik, ilerleyici, komorbiditelerin sıklıkla eşlik edebildiği, en sık görülen enflamatuvar romatizmal hastalıklardandır. Metotreksat (MTX) ve leflunomid (LEF) en sık kullanılan konvansiyonel hastalık modifiye edici anti-romatizmal (cDMARD) tedavilerdir. MTX ve LEF kombinasyon tedavisinin tedavi naif hastalarda aynı etkinliği gösterdiği farklı yan etki ve toleransa rağmen ilaçta kalımlarının benzer olduğunu gösterilmiştir. Kombinasyon tedavisinin RA'da yan etki açısından benzer olduğunu gösteren çalışmalar mevcut ise de PsA'da yeterince veri yoktur. MTX + LEF kombinasyonunun, PsA'da PASDAS'ye göre hastalık aktivitesinde daha fazla iyileşme sağladığı ancak MTX monoterapisinden daha az iyi tolere edildiği gösterilmiştir.

Yöntem: Çalışmamızda RA ve PsA hastalarında MTX ve LEF birlikte kullanımındaki etkinliğin ve yan etkinin, bu ilaçların monoterapi şeklinde kullanımı ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya retrospektif olarak tek merkezde 2020-2023 yılları arasında en az 12 ay boyunca izlenen hastalar tüm RA ve PsA hastaları dahil edildi. Hastalık aktivitesi DAS-28 CRP ve DAPSA ile değerlendirildi. Tedavi sonrası gelişen yan etkiler genel olarak enfeksiyonlar, kardiyovasküler, solunum, renal, gastroenterolojik ve dermatolojik olaylar gibi belirli MedDRA kategorilerine göre yapıldı. Toplam 528 (385 RA ve 143 PsA) hasta (MTX; n=331 LEF; n=115, MTX + LEF n=82) dahil edildi. Ortalama yaş 53,8±13,9 yıl, tanı yaşı 48,6±14,1 medyan hastalık süresi 3 (5) yıl, takip süresi 30±18 ay olup hastaların %77,5'i kadındı. RA ve PsA karşılaştırıldığında PsA hastalarının yaşı ve tanı yaşı daha düşük ve MTX + LEF kombinasyon tedavisi oranı daha fazlaydı. RA hastalarında daha fazla komorbidite mevcuttu ve diğer hastalık klinik ve aktivite özellikleri benzerdi (Tablo 1).

Bulgular: RA kombinasyon tedavisinde ortalama MTX dozu 13,2±3,3 mg/hafta, LEF dozu 106,7±33,7 mg/hafta PsA'da ise MTX dozu 14,1±3 mg/hafta, LEF dozu 95,9±33,5 mg/hafta olup benzerdi. Hem RA hemde PsA'da ileri yaş ve tanı yaşı yüksek hastalarda LEF monoterapisi anlamlı olarak fazla tercih edilmişti, ek olarak RA'da kadınlarda daha çok MTX monoterapisi, PsA'da ise komorbiditesi olanlarda daha çok LEF monoterapisi izlendi. Tedavi gruplarında MTX ve LEF dozu monoterapide kombinasyon gruplarına göre anlamlı olarak fazla izlendi. Kombinasyon tedavisindeki ilaç dozları RA ve PsA'da benzer izlendi. RA hastalarında başlangıç ortalama ± SS DAS28CRP 5,1±1,13, son DAS28CRP 1,78±0,57, PsA hastalarında ise başlangıç ortalama DAPSA 29,7±5,2, son DAPSA ise 6,31±2,7 idi. Başlangıçta kombinasyon grubunda RA ve PsA'da hastalık aktivitesi daha yüksekti. RA ve PsA hastalarında kombinasyon grubunda monoterapiye göre DAS28CRP ve DAPSA skorlarında daha anlamlı azalma görüldü. RA'da LEF monoterapisinde, kombine kullanıma göre daha fazla nöropati izlenirken, MTX monoterapisinde ise kombine kullanıma göre yan etkide farklılık izlenmedi (Tablo 2, 3).

Sonuç: MTX ve LEF, uygun dozlarda kullanıldığında RA ve PsA hastalarında monoterapiye göre daha fazla etkinlik gösterirken, yan etki açısından farklılık göstermemiştir. cDMARD kombinasyonun, biyolojik ilaçların yaygın olarak bulunmadığı, kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda yararlı bir strateji olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kombinasyon tedavisi, leflunamid, metotreksat, romatoid artrit, psöriatik artrit

PS-125

ANCA ilişkili vaskülit hastalarında osteoporozu ne kadar tanıyoruz? Çok merkezli retrospektif analiz

Tuba Demirci Yıldırım[1], Emine Duran[2], Öznur Sadioğlu[3], Rıza Can Kardaş[4], Melih Kızıltepe[5], Mustafa Ekici[2], Duygu Özgür[6], Ertuğrul Çağrı Bölek[2], Hamit Küçük[4], Soner Şenel[5], Nilüfer Kanıtez[7], Cemal Bes[6], Ayten Yazıcı[3], Ayşe Çefle[3], Ömer Karadağ[2], Fatoş Önen[1]

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

[2]Hacettepe Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUVAM), Ankara

[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

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

[5]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[7]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülitler (AAV), küçük ve orta büyüklükteki damarların enflamasyonu ile karakterli kronik, multisistemik bir grup hastalıktır. AAV'de osteoporoz, hem hastalığın renal tutulumu ve kronik enflamasyon hem de tedavide kullanılan glukokortikoidler ile ilişkili olarak artmış bir komorbiditedir. Bu çalışmanın amacı, Türk vaskülit çalışması (TRVaS) kohortu elektronik veri tabanında kayıtlı AAV hastalarında osteoporozun ne kadar tarandığını belirleyip, osteoporozla ilişkili faktörleri saptayarak, AAV'de osteoporozun önemine dikkat çekmektir.

Yöntem: Çalışmaya TRVaS kohortuna kayıtlı yedi farklı merkezden, AAV tanılı hastalar alındı. Retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmada, hastalarda AAV tanısı aldıktan sonra herhangi bir zamanda kemik mineral yoğunluğu (KMY) incelemesi yapılıp yapılmadığı incelendi. KMY ölçümü için Dual X-ray absorbsiyometre (DXA) kullanıldı. Değerlendirmede Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen kemik mineral yoğunluğuna göre osteoporoz tanımlaması kullanıldı. Hastalar sekonder osteoporoz açısından değerlendirildi. DXA ile tarama yapılmış olguların komorbiditeleri, kırık öyküleri, kümülatif glukokortikoid dozları, immünosupresif tedavileri, vücut kitle indeksleri (VKİ), hastalık süreleri ve osteoporoz tanısı sonrası tedavi seçenekleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 170 hastanın 100'ü (%58,8) erkekti. Hastaların 127'si (%74) granülomatöz polianjiit, 20'si (%12) eozinofilik granülomatöz polianjiit, 15'i (%9) mikroskopik polianjeit kalanı ise sınıflandırılmamış ANCA ilişkili vaskülit tanılıydı. Hastaların ortanca yaşı 56 [çeyrekler arası oran (ÇAO) 43-67] ve hastalık takip süreleri medyan 46,5 ay (ÇAO, 14-95) olarak saptandı. Yirmi altı (%15,1) hastaya AAV tanısı ile eş zamanlı olarak DXA incelemesi yapıldığı ve bu hastaların beşinin (%19,3) osteoporoz tanısı aldığı saptandı. Tüm hastalık izlemi süresince DXA ile tarama yapılan hasta sayısı 73 (%43) idi; diğer hastaların hiçbir vizitte osteoporoz açısından incelenmediği görüldü. Tarama yapılan 73 hastanın 41'inde (%56,1) osteopeni, 19'unda (%26) osteoporoz saptanmıştı, sadece 13 (%17,8) hastanın KMY ölçümü normal sınırlardaydı (Şekil 1). Osteoporozlu bir hastada ve osteopeni tanısı konan üç hastada kırık öyküsü mevcuttu. Tüm hastalar en az üç ay boyunca 5 mg ve üzerinde prednizolon eşdeğeri glukokortikoid kullanmıştı. Hastaların %59,9'unda kullanılan kümülatif glukokortikoid dozunun on gram üzerinde olduğu görüldü, Hastaların ortanca 25-OH vitamin D düzeyi 27 ng/mL (ÇAO, 21-33) olarak saptandı. İzlem sürecinde kemik mineral yoğunluğu incelemesi yapılmış hastaların komorbidite, ilaç kullanım, sekonder osteoporoz sorgulamasına ilişkin ayrıntılı tanımlayıcı veri analizi Tablo 1'de verilmiştir. Glukokortikoid kullanımına bağlı osteoporoz tanısı da dahil edilerek toplamda KMY ölçümü yapılan 73 hastanın %82,2'sine oral ya da intravenöz bifosfanat tedavisi verildiği saptandı.

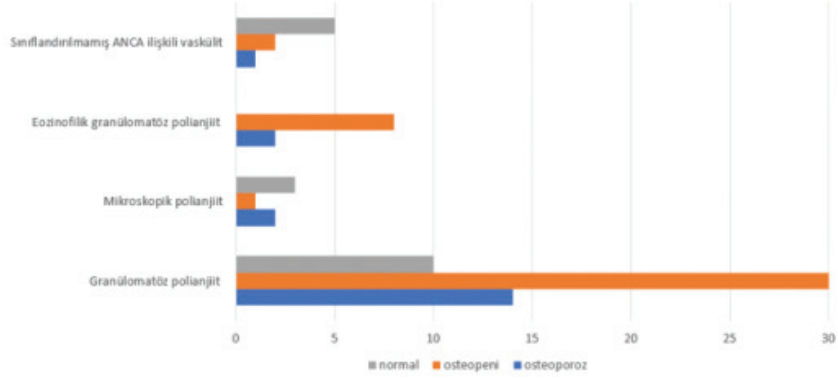
Sonuç: Glukokortikoid tedavisi ile ilişkili osteoporoz iyi bilinen bir durum olmasına karşın, AAV hastalarının tanı anında yalnızca %19'unun, izlem süreci boyunca ise %50'sinden az bir bölümünün osteoporoz açısından tarandığı saptanmış ve taranan bu hastaların %82'sine osteoporoz için tedavi verildiği görülmüştür. Sonuçlar AAV'li hasta izleminde osteoporozun farkındalık düzeyinin düşük olduğunu göstermiştir. Morbidite ve mortalite artışına neden olan osteoporotik kırıkların önlenebilmesi için, yüksek risk grubunda yer alan AAV'li hasta grubunda osteoporoz açısından değerlendirme yapılması önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, osteoporoz, glukokortikoid

Tablo 1. Osteoporoz taraması yapılmış AAV hastalarının özellikleri

	Osteoporoz (n=19)	Osteopeni (n=41)	Normal (n=13)
Ortalama VKİ, ortalama±SS	24.0±4.0	25.3±5.1	27.1±5.9
Siklofosfamid n(%)	11 (57.9)	29 (70.7)	7 (53.8)
Mikofenolat mofetil n(%)	5 (26.3)	2 (4.9)	1 (7.7)
Azatioprin n(%)	13 (68.4)	27 (65.9)	4 (30.8)
Metotreksat n(%)	6 (31.6)	4 (9.7)	2 (15.4)
Kümülatif glukokortikoid dozu >10g, n (%)	11 (57.9)	28 (68.3)	8 (61.5)
Hastalık süresi (medyan/ÇAO)	59 (36-98)	49 (23-97)	58 (26-71)
Kırık öyküsü n(%)	1 (5.3)	3 (7.3)	1 (7.7)
Ailede kırık öyküsü	1 (5.3)	3 (7.3)	2 (15.4)
Malignite n(%)	0	4 (9.7)	1 (7.7)
Primer hipertroidi n(%)	0	0	0
Hipotroidi n(%)	2 (10.5)	6 (14.6)	2 (15.4)
Hipogonadizm n(%)	0	1 (2.4)	0
Anoreksiya nervosa n(%)	0	0	0
Kronik böbrek yetmezliği n(%)	6 (31.6)	18 (43.9)	5 (38.5)
İmmobilizasyon n(%)	1 (5.3)	1 (2.4)	0
Primer bilier siroz n(%)	0	0	0
Hemakromatozis n(%)	0	0	0
Gastrektomi n(%)	0	0	0
Malnutrisyon n(%)	0	0	0
PPİ kullanımı n(%)	16 (84.2)	33 (80.5)	10 (76.9)
DMAH kullanımı n(%)	1 (5.3)	2 (4.9)	1 (7.7)
Hipokalsemi n(%)	1 (5.3)	2 (4.9)	0
Hiperparatroidi n(%)	1 (5.3)	1 (2.4)	0
D vitamini yetersizliği n(%)	2 (10.5)	4 (9.7)	0
D vitamini eksikliği n(%)	0	0	0

VKİ: vücut kitle indexi, SS: standart sapma, PPİ: proton pompa inhibitörü, DMAH: düşük molekül ağırlıklı heparin, ÇAO: çeyrekler arası oran.



Şekil 1. ANCA ilişkili vaskülit alt gruplarındaki DXA sonuçları

PS-126

Romatolojik hastalıklarda biyopsikososyal yaklaşımın etkinliği: Sistematik derleme

Nazlı Elif Nacar[1,2], Nur Banu Karaca[3], Edibe Ünal[3]

[1]Kahramanmraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Fizyoterapi Bölümü, Kahramanmaraş

[2]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Amaç: EULAR 2021 Kılavuzu'nda hasta eğitimi, problem çözme ve self-yönetimin de içinde bulunduğu biyopsikososyal yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Çalışmamızın amacı, romatolojik hastalıklarda uygulanan biyopsikososyal yaklaşımın (BPS) etkinliğini belirlemek için mevcut kanıtları sistematik olarak incelemektir.

Yöntem: Bu sistematik derleme PRISMA Rehberi'ne göre yapıldı. PubMed, Cochrane, EBSCO ve WoS veri tabanları bir bağımsız araştırmacı tarafından tarandı. Çalışmamıza BPS ile herhangi bir egzersiz yaklaşımını karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) dahil edildi. Metodolojik kalite PEDro ölçeğiyle değerlendirildi.

Bulgular: Sistematik taramayla ulaşılan 4,068 makaleden dahil edilme kriterlerine uyan 6-RKÇ (ortalama 6,2/PEDro) derlemeye alındı. BPS, psikolojik ve/veya sosyal bir birleşen ile fiziksel bir birleşeni içeren müdahele olarak tanımlandı. Çalışmalar kalça ve/veya diz osteoartriti (4-RKÇ), fibromiyalji ve kronik yaygın ağrıda BPS'nin etkinliğini araştırıyordu. Diz osteoartriti üzerine; iki çalışmada gruba-dayalı bilişsel davranışçı egzersizin geleneksel egzersize kıyasla fiziksel aktiviteye daha büyük etki sağladığı, diğer bir çalışmada ise ağrı ile başa çıkma eğitimiyle birleştirilen egzersizin tek başına uygulamalara göre fonksiyonda daha büyük gelişme göstermesine rağmen ağrı ve emosyonel durumda gruplar arasında fark yaratmadığı bildirilmiştir. Kalça/diz osteoartritinde davranışsal kademeli-aktivite programının genel tedavi ile karşılaştırıldığında ağrı ve fonksiyon üzerinde benzer etkiler gösterdiği bulunmuştur. Geleneksel tedaviye eklenen bilişsel davranış terapisinin etkisini araştıran iki çalışmadan; ilkinde fibromiyaljide kombine tedavinin fonksiyon ve emosyonel durumda geleneksel tedavi ile benzer sonuçlar gösterdiği, diğerinde ise kronik yaygın ağrıda ağrı ve emosyonel durumda tek başına uygulamalara benzer etki yarattığı bildirilmiştir.

Sonuç: Mevcut sistematik derlemeyle BPS'nin ağrı, fonksiyon ve emosyonel durum üzerine etkinliği hakkında kanıtların tutarsız olduğu sonucuna ulaşıldı. Çalışmaların metodolojik heterojenliği, yetersiz örneklem büyüklükleri ve farklı sonuç çıktıları bu durumun nedenleri olabilir. BPS kavramını uyku, yorgunluk, cinsellik, ağrı, fonksiyonellik ve duygu-durum bileşenleriyle bir arada inceleyen RKÇ'ye rastlanamaması bu alanda çalışma üretmenin uygun değerlendirme ve standardize yaklaşımlara duyduğu ihtiyacın göstergesidir. Romatolojik hastalıklarda mevcut kılavuzlar BPS'nin önemini vurgulamakla birlikte bu alanda standardize yöntemleri içeren yüksek kanıt düzeyinde çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatizmal hastalıklar, biyopsikososyal yaklaşım, bütüncül yaklaşım

PS-127

Romatizmal hastalıklarda malignitesi olan hastaların değerlendirilmesi: Tek merkez deneyimi

Kevser Orhan[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Hatice Ecem Konak[1], Pınar Akyüz Dağlı[1], Ebru Atalar[1], Berkan Armağan[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Serdar Can Güven[1], Hakan Babaoğlu[1], İsmail Doğan[2], Ahmet Omma[3], Yüksel Maraş[3], Orhan Küçükşahin[2], Şükran Erten[2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: İmmün sistemin kronik uyarımı ve kronik sistemik enflamasyon, romatizmal hastalıklarda malignite riskini artırabilmektedir. Ayrıca romatizmal hastalıklara yönelik kullanılan tedaviler de malignite riskini artırabilir. Artan yaşam ömrü ve etkili onkolojik tedaviler nedeniyle malignite öyküsü olan romatizmal hastalarla daha sık karşılaşılmaktadır. Bu çalışmada malignite öyküsü ve romatizmal hastalığı olan hastalarının klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi, cinsiyetin ve aldığı tedavilerin klinik üzerine etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Romatoloji Bölümü'nde takipli 10.269 romatizmal hastalık tanılı hasta arasından malignitesi olan 154'ünün (%1,5) verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, metastaz olup olmadığı ve tedavileri kaydedildi.

Bulgular: Toplam 154 hastada malignite öyküsü mevcuttu. Malignite tanılarının dağılımı; meme (n=46), hematolojik malignite (lenfoma, lösemi, multipl myelom) (n=24), akciğer (n=23), endometrium (n=8), over (n=8), kolon (n=6), mide (n=6), mesane (n=5), testis (n=5), prostat (n=5), baş-boyun (n=5), pankreas (n=3), tiroid (n=2), renal (n=2) ve diğer (n=6) idi. 154 hastadan 10'unda takiplerde mortalite geliştiği tespit edildi. On beş hastada (%9,7) biyolojik DMARD (bDMARD) kullanım öyküsü mevcuttu. Üç hasta etanercept, 1 hasta adalimumab, 1 hasta tocilizumab, 1 hasta infliksimab, 2 hasta anakinra olmak üzere toplam 8 hasta (%53,3) bDMARD tedavisine devam etmekteydi. bDMARD devam edilen hastalarda nüks gözlenmedi. Hastaların diğer klinik ve demografik bilgileri ve aldığı tedaviler Tablo 1'de verilmiştir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın ve erkek arasında yaş ortalaması, bDMARD ve konvansiyonel DMARD (ksDMARD) kullanım öyküsü, malignite süreleri, metastaz varlığı ve mortalite açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (p>0,05). Metastazı olan ve olmayan hastaların bDMARD ve ksDMARD kullanım öykülerine göre karşılaştırıldığında aralarında fark saptanmadı (p=0,354, p=0,282). Mortalite ile bDMARD ve ksDMARD kullanımı arasında da herhangi bir anlamlı fark saptanmadı (p=0,347, p=0,594).

Sonuç: Bu çalışmada cinsiyet, bDMARD ve ksDMARD kullanımı ile metastaz olup olmaması ve mortalitede farklılık tesbit edilmedi. Romatizmal hastalık tanısı olan hastalarda immünosupresif tedavilerin tümör sürveyansını bozabileceği endişesi olsa da, bDMARD devam edilen hastalarda nüks gözlenmedi. Tümör nüksü ve prognoz üzerine etkisi açısından daha uzun takip süresine sahip, daha fazla hasta sayısı ile ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatizmal hastalıklar, malignite, DMARD, biyolojik tedaviler

PS-128

İmmünoglobulin G4 ilişkili hastalık Türkiye verisi: Pediyatrik ve erişkin perspektif

Mustafa Ekici[1], Ümmüşen Kaya Akça[2], Meryem Şeyma Ak[3], Taylan Kaplan[4], Hülya Köse[5], Tuba Demirci Yıldırım[6], Tuba Kurt[7], Kadir Ulu[8], Ceyda Arslanoğlu[9], Deniz Gezgin Yıldırım[10], Belde Kasap Demir[11], Vefa Guliyeva[12], Cansu Akleylek[13], Selcan Demir[14], Oya Köker Turan[15], Sezgin Şahin[16], Selçuk Yüksel[17], Gülşah Kılbaş[17], Gözde Kübra Yardımcı[1], Ertuğrul Çağrı Bölek[18], Ayşenur Paç Kısaarslan[9], Sevcan Azime Bakkaloğlu[10], Nuray Aktay Ayaz[12], Banu Çelikel Acar[7], Betül Sözeri[8], Fatma Alibaz Öner[19], Levent Kılıç[1], Fatoş Önen[6], Sara Şebnem Kılıç Gültekin[5], Hafize Emine Sönmez[19], Haner Direskeneli[19], Özgür Kasapçopur[16], Seza Özen[2], Yelda Bilginer[2], Ömer Karadağ[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[4]Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[5]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Bursa

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

[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul

[9]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

[10]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[11]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İzmir

[12]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[13]Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[14]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Erzurum

[15]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[16]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[17]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

[18]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[19]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: İmmünoglobulin G4 ile ilişkili hastalık (IgG4-İH), çoğu anatomik bölgede ortaya çıkabilen fibroenflamatuvar lezyonlarla ilişkili immün aracılı bir hastalıktır. Oldukça nadir olan bu hastaların ulusal ölçekte kaydedilerek uzun dönem takibine, TRVAS web-tabanlı veri tabanımıza eklenen formlarla bu yıl başlanmıştır. Diğer taraftan IgG4-İH, hem pediyatrik hem de erişkin hastalarda görülebilse de yaş gruplarına göre farklılık özelliklerini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada erişkin ve pediatrik popülasyonda IgG4 İH'nin tutulum özellikleri, tedavi seçimlerinin karşılaştırılması ve hekime göre remisyon kararı ile IgG4 yanıt indeksinin korelasyonunun araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Türk Vaskülit Çalışma Grubu Prospektif Veri Tabanına (TRVAS) kayıtlı IgG4-İH'ler alındı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedildi. Erişkin ve pediyatrik yaş gurubu hastaların tutulum özellikleri ki-kare ile erişkin hastalarda IgG4 İH responder indeks, hekime göre tedavi yanıtı arasındaki korelasyon spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 78 erişkin ve 33 pediyatrik IgG4-İH'ye dahil edildi. Erişkin ve pediyatrik hastaların sırasıyla 43'ü (%55,1) ve 14 (%42,4) erkek, yaş ortalaması 52,2 (±14,9) ve 14,7'ydi (±4,4). Erişkin hastalarda konstitüsyonel semptomlar, kulak burun boğaz tutulumu, kardiyovasküler tutulum ve gastrointestinal (GİS) tutulum belirgin olarak daha fazla iken çocuk hastalarda ise en sık %60 ile göz bulguları saptanmıştır. Serum IgG4 düzeylerinde yükseklik benzer oranlarda görülmüştür. Çocuk hastalarda biyopside storiform fibrozis daha fazla rapor edilmiş, sınıflandırma kriteri daha az sağlanmıştır. Siklofosfamid ve ritüksimab erişkin grubunda daha fazla kullanılırken mikofenolat mofetil ve azatiyopürin pediyatrik yaş grubunda daha sık tercih edilen tedavilerdir (Tablo 1). Hekime göre son vizit remisyon kararı ile IgG4-İH yanıt indeksi korelasyonu tüm popülasyonda iyi derece de korelasyon gösterirken (rho: 0,63 p<0,001); bu durum erişkin hastaların değerlendirmesinde iyi iken (rho: 0,65 p<0,001), pediyatrik hastalık değerlendirmesinde düşük orta derece de (rho: 0,33 p=0,22) olmuştur.

Sonuç: Çocuk hastalarda daha sık göz tutulumu ile görülen IgG4-İH, erişkinde göz, kardiyovasküler ve GİS tutulumu gibi çeşitli doku ve organ sistemlerini tutabilmektedir. Serum IgG4 düzeyleri benzer düzeylerde artış gösterirken, çocuk hastalar sınıflandırma kriterini daha az karşılamıştır. Erişkinde siklofosfamid ve ritüksimab daha fazla kullanılmıştır. Hekim hastalık remisyon kararı açısından ise erişkin hastalarda yanıt indeksi ile yüksek korele iken çocuk hastalarda düşük düzeyde kalmıştır.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, IgG4 yanıt indeksi

PS-129

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi romatoloji servis hastalarının biyopsikososyal durumları

Elif Gür Kabul[1], Fatma Taşkın[2], Bilge Başakçı Çalık[3], Veli Çobankara[4]

[1]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak

[2]Aydın Devlet Hastanesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kliniği, Aydın

[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli

[4]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Romatoloji alanındaki tedavi, son yıllarda fiziksel olarak daha aktif programlara doğru ilerlemiştir. Bu gelişme, daha büyük bir multidisipliner ekibe ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, farklı romatizmal hastalığı bulunan yatan hastalara uygulanan multidisipliner tedavinin önemli klinik faydalar sağladığı belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Romatoloji Servisi'nde yatan hastalarının biyopsikososyal durumlarını incelemekti.

Yöntem: Çalışmaya 15 Şubat-15 Ağutos 2023 tarihleri arasında romatoloji servisinde yatan 96 romatolojik hasta dahil edildi (yaş ortalaması: 53,14±16,83 yıl). Dördüncü kosta çevre ölçümü mezura ile, kas kuvveti manuel kas testi (0-5) ile, genel iyilik hali Vizüel Analog skala (VAS) (VAS, 0: en kötü, 10: en iyi durum) ile, yorgunluk düzeyi Yorgunluk Şiddet ölçeği (<2,8 yorgunluk yok; >6,1 kronik yorgunluk) ile, mobilite düzeyi Rivermead Mobilite indeksi ile, anksiyete düzeyi Beck Anksiyete ölçeği ile (<21 hafif, 22-35 orta, >36 şiddetli) ve yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili ile değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama hastanede yatılan gün sayısı 15,57±15,11; tanı yılı 7,91±9,34; dakikadaki solunum frekansı 22,55±6,03; dördüncü kosta çevre ölçümü istirahatte 97,01±9,70 cm; inspirasyonda 99,71±9,67 cm; ekspirasyonda 94,10±13,91cm; quadricaps kas kuvveti sağ 4,26±0,74; sol 4,16±0,76; biceps brachii kas kuvveti sağ 4,46±0,64; sol 4,39±0,78; VAS puanı 6,03±2,51; Rivermead Mobilite indeksi puanı 11,41±4,11; Nottingham Sağlık Profili toplam puanı 235,13±134,64; enerji düzeyi alt grubu puanı 52,89±37,06 idi. Daha önce romatoloji servisinde yatma öyküsü 42 hastada (%43,8) bulunmakta idi. Ambulasyon düzeyleri incelendiğinde 5 hasta (%5,2) yatak seviyesinde, 4 hasta (%4,2) oturma seviyesinde, 7 hasta (%7,3) ayakta durma seviyesinde ve 80 hasta (%83,3) yürüme düzeyinde idi. On yedi hasta (%17,7) mobilizasyonda yardımcı cihaz kullanıyordu. Hastaların 22'si (%22,9) kronik yorgunluk düzeyindeydi ve 21'inde (%21,9) orta düzeyde anksiyete vardı.

Sonuç: Romatoloji servisinde yatan hastaların inspirasyon yeteneğinin düşük, solunum frekansının normal değerden yüksek, mobilite ve enerji düzeylerinin ortalama değerlerde olduğu, yorgunluk ve anksiyete düzeylerinin önemsenmesi gerektiği ve tüm bunların hastalarda genel durumlarına bakış açılarını olumsuz etkileyebileceği görülmektedir. Romatoloji servisinde yatan hastaların farmakolojik tedavilere ek olarak uygun egzersizler ile fizyoterapistler tarafından desteklenmesini tavsiye etmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Romatolojik hastalık, solunum, yorgunluk, mobilite, yaşam kalitesi

PS-130

Primer Sjögren sendromu hastalarında kuru göz hastalığı bulgularının değerlendirilmesi ve hastalık özellikleriyle ilişkisi

Gizem Sevik[1], Semra Akkaya Turhan[2], Hüsnü Can Yaşar[2], Kerem Yiğit Abacar[1, 3], Alida Aliyeva[1], Gonca Mumcu[4], Nevsun İnanç[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Niğde

[4]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarında lakrimal gland enflamasyonu, yaşam kalitesini azaltan önemli bir bulgu olan göz kuruluğuna neden olmaktadır. Literatürde pSS hastalarında kuru göz hastalığının (KGH) kapsamlı değerlendirilmesi ve oküler parametrelerin hasta bazlı anketler ve hastalık aktivitesi ile karşılaştırılmasıyla ilgili kısıtlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmamızda, pSS hastalarında kapsamlı bir oftalmolojik muayene ile KGH özelliklerinin değerlendirilmesi ve bu parametrelerin pSS klinik özellikleri ve aktivitesiyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde takipli 2016 ACR/EULAR klasifikasyon kriterlerine göre pSS olarak sınıflandırılmış 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara rutin romatolojik kontrol muayenelerine geldikleri gün oftalmolojik muayeneleri ve KGH değerlendirmeleri yapıldı. Hastaların ESSPRI skorları kaydedildi ve pSS hastalık özellikleri, laboratuvar tetkikleri, tükürük akış hızı ölçümleri ve tükürük bezi ultrasonografi sonuçları hasta dosyalarından kaydedildi. Oftalmolojik muayenede; Schirmer's testi, gözyaşı kırılma zamanı (BUT), oküler boyanma Oxford skoru, Marx's line ve Scheimplug-Placido disk sistemiyle yapılan non-invaziv BUT (NIBUT) testi ölçümleri yapıldı. Hasta bazlı anketlerden hastanın genel sağlık değerlendirmesi (PGA-global), hastanın hastalık aktivitesi değerlendirmesi (PGA-hastalık aktivitesi), oküler yüzey hastalık indeksi (OSDI) ve "dry eye questionnaire-5" (DEQ-5) uygulandı.

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. TFOS-DEWSII tanımlamasına göre tüm hastalarda KGH mevcuttu. Ortalama OSDI skoru ve DEQ-5 skoru 38,2±22,7 ve 10,3±6,0 saptandı ve hastalarda ciddi KGH semptomlarının olduğunu göstermekteydi. Ortalama ESSPRI

skoru kuruluk, ağrı ve yorgunluk için sırasıyla; 6,5±2,1, 5,4±3,2 ve 5,3±3,1 olarak saptandı. ESSPRI-kuruluk skoruyla OSDI, DEQ-5, ve oküler boyanma Oxford skoru arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla; p=0,001, p=0,004, p=0,03). PGA-global ile DEQ-5 skoru arasında anlamlı negatif korelasyon varken (p=0,007), PGA-hastalık aktivitesi ile OSDI ve DEQ-5 skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (p=0,02 ve p=0,001). Hastaların %50'sinde uyarılmamış tükürük akış hızı düşüktü ve KGH özellikleri ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. On iki hastanın tükürük bezi USG verisi mevcuttu ve 7'sinde en az bir glandda OMERACT USG skoru 2 ve üzerinde idi. pSS klinik parametreleri ve OMERACT USG skoru ile KGH parametreleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada, pSS hastalarında kuru göz hastalığı şiddeti arttıkça hasta bazlı değerlendirmelerden hastalar üzerinde hastalığın genel etkilerini değerlendiren ESSPRI-kuruluk, PGA-global ve PGA-hastalık aktivitesi skorlarında kötüleşme olduğu saptandı. KGH ve ağız kuruluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması pSS hastalarının değerlendirilmesinde göz yaşı ve tükürük bezlerinin ayrı ayrı detaylı incelenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kuru göz hastalığı, oftalmolojik değerlendirme

Tablo 1. pSS hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Yaş, yıl, ort±sd	49.5± 13.3
Cinsiyet, kadın, n (%)	33 (97.1)
Hastalık süresi, ay, median (IQR)	73.5 (76.5)
Tedavi, n (%)	
Hidroksiklorokin	24 (70.6)
Metotreksat	6 (17.6)
Leflunomid	6 (17.6)
Azatioprin	4 (11.8)
Mikofenolat mofetil	2 (5.9)
Rituksimab	2 (5.9)
Hastalık bulguları, n (%)	
Artralji	31 (91.2)
Artrit	11 (32.4)
Parotit	2 (5.9)
İnterstisyel akciğer hastalığı	4 (11.3)
Tubulointerstisyel nefrit	2 (5.9)
Lenfopeni	7 (20.6)
Hipergamaglobulinemi	12 (35.3)
Hipokomplementemi	4 (11.8)
Schirmer's testi, mm, ort±sd	3.4±5.2
Gözyaşı kırılma zamanı, sn, ort±sd	5.9±3.0
Noninvaziv gözyaşı kırılma zamanı, sn, ort±sd	5.9±3.9
Oküler boyanma Oxford skoru pozitifliği, n(%)	25 (73.5)

PS-131

Romatoid artritli bireylerde sarkopeni varlığının incelenmesi: Karşılaştırmalı bir çalışma

Begüm Akar[1], Bilge Başakçı Çalık[1], Elif Gür Kabul[2], Ayşe Nur Bayındır Akbaş[3], Veli Çobankara[1]

[1]*Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Denizli*

[2]*Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak*

[3]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli*

Amaç: Romatoid artritde (RA) fiziksel hareketsizlik, enflamasyon, yaşlanma gibi birçok faktör iskelet kaslarındaki değişiklikleri etkiler. RA'da düşük kas kitlesi prevalans oranları %11 ila %49 arasında değişmektedir. Kas kütlesi kaybı, RA'lı bireylerde kas gücü kaybına neden olur. Bu durum; düşük kas kütlesi, düşük kas gücü ve düşük fiziksel performans ile karakterize sarkopeninin oluşumuna neden olur. RA'lı bireylerde vücut kompozisyonundaki değişim üzerinde çok durulmayan bir konu olsa da oldukça önemlidir. Çalışmamızın amacı RA'lı bireylerde sarkopeni sıklığını araştırmak ve RA'nın fonksiyonel yetersizlikler, hareketten kaçınma korkusu, psikososyal durumlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini sağlıklı bireylerle karşılaştırarak incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya yaş ortalaması 54,88±7,55 yıl olan 25 RA'lı birey ve 53,92±7,66 yıl olan 25 sağlıklı birey dahil edildi. Demografik veriler kaydedildikten sonra sarkopeni sıklığı; Bio-İmpedans (BEA) cihazı ile yağsız kas kütlesi, 4 metre yürüme hızı testi ile fonksiyonel performans, el dinamometresi ile kavrama kuvveti ölçülerek değerlendirildi, ayrıca diz ekstansiyon (quadriceps kas gücü) kuvveti de manuel kas ölçüm cihazı ile ölçüldü. Tüm bireylerin fonksiyonel durumları Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA) ile, korku-kaçınma davranışları Tampa Kinezyofobi ölçeği (TKÖ), biyopsikososyal durumları Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı ölçeği (BETY-BÖ) ve yaşam kaliteleri Kısa-Form 36 (KF-36) ile incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda RA'lı bireylerin sarkopeni sıklığının %28 olduğu bulundu. RA'lı ve sağlıklı bireyler vücut kompozisyonu, fiziksel performans ve kas kuvveti açısından karşılaştırıldığında; iskelet kası kütlesi (p=0,004), iskelet kası kütlesi indeksi (p=0,011), yürüme hızı (p=0,000), sağ el (p=0,000) ve sol el kavrama kuvveti (p=0,000), sağ diz (p=0,001) ve sol diz ekstansiyon kuvveti (p=0,000) açısından sonuçların sağlıklı grup lehine anlamlı olduğu görüldü. RA'lı ve sağlıklı bireyler korku kaçınma davranışı, yaşam kalitesi, psikososyal etkilenim ve fonksiyonellik açısından karşılaştırıldığında sağlıklı grup lehine fark anlamlı idi (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamızda RA'lı bireylerde sarkopeni sıklığının yüksek olduğu, RA'lı bireylerin sağlıklı bireylere göre fonksiyonel düzeylerinin, psikososyal durumlarının ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu ve daha fazla korku kaçınma davranışına sahip oldukları sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sarkopeni, kas kütlesi, kas kuvveti

PS-132

Sistemik skleroz hastalarında Fosfodiesteraz-5 inhibitörü ve endotelin reseptör antagonisti kullanımının mikrovasküler komplikasyonlar, solunumsal parametreler ve pulmoner arter basıncına etkisi

Yağmur Karaman[1], Funda Erbasan[2], Deniz Özel[2], Veli Yazısız[2], Bengisu Ünlü[3], Mustafa Ender Terzioğlu[2]

[1]Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Balıkesir

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya
[3]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Antalya

Amaç: Bu çalışmanın amacı, SSk hastalarında bosentan, sildenafil ve bu ilaçların kombinasyon tedavisinin RF, dijital ülser atak sayısı, solunumsal parametreler (FVC ve DLCO) ve PAB'ye olan etkisini retrospektif olarak araştırmaktır.

Yöntem: Yüz üç SSk tanılı hasta retrospektif olarak değerlendirildi ve aldıkları tedaviye göre sadece bosentan kullananlar (grup 1), sadece sildenafil kullananlar (grup 2), her iki tedaviyi de alanlar (grup 3) ve her iki tedaviyi de almayanlar (grup 4) olarak dört gruba ayrıldı. Gruplar demografik ve temel klinik özellikler açısından benzerdi. RCS ilk üç grupta tedavi başlanmadan önce, başlandıktan sonra 6. ve 12. ayda değerlendirildi. Dijital ülser atak sayısı ilk üç grupta tedavi öncesinde ve sonrasında değerlendirildi. Solunumsal parametreler ve PAB değeri için, herhangi bir tedavi alan hastalarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası 1. yıldaki değerler kullanılırken, tedavi almayan gruptaki hastaların tanı anı ve son kontroldeki değerleri kullanıldı.

Bulgular: Grup 1, 2 ve 3'teki hastalarda RCS'de başlangıç, 6. ay ve 12. ay arasında düzelme görüldü. Grup 1 ve grup 3'teki iyileşme istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, grup 2'deki iyileşme istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değerleri sırası ile; 0,005, 0,004, 0,066). Grup 1, 2 ve 3'teki hastalarda dijital ülser atak sayısında azalma görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değerleri sırası ile; 0,334, 0,588, 0,172). Grup 1'deki hastaların PAB değerinde tedavi öncesi ve sonrası istatistiksel anlamlı değişim görülmedi, PAB değerinin sabit seyrettiği görüldü (p=0,254). Grup 2 ve 3'teki hastalarda PAB değerinde tedavi sonrasında düşüş görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değerleri sırası ile; 0,892 ve 0,16). Grup 4'teki hastalarda PAB değerinde artış görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,017). Grup 1 ve 2'deki hastalarda FVC değerinde artış görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değeri sırası ile; 0,125 ve 0,157). Grup 3 ve grup 4'teki hastalarda FVC değerinde düşüş görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değeri sırası ile; 0,051 ve 0,465). Tüm gruplarda DLCO değerinde düşüş görülürken grup 1 ve 2'deki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p değeri sırası ile; 0,173 ve 0,23). Grup 3 ve 4'teki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p değeri sırası ile; 0,027 ve 0,00).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda grup 1 ve 3'teki hastalarda tedavi sonrası RCS'de anlamlı iyileşme görüldü. Grup 1, 2 ve 3'teki hastaların hepsinde dijital ülser atak sayısında azalma görülürken, bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamızda monoterapi olarak sildenafil veya bosentan sildenafil kombinasyon tedavisi kullanan gruplarda PAB değerinde düşüş görülmüştür fakat bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda tüm gruplarda DLCO'nun zaman içinde düştüğü görülmüştür, bu düşüş grup 3 ve 4'teki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tedavi alan gruplarda FVC değeri ya artmış ya da sabit kalmış olup, tedavi almayan grupta FVC'de düşüş görülmüştür. Bu değişimler istatistiksel anlamlı bulunmasa da tedavi alan grupta progresyonun olmaması klinik olarak anlamlı olabilir. Sonuç olarak RF, dijital ülser ve PAB üzerinde benzer olumlu etkileri görüldüğünden bosentan ve sildenafilin tekli veya kombinasyon tedavileri, SSk başlangıç ve komplikasyon tedavisinde iyi bir seçenek olarak düşünülebilir. Sistemik skleroz (SSk), vasküler disfonksiyon sonucunda derinin ve iç organların fibrozisi ile karakterize, klinik belirtileri heterojen olan kronik ve ilerleyici, önemli morbidite ve mortalite sebebi olan nadir görülen multisistemik bir bağ doku hastalığıdır.

Anahtar Kelimeler: Bosentan, dijital ülser, pulmoner arteriel hipertansiyon, interstisyel akciğer hastalığı, sildenafil, sistemik skleroz, raynaud

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik tanımlayıcı istatistikleri

		n	%			n	%
Cinsiyet	Kadın	95	92,20%	Öksürük	Öksürük Yok	83	80,60%
	Erkek	8	7,80%		Öksürük Var	20	19,40%
Hipertansiyon	Hipertansiyon Yok	70	68,00%	NefesDarlığı	Nefes Darlığı Yok	61	59,20%
	Hipertansiyon Var	33	32,00%		Nefes Darlığı Var	42	40,80%
Diyabet	Diyabet Yok	91	88,30%	Osteoporoz	Osteoporoz Yok	89	86,40%
	Diyabet Var	12	11,70%		Osteoporoz Var	14	13,60%
KAH	Koroner Arter Hastalığı Yok	99	96,10%	Sjogren	Sjögren Yok	96	93,20%
	Koroner Arter Hastalığı Var	4	3,90%		Sjögren Var	7	6,80%
Malignite	Malignite Yok	99	96,10%	Ral	Ral Yok	71	68,90%
	Malignite Var	4	3,90%		Ral Var	32	31,10%
Sigara	Sigara Kullanmamış	88	85,40%	İlkFVC	İlk FVC<70 olanlar	26	26,30%
	Sigara Kullanmış	15	14,60%		İlk FVC≥70 olanlar	73	73,70%
Raynaud	Raynaud Yok	13	12,60%	SonFVC	Son FVC<70 olanlar	28	28,60%
	Raynaud Var	90	87,40%		Son FVC≥70 olanlar	70	71,40%
DijitalUlser	Dijital Ülser Öyküsü Yok	70	68,00%	IlkDLCO	İlk DLCO<60 olanlar	23	28,00%
	Dijital Ülser Öyküsü Var	33	32,00%		İlk DLCO≥60 olanlar	59	72,00%
GİSTutulumu	GİS Tutulumu Yok	76	73,80%	SonDLCO	Son DLCO<60 olanlar	40	46,50%
	GİS Tutulumu Var	27	26,20%		Son DLCO≥60 olanlar	46	53,50%
İlkPulmonerHT	Pulmoner HT Yok	43	49,40%	Anemi	Anemi Var	38	37,30%
	PulmonerHT Var	44	50,60%		Anemi Yok	64	62,70%
SonPulmonerHT	PulmonerHT Yok	34	38,20%	İAH	İAH Yok	41	39,8%
	PulmonerHT Var	55	61,80%		İAH Var	62	60,2%

Tablo 2. İlaç tipine göre grupların dağılımı

İlaç tipi	n	%
Hiçbiri	66	64,1%
Bosentan	19	18,4%
Sildenafil	9	8,7%
Her İkisi	9	8,7%
Toplam	103	100%

Tablo 3. Grup 3'teki hastaların RCS değerlerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası 6. ay ve 12. ay ölçümleri arasındaki farklılıklarına ait analiz sonuçları

Raynaud	N	Ortc.	Ortalama	χ^2	p
RCS0	6	6,5	3	11,143	*0,004
RCS6	6	4,5	1,75		
RCS12	6	2,5	1,25		

*p<.05

PS-133

Sistemik skleroz hastalarında SARS-COV-2 enfeksiyonun klinik özellikleri ve hastalık seyri

Aslıhan Avanoğlu Güler[1], İbrahim Vasi[1], Büşra Özçimen[2], Mesude Seda Aydoğdu[3], Alper Sarı[4], Aliyeva Numune[5], Nazife Tüzün[6], Seda Çolak[7], Hazan Karadeniz[1], Hamit Küçük[1], Yasemin Yalçınkaya[5], Abdülsamet Erden[1], Mehmet Kayaalp[8], Mehmet Akif Öztürk[1], Berna Göker[1], Ahmet Omma[9], Orhan Küçükşahin[10], Sedat Yılmaz[7], Süleyman Serdar Koca[3], Murat İnanç[5], Ali Akdoğan[11], Abdurrahman Tufan[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

[4]Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[5]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[6]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[10]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSc) hastalarında koronavirüs hastalığı 2019'un (COVID-19) klinik belirtilerini ve hastalık seyrini belirlemek ve SSc'nin klinik özelliklerinin hastalık seyrine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Araştırma çok merkezli, retrospektif-gözlemsel bir çalışmadır. SSc tanısı olan ve COVID-19 tanısı SARS-CoV-2 RT-PCR ile doğrulanan veya tipik radyolojik akciğer bulgularıyla birlikte düşündürücü semptomları olan hastalar dahil edilmiştir. SSc'nin klinik özellikleri ve ayrıntılı COVID-19 verileri tıbbi kayıtlardan ve hasta görüşmelerinden sağlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 112 hasta SSc hastası dahil edildi. Hastaların (%90, 2 kadın) yaş ortalaması 51,4±12,8 yıldı. SSc-ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) hastaların %57,1'inde mevcuttu. Hastaların SSc için en sık kullandığı tedaviler düşük dozda glukokortikoidler ve mikofenolattı. SSc hastalarında COVID-19 nedeni ile %25,5'inde hastaneye yatış, %16,3'ünün solunum desteği, %3,6'sında yoğun bakıma yatış, %2,7'sinde uzunmaş-COVID ve mortalite oranı %2,7'idi. Hastaneye yatış için klinik özellikler değerlendirildiğinde, hastaneye yatış ihtiyacı olan hastalarda İAH ve en az 1 komorbiditesi olması anlamlı olarak daha sıktı (sırayla; %82,1 vs. %49,4 p=0,005; %67,9 vs. %42,7 p=0,037). Tek değişkenli analizde, solunum yetmezliği için risk faktörleri İAH (OO: 7,49, %95 GA: 1,63-34,46, p=0,01), ≥1 komorbidite (OO: 4,55, %95 GA: 1,39-14,88, p=0,01), enfeksiyon öncesi son değerlendirmede yüksek global doktor skoru (OO: 2,73, %95 GA: 1,22-6,10, p=0,01) ve enfeksiyon anında mikofenolat kullanımıdır (OO: 5,16, %95 GA: 1,79-14,99, p=0,003). Çok değişkenli analizde, solunum desteği ihtiyacının tek belirleyicisi ≥1 komorbiditeye sahip olmaktı (OO: 5,78, %95 GA: 1,14-29,23, p=0,03). COVID-19 sonrası erken dönemde hastaların %17'sinde Raynaud fenomeninin ilerlediğini bildirdi ve hastaların %10,6'sında yeni dijital ülserler gelişti. Hastaların %28,3 dispne ve %11,4'ünde öksürüğün ilerlediği veya yeni başladığı tespit edildi.

Sonuç: SSc-ilişkili İAH, şiddetli hastalık aktivitesi ve mikofenolat kullanımı COVID-19'un olumsuz sonuçlarıyla ilişkili olabilir ve COVID-19'da SSc hastalarının en az bir komorbiditeye sahip olması solunum desteği için bağımsız bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, klinik özellikler, sistemik skleroz, solunum desteği

PS-135

Romatizmal hastalığı olan kişilerde anti-TNF tedavisi öncesi gizli tüberküloz taraması için kullanılan tüberkülin deri testi ile interferon gama salınım testinin karşılaştırılması

Ebru Yılmaz

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

Amaç: Son zamanlarda romatizmal hastalıkların patogenezlerinin daha iyi açıklanması ile birlikte daha etkin tedavi seçenekleri ortaya çıkmıştır. Biyolojik ajanlar, hastalık semptomlarını azaltarak, fonksiyonel iyileşmeyi sağlayarak ve radyolojik hasarları önleyerek kronik romatizmal hastalığı olan kişilerde önemli bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. Bu ajanlar iyi tanımlanmış tedavi edici özelliklerine rağmen, enfeksiyon sıklığında artışa neden olabilmektedirler. Bu ajanların en olumsuz etkilerinden biri daha önce tüberküloz (Tbc) basiline maruz kalan hastalarda latent Tbc enfeksiyonunun reaktivasyon riskinin artmasıdır. Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF-α) sitokini *Mycobacterium tuberculosis* gibi hücre içinde yerleşim gösteren bakterilerin öldürülmesi ve yayılmasını kısıtlayan gralünom oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, TNF-α bloke edici ajanlar Tbc riskini artırmaktadır. Ayrıca, TNF-α bloke edici ajanların yanında diğer immünosupresif tedavilerin (metotreksat, leflunomid, steroid) birlikte kullanıldığı durumlarda tek başına kullanıma göre risk yükselmektedir. Bu nedenle, özellikle TNF-α inhibitörleri dahil olmak üzere biyolojik ajanların başlanılmasından önce gizli (latent) tüberküloz enfeksiyonunun (LTBE) taranması ve gerekli durumlarda tedavi edilmesi önerilmektedir. LTBE tanısı için altın standart bir test olmamasına rağmen günlük pratik uygulamalarda tüberkülin deri testi (TDT) ve interferon-gama salınım testi (İGST) yaygın olarak kullanılmaktadır. TDT, hem LTBE'nin hem de aktif Tbc'nin teşhisinde uzun süredir dünya çapında bir kılavuz olarak kullanılmaktadır. TDT'nin düşük maliyetli olması, uygulama için laboratuvar ortamı gerektirmemesi gibi birtakım avantajları olmasına rağmen BCG aşısı ile çapraz reaksiyon göstermesi, testin değerlendirilmesi için ikinci kez ziyaret gerektirmesi, 48-72 saat süresinde testin sonuçlanması, testin uygulanmasında ve değerlendirilmesinde kişiye bağımlı olması, pekiştirici (booster) etkisi nedeniyle tekrarlanan TDT testinin yanlış pozitifliğe yol

açabilmesi ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda zayıf duyarlılığa sahip olması gibi dezavantajları da vardır. Bu nedenle, TDT'nin bazı sınırlamalarının üstesinden gelmek için son zamanlarda İGST geliştirilmiştir. Ayrıca, BCG aşısının rutin uygulandığı ve buna bağlı yanlış TDT pozitifliğinin yüksek olduğu ülkelerde İGST'nin TDT'ye kıyasla daha doğru sonuç verebileceği önerilmektedir. Daha önceden yapılan çalışmalarda bu iki test arasındaki uyumun düşük olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, romatoid artit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriatrik artrit (PsA) gibi farklı romatizmal hastalıklara sahip olan kişilerde anti-TNF tedavisi öncesi gizli tüberküloz taraması için kullanılan bu iki farklı testi karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya, anti-TNF-α tedavisi alan 55 RA, 91 AS ve 42 PsA tanısı olan toplamda 188 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı ve tanı süreleri gibi demografik verileri toplandı. Ayrıca anti-TNF-α tedavisine başlamadan önce bakılan TDT (mm olarak) ve İGST (negatif, pozitif, belirsiz) sonuçları ile LTBE açısından profilaksi tedavisi alma durumları ve kullanılan ilaç tedavileri kaydedildi. TDT sonuçlarında 5 mm ve üzeri değerler pozitif, 5 mm altı negatif olarak kabul edildi. İGST için QuantiFERON-TB gold testi kullanıldı. Olası LTBE riski açısından profilaktik antibiyotik tedavi başlanılması İGST sonuçlarının pozitif ve belirsiz olarak gelmesi durumu ile karar verildi.

Bulgular: Gruplar arasında TDT değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık yoktu. Ayrıca gruplar arasında TDT ve İGST dağılımları ile profilaktik antibiyotik kullanım oranları benzerdi. PsA grubunda TDT 20 (%47,6) hastada pozitif, 22 (%52,4) hastada negatif olarak saptandı. TDT ile pozitif saptanan 20 hasta İGST ile 1 (%2,4) hasta belirsiz, 7 (%16,7) hasta pozitif ve 34 (%81) hasta negatif olarak tespit edildi. Her iki testin PsA hastalarında kappa değeri 0,385 tespit edildi ve zayıf uyumlu olarak değerlendirildi (p=0,002). RA grubunda TDT 25 (%45,5) hastada pozitif, 30 (%54,5) hastada negatif olarak saptandı. TDT ile pozitif saptanan 25 hasta İGST ile 0 (%0,0) hasta belirsiz, 10 (%18,2) hasta pozitif ve 45 (%81,8) hasta negatif olarak tespit edildi. Her iki testin RA hastalarında kappa değeri 0,344 tespit edildi ve zayıf uyumlu olarak değerlendirildi (p=0,003). AS grubunda ise TDT 50 (%54,9) hastada pozitif ve 41 (%45,1) hastada negatif olarak hesaplandı. TDT ile pozitif olarak tespit edilen 50 hasta İGST ile 3 (%3,3) hasta belirsiz, 29 (%31,9) hasta pozitif ve 59 (%64,8) hasta negatif olarak değerlendirildi. Her iki testin AS hastalarında kappa değeri 0,600 tespit edildi ve orta uyumlu olarak değerlendirildi (p<0,001).

Sonuç: Diğer çalışmalarda olduğu gibi, bu çalışmada da iki test arasındaki uyum RA ve PsA hastaları için zayıf, AS hastaları için orta derecedeydi. Bu nedenle, biyolojik ajan başlanılacak romatizmal hastalığı olan kişilerde hem olası Tbc aktivasyonunu hem de hastaların fazladan ilaç kullanımı ve buna bağlı gelişebilecek yan etkileri önlemek için TDT yanı sıra İGST'de göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca BCG aşısının yapıldığı bizim gibi ülkelerde yanlış TDT pozitifliği dikkate alındığında gereksiz profilaksi kullanımını önlemek için de İGST tercih edilebilir. LTBE taranması ve gerekli görüldüğünde profilaktik tedavilerin uygulanması biyolojik tedavilerin güvenliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF-α tedavisi, romatizmal hastalık, tüberküloz tarama testleri

PS-136

Sistemik skleroz hastalarında PARK-7 ekspresyonunun klinik parametrelerle korelasyonunun değerlendirilmesi

Emine Öztürk, Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) etiyopatogenezi tam açıklanamayan vaskülopati ve fibrozis ile karakterize multisistemik, kronik ve progresif morbidite ve mortalitede artışa sebep olan otoimmün bir bağ doku hastalığıdır. Parkinson ilişkili protein-7 (PARK-7) oksidatif strese yanıtta, antioksidan, anti-apoptotik ve anti-enflamatuvar yolakları regüle etmektedir. PARK-7 eksikliğinde yüksek seviyelerde reaktif oksijen türleri ROS oluşmaktadır. Başlangıçta onkoprotein olarak gösterilse de çalışmalarda Parkinson, DM, böbrek yetmezliği gibi hastalıkların patogenezinde, sepsis ve ateroskleroz gibi immün ve enflamatuvar bozukluklarda da rolü olduğu gösterilmiştir. Son on yılda, birçok rapor PARK-7 ve onu hedefleyen moleküllerin çeşitli nörodejeneratif bozuklukların tedavisinde terapötik potansiyelini göstermiştir. SSk'nin patogenezinde rol oynayan fibroblastlar, endotelyal hücreler ve T-hücreleri tarafından artan ROS üretimi sonucunda oluşan oksidatif stresin hastalığın ana olayları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde SSk hastalarının serum PARK-7 düzeyi ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda SSk hastalarında, ROS üretimini azaltarak antioksidatif etki gösteren PARK-7 nin rolü incelenmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya romatoloji polikliniğine 06.2022-12.2022 tarihleri içerisinde başvurmuş, 18 yaş üstü SSk tanısı olan 50 hasta (%54 limitli, %20 diffüz, %6 overlap), kontrol grubuna sistemik, malignite ve otoimmün hastalığı olmayan, 30 sağlıklı birey dahil edildi. Hastalık aktivitesi EScSG ve UK fonksiyonel aktivite skorlaması ile kaydedildi (aktif hastalık: 3 ve üzeri). İAH HRCT'de tipik görünüm varlığı, PAH ise ortalama PAB'nin 25 mmHg üzerinde olması ile tanımlandı. Çalışmaya katılan hastaların venöz kan örneklerinden biyokimyasal tetkikleri, otoantikorları ve PARK-7 düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Hasta grubunda PARK-7 düzeyi 21,26±15,83 kontrol grubunda ise 16,11±11,83 idi. SSk grubunda PARK-7 düzeyi kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,220). Hasta sınıflamasına göre PARK-7 düzeyi; limitli formda 21,35±18,36, diffüz formda 23,18±13,83, overlap hasta grubunda ise 15,20±6,18 bulunmuştur. PARK-7 düzeyi ile kontrol grubu ve hastalık formları arasında istatistiksel olarak anlamlı veri elde edilmemiştir (p>0,05). Sigara içen grupta ortalama 18,31±12,03 içmeyen grupta 22,16±16,91 idi (p=0,286). Hastaların aldığı tedaviler ve PARK-7 düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde MMF, kortikosteroid ve PPİ kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla; p=0,037, 0,057, 0,056) (Tablo 1). PARK-7 ve SSk'de pozitiflik sıklığı yüksek olan antikorların korelasyonu değerlendirildiğinde anlamlı sonuç bulunmadı (ANA p=0,211, anti-TP-1 p=0,780, ACA p=0,171). EScSG skorlamasına göre hastalık aktif kabul edilen grupta PARK-7 düzeyi 25,69±18,10 iken inaktif grupta 16,00±10,91 bulunmuştur (p=0,019). PAB artışı olan hastalarda, HRCT'de bulgu varlığı ve diğer sistemik tutulumlarla,

sedim ve CRP düzeyi ile PARK-7 düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması, hastaların çalışma esnasında ve öncesinde çeşitli tedavi rejimleri almaları PARK-7 düzeyini muhtemel etkilediği için SSk tedavisinde PARK-7'nin kullanılıp kullanılamayacağı net aydınlatılamamıştır. Erken dönem ya da yeni tanı hastalarda PARK-7 düzeyinin bakılması ve sonrasında bu hastaların klinik bulgularının tedavili ve tedavisiz randomize edilerek prospektif takibi yapılması şeklindeki bir araştırmanın PARK-7'nin, SSk'de rolünün tam anlaşılması ve tedavide kullanılabilirliği hakkında katkıda bulunabileceği kanısındayız. Bu şekilde bir çalışmanın hastalığın insidansı göz önüne alındığında çok merkezli olması daha uygun görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, skleroderma, PARK-7

PS-137

Romatoid artritte otoenflamatuvar bulguların sıklığı ve tedavi yanıtına etkisi

İrem Kılavuz[1], Elif Er Gülbezer[2], Nilüfer Alpay Kanıtez[2]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA), temel olarak otoimmün bir hastalıktır ancak ateş, serözit atakları, tekrarlayan artrit gibi otoenflamatuvar (Oİ) klinik özellikler gösterebilir. Bu çalışmanın amacı, RA'da Oİ özelliklerin sıklığının ve standart tedavilere potansiyel etkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü'nde Temmuz 2018-Temmuz 2021 arasında uzman görüşü ile RA tanısı koyulan ve en az altı ay süreyle medikal tedavi almakta olan 311 hasta dahil edildi. Hastalar Oİ özellikleri olan (ateş, kırmızı artrit, ataklı artrit, serözit) ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, medikal tedavilere cevap durumları karşılaştırıldı.

Bulgular: Medyan yaşı 60 (IQR: 49-70) ve hastalık süresi 3 (IQR: 3-12) yıl olan 246'sı (%79) kadın ve 65'i (%21) erkek hasta değerlendirildi. Hastaların 215'i (%69) ACR kritlerlerini karşılıyordu. Yirmi dört (%8) hastanın en az bir Oİ özelliği vardı. Oİ özellikler sıklık sırasıyla ataklı artrit (%71), kırmızı artrit (%25), ateş (%13) ve serözitti (%13). Oİ özelliği olan grupta lökositoz ve trombositoz sıklığı Oİ olmayan gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksekti (p=0,013 ve p=0,002). ANA, RF ve anti-CCP pozitifliği ve ürik asit düzeyi bakımından fark saptanmadı. Anakinra sadece Oİ grupta dört hastada kullanılmıştı ve etkiliydi. Kolşisin kullanım sıklığı Oİ grupta anlamlı olarak fazlaydı (p<0,001). Diğer antiromatizmal tedaviler bakımından bir fark saptanmadı. Metotreksat (MTX) ve TNF (tümör nekroz faktör) inhibitörüne yanıt yetersizliği iki grupta benzerdi (p=0,572 ve p=1).

Sonuç: Bu çalışma, bir RA kohortunda Oİ özellikleri arayan ilk çalışmadır. Literatürde, Savic ve ark.'nın bildirdiği beş farklı RA hastasında Oİ klinik özellikler bizim kohortumuzda da benzer olarak ataklı ve kırmızı artrittir. Oİ klinik özelliği olan RA hastalarımızda lökositoz ve trombositoz sıklığı anlamlı olabilir. Örneğin; Oİ bir hastalık olan Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ataklarının önemli bir kısmında lökositoz ve trombositoz tespit edilir. Anakinra ile elde ettiğimiz tedavi yanıtına baktığımızda, özellikle MTX ve TNF inhibitörlerine yetersiz yanıt alınan Oİ özellikleri tespit edilen RA hastalarında anakinranın iyi bir tedavi seçeneği olduğu görülmektedir. Sonuç olarak otoimmün bir hastalık olan RA'da bir grup hastada Oİ klinik özellikler görülmektedir. Bu durumun sebebi MEFV ya da diğer ateşli romatizmal hastalık genleri olabilir. Böyle hastalarda en azından standart tedaviler yetersiz olduğunda kolşisin ve IL-1 hedefli ilaçlar daha erken dönemde düşünülebilir. Erken tanı ve etkin tedavi tavsiyeleri için daha fazla sayıda hasta ile prospektif tasarlanmış ilgili genetik testlerin de dahil edileceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, otoenflamasyon, otoimmünite, kolşisin, anakinra

PS-138

Odontoid proseste rezorpsiyon ve pannus dokusu romatoid artrit hastalarında atlanto-aksiyal subluksasyon ile ilişkilidir

Fatma Yalçınkaya[1], Şafak Parlak[2], Aynur Azizova[2], Emre Bilgin[3], Kader Karlı Oğuz[2], Umut Kalyoncu[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Odontoid proses, romatoid artrite (RA) bağlı kraniyoservikal bölge tutulumlarında etkilenen önemli anatomik bölgelerden bir tanesidir. Bu çalışmada, odontoid proses tutulumu olan RA hastalarının klinik ve radyolojik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif analizde, RA (M05, M06) için ICD-10 kodu olan ve 2010-2020 yılları arasında herhangi bir nedenle servikal bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılan hastaların kayıtları hastane veri tabanından tarandı. RA tanısı deneyimli bir klinisyen tarafından tıbbi öykü, laboratuvar ve tedavi öyküsü ile doğrulandı. Dahil edilen hastaların demografik verileri kaydedildi. Kraniyoservikal tutulumlar [anterior, posterior, lateral ve rotasyonel atlanto-aksiyal subluksasyon (AAS); vertikal subluksasyon; subaksiyel subluksasyon; odontoid proses tutulumu (resorpsiyon veya pannus), atlanto-aksiyal ve atlanto-oksipital tutulum] deneyimli bir radyolog tarafından BT veya MRG'den hangisi uygunsa değerlendirildi. Hastaların klinik ve radyolojik özellikleri odontoid tutulum olup olmamasına göre karşılaştırıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: RA'da odontoid proses tutulumu; çalışmaya toplam 204 RA hastası dahil edildi. Altmış dokuz (%33,8) hastada odontoid proseste tutulum vardı. Odontoid proses tutulumu olan hastaların erkek olma olasılığı (%30,4'e %12,6; p=0,002) daha yüksek, daha ileri yaşta RA tanısı almış, RF veya CCP pozitifliği daha sık, atlanto-aksiyal eklem ve AAS daha sıktır (Tablo 1). Tanı yaşına

göre düzeltilmiş çok değişkenli modelde erkek cinsiyet [aOR: 2,6 (1,2-5,9), p=0,018] ve seropozitiflik [aOR: 2,1 (0,9-5,0), p=0,07] odontoid tutulum ile ilişkili bulunmuştur. RA'da odontoid tutulum şekli; odontoid proses rezorpsiyonu 62/69 (%89,8), odontoid pannusu 37/69 (%53,6) hastada saptandı. Odontoid rezorpsiyon olan 62 hastanın 30'unda (%48,4) eşlik eden odontoid pannus da tespit edilmiştir. Rezorpsiyona pannusun eşlik eden ve etmeyen hastalar karşılaştırıldığında, pannus olan hastalarda AAS (%26,7'ye %3,1; p=0,01), vertikal subluksasyon (%20,0'ye %3,1; p=0,05) ve atlanto-aksiyal eklem tutulumu (%35,7'ye %13,3; p=0,05) daha sık saptanmıştır.

Tartışma: RA hastalarında atlanto-aksiyal subluksasyon (AAS) en iyi bilinen tutulum şeklidir, asıl olarak odontoid prosesin tutulumu ile ilişkilidir. Bizim çalışmamızda da RA hastalarında kraniyoservikal bileşkede en önemli tutulan alan odontoid prosestir. Özellikle erkek, seropozitif hastalarda bu tutulum en belirgindir. Odontoid proseste en baskın bulgu rezorpsiyondur. Ancak odontoid rezorpsiyon olan hastada AAS gelişmesi için rezorpsiyonun yanı sıra MR'de pannus dokusu da görülmelidir. Bu nedenle odontoid rezorpsiyon ve pannus dokusu gelişmiş hastaların çok daha yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, odontoid proses

Tablo 1. Odontoid proses tutulumu olan ve olmayan hastaların demografik özellikler ve kranioservikal bileşke tutulumlarının karşılaştırılması

	Odontoid tutulum olan (n=69, %33,8)	Odontoid tutulum olmayan (n=135, %66,2)	p
Erkek, n (%)	21 (30,4)	17 (12,6)	**0,002**
Tanı yaşı (medyan, Ç1-Ç3)	54 (44-62)	49 (40-59)	**0,04**
Görüntüleme anında hastalık süresi (medyan, Ç1-Ç3)	5 (1-15)	5 (1-13)	0,69
Görüntüleme sebebi, n (%)			0,17
Tutulum şüphesi	15 (21,7)	15 (11,1)	
Baş veya boyun ağrısı	17 (24,6)	44 (32,6)	
Diskopati/radikülopati	25 (36,2)	43 (31,9)	
Travma	3 (4,3)	14 (10,4)	
Diğer/bilinmeyen	9 (13,0)	16 (14,1)	
Sigara			0,23
Hiç içmemiş	19 (46,3)	43 (58,1)	
Aktif içici veya bırakmış	22 (53,7)	31 (41,9)	
RF veya CCP pozitifliği	52 (85,2)	82 (73,2)	0,07
Komorbidite varlığı	69 (100)	129 (95,6)	0,10
Atlantoaksial subluxation (AAS)	10 (14,5)	7 (5,2)	**0,02**
AAS'ye bağlı spinal kord basısı	3 (4,3)	2 (1,5)	0,34
Vertikal subluksasyon (VS)	8 (11,6)	16 (11,9)	0,96
VS'ye bağlı beyin sapı basısı	4 (5,8)	2 (1,5)	0,18
Subaksiyel subluksasyon (SAS)	4 (5,8)	8 (5,9)	0,97
SAS'a bağlı spinal kord basısı	2 (2,9)	1 (0,7)	0,27
Atlantoaksiyel eklem tutulumu	15 (23,1)	8 (6,6)	**0,001**
Atlantooksipital eklem tutulumu	4 (6,2)	2 (1,6)	0,19

Tablo 2. Odontoid rezorpsiyona olan hastalardan pannus olan ve olmayan hastaların demografik özellikler ve kranioservikal bileşke tutulumlarının karşılaştırılması

	Odontoid erozyon + pannus + (n=30, %48,4)	Odontoid erozyon + pannus - (n=32, %51,6)	p
Erkek, n (%)	10 (33,3)	8 (25,0)	0,47
Tanı yaşı (medyan, Ç1-Ç3)	44 (55-67)	53 (40-60)	0,20
Görüntüleme anında hastalık süresi (medyan, Ç1-Ç3)	4 (1-14)	6 (2-20)	0,42
Görüntüleme sebebi, n (%)			0,62
Tutulum şüphesi	8 (26,7)	6 (18,8)	
Baş veya boyun ağrısı	9 (30,0)	7 (21,9)	
Diskopati/radikülopati	10 (33,3)	11 (34,4)	
Travma	1 (3,3)	2 (6,3)	
Diğer/bilinmeyen	2 (6,7)	6 (18,6)	
Sigara			0,14
Hiç içmemiş	7 (36,8)	11 (61,1)	
Aktif içici veya bırakmış	12 (63,2)	7 (38,9)	
RF veya CCP pozitifliği	22 (81,5)	26 (89,7)	0,46
Komorbidite varlığı	30 (100)	32 (100)	NA
Atlantoaksial subluxation (AAS)	8 (26,7)	1 (3,1)	**0,01**
AAS'ye bağlı spinal kord basısı	2 (6,7))	0	0,23
Vertikal subluksasyon (VS)	6 (20,0)	1 (3,1)	**0,05**
VS'ye bağlı beyin sapı basısı	3 (10,0)	0	0,10
Subaksiyel subluksasyon (SAS)	2 (6,7)	1 (3,1)	0,60
SAS'a bağlı spinal kord basısı	1 (3,3)	0	0,48
Atlantoaksiyel eklem tutulumu	10 (35,7)	4 (13,3)	**0,05**
Atlantooksipital eklem tutulumu	1 (3,6)	0	0,47

PS-139

Farklı semptomlar nedeniyle kraniyal MR istenen Sjögren sendromlu hastaların sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirmesi

Mehtap Kalçık Unan[1], Mehmet Ali Durmuş[2], Seyyid Bilal Açıkgöz[1], Gamze Dilek[3], Cansu Arslantürk Güneysu[1], Tamer Acat[1], Nilay Erdik[1], Sümeyye Merve Türk[1], Damla Karataş Kızıl[4], Gökhan Yavuzbilge[5], Abbas Karakurt[6], Onur Taydaş[2], Emel Gönüllü[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[3]*Bolu İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Bolu*

[4]*Yalova Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova*

[5]*Hatay Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay*

[6]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*

Amaç: Sjögren sendromu (SjS), ekzokrin bezlerini etkileyen, yapılarında hasara ve fonksiyonlarında bozulmaya yol açan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Yaygın olarak tanımlanan periferik sinir sistemi tutulumunun ötesinde, spesifik bir sendrom tanımı olmaksızın, tüm primer SjS hastalarının %2,5 ile %60'ı arasında değişen merkezi sinir sistemi (MSS) belirtilerinin yüksek değişken prevalansı rapor edilmiştir. Bu çalışmada farklı semptomlar nedeniyle kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenen SjS hastalarının kraniyal MRG'lerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi ve MSS tutulumunun varlığını belirlemeyi amaçladık.

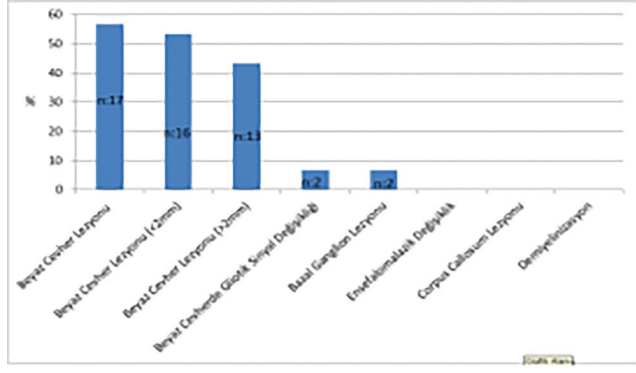
Yöntem: Sakarya Üniversitesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü'nde takipli primer ve sekonder SjS tanılı hastaların Şubat 2015 ile Mart 2023 yılları arasında herhangi bir nedenle hastanemizde çekilmiş olan kraniyal MRG'leri radyolog ile değerlendirildi. Çalışmaya kabul edilen hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri kayıt edildi. Laboratuvar tetkiki olarak, tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP), sedimentasyon, kompleman seviyeleri (C3, C4), romatoid faktör (RF), antinükleer antikorlar (ANA), anti-Ro/SSA ve anti-La/SSB antikorları, Ro-52 antikoru ve minör tükrük bezi biyopsi sonuçları değerlendirildi. Kraniyal MRG değerlendirilmesinde T2/FLAIR sekanslarında derin beyaz cevherde ve korpus kallozumda yer alan hiperintensiteler pozitif bulgu olarak kabul edildi. Beyaz cevher tutulumları 2 mm altında ve üstünde olmak üzere sınıflandırıldı. Ayrıca demyelinizan plak açısından değerlendirildi.

Bulgular: SjS tanılı 162 hasta retrospektif olarak değerlendirildi ve çalışmaya 30 hasta dahil edildi. Hastaların 28'i (%93,3) kadın, 2'si erkek (%6,7) ve ortalama yaş 57,5±8,9 yıl idi. Hastaların 24'ü (%80) primer SjS ve 6'sı (%20) sekonder SjS tanılıydı. Hastaların kraniyal MRG'sine yol açan klinik semptomlar arasında 15 hastada baş ağrısı, 2 hastada tremor, 3 hastada periferik nöropati, 1 hastada periferik fasiyal paralizi, 1 hastada unutkanlık, 1 hastanın başında ve kulaklarında uğultu, 1 hastada başında titreme ve istemsiz hareketler yer aldı. Altı hastanın ise görüntüleme nedeni bilinmiyordu. Yirmi iki hastanın görüntülenmesi nöroloji, 5 hastanın nöroşirurji ve 3 hasta romatoloji bölümleri tarafından yapılmıştı.

Hastaların kraniyal MRG çekilme tarihleri ile hastalık süresi arasındaki fark medyanı 4 (8,25) yıl idi. Kraniyal MRG'nin yapıldığı tarihteki hasta yaşı değerlendirildiğinde; MRG lezyonunun saptandığı hasta yaşı (59,0±8,6) MRG lezyonunun saptanmadığı hasta yaşıyla (49,1±8,1) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004). Hastaların 17'sinde (%56,7) kraniyal MRG'de en az bir lezyon izlendi. En sık izlenen lezyon beyaz cevher lezyonu idi. Hastaların 16'sında 2 mm'den küçük beyaz cevher lezyonu ve 13'ünde 2 mm'den büyük beyaz cevher lezyonu vardı. Ayrıca MRG değerlendirilmesinde beyaz cevherde gliotik sinyal değişikliği ve bazal ganglion lezyonu saptandı. Lezyonların yüzdesel dağılımı Şekil 1'dedir. Beyaz cevher lezyonları 2 hastada (%11,8) izole, 15 hastada (%88,2) ise çoklu lezyon olarak izlendi. kraniyal MRG'da lezyonu olan hastaların ağız kuruluğu, göz kuruluğu, Raynaud fenomeni, deride purpura varlığı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Otuz hastanın 21'ine tükrük bezi biyopsisi yapılmış, bu hastaların %66,7'sinde (n=14) fokus izlenirken %33,3'ünde (n=7) fokus yoktu. Fokus saptanan hastaların MRG pozitif ve negatif olanlar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05) (Tablo 1). Kraniyal MRG'de lezyonu olan hastaların lökosit sayısı, trombosit sayısı, lenfosit sayısı, hematoloji tutulumu, CRP, sedimentasyon, düşük C3 kompleman düzeyi, RF pozitifliği, ANA, anti-SSA, anti-SSB ve Ro52 pozitifliği ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05) (Tablo 2). Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı.

Sonuç: MSS tutulumu klinik tanıdan yıllar önce ortaya çıkabilir ve diğer nörolojik ve/veya sistemik hastalıkların eksik tahmin edilmesine yol açabilir. MSS tutulumu bilişsel bozukluklar, aseptik menenjit, epileptik nöbetler, kore, baş ağrısı, transvers miyelit, optik nörit, yaygın ensefalopati ve MSS'de multipl skleroz için tipik lezyonlar olarak gözlenmektedir. Primer SjS'deki yaygın kraniyal MRG anormallikleri, anormal gelişmiş tarama olmaksızın, ağırlıklı olarak periventriküller ve subkortikal beyaz madde etrafındaki ayrı hiperintens veya hipointens alanlardır. Ancak beyaz cevher lezyonları aynı zamanda serebellum, korpus kallozum ve bazal ganglionlarda da tanımlanmıştır. Çalışmamızda kraniyal MRG lezyonları beyaz cevher lezyonu şeklinde saptandı ve hastaların büyük kısmında çoklu lezyon tutulumu şeklinde görüldü. Çalışmamızda ayrıca kraniyal MRG'de lezyon varlığı yaş faktörü ile ilişkili olarak bulundu. Çalışmanın limitasyonu ise MRG çekildiği döneme ait olarak serebrovasküler risk faktörleri, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diabetes mellitus gibi risk faktörlerinin ve kullandıkları ilaçlarının sorgulanamamış olmasıdır. Farklı semptomlar nedeniyle kraniyal MRG istenen SjS tanılı hastaların kraniyal MRG değerlendirmelerinde %56,7 tutulum saptandı. SjS hastalarının nörolojik tutulum açısından sorgulanması, nörolojik muayene ve MSS tutulumunun değerlendirilmesi için uygun görüntüleme yapılması göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kraniyal MRG, MSS tutulumu



Şekil 1.

PS-140

Farklı MEFV genotiplerinin Ailesel Akdeniz ateşi olan hastaların klinik fenotipi üzerindeki etkisi: eklem tutulumuna özel vurgu

Esma Aslan, Ümit Gül, Elif Kılıç Könte, Aybüke Günalp, Fatih Haşlak, Mehmet Yıldız, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) ülkemizde en yaygın görülen monojenik kalıtımlı otoenflamatuvar hastalıktır. Sıklıkla tekrarlayan ateş ve kendi kendini sınırlayan poliserozit atakları ile karakterizedir. Eklem tutulumu da, AAA'nın sık görülen, önemli belirtilerinden biridir. Ataklar çoğunlukla alt ekstremitelerin büyük eklemlerinin tutulduğu geçici bir monoartrit tablosu şeklindedir. Tekrarlayan ataklara rağmen genellikle kalıcı bir hasar görülmez. Hastaların %5-10 kadarında kalça veya dizlerde kronik artrit gelişebilir. Çalışmamızda AAA'lı hastaların demografik, klinik ve genetik verilerini toplamayı amaçladık. Sonraki aşamada, çeşitli genotiplerin AAA hastalarının klinik özellikleri üzerindeki etkisini, özellikle eklem tutulum şekillerine odaklanarak araştırdık.

Yöntem: Eylül 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında polikliniğe başvuru sırasına göre ardışık olarak toplam 782 hasta çalışmaya alındı. Yedi yüz seksen iki hastanın klinik, genetik ve laboratuvar verileri geriye dönük olarak hasta dosyalarından elde edildi ve bu veriler çalışma ziyaretinde hasta/ebeveynleri tarafından da doğrulandı. Çalışma grubu 2 gruba ayrıldı: Grup 1 [4 patojenik MEFV varyantını (M694V, M694I, M680I, V726A) homozigot ve birleşik heterozigot olarak taşıyan hastalar] ve grup 2 (diğer varyantları olan veya mutasyonu olmayan AAA hastaları) şeklinde tasarlandı.

Bulgular: Yedi yüz seksen iki hastanın (grup 1'de 292 ve grup 2'de 490) 384'ü (%49,1) kadındı. Hastalık başlangıç ve tanı yaşı sırasıyla 3,0 (0,5-16) ve 5,5 (0,8-17) idi. Patojenik ekzon 10 mutasyonuna sahip grup 1'de ise hastalık başlangıç yaşı (2 vs. 4; p=0,001) ve tanı yaşı (4 vs. 6; p<0,001) anlamlı olarak daha erken görülmekteydi. Artrit sıklığı (n=93, %31,8 vs. n=124, %23,3; p<0,01), göğüs ağrısı (n=80, %27,4 vs. n=84, %17,1; p=0,001), erizipel benzeri eritem (n=20, %6,8 vs. n=10, %2,0; p=0,001), grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti. Benzer şekilde kolşisin direnci (n=15, %5,1 vs. n=1, %0,2; p<0,001), kortikosteroid kullanımı (n=10, %3,4 vs. n=6, %1,2; p<0,05), sentetik DMARD (n=20, %6,8 vs. n=16, %3,3; p<0,05) ve biyolojik ajan gereksinimi (n=61, %20,9 vs. n=30, %6,1; p<0,001) grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti. Biyolojik ajan alt gruplarında ise anti-IL1 kullanımı (n=40 %13,7 vs. n=7, %1,4; p=0,001) grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti. Renal amiloidozu olan hastaların her ikisi de (n=2) grup 1'deydi. Grup 1'deki hastalarda artrit süresinin daha uzun olduğu ve bu grupta daha yüksek doz kolşisin ihtiyacı olduğu saptandı (Tablo 1).

Sonuç: Homozigot ve birleşik heterozigot olan patojenik ekzon 10 mutasyonuna sahip AAA hastalarında daha erken hastalık başlangıç ve tanı yaşının yanı sıra daha yüksek oranda serozit, erizipel benzeri eritem ve amiloidoz görülür. Bu hastalarda aynı zamanda daha uzun bir iyileşme dönemiyle birlikte daha sık eklem tutulumu eğilimi de görülmektedir. Ayrıca bu grupta daha fazla kolşisin direnci, daha yüksek doz kolşisin ihtiyacı ve daha fazla biyolojik ajan gereksiniminin olması tedavi planlanmasında agresif tedavi yaklaşımını düşündürebilir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, artrit, ekzon 10, MEFV, M694V

PS-142

Romatizmalı bireylerin bildirdikleri biyopsikososyal etkilenimlerinin incelenmesi

Aysu Kahraman[1], Nur Banu Karaca[1], Sinan Buran[1], Orkun Tüfekçi[1], Nazlı Elif Nacar[2], Mustafa Ekici[3], Umut Kalyoncu[3], Ali Akdoğan[3], Levent Kılıç[3], Şule Apraş Bilgen[3], Sedat Kiraz[3], Edibe Ünal[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

[2]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş

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

Amaç: Romatizmal hastalıklar kronik doğası nedeniyle bireyleri biyopsikososyal açıdan etkileme potansiyeli oldukça yüksek hastalıklardır. Bu hastalıkların en yaygın özellikleri ağrı olmakla birlikte hastalarda fonksiyonellikte azalma, yorgunluk, sosyalleşme sorunları, psikolojik, bilişsel, uyku ve cinsellikle ilgili problemler görülebilir. Çalışmamızın amacı; romatizmalı bireylerin kendi ifadelerine göre biyopsikososyal etkilenimlerini belirlemekti.

Yöntem: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Romatolojik Rehabilitasyon Ünitesi'ne çeşitli romatizmal hastalık tanısı alarak başvurmuş, daha önce egzersiz tedavisine katılmamış ve Bilişsel Egzersiz Terapi Yaklaşımı-Biopsychosocial Questionnaire (BETY-BQ) uygulanmış bireyler dahil edildi. BETY-BQ'ya göre katılımcılara Likert sistemine göre 0-4 arasında skorlanan 30 soru soruldu. Bu ölçeğe göre katılımcılar ağrıdan en fazla 20, fonksiyonellik-yorgunluktan 36, duygudurumdan 40, sosyallikten 12, cinsellikten 8 ve uykudan 4 puan alınabilir. Sonuçlar her bir parametre için katılımcıların aldıkları medyan puanın en fazla alınabilecek puana göre yüzdesi hesaplanarak yorumlandı.

Bulgular: Çalışmaya 48 ankilozan spondilitli, 68 fibromiyaljili, 63 romatotid artritli, 85 osteoartritli, 51 sistemik lupus eritematozuslu, 58 Sjögren sendromlu, 56 psöriatik artritli ve 39 sklerodermalı olmak üzere toplam 468 birey dahil edildi. Yaş ortalaması 48±12 yıl olan katılımcıların 379'u kadın, 89'u erkekti. Romatizmalı bireyler BETY-BQ'ya göre; ağrıda %55 [medyan: 11, minimum (min): 0, maksimum (maks): 20], fonksiyonellik-yorgunlukta %47,2 (medyan 17, min: 0, maks: 36), duygudurumda %40 (medyan 16, min: 0, maks: 40), sosyallikte %33,3 (medyan 4, min: 0, maks: 12), cinsellikte %25 (medyan 2, min: 0, maks: 8) ve uykuda %50 (medyan 2, min: 0, maks: 4) etkilenim göstermişti.

Sonuç: Çalışmamızda romatizmalı bireylerin biyopsikososyal parametrelerin tümünde etkilenim görülmekle birlikte sırasıyla ağrı, uyku sorunları, fonksiyonellik-yorgunluk, duygudurum, sosyallik ve cinsellik problemleri yaşadıkları bulundu. Bu sonuçlar hastalık yönetimi planlanırken etkilenimin olduğu bu biyopsikososyal parametrelere yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerektiği şeklinde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal model, romatizmal hastalıklar, hastanın bildirimi sonuçları

PS-143

Primer Sjögren sendromu için tanısal araçların değerlendirilmesi: Tek merkez deneyimi

Gamze Akkuzu, Rabia Deniz, Bilgin Karaalioğlu, Duygu Özgür, Fatih Yıldırım, Cemal Bes

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

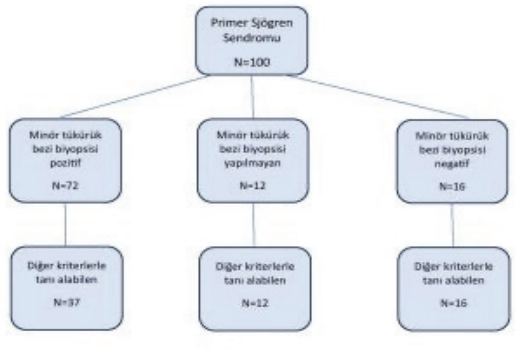
Amaç: Sjögren sendromu, kronik lenfositik infiltrasyon ile ekzokrin glandüler yapıların, özellikle tükürük ve lakrimal bezlerin yıkımı ile karakterize, sistemik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. En sık görülen otoimmün hastalıklardan biridir.

Yöntem: Bu çalışmada; Ağustos 2020-Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimize başvurmuş ve primer Sjögren sendromu (pSjS) tanısı ile takibe alınmış olan hastalar geriye dönük olarak incelendi ve tanısal özelliklerin gözden geçirilmesi hedeflendi.

Bulgular: 2016 ACR/EULAR Primer Sjögren Sendromu Sınıflandırma Kriterleri'ni karşılayan 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 99'u kadın, 1'i erkekti. Ortanca yaş 49'du (21-77). Seksen altısında ağız kuruluğu ve 83'ünde göz kuruluğu şikayeti vardı. Yedi hasta ise ağız ve/veya göz kuruluğu tariflemiyordu. İlk kuruluk semptomunun başlaması ile tanı arasındaki ortalama zaman 4±5 yıldı. Elli beşinde Schirmer ≤5 mm/5 dk, 48'inde tükürük akış hızı ≤0,1 mL/dk ve 84'ünde anti-SSA/Ro pozitifti. Minör tükürük bezi biyopsisi hastaların 88'inde yapılmıştı ve 72'sinde histopatolojik incelemede fokus skoru ≥1'di. Bu 72 hastanın 27'sine anti-SSA ve Schirmer ile, 10'una ise anti-SSA ve tükürük akış hızı ile biyopsi olmaksızın da tanı konulabilmekte olduğu görüldü. Histopatolojik incelemede fokus skoru <1 olan 16 hastanın tamamında anti-SSA pozitifti. Minör tükürük bezi biyopsisi, sınıflandırma kriterlerine göre negatif olan 16 hasta ve pozitif olan 37 hasta ile biyopsi yapılmayan 12 hasta olmak üzere toplamda hastaların %65'ine biyopsi olmaksızın diğer kriterlerle pSjS tanısı konulabilmekteydi (Şekil 1).

Sonuç: Minör tükürük bezi biyopsisi Sjögren sendromu tanısı koymada değerli bir tanı aracıdır. Ancak invaziv olması, histopatolojik değerlendirmelerin heterojenliği gibi özellikler göz önüne alındığında daha hızlı sonuç alınabilecek diğer kriterlerin öncelikle değerlendirilmesi tanıya kadar geçen süreyi kısaltmada faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, tükürük bezi biyopsisi, Schirmer, tükürük akış hızı



Şekil 1. Primer Sjögren sendromu için tanısal araçlar

PS-144

Spondiloartropati hastalarında secukinumab ve sertolizumab tedavilerin karşılaştırılması

Ebru Atalar[1], Berkan Armağan[1], Hatice Ecem Konak[1], Pınar Akyüz Dağlı[1], Serdar Esmer[1], Bahar Özdemir Ulusoy[1], Bünyamin Polat[1], Özlem Karakaş[1], Hakan Apaydın[1], Kevser Orhan[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Serdar Can Güven[1], İsmail Doğan[2], Hakan Babaoğlu[1], Orhan Küçükşahin[2], Yüksel Maraş[1], Şükran Erten[2], Ahmet Omma[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

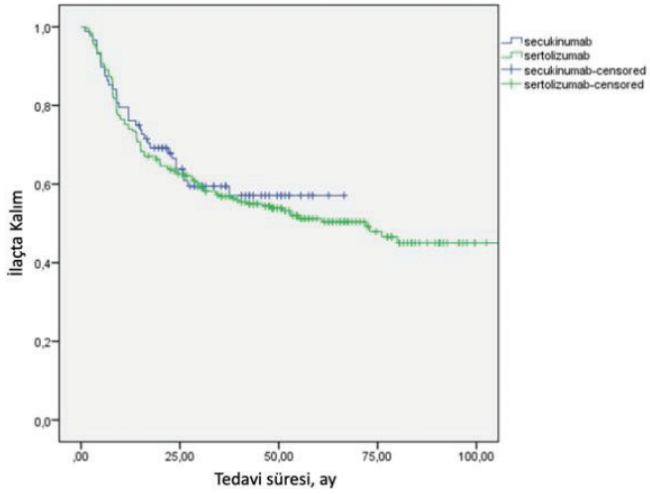
Amaç: Spondiloartropatiler (SpA) farklı klinik bulgular ile seyreden bir grup hastalık olup, tedavisinde biyolojik hastalığı modifiye edici ilaçlar (bDMARD) önemli bir yer tutmaktadır. SpA hastalarında tedavi etkinliği ve devamı için uygun ilaç seçimi önemlidir. Ülkemizde secukinumab (SEC) ve sertolizumab (CZP) tedavileri birbirine yakın tarihlerde SpA tedavisinde kullanılmaya başlanmış bDMARD'lardır. Çalışmamızda SpA hastalarında SEC ve CZP tedavilerinin kesilmesiyle ilişkili olan nedenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tek merkezli retrospektif kohort çalışmasında, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takipli SpA hastaları arasından SEC (n=88) ve CZP (n=246) tedavileri almış hastalar çalışmaya alındı. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile tedavi süreleri ve tedavi kesilme nedenleri değerlendirildi. İlaçta kalım Kaplan-Meier ile, ilaç kesilmesi ile ilişki faktörlerin analizi Cox regresyon analizi ile yapıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi kesilme nedenleri Tablo'da gösterilmiştir. İlaçta kalım her iki grupta benzerdi (p=0,657) (Şekil 1). SEC tedavisi kesilen hastalarda tedaviye devam edenlere göre daha fazla periferik artrit, entezit saptandı. CZP tedavisi kesilen hastalarda tedaviye devam edenlere göre erkek cinsiyet, periferik artrit sıklığı daha fazlaydı. Çok değişkenli analizde ilk bDMARD tedavi yaşının (yıl) ileri olması CZP tedavisi kesilmesi açısından 1,022 kat artış risk oluşturmaktaydı (%95 GA: 1,00-1,04, p=0,049), buna karşın SEC tedavi kesilmesi ilişkili bir risk faktörü bulunamadı.

Sonuç: SpA farklı klinik bulgular ile seyreden bir grup hastalık olup, tedavisinde bDMARD önemli bir yer tutmaktadır. Romatolojik hastalıklarda biyolojik tedavilerin başarısını etkileyen faktörlerden biri de ilaçta kalımdır. İlaç seçiminde ilaçta kalım oranları göz önüne alınmalıdır. SEC ve CZP ilaçta kalım oranları birbiri ile benzerdi. Periferik artriti olan SpA hastalarında hem SEC hem de CZP tedavisi kesilme oranları periferik artrit olmayanlara göre daha yüksekti. Çok değişkenli analizde ise sadece CZP hastalarında ilk bDMARD başlama yaşının ileri olması ilaçta kalım için olumsuz risk faktörü olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropatiler, tedavi, DMARD



Şekil 1. Secukinumab ve sertolizomab alan spondiloartropati hastalarında ilaçta kalım

Tablo 1. Secukinumab ve sertolizumab tedavisine devam eden ve etmeyen spondiloartropati hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi kesilme nedenleri

	SEC-CZP Devam (n=179)	SEC-CZP Stop (n=155)	p	SEC Devam (n=53)	SEC Stop (n=35)	p	CZP Devam (n=126)	CZP Stop (n=120)	p
Demografik ve klinik özellikler									
Yaş, yıl, mean (SS)	44,6 (8,5)	43,6 (8,0)	0,326	44,3 (9,0)	44,9 (9,1)	0,838	47,4 (11,3)	45,7 (10,1)	0,196
İlk bDMARD başlanma yaşı, mean (SS)	37,5 (8,4)	35,8 (9,1)	0,510	37,0 (10)	37,9 (9,2)	0,666	38,7 (12,2)	37,5 (9,8)	0,271
Hastalık süresi, yıl, median (IQR)	12,1 (5,3)	11,9 (5,5)	0,337	11,5 (8,0)	11,5 (6,5)	0,801	11,5 (6,0)	12,5 (7,5)	0,160
Erkek n (%)	102 (57)	76 (49)	0,146	21 (60)	23 (43)	0,127	55 (46)	79 (63)	0,008
Aktif/eski sigara kullanımı	30 (40,0)	33 (43,4)	0,670	10 (56)	10 (50)	0,732	23 (40)	20 (36)	0,719
VKİ, kg/m², mean (SS)	27,7 (6,1)	27,5 (5,5)	0,252	27,1 (5,3)	27,4 (5,9)	0,651	27,2 (5,8)	28,0 (5,4)	0,722
Periferik artrit, n (%)	50 (28,6)	49 (32,2)	0,472	9 (27)	25 (49)	0,038	40 (34)	25 (20)	0,016
Entezit n (%)	47 (26,9)	32 (21,2)	0,234	7 (21)	25 (49)	0,008	25 (21)	22 (18)	0,478
Daktilit, n (%)	3 (1,7)	2 (1,3)	0,999	1 (3)	1 (2)	0,772	1 (0,9)	2 (1,6)	0,597
Uveit, n (%)	16 (9,2)	16 (10,6)	0,673	5 (15)	7 (14)	0,899	11 (9)	9 (7)	0,559
Psöriazis, n (%)	17 (9,8)	21 (13,9)	0,247	7 (21)	9 (18)	0,734	14 (12)	8 (7)	0,143
Komorbidite sayısı, median (IQR)	1 (2)	1 (3)	0,168	2 (1)	2 (2)	0,993	0,5 (3)	1 (2)	0,759
Kardiyovasküler hastalık, n (%)	7 (4,4)	6 (4,4)	0,992	2 (7)	3 (6)	0,893	4 (3,6)	4 (3,6)	0,979
Hipertansiyon, n (%)	24 (15,1)	29 (21,2)	0,174	8 (28)	9 (18)	0,341	21 (19)	15 (14)	0,248
Hiperlipidemi n (%)	9 (5,7)	7 (5,1)	0,834	2 (7)	1 (2)	0,291	5 (5)	8 (7)	0,569
Pulmoner hastalık, n (%)	11 (6,9)	14 (10,2)	0,309	1 (3)	6 (12)	0,248	13 (12)	5 (5)	0,051
Diabetes mellitus, n (%)	14 (8,8)	13 (9,5)	0,839	4 (14)	5 (10)	0,635	9 (8)	9 (8)	0,968
Obezite, n (%)	46 (29,5)	45 (32,4)	0,592	12 (38)	15 (33)	0,655	33 (31)	31 (28)	0,668
Malignite hikayesi	1 (0,6)	2 (1,5)	0,598	0	1 (2)	0,333	2 (2)	0	0,093
Laboratuvar ve Radyolojik Bulgular									
Sindesmofit, n (%)	35 (26,9)	32 (25,6)	0,810	9 (30)	9 (24)	0,558	23 (24)	26 (28)	0,529
Bambu omurga, n (%)	11 (11,0)	9 (7,1)	0,274	4 (13)	3 (8)	0,518	5 (5)	11 (12)	0,085
HLA-B27-pozitifliği, n (%)	22/33 (66,7)	7/20 (35,0)	0,025	1/3 (33)	10/13 (77)	0,156	6/17 (35)	12/20 (60)	0,134
Başlangıç CRP, mg/ml, median (IQR)	8 (16)	0,7 (19)	0,069	1 (19)	7,9 (17)	0,326	2 (10)	3 (16)	0,138
bDMARD naif, n (%)	79 (44,1)	60 (38,7)	0,316	8 (23)	14 (26)	0,706	52 (43)	65 (52)	0,195
Tedaviler									
Tedavi kesilme nedenleri, n (%) - Etkisizlik - Yan etki - Hasta isteği		117 (80) 17 (12) 13 (8)	-		31 (91) 3 (9) -			86 (76) 14 (12) 13 (12)	

SEC; Secukinumab, CZP; Sertolizumab, VKİ; Vücut kitle indeksi, CRP; C-reaktif protein, bDMARD; Biyolojik hastalığı modifiye edici ilaç

PS-145

Tümör nekrozis-alfa inhibitörü kullanan enflamatuvar romatizmal hastalık tanılı hastalarda ilaç yan etki profillerinin değerlendirilmesi

Ceren Demir, Gökhan Sargın, Songül Çildağ, Taşkın Şentürk

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Enflamatuvar yanıtta önemli rolü olan TNF-α birçok enflamatuvar romatizmal hastalığın patogenezinde yer almaktadır. Tedavide kullanılan TNF-α inhibitörlerine bağlı birçok yan etki görülebilir. İnfüzyon reaksiyonları, enfeksiyonlar, deri bulguları, otoimmün hastalık gelişimi ve psöriyazis gibi paradoksal etkiler bu ajanların kullanımı sırasında görülebilir. Bizim bu çalışmadaki amacımız, kliniğimize başvuran ve TNF-α inhibitörü ile tedavi edilen hastalarda ilaç yan etki profillerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Son 5 yılda romatolojimize başvuran ve TNF-α inhibitörü ile tedavi edilen enflamatuvar romatizmal hastalığı olan hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastalarda tedavi ile ilişkili infüzyon reaksiyonları, anafilaksi, hematolojik yan etkiler, malign/premalign lezyon gelişimi, enfeksiyonlar ve kutanöz yan etkiler değerlendirildi.

Bulgular: TNF-α inhibitörü kullanan ve yan etki gelişen 42 hastanın (E/K=1) yaş ortalaması 49,4 yıldı (min: 23, maks: 76). On iki hasta romatoid artrit, 28 hasta spondilartrit, hasta Behçet hastalığı ve 1 hasta JİA tanılıydı. İnfliksimab alan 1 hastada infüzyon reaksiyonu ve 2 hastada anafilaksi görüldü. Golimumab tedavisi alan 2 hastada nötropeni saptandı. İnfliksimab tedavisi alan 1 hastada servikal intraepitelyal lezyon, 1 hastada kaposi sarkomu görüldü. İki hastada tüberküloz görüldü. Bu hastaların biri infliksimab ile akciğer tüberkülozu ve diğeri sertolizumab ile tüberküloz lenfadenitiydi. Yirmi altı hastada kutanöz yan etki görüldü. Dokuz hastada alerjik döküntü, 12 hastada psöriazis, 1 hastada büllöz pemfigoid, 1 hastada dermatitis herpetiformis, 1 hastada eritema Ab igne, 1 hastada dermatit ve 1 hastada küçük damar vasküliti saptandı. Adalimumab alan bir hastada sarkoidoz, etanersept kullanan bir hastada üveit ve sertolizumab tedavisi alan bir hastada erektil disfonksiyon saptandı (Tablo 1).

Sonuç: TNF-α inhibitörleri enflamatuvar hastalıklarda etkin ve güvenilir görülmektedir. Bu ajanların kullanılması sırasında bazı yan etkiler görülebilmektedir. Günlük pratikte sıklıkla kullanımı nedeni ile gelişebilecek yan etkiler hakkında bilgi sahibi olunmalı ve takiplerde dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: TNF-α inhibitörleri, yan etki, paradoksal etki

Tablo 1. Tümör nekrozis-alfa inhibitörü kullanan hastalarda görülen yan etkiler

Yan Etki (n)	Adalimumab	Etanercept	Golimumab	İnfliksimab	Sertolizumab
İnfüzyon Reaksiyonu (n=1)				1	
Anaflaksi (n=2)				2	
Hematolojik (n=2)			2		
CİN (n=1)				1	
Kaposi Sarkomu (n=1)				1	
Pnömoni (n=2)	1				1
Tüberküloz (n=2)				1	1
Alerjik döküntü (n=9)	4	2	1	2	
Palmoplantar püstülozis (n=6)	1	2	1	2	
Psöriazis (n=6)		2	1	1	2
Büllöz pemfigoid (n=1)				1	
Dermatitis Herpetiformis (n=1)				1	
Eritema Ab Igne (n=1)		1			
Küçük damar vasküliti (n=1)				1	
Dermatit (n=1)					1
Sarkoidoz (n=1)	1				
Üveit (n=1)		1			
Erektil disfonksiyon (n=1)					1
Astım alevlenme (n=1)	1				
Psöriazis alevlenme (n=1)					1

PS-146

Psöriazis lezyonlarının yerleşimi ve psöriatik artritte etkilenen eklem bölgeleri ilişkili midir?

Elif Er Gülbezer[1], Oğuz Çelebi[2], Emine Ayça Nalbantoğlu[2], İbrahim Beyhan[2], Nilüfer Alpay Kanıtez[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Psöriatik artrit olgularının birçoğunda öncesinde ya da eş zamanlı ortaya çıkan psöriazis lezyonları mevcuttur. Tipik lezyonlar ekstremitelerin ekstansör yüzü, saçlı deri, kulak çevresi, umblikus etrafı, anogenital bölge ve tırnaklarda bulunabilir. Bu çalışmada psöriazis lezyonları ve psöriatik artritte tutulan bölgeler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2020-2023 yılları arasında Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran psöriatik artrit tanılı ya da yeni tanı psöriatik artrit hastaları değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, psöriazis lezyonlarının yerleşim yerleri, tutulan eklem bölgeleri değerlendirildi. Psöriatik lezyonların yerleri gruplandırılarak, aksiyel ve periferik tutulum bölgeleriyle karşılaştırılarak analiz edildi.

Bulgular: Toplam 84 hastanın 52'si (%61,9) kadın, 32'si (%38,1) erkekti. Grubun yaş ortalaması 47±12,78 (min: 17-maks:75), ortalama psöriazis tanı yaşı 33±16,0 (min: 7-maks: 67), ortalama psöriatik artrit tanı yaşı 42±13,9 (min: 14-maks: 71) idi. Deri ve eklem tutulum bölgeleri Tablo 1 ve 2'de belirtilmiştir. Umblikus etrafı, anogenital bölge, gövde ön-arka yüzü, saçlı deri, kulak etrafı ve yüzde psöriatik lezyonları olan hastalarda aksiyel tutulum ön planda iken ekstremiteler ve periferik eklem ektansör yüzlerinde psöriatik lezyonları olan hastalarda periferik eklem tutulumunun daha fazla olduğu görüldü. Palmo-plantar psöriazis lezyonları olanlarda aksiyel tutulum daha fazla izlenirken, tırnakta pitting varlığında her iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: Orta hat lezyonları olarak değerlendirilebilecek saçlı deri, kulak etrafı, yüz, gövde ön-arka yüzü, umblikus etrafı ve anogenital bölge lezyonları olan hastaları aksiyel spondiloartropati varlığı açısından değerlendirmek önemli olabilir. Ekstremite (kol, önkol, uyluk, bacak) ve periferik eklem ekstansör yüzünde lezyon varlığında periferik tutulum belirgin iken, palmo-plantar psöriaziste bu gruplardan farklı olarak aksiyel tutulum önem taşımaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriazis, psöriatik artrit, aksiyel tutulum, periferik tutulum, tırnak tutulumu

PS-147

PFAPA sendromu Behçet hastalığına giden yolculuğun erken durağı mı?

Aslı Gürel Bedir[1], Sara Şebnem Kılıç Gültekin[2]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünoloji ve Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: PFAPA sendromu, periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit ile karakterize, monogenik olmayan otoenflamatuvar bir hastalıktır. İki hastalıktaki ortak paydalarından biri de orofaringeal ülseratif hastalıktır. PFAPA ve Behçet hastalarının ortak bazı klinik ve genetik özellikleri nedeniyle bu hastaların hem klinik özelliklerini hem de yaşam kalitelerini gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem: Üçüncü basamak bir çocuk romatoloji kliniğinde Ocak 2019-Aralık 2022 tarihleri arasında izlenen PFAPA ve Behçet hastalığı olan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerine ilişkin retrospektif veriler toplandı. PedsQL anket formu, PFAPA, juvenil Behçet hastalığı ve kontrol grubundaki tüm hastaların ebeveynleri tarafından doldurduldu.

Bulgular: Çalışmaya daha önceden tanı almış 60 PFAPA hastası, 30 Behçet hastası ve 60 sağlıklı gönüllü olmak üzere yaşları 2 ile 18 arasında değişen 150 olgu dahil edildi. Ortalama tanı yaşı PFAPA grubunda 29 ay, juvenil Behçet grubunda 114 aydı. PFAPA'lı erkeklerde atak süresi daha uzundu (p=0,015). Ayrıca kolşisin kullanımının atak sıklığını PFAPA hastalarında %74,2, Behçet hastalarında %59,8 oranında azaltmada etkili olduğu saptandı (p=0,001<0,05). Ataklar sırasında PFAPA hastalarının ortalama ANS, CRP ve serum amiloid A düzeyleri Behçet hastalarına göre daha yüksekti (p=0,010). PFAPA ve juvenil Behçet hastalarında düşük yaşam kalitesi için bir tahmin değeri elde etmek için ROC analizi kullanıldı. ROC analizi sonuçlarına göre tahmin değeri PFAPA hastaları için ölçek toplam puanı <74,60, juvenil Behçet hastaları için ölçek toplam puanı <72,50 olarak belirlendi. Buna göre PFAPA hastalarının %61,67'si (n=37) ve genç Behçet hastalarının %73,33'ü (n=22) kötü yaşam kalitesi sergiledi.

Sonuç: Pediatrik Behçet hastalığı ve PFAPA sendromunun yaşam kalitesi ile ilgili sınırlı veri mevcuttur. PFAPA ve juvenil Behçet hastalığı, tekrarlayan ataklar ile karakterize olup, PFAPA'da erken başlangıç yaşı, Behçet hastalığında ömür boyu tedavi gerekliliği, düzenli doktor kontrolü gerekliliği gibi faktörler nedeniyle yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: PFAPA sendromu, Behçet, periyodik ateş

PS-148

Primer Sjögren sendromunda interstisyel akciğer hastalığı: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi interstisyel akciğer hastalığı kohortundan deneyimler

Hatice Ecem Konak[1], Serdar Can Güven[1], Habibe Hezer[2], Ebru Atalar[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], Esra Kayacan Erdoğan[1], Hakan Babaoğlu[1], Berkan Armağan[1], Kevser Gök[1], İsmail Doğan[3], Yüksel Maraş[4], Ahmet Omma[4], Ayşegül Karalezli[5], Şükran Erten[3], Orhan Küçükşahin[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

[5]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), primer Sjögren sendromunun (pSS) yaşamı tehdit eden ve kötü prognoza sahip komplikasyonlarından biridir. Bu çalışmadaki amaç, pSS ile ilişkili İAH olan hastaların özelliklerini incelemek ve buna etki eden faktörleri saptamaktır.

Yöntem: Çalışmada Ankara Şehir Hastanesi'nde pSS tanısı ile takipli hastalar retrospektif olarak incelendi. Yüksek çözünürlüklü akciğer BT ve solunum fonksiyon test sonuçlarına erişim sağlanabilen hastalar çalışmaya dahil edilerek, İAH olan ve olmayan gruplar halinde ikiye ayrıldı.

Bulgular: Toplam 318 İAH olmayan ve 59 İAH olan pSS'li hasta çalışmaya dahil edildi. İAH olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında İAH olanlarda erkek cinsiyet, ileri tanı yaşı ve sigara öyküsü anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 1). Laboratuvar özelliklerine bakıldığında, anti-La/SS-B pozitifliği, akut faz reaktanlarında ve LDH değerlerinde yükseklik ve lenfopeni İAH olan hastalarda daha sık olarak saptandı (Tablo 2). İAH hastalarında en sık görülen semptom efor dispnesi iken, en sık akciğer tutulum tipi NSIP idi. İAH tanısının çoğunlukla pSS tanısı ile eş zamanlı veya tanıdan sonra konulduğu görüldü (Tablo 3).

Sonuç: Kohortumuzda ileri yaş, erkek cinsiyet, sigara kullanım öyküsü, yüksek akut faz ve LDH değerleri, lenfopeni ve anti-LA/SS-B pozitifliği İAH yönünden risk faktörü olarak görünmekteydi. Ek olarak lenfoma gelişimi ve İAH arasında bir ilişki olabileceğine dair bulgular mevcuttu. En sık NSIP ve LIP paternleri gözlendi. pSS ilişkili İAH patogenezi karmaşık olduğundan, risk faktörleri ile pSS-İAH arasındaki mekanizmanın büyük, çok merkezli ve prospektif çalışmalarla açıklığa kavuşturulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, risk faktörleri, Sjögren sendromu

PS-149

Çocukluk çağında sistemik skleroz: Tek merkez izlem sonuçları

Gülşah Pirim, Şengül Çağlayan, Kadir Ulu, Taner Çoşkuner, Ramazan Emre Yiğit, Gülcan Özomay Baykal, Sümeyra Başaran Çoban, Şeyma Türkmen, Betül Sözeri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Skleroderma alt grubu olan juvenil sistemik skleroz (JSS), çocukluk çağında oldukça nadir görülen ve endotel ve bağ dokusunda fibroproliferatif değişikliklere yol açarak ciddi organ tutulumuna neden olan kronik otoimmün bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda, JSS insidansı 0,27-1/1.000.000 olarak tespit edilmiştir. Erken tanı, organ tutulumlarının erken tespiti ve ardından tedaviye geçilmesi hastalık prognozunun iyi yönde gitmesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. Çalışmamızda, merkezimiz tarafından takip edilen JSSc hastalarının klinik bulgularının, tanı ve takip süreçlerinin ve tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, 1 Mayıs 2016 ile 1 Mayıs 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği tarafından takip edilen JSSc tanılı 11 hasta dahil edilmiştir. Araştırmamızda hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Tanı ve zamanı, klinik ve laboratuvar bulguları, eşlik eden sistem tutulumları, tedavi yaklaşımları ve sonuçları değerlendirilmiştir. JSSc hastalarında modifiye Rodnan Skorlaması (mRSS), Physician's Global Assessment of activity (PGA-A) ve Physician's Global Assessment of damage (PGA-D) skoru sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda, JSS tanısı ile takip edilen 11 hasta vardı. Kız/erkek oranı 1,7/1 idi (Tablo 1). Yakınma başlangıç ve tanı yaşı medyanı sırası ile 11,6 yıl (4,2-16,8 yıl) ve 12,7 yıl (6,5-16,9 yıl) saptandı. Tanı konulma süresi medyanı 10 ay (1-39 ay) ve izlem süresi medyanı 18 ay (2-77 ay) idi. Ailede romatizmal hastalık varlığına bakıldığında hastaların %18,1'inde (2/11) 2. derece akrabalarında romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus tanısı mevcuttu. JSS sınıflandırmasına göre bakılan alt grup incelemesinde; %27,2'sinde (3/11) diffüz sistemik skleroderma, %27,2'sinde (3/11) sınırlı sistemik skleroderma, %18,1'inde (2/11) overlap ve %27,2'sinde (3/11) erken skleroderma mevcuttu. Sınırlı tip JSSc olan bir hasta CREST sendromu idi. Erken skleroderma tanısı ile takip edilen üç hastada Raynaud fenomeni, spesifik otoantikor pozitifliği ve kapilleroskopik incelemede hastalık uyumlu bulgular mevcuttu. Hastaların %81,8'inde (9/11) sklerodaktili, %81,8'inde (9/11) Raynaud fenomeni pozitifliği ve bu hastaların %66,6'sında (6/9) dijital ülser geliştiği saptandı. Hastaların birinde kalsinoz mevcuttu. Deri dışı organ tutulumu hastaların tümünde vardı. Hastaların %45,4'ünde (5/11) birden fazla sistem tutulumu mevcuttu. Sistemik tutulum açısında değerlendirildiğinde hastaların %81,8'inde (9/11) kas iskelet (artrit, artralji), %45,4'ünde (5/11) solunum (solunum fonksiyon testlerinde bozulma ve düşük DLCO), %36,3'ünde (4/11)

gastrointestinal (disfaji, gastroözofageal reflü) ve %9,0'ında (1/11) kardiyovasküler (pulmoner hipertansiyon) vardı. DLCO düşük tespit edilen hastalardan birinin klinik bulguları interstisyel akciğer hastalığı ile uyumluydu. İlk başvuru mRSS puanı medyanı 17 (11-35) olarak tespit edildi (Tablo 2). Geliş mRSS skorlamasına göre hastalık şiddeti değerlendirildiğinde; %36,3'ünde (4/11) hafif, %36,3'ünde (4/11) orta ve %27,2'sinde (3/11) ciddi olarak saptandı. Hastaların son yapılan değerlendirmesinde mRSS puanı medyanı 11 (7-22) idi. Son başvuru mRSS skorlamasına göre hastalık şiddeti değerlendirildiğinde; %63,6'sında (7/11) hafif ve %36,4'ünde (4/11) orta şeklindeydi. Hastaların hiçbirinde deri bulgularına göre hastalık aktivitesi ciddi düzeyde değildi. Hastaların başvuru ve son vizit PGA-A değerlendirmesinde hastalık aktivitesi puanı medyanı sırası ile 90 (50-100) ve 50 (30-70) olarak saptandı. Başvuru ve son vizit değerlendirmesinde bakılan PGA-D puanı medyanı sırası ile 70 (30-90) ve 50 (10-70) idi. Sistemik immünosüpresif ajanların kullanım süresi medyanı 13 ay (3-68 ay) olarak hesaplandı. Tedavi yaklaşımlarına baktığımızda ise hastaların %27,2'sinde (3/11) yüksek doz steroid tedavisi (20-30 mg/kg/doz), intravenöz immünoglobulin %27,2'sinde (3/11), %63,6'sında (7/11) düşük doz steroid (1 mg/kg/gün), %90,9'unda (10/11) metotreksat, %81,8'inde (9/11) hidroksiklorokin, %45,4'ünde (5/11) mikofenolat mofetil ve %9'unda (1/11) rituksimab kullanıldığı saptandı. Raynaud fenomeni olan juvenil JSSc tanılı hastalarda kullanılan vazoaktif ilaçlara baktığımızda; %44,4'ünde (4/9) iloprost, %66,6'sında (6/9) bosentan, %33,3'ünde (3/9) kalsiyum kanal blokörü ve %22,2'sinde (2/9) pentoksifilin olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda tek merkez JSSc deneyimi sonuçları verilmiştir. Yapılan çalışmalarda JSSc nadir görülmesi nedeniyle sağlık profesyonelleri tarafından tanı konulma süresinin uzadığı belirtilmektedir. Erken tanının tedavi başarısını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Öte yandan, bazı hastalarda erken tedaviye rağmen iyileşme beklenilen düzeyde olmamaktadır. Bu nedenle, hızlı tedavi uygulaması ile hastaların en az 2 yıl tedaviye ara vermeksizin yakın ve düzenli takibinin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Biyolojik ajan tedavilerinin bu hasta grubundaki çalışmaları oldukça yetersizdir. Bu nedenle, tedavi başarısını artıracağı düşünülen biyolojik ajanlara ilişkin randomize kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Erken skleroderma, juvenil sistemik skleroz, modifiye Rodnan skorlaması, Raynaud fenomeni

PS-150

Sicca semptomları ile gelen fibromiyalji ve Sjögren hastalarını objektif kuruluk testleri ile ayırt edebilir miyiz?

İdil Kurut Aysin, Ayten Özkan, Özge Yoğurtçu, Hasan Kocaayan, Esra Erpek, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Eda Otman Akat, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Fibromiyalji (FMS) hastalarında ağız, göz kuruluğu, Raynaud fenomeni gibi semptomlar; sağlıklı kişilere göre daha fazla görülmektedir. Ayrıca Sjögren sendromu (SjS) ile FMS birlikteliği diğer bağ doku hastalıklarına kıyasla daha yüksek oranda bildirilmiştir. Bu nedenle biz de çalışmamızda laboratuvar bulguları olmadan sicca semptomları olan FMS ve SjS hastalarının ayırt ettirici özelliklerinin olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimize bağ doku hastalığı araştırılmak üzere yönlendirilen ve dudak biyopsisi yapılan 492 hasta retrospektif olarak tarandı. ACR/EULAR 2012 veya 2016 kriterlerine göre SjS olarak sınıflandırılan 146 hasta [127 (%87) primer SjS; 19 (%13,9) sekonder SjS] ile uzman görüşüne göre FMS tanısı konulan 77 hasta çalışmamıza dahil edildi. FMS ve Sjögren birlikteliği olan 25 hasta ise çalışma dışı bırakıldı. İki hasta grubunun ayırt ettirici özelliklerinin tespiti için klinik ve demografik verileri ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: SjS ve FMS hastaları karşılaştırıldığında; FMS grubunda kadın cinsiyet anlamlı olarak daha fazla saptandı [76'ya (%98,7) 133 (%91,1)]. Her iki grubun yaş ortalamaları benzerdi. FMS hastalarında daha çok artralji bulunurken (FMS: %90,8 vs. SjS: %74,5 p=0,004); SjS hastalarında ise artrit oranları daha yüksekti (SjS: %32 vs. FMS: %8 p=0,032). Sabah tutukluğu ve Raynaud fenomeni varlığı açısından her iki grup arasında fark saptanmadı. FMS ve SjS hastaları benzer oranlarda ağız ve göz kuruluğundan yakınmaktaydı ancak Schirmer testi pozitifliği SjS hastalarında %72,2 oranında tespit edilirken bu oran FMS hastalarında yalnızca %27'di (p=0,011). Gözyaşı kırılma zamanı (tBUT) düşüklüğü her iki grupta benzer tespit edildi. İmmünolojik testler ise beklenildiği üzere FMS hastalarında SjS hastalarına göre çok daha düşük oranlarda bulundu (p<0,001).

Sonuç: Ağız ve göz kuruluğu ile başvuran FMS hastalarının Schirmer testi pozitiflikleri, SjS hastalarına oranla daha düşük bulunmakla birlikte; Schirmer testi pozitif olan üçte bir FMS hastasını ayırt edebilmek için hala immünolojik testlere gerek duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Sjögren sendromu, sicca semptomları, kuruluk testi

PS-151

Ankilozan spondilit hastalarında serum IL-17 ve TNF-alfa düzeyi ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki

Neslihan Güneş Aydemir, Ümran Yıldırım, Edip Gökalp Gök, Veli Yazısız, Mustafa Ender Terzioğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışma, interlökin-17 (IL-17) ve tümör nekroz faktör-alfanın (TNF-α) AS patogenezindeki etkisi, hastalık aktivitesi ve süresi, tedavi şekli ve başlama süresiyle ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışmaya AS tanısı alan 91 hasta, RA tanısı alan 29 hasta ile 31 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Serum TNF-α ve IL-17 düzeyi ELİSA kiti kullanılarak ölçüldü eş zamanlı olarak hasta dosyalarında CRP, sedim. düzeyi BASDAI ve BASFI skorları kaydedildi.

Bulgular: AS hastalarının %31,9'u konvansiyonel tedavi alırken, %68,1'i anti-TNF tedavisi almıştır. IL-17 ve TNF-α düzeylerinde gruplar arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. RA hastalarında IL-17 düzeyleri diğer gruplardan daha düşük bulunurken (p=0,012), konvansiyonel tedavi alan AS hastaları ve RA hastalarının TNF-α düzeyleri, anti-TNF alan AS hastaları ve sağlıklı gönüllülere göre daha düşük bulunmuştur (p=0,009). Konvansiyonel tedavi alan AS hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında IL-17 ve TNF-α düzeylerinde anlamlı farklar bulunmuştur. Anti-TNF tedavi alan AS hastaları ve sağlıklı gönüllüler arasında ise IL-17 ve TNF-α düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Anti-TNF tedavisi alan AS hastaları ile konvansiyonel tedavi alan AS hastaları arasında BASFI, ESR, CRP, IL-17 ve TNF-α düzeylerinde istatistiksel fark bulunmazken, anti-TNF tedavisi alan hastaların BASDAI puanları daha düşük bulunmuştur (p=0,036).

Sonuç: IL-17 ve TNF-α gibi biyobelirteçler, tedavi etkinliğini izlemek için ve hastaya özgü tedavi seçeneklerini belirlemek için kolaylaştırıcı faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, interlökin-17, tümör nekrozis faktör alfa, hastalık aktivitesi

Tablo 1. Çalışma gruplarının yaş ve cinsiyet özelliklerinin karşılaştırılması

Gruplar		Yaş		Cinsiyet	
		Mean ±sd	Median (Min.-Maks.)	Erkek n (%)	Kadın n (%)
1: Anti-TNF Tedavisi Alan AS (N=62)		40,9±12,1	39,5(19-72)	43(69,4)	19(30,6)
2: Konvansiyonel Tedavi Alan AS(N=29)		43,3±10,9	41(20-65)	10(34,5)	19(65,5)
3: Romatoid Artrit (N=29)		51,9±14,1	50(23-84)	5(17,2)	24(82,8)
4: Sağlıklı Gönüllüler(N=31)		38,9±14,9	38(20-74)	12(38,7)	19(61,3)
P Değerleri	Grup 1-4	**0,001**[1]		**0,001**[2]	
	Grup 1 vs. 2	0,371[3]		0,004[4]	
	Grup 1 vs. 3	0,001[3]		0,001[4]	
	Grup 1 vs. 4	0,470[3]		0,009[4]	
	Grup 2 vs. 3	0,013[3]		0,230[4]	
	Grup 2 vs. 4	0,194[3]		0,943[4]	
	Grup 3 vs. 4	0,001[3]		0,119[4]	

[1] One-way ANOVA testi
[2] Pearson ki-kare testi
[3] Independent samples t test
[4] Continuity correction ki-kare testi

Tablo 2. Çalışma gruplarının IL-17 ve TNF-α düzeylerinin karşılaştırılması

	Anti-TNF Tedavisi Alan AS (N=62) G1	Konvansiyonel Tedavi Alan AS(N=29) G2	Romatoid Artrit (N=29) G3	Sağlıklı gönüllüler (N=31) G4	Grup 1-4 p
IL-17					
Mean ±sd	2,6±0,4	2,2±0,8	1,9±1,0	2,5±0,8	**0,012***
Median(Min.-Maks.)	2,6(1,3-3,4)	2,5(0,4-3,4)	2,1(0,2-3,1)	2,8(0,6-3,4)	
TNF-α					
Mean ±sd	1,8±0,8	1,5±0,9	1,3±0,8	2,1±1,1	**0,009***
Median(Min.-Maks.)	1,5(0,1-3,3)	1,3(0,1-3,4)	1,4(1,7-3,5)	2,6(0,2-3,5)	

*Kruskal Wallis testi
TNF-α: tümör nekroz faktör

Tablo 3. BASDAI puanı ≥4 ile BASDAI puanı <4 olan AS tanılı hastaların karşılaştırılması

	BASDAİ puanı≥4 N=40	BASDAİ puanı<4 N=51	p
Yaş			
Mean ±sd	44,1±11,0	39,8±12,0	0,084*
Median(Min.-Maks.)	43(26-68)	38(19-72)	
ESR			
Mean ±sd	24,7±19,6	13,7±11,5	**0,004****
Median(Min.-Maks.)	21,5 (2-80)	10,0 (2-51)	
CRP			
Mean ±sd	1,2±1,7	0,7±1,1	0,209**
Median(Min.-Maks.)	0,6 (0-9)	0,4 (0-7,1)	
IL-17			
Mean ±sd	2,4±0,5	2,5±0,6	0,693**
Median(Min.-Maks.)	2,6 (0,7-3,4)	2,5 (0,4-3,4)	
TNF-α			
Mean ±sd	1,4±0,6	1,9±0,9	**0,001****
Median(Min.-Maks.)	1,3 (0,1-3,1)	1,6 (0,2-3,4	

**Independent samples t test*
*** Mann Whitney U testi*
ESR: eritrosit sedimantasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, TNF-α: tümör nekroz faktör

PS-152

Sistemik lupus eritematozus hastalarında anti-dsDNA otoantikorlarının değerlendirilmesinde üç farklı yöntemin karşılaştırılması

Nilgün Kaşifoğlu[1], Nazife Şule Yaşar Bilge[2], Timuçin Kaşifoğlu[2], Adem Ertürk[3], Egemen Gökbolat[4]

[1]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir*

[2]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir*

[3]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyon*

[4]*Burdur Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Burdur*

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında anti-dsDNA antikor testleri tanının desteklenmesinde ve hasta takibinde önemli laboratuvar testleridir. Lupus nefriti olan hastalarda, nefrit olmayan hastalara göre daha yüksek anti-dsDNA otoantikor düzeyleri görülür. Bu çalışmada anti-dsDNA antikorlarının saptanmasında ELISA, Line immunoblot ve CLIFT testlerinin performansı değerlendirmiştir.

Yöntem: Bu çalışmada SLE tanısı almış 81 hastanın serumunda anti-dsDNA-NcX ELISA IgG, EUROLINE ANA profil 3 + DFS70 (IgG) ve anti-dsDNA IIFT (EUROIMMUN Lübeck, Almanya) kitleri kullanılarak üç farklı yöntemle anti-dsDNA antikorları araştırılmıştır. Hasta serumları çalışılana kadar -80 °C'de saklanmış, testler üretici firmanın önerileri doğrultusunda çalışılmıştır. ELISA testi ile kantitatif, immunoblot ve CLIFT testleriyle yarı kantitatif sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre yöntemlerin birbirleriyle uyumları hesaplanmış, CLIFT doğrulama testi olarak alınarak diğer iki yöntemin duyarlılık ve özgüllükleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 81 hastanın 24'ünde en az bir yöntemle anti-dsDNA pozitif saptanmış, 12 hastada her üç yöntem de pozitif sonuçlanmıştır (Şekil 1). Tek başına CLIFT ile pozitiflik saptanan hastaya rastlanmamıştır. Elde edilen tüm sonuçlarla, testler arasında hesaplanan Cohen kappa analizine göre, testler birbirleriyle iyi düzeyde uyumlu saptanmış, en uyumlu sonuçların CLIFT ve ELISA yöntemleriyle elde edildiği görülmüştür (Tablo). CLIFT, yüksek özgüllüğü nedeniyle diğer yöntemlerle pozitiflik saptanan örneklerin doğrulanmasında kullanıldığı için, standart test olarak kabul edilerek ELISA ve immunoblot testlerinin duyarlılık ve özgüllükleri hesaplanmıştır. ELISA'nın duyarlılığı %100, özgüllüğü %91; immünoblot testinin duyarlılığı %85,7, özgüllüğü %91 olarak saptanmıştır. Dosya bilgilerine ulaşılabilen hastalarda, test sonuçları ve hastalık aktiviteleri karşılaştırıldığında her üç testle pozitiflik saptanan hastalarda hastalık aktivasyon skorları yüksek olarak değerlendirilmiş olmasına rağmen (14 hasta; 7 hastanın SLEDAI skoru 4 ve üzerinde), üç yöntemle anti-dsDNA antikoru negatif saptanan hastalar arasında da yüksek hastalık aktivasyon skoruna sahip hastalar olduğu görülmüştür (55 hasta; 27 hastanın SLEDAI skoru 4 ve üzerinde).

Sonuç: SLE hastalarının takibinde kullanılan anti-dsDNA otoantikorlarının yüksek özgüllüğe sahip yöntemlerle değerlendirilmesi önemlidir. Duyarlılığı yüksek bir testle elde edilen (örneğin; ELISA) pozitif sonucun, özgüllüğü daha yüksek ikinci bir testle doğrulanması önerilmektedir. Anti-dsDNA testlerinin, kullanılan antijen molekülü, yöntem gibi parametrelerde farklı göstermesi; hastaların otoantikorlarının epitop tanıma, afinite gibi özelliklerinde farklılıklar olması nedeniyle standardizasyonu güçtür. Çalışmamızda aynı firmaya ait kitler kullanılmış olmasına rağmen, farklı sonuçlar elde edilen küçük hacimli hasta popülasyonlarımız olması nedeniyle, yöntemlerin performanslarının değerlendirilebilmesi için daha büyük hasta gruplarıyla yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Test algoritmalarının kullanılması, yöntemlerin kombine edilmesi ve elde edilen sonuçların hasta kliniği ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, anti-dsDNA, otoantikor



Şekil 1. Anti-dsDNA ELISA, immünoblot ve CLIFT testleriyle pozitif saptanan sonuçların Venn diyagram ile dağılımları (n=24)

PS-153

Metotreksat kullanan enflamatuvar artrit hastalarında karaciğer fibrozisini değerlendirmede basit, non-invaziv FİB-4 skoru yol gösterici olabilir

Gül Sandal Uzun, Buğu Bulat, Umut Kalyoncu

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

Amaç: Metotreksat (MTX) tedavisinin uzun dönem kullanımına bağlı karaciğer fibrozisi gelişebileceğine dair görüşler vardır. Basit, non-invaziv bir yöntem olan fibrozis-4 indeksinin (FİB-4) karaciğer fibrozisini göstermede kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı MTX kullanan romatoid artrit (RA) ve psöriatik artrit (PsA) hastalarında karaciğer fibrozisini FİB-4 skoru ile değerlendirmektir.

Yöntem: Hasta seçimi, dahil ve dışlama kriterleri; Aralık 2022-Ağustos 2023 arasında rutin poliklinik takibine gelen hastalar çalışmaya dahil edildi. a) En az üç ay MTX kullanmış olmak, b) Birden fazla takip vizitinin olması, c) MTX başlangıcındaki FİB-4 skorunun bilinmesi, d) HBV, HCV ve karaciğer malignitesi olmaması, e) Hidroksiklorokin ve steroid dışındaki sentetik ve/veya biyolojik DMARD kullanılmaması kriter olarak belirlendi. FİB-4 skoru ve MTX kullanımı; hastaların MTX başlandığı dönemde FİB-4 skoru hesaplandı. FİB-4 indeksi şu şekilde değerlendirildi:

yaş (yıl) × AST(IU/L)/[trombosit sayısı(10(9)/L) × √ALT(IU/L)]:FİB-4 skoru cut-off değerleri 1,3 üzerinde olanlarda fibrozis açısından risk altında kabul edildi. Takip edilen dönem içerisinde yıllık, MTX kesilen hastaların kesilme tarihinde ve son vizit değerlendirmelerindeki FİB-4 skoru kaydedildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, medikal tedaviler (hepatotoksik ilaçlar) ultrasonografi ile hepatosteatoz varlığı incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 107 [82'si (%76,6) RA ve 25'i (%23,4) PsA] hasta dahil edilmiştir. Hastaların 81'i (%75,7) kadın, ortalama yaşları 55,5 (%13,5) yıl, ortalama hastalık süresi RA'da 8,2 (0,4-25) yıl, PsA'da ise 1,2 (0,2-1,6) yıldı (p<0,001). Hastaların 40 (%37,4) konkomitan hidroksiklorokin kullanıyordu. MTX başlangıç döneminde FİB-4 skoru; MTX öncesi ortalama FİB-4 skoru ortanca 0,97 (0,18-3,09) olarak hesaplandı, hastalıklar arasında fark yoktu. MTX başlangıcında 24/107'sinde (%22,4) FİB-4 skoru 1,3 ve üzerinde olarak hesaplandı (Tablo 1). MTX başlangıcında FİB-4 yüksek olan hastalarda komorbiditeler daha sıktı. MTX kullanımı sırasında FİB-4 skorunda değişim; MTX kullanan hastalar ortalama 3,6 yıl (0,3-22,7) takip edilmiştir. On yedi/107 (%15,8) hastada MTX takip sırasında kesilmişti; 7'si gastointestinal intolerans, 3'ü malignite, 2'si sebat eden karaciğer enzim yüksekliği, 2'si tedaviye yanıtsızlık, 2'si lökopeni, 1'i gebelik planı idi. Takip sırasında başlangıçta FİB-4 skoru 1,3'ün üzerinde olan 24 hastanın 5'inde (%20,8) FİB-4 skoru 1,3'ün altına inmişken, başlangıçta FİB-4 skoru 1,3'ün altında olan 83 hastanın 18'inde (%21,6) FİB-4 skoru 1,3'ün üzerine çıkmıştı. Son vizitte toplamda 37 (%34,5) hastada FİB-4 skoru 1,3 ve üzerindeydi. FİB-4 skoru normalken 1,3'ün üzerine çıkan hastaların MTX kullanım süresi daha uzun [6,89 (1,70-17,2'e karşı 2,56 (0-22)) p=0,022] ve kümülatif MTX dozu [3,64 (1,39-13,9'e karşı 1,78 (0-12,8)) p=0.004] daha yüksekti. Kümülatif MTX kullanımı [OR 1,18 (1,01-1,33), p=0,03] ve diabetes mellitus varlığı [OR 4,60 (1,74-12,50), p=0,002] FİB-4 skorundaki yüksekliği kolaylaştıran faktörlerken, konkomitan hidroksiklorokin kullanımı [OR 0,28 (0,10-0,78) p=0,015] ise koruyucu olarak bulunmuştur.

Sonuç: Enflamatuvar artrit hastalarında MTX tedavisi öncesinde %22 hastada FİB-4 skoru yüksektir. MTX tedavisi altında ortanca 3,5 yıl takip edildiğinde hastaların yaklaşık üçte birinde FİB-4 skoru fibrozisi gösterecek şekilde yüksek bulunmuştur. Kümülatif MTX dozu ve komorbidite olarak DM varlığı, fibrozis gelişimi kolaylaştırırken konkomitan hidroksiklorokin kullanımı koruyucu olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamıza göre MTX kullanımı altında FİB-4 skorunda yükselme nadir değildir, daha geniş bir hasta kohortunda bu durumun klinik yansımaları üzerinde durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FIB-4 skoru, karaciğer fibrozisi, metotreksat, psöriatik artrit, romatoid artrit

PS-154

Psoriasisli ve psöriatik artritli hastalarda serum CXCL-13 düzeylerinin karşılaştırılması

Derya Yıldırım[1], Merve Baykul[2], İbrahim Vasi[1], Mehmet Gülengül[3], Yusuf Can Edek[3], Hamit Küçük[1], Hazan Karadeniz[1], Esra Adışen[3], Abdulsamet Erden[1], Berna Göker[1], Kemal Nas[4], Mehmet Akif Öztürk[1]

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

[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

[4]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Sakarya

Amaç: Psoriasis, ağırlıklı olarak deri ve eklem tutulumu olan kronik, otoimmün bir hastalıktır. Psöriatik artritte ilerlemesine yol açan faktörler ile ilgili birçok patogenez ve biyomarkır çalışması mevcuttur. Bir B-hücresi kemokin olan CXCL-13, lenfoid yollarda, immün yanıtlarda ve birçok romatolojik hastalığın patogenezinde incelenmiş ve vurgulanmıştır. Ayrıca bu kemokin, lupus nefriti gibi romatizmal hastalıkların sistemik tutulumuyla da ilişkilidir. Çalışmanın amacı psoriasis ve psöriatik artrit hastalarında serum CXCL-13 düzeylerini değerlendirmek ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 54 psoriasisli, 47 psöriatik artritli hasta ve 19 sağlıklı kontrol dahil edildi. Çalışmamızda serum CXCL-13 düzeyleri, Human BLC (CXCL 13) kiti (BT Lab, Shangai, Çin) aracılığıyla ELISA yöntemiyle analiz edildi.

Bulgular: Yaş, vücut kitle indeksi ve serum PASI skorları gruplar arasında benzerdi (Tablo 1). Psöriatik artritli ve psoriasisli hastalarda CXCL-13 düzeylerinin ortanca değeri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksekti (p=0,001). Ancak serum CXCL-13 düzeyleri psoriasis ve psöriatik artrit grupları arasında benzerdi (p=0,251).

Sonuç: Birçok klinik çalışma, CXCL13 ekspresyonunun birçok otoimmün durumda arttığını ve hastalığın aktivitesi, prognozu ve semptomatik durumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca SLE'de bu kemokin hastalığın eklem dışı tutulumuyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca daha önceki çalışmalarda sedef hastalığında serum ve doku CXCL-13 düzeylerinin arttığı ve hastalığın ciddiyeti ile ilişkili olduğu bildirilmişti. Çalışmamızda serum CXCL-13 seviyelerinin psoriasis ile ilişkili olduğu ancak eklem tutulumu ile ilişkili olmadığı sonucu çıkarılabilir. Ancak daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, psöriatik artrit, CXCL-13

PS-155

Moyamoya sendromu ve antifosfolipid antikor sendromu birlikteliği

İbrahim Vasi, Rıza Can Kardaş, Derya Yıldırım, Burcugül Kaya, Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük, Abdurrahman Tufan, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Moyamoya hastalığı, çoğunlukla ön serebral dolaşıma ait vasküler yapıların ilerleyici daralması ve kollateral damar ağının oluşmasıyla karakterize, etiyolojisi bilinmeyen nadir bir serebrovasküler hastalıktır. Sıklıkla serebral iskemi bulguları ile prezente olmakla birlikte serebral hemoraji kliniği de görülebilmektedir. Moyamoya sendromu ise iyi bilinen diğer klinik durumlar ile Moyamoya vaskülopatisinin birlikteliği olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda literatürde antifosfolipid sendromu (AFAS) ile Moyamoya sendromu birlikteliği olan olguların klinik bulguları, tedavi özellikleri ve prognozları ile ilgili verilerin derlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Pubmed veritabanı üzerinden Moyamoya, AFAS ve antifosfolipid antikorları (lupus antikoagülan, anti-beta 2 glikoprotein ve anti-kardiolipin) anahtar kelimeleri kullanılarak tam metnine ulaşım sağlanabilen İngilizce dilinde yazılmış olan olgu raporları araştırılmıştır. Olgu raporlarından 18 yaş ve üzeri Moyamoya sendromu ve AFAS birlikteliği olan hastaların klinik özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: On sekiz yaş ve üzerinde AFAS ve Moyamoya sendromu birlikteliği olan 10 olgu saptanmıştır. Bu hastaların 6'sı (%60) kadın ve Moyamoya hastalığı saptanma yaşı ortalama 34,4±10,2 (SS) yıl olarak saptanmıştır. Sigara kullanım öyküsü 6 (%60) hastada görülmüştür. Dört kadın hastanın sadece 1'inde AFAS kliniği ile uyumlu gebelik morbiditesi olduğu görülmüştür. AFAS minör klinik bulgularından livedo retikülaris, trombositopeni, hemolitik anemi ve aort yetmezliği 1'er hastada saptanmıştır. Sadece 1 hastada katastrofik AFAS kliniği saptanmıştır. AFAS antikor varlığı açısından değerlendirildiğinde 2 hastada triple, 3 hastada ise double antikor pozitifliği saptanmıştır. Dört hastaya sadece warfarin, 4 hastaya sadece asetilsalisilik asit ve 2 hastaya asetilsalisilik asit ve klopidogrel tedavileri verildiği görülmüştür. Mevcut tedaviler ile 5 hastada kliniğin stabil seyrettiği, 3 hastanın ise tedavilere rağmen progrese olduğu görülmüştür.

Sonuç: Moyamoya sendromu ile antifosfolipid antikor varlığı arasındaki ilişki tam olarak bilinmemektedir. Antifosfolipid antikorların, Moyamoya sendromunun patogenezinde endotelyal vasküler hasar ve tromboz ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Moyamoya sendromu olgularında AFAS kliniğinin değerlendirilmesi bazı güçlükler içermektedir. Moyamoya sendromu ile ilişkili vasküler değişiklikler ile AFAS'ye bağlı trombozun ayrımı her zaman net olamamaktadır. Bununla birlikte AFAS-Moyamoya sendromu birlikteliğinde optimal tromboz profilaksisi de net değildir. Moyamoya sendromunda kanama riski de olması nedeniyle Moyamoya sendromu-AFAS birlikteliğinde antitrombosit ve antikoagülan tedaviler dikkatle uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, Moyamoya hastalığı

PS-156

Klinisyene göre enflamatuvar bel ağrısı olan hastalar ile aksiyal spondiloartrit tanılı kadın ve erkek hastaların İBA özellikleri farklı olabilir mi?

Özge Yoğurtçu[1], Ayten Özkan[2], Hasan Kocaayan[2], Halil İbrahim Yiğit Atlı[2], İdil Kurut Aysin[2], Esra Erpek[2], Elif Ediboğlu[2], Eda Otman Akat[2], Haluk Cinaklı[2], Sercan Gücenmez[2], Dilek Solmaz[2], Servet Akar[2]

[1]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Aksiyal spondiloartrit (axSpA) tanı ve sınıflamasında enflamatuvar bel ağrısı önemli bir klinik özelliktir. Ancak axSpA için tek başına sensitivite ve spesifisite sınırlı olabilir. Bu nedenle çalışmamızda farklı kriter setlerine göre İBA özelliklerinin axSpA hastaları ve klinisyene göre İBA olan hastalarda ayırt edici özellikleri olup olmadığı ve bunların cinsiyet açısından farklılıkları gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Tek merkez axSpA kohortunda izlenen, klinisyen tarafından enflamatuvar bel ağrısı (n=105) olarak değerlendirilen ve ASAS kriterlerine göre axSpA (n=568) olarak sınıflandırılan 673 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve aktivite verileri elde olundu. BASDAI inaktif/aktif değerlendirilmesi için ≥4 kestirim değeri olarak kullanıldı. ASDAS-CRP için ise ≥2,1 değeri kabul edildi. Bu iki grubun kadın ve erkek hastaları kendi içerisinde ve karşılıklı olarak İBA kriterlerini ve bileşenlerini karşılama sıklıklarına göre değerlendirildi.

Bulgular: Demografik ve klinik özelliklere bakıldığında İBA grubunun kadın hastaları daha ileri yaşta (45,2±10,74 vs. 38,5±8,73; p=0,004) ve daha uzun semptom süresine (8,1±8,55 vs. 5,5±5,72; p=0,112) sahipken erkek hastaların HLA B27 pozitiflik oranı (%23,4 vs. %46,2; p=0,033) ve üveit sıklığı (%1,3 vs. %13,3; p=0,023) daha fazla olduğu görüldü. ASAS'ye göre aile öyküsü varlığı her iki grupta da kadınlarda daha yüksekti (Tablo 1). Benzer şekilde her iki grupta kadınlar daha yüksek BASDAI total ve aktif duruma sahipken CRP erkeklerde daha yüksek olma eğilimindeydi. ASDAS-CRP'de ise aktivite açısından cinsiyetler açısından bu fark ortadan kalkmaktadır. Klinisyene göre İBA grubunda erkek hastaların daha yüksek oranda İBA kriterlerini karşıladıkları görülse de sadece ASAS kriterlerini karşılamada bu fark anlamlılığa ulaşmıştır (Tablo 2). Kadın hastalarda kronik bel ağrısı sıklığı ve gecenin ikinci yarısında bel ağrısı nedeniyle uykudan uyanma oranları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. İki gruptaki hastaların cinsiyetlere göre karşılıklı yapılan değerlendirmelerinde ise yine kriterleri karşılama oranları benzerdir. Sadece ASAS kriterleri için axSpA grubu kadınlar İBA kadın hastalarından daha yüksek orana sahiptir. Bileşenler açısından ise erkek hastalar çoğunlukla benzerlik göstermekte kadın hastalarda ise axSpA grubunda egzersizle düzelme ve gezici gluteal ağrı oranları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Kadın ve erkekler arasında aktivite açısından oluşan farklılık hasta tarafından raporlanan ölçeklerde belirgin iken komposit ölçeklerde bu fark ortadan kalkmaktadır. Hastalık

yükü bu açıdan axSpA ve klinisyene göre İBA'lı hasta grupları cinsiyetlerinde de benzerdir. İBA kriterlerini karşılama oranlarının, axSpA hastalarında ve klinisyene göre tanılamada benzer oranlarda olması klinisyenlerin değerlendirmelerinde kriter setlerinin etkisi altında olduğunu düşündürtmektedir.

Anahtar Kelimeler: Calin kriterleri, Berlin kriterleri, ASAS kriterleri, enflamatuvar bel ağrısı, aksiyal spondiloartrit

PS-157

Psöriatik artrit hastalarında C-reaktif protein/albümin oranı ve albümin/fibrinojen oranı hastalık aktivasyonuyla ilişkilendirilebilir mi?

Pelin Petek Varol[1], Melike Ersoy[2], Derya Akarken[2], Emine Figen Tarhan[2]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Psöriatik artrit (PsA) hem aksiyel hem de periferik kas iskelet sistemini etkileyen spondiloartropati grubunun üyesi kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavilerin etkinliğini değerlendirmek ve klinik standardizasyonu sağlamak için geçerli, güvenilir hastalık aktivite ölçeklerine ihtiyaç vardır. Biz bu çalışmamızda; C-reaktif protein (CRP)/albümin oranı (CAR) ve albümin/fibrinojen oranının (AFR) PsA takibindeki önemi göstermeyi ve hastalık aktivasyon skoru olan Psöriatik Artritte Hastalık Aktivitesi (DAPSA) ile karşılaştırılmasını planladık.

Yöntem: Çalışmaya, Haziran 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında hastanemizde romatoloji polikliniğine başvuran gebe ya da postpartum dönemde olmayan, cerrahi, travma, malignitesi ve enfeksiyon öyküsü olmayan 18-75 yaş arası, CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konulan 64 hasta ile, yaş ve cinsiyeti uyumlu 64 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hemogram, biyokimya ve CRP, sedimentasyon (ESH), albümin, fibrinojen, ferritin gibi akut faz reaktanları hastanemiz laboratuvarında çalışıldı. Hastaların 5 kriterden oluşan DAPSA skorları hesaplandı. DAPSA'ya göre 0-4 puan remisyon, 5-14 puan düşük hastalık aktivitesi, 15-28 puan orta derece hastalık aktivitesi, 28 puan üzeri yüksek hastalık aktivitesi olarak kabul edildi. Hastaların verileri prospektif olarak kaydedildi. Verilerin analizi SPSS (Stastical Package For Social Sciences) versiyon 22.0 paket programı kullanılarak çözümlendi. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: PsA hastalarının ortalama yaşları 49,55 (22-74), kontrol grubunun ortalama yaşı 50,03 (21-72) olarak tespit edildi. Hasta grubunun 27'si (%42,2) erkek, 37'si (%57,8) kadın, kontrol grubunun 27'si (%42,2) erkek, 37'si (%57,8) kadın olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi 8,68 yıldı (1-40). DAPSA skoruna göre hasta dağılımı grup 1'de 15 (%23,4), grup 2'de 23 (%35,9), grup 3'te 21 (%32,8), grup 4'de 5 (%7,8) olarak tespit edildi. Grup 1 ve grup 2 hastaların CAR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,083). Grup 1 ve grup 2 hastaların AFR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,588). Grup 1 ve grup 3 hastaların CAR değerleri kıyaslamasında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,033). Grup 1 ve grup 3 hastaların AFR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,72). Grup 2 ile grup 3 hastaların CAR değerleri kıyaslandığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,973), grup 2 ile grup 3 hastaların AFR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,821). Grup 1 ile grup 2 ve 3 ve 4 hastaların arasında CAR değerleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,069), grup 1 ile grup 2 ve 3 ve 4 hastaların arasında AFR değeri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,12). Çalışmamızın son verilerinde grup 4 hastaların sayısının yetersiz olması nedeniyle tek tek gruplar arası karşılaştırma yapılamadı.

Sonuç: PsA hastalık aktivitesinin belirlenmesinde birçok skorlama sistemi geliştirilmiştir. Ayrıca aktif hastalığı yakalamak için poliklinik şartlarında ulaşılabilen basit belirteçlerin kullanımı hastalık takibi açısından önemlidir. CRP ve ESH serum seviyeleri, enflamasyonu değerlendirmek için kabul edilen biyobelirteçlerdir ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi doğrulanmıştır. Geleneksel belirteçler dışında yeni göstergeler de çalışılmaktadır. CAR ve AFR bu çalışılan belirteçlerden iki tanesidir. Literatürde bu değerlerin PSA hastalarında çalışıldığı az sayıda çalışma vardır. Literatürdeki çalışmalar da özellikle CAR değerinin aktif hastalığı göstermede anlamlı olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da orta hastalık aktivitesi grubunda remisyon grubuna göre CAR değeri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu durum aktivasyon tayini için faydalı olabilir. Yüksek hastalık aktivitesi olan grup 4'te diğer gruplara göre CAR ve AFR değerlerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Grup 4'teki hasta sayımızın diğer gruplara göre az sayıda olması da bu sonuca neden olmuş olabilir. Çalışmamız halen devam etmektedir.

CAR ve AFR, PSA'da hastalığın aktivitesini değerlendirmek için basit ve hızlı bir değerlendirme yöntemi olarak günlük pratikte yararlı olabilir. Çalışmamızın erken bulguları doğrultusunda CAR ve AFR'nin hastalık aktivitesi belirlemede yeni biyobelirteçler olarak kullanılabileceği düşünülmekte olup daha yüksek hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, CAR, AFR

PS-158

Erişkin Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında ilaç uyumunun hastalık algısı ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Sibel Yılmaz Öner, Nesrin Şen, Sevtap Acer Kasman, Duygu Şahin, Neval Uzun, Sibel Ösken, Can Öner, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Hastalık algısı, hastaların somut ve soyut kaynaklardan aldıkları bilgilerle hastalıklarına ilişkin geliştirdikleri düşüncelerdir. Hastalık algısının hastalıkla baş etme, tedavi uyumu ve etkinliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) hastalarında hastalık algısının ilaç uyumu ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: 2021-2023 Haziran tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 245 erişkin FMF hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalık algısı Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ile değerlendirilmiştir. KHAÖ, her bir maddesi 0-10 arasında puanlanan ve hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulayan 9 maddeden oluşmaktadır. Hastalık algı skoru arttıkça bireyin hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. İlaç uyumu MASIF ölçeği (<60 puan "kötü ilaç uyumu", ≥60 puan "iyi ilaç uyumu") ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %68,6'sı (n=168) kadın, yaş ortalaması 36,1±12,2 yıl ve FMF tanı yaşı ortalaması 24,0±13,0 yıldı. Hastaların ortalama KHAÖ skoru 43±11,7 idi. Hastaların cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı ve çalışma durumuna göre KHAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 1). İyi düzeyde ilaç uyumu olan hasta oranı %75,5 (n=185) idi. İlaç uyumu kötü olan hastaların hastalık algı puanı anlamlı olarak yüksekti. İlaç uyumlu ve uyumsuz hastaların hastalıktan etkilenme, hastalık üzerine kontrol, tedaviye inanç, hastalığı anlama ve hastalığa verilen duygusal tepki alt boyutları anlamlı farklılık göstermekteydi (Tablo 2).

Sonuç: FMF hastalarında hastalık algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir. İlaç uyumuna göre hastalık algısı puanları anlamlı farklılık göstermektedir. İlaç uyumunun artırılması için ilaç uyumu üzerinde olumsuz etkisi olan hastalık algısı alt boyutlarında hastaların daha iyi bilgilendirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, hastalık algısı, ilaç uyumu

PS-159

Sistemik skleroz hastalarında gastrointestinal tutulum özellikleri ile anti muskarinik reseptör 3 antikorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Fatma Rukiye Uysal[1], Gizem Ayan[2], Yasin Kıran[3], Alper Sarı[4], Levent Kılıç[2], Taylan Kav[5], Sedat Kiraz[2], Ali Akdoğan[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Merkez Laboratuvarı, Ankara

[4]Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

[5]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik sklerozda (SSk) gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu önde gelen bir morbidite nedenidir. GİS tutulumu açısından non-invazif biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. GİS tutulumunda, anti muskarinik 3 reseptör (anti-M3R) antikorlarının patogenezindeki rolü gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı SSk hastalarında GİS tutulum özellikleri ile serum anti-M3R antikorlarının ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışma 41 SSk hastası ve 5 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirilmiştir. Tüm hastaların GİS şikayetleri sorgulanmıştır. Malnutrisyon için MUST ve ESPEN, GİS tutulum şiddeti için UCLA SCTC GIT 2.0 skorları hesaplanmıştır. Anti-M3R antikorunu tespit etmek için sandviç-ELISA testi kullanılmıştır (MyBioSource, Inc. San Diego, ABD). İki hastanın kan örnekleri hemolizli olduğu için anti-M3R antikorları 39 hastada test edilmiştir. Serum anti-M3R antikor titreleri ile hastaların klinik özellikleri, GİS semptomları ve malnutrisyon skorları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 31'i (%85,4) kadındı, 32'sinin (%78) limitli SSk tanısı vardı, ortalama yaşları 53,6±13,5 yıl, ortanca hastalık süresi (IQR) 15 (6,00-20,50) yıldı. 37 (%90,2) hastada GİS tutulumu vardı. Hastaların 18'inde (%46,1) anti-M3R antikoru pozitifti. Anti-sentromer antikor pozitif olan hastaların hepsinde (n=5) anti-M3R antikorlar negatif, miyozit olan hastaların tümünde (n=4) ise pozitif olarak tespit edildi (Tablo 1). Total UCLA SCTC GIT 2.0 skoruna göre orta-ağır şiddette GİS tutulumu ile anti-M3R antikor titreleri arasında ilişki saptanmadı (tüm parametreler, p>0,05). MUST skoru ile malnutrisyon riski olan ve olmayan hasta grupları arasında anti-M3R antikorları titreleri ve antikor pozitif hasta sayısı farklı değildi (tüm parametreler, p>0,05). ESPEN kriterleri kullanılarak belirlenen malnutrisyonu olan ve olmayan hasta grupları arasında anti-M3R antikor titreleri ve antikor pozitif hasta sayısı farklı değildi (p>0,05). Klinik özellikler açısından fekal inkontinansı olan hastalarda olmayanlara göre anti-M3R antikor titreleri daha düşük bulundu (p=0,05). Kilo kaybı olan hastalarda, olmayanlara göre antikor titrelerinde yüksek olma eğilimi mevcuttu ancak anlamlı düzeye ulaşmadı (p=0,09). Klinik ve laboratuvar özelliklerine göre antikor titrelerinin karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada SSk hastalarında önemli oranda anti-M3R antikor pozitifliği tespit edilmiştir. Anti-M3R antikor pozitifliği veya titreleri ile total UCLA SCTC GIT 2.0 skoru veya malnutrisyon riski arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, GİS tutulum, anti-M3R

PS-160

Behçet hastalığına bağlı göz tutulumu olup biyolojik tedavi alan hastaların klinik özelliklerinin retrospektif incelenmesi: Tek merkez deneyimi

Tuğba Ocak, Belkıs Nihan Coşkun, Burcu Yağız, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Behçet sendromu (BS) deri, mukoza, eklem, göz, damar, sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumu yapan sistemik bir vaskülittir. Göz tutulumu en sık morbidite nedeni olup %50-70 oranında görülmektedir. Tedavisiz kaldığında kalıcı körlüğe sebep olabilir. Behçet üveiti sıklıkla panüveit şeklinde olup ataklarla seyretmektedir. Ayrıca anterior üveit, intermediate üveit, posterior üveit, vasküler tıkanıklık ve optik nörit yapabilir. Anterior üveit topikal olarak tedavi edilirken diğer göz tutulumlarında sistemik tedavi gerekmektedir. Konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt olanlarda biyolojik tedaviler önerilmektedir. Çalışmamızda biyolojik tedavi alan hastaların klinik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı'nda BS göz tutulumu ile takipli olup biyolojik tedavi alan 22 hastanın verileri hastane elektronik sistemi kullanılarak retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 14'ü (%63,6) erkekti. Hastaların medyan tanı yaşı 26,5 (16-38) yıldı. Tüm hastaların oral aft ve mukokutanöz bulguları mevcuttu. On altı hastada genital ülser, 5 hastada eklem, 7 hastada nörolojik, 6 hastada venöz vasküler tutulum, 2 hastada yüzeyel tromboflebit, 4 hastada derin ven trombozu, 1 hastada dural sinüs trombozu, 1 hastada arteriyel tromboz ve 1 hastada anevrizma mevcuttu. On beş hastada HLA B51, 7 hastada paterji testi pozitifti. Beş (%22,7) hastada anterior üveit, 8 (%36,4) hastada posterior üveit, 7 (%31,8) hastada panüveit, 2 (%9,1) hastada retinal vaskülit, 2 (%9,1) hastada optik nörit vardı. Medyan takip süresi 132 (48-256) aydı. Tanıdan sonra biyolojik tedavi başlangıç süresi medyan 60 (3-180) aydı. Hastaların hepsi biyolojik tedavi öncesinde konvansiyonel tedavileri almıştı. İmmünosüpresif tedavi olarak 16 (%72,7) hasta azatioprin, 1 (%4,5) hasta mikofenolat mofetil, 1 hasta (%4,5) metotreksat, 7 (%31,8) hasta siklosporin, 6 (%27,3) hasta siklofosfamid, 2 (%9,1) hasta interferon, 18 (%81,8) hasta steroid tedavisi almıştı. Biyolojik ajan olarak 16 hasta infliksimab (%72,7), 3 hasta (%13,6) adalimumab, 1 hasta (%4,5) sekukinumab, 1 hasta (%4,5) tosilizumab, 1 hasta (%4,5) etanersept almıştı. Biyolojik tedaviyle birlikte 16 (%72,7) hasta azatioprin, 1 (%4,5) hasta mikofenolat mofetil, 14 (%63,6) hasta steroid tedavisi almıştı. Biyolojik tedavi medyan kullanım süresi 64,8 (3-156) aydı. İki hastada biyolojik tedavi remisyon nedenli kesilmişti. Dört hasta biyolojik tedaviyi kendi isteğiyle bırakmış olup, bu hastaların 2 tanesinde üveit atak nedeniyle TNF-alfa inhibitörü yeniden başlanmıştı.

Sonuç: BS'ye bağlı posterior ve panüveit tedavisinde ilk olarak azatioprin, siklosporin A ve steroid kombinasyonu kullanılmaktadır. Biyolojik tedaviler konvansiyonel tedaviye yanıtsız olgularda tercih edilmektedir. Hayatı tehdit edici tekrarlayan ataklarda ilk tedavi seçeneği olarak da kullanılmaktadır. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde hastaların hepsi biyolojik tedavi öncesinde diğer immünosüpresif tedavileri almıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, genellikle TNF-alfa inhibitörlerinden infliksimab ve adalimumab kullanılmakta olup diğer biyolojik ajanların kullanımı daha nadirdir. Bir hasta göz tutulumu açısından remisyonda olup, mukokutanöz bulgularının aktif olması nedeniyle etanersept almıştır. İnfliksimab ve adalimumab tedavilerini alan dirençli panüveiti olan 1 hastada tosilizumab ile remisyon sağlanmıştır. Tosilizumab ile remisyon sağlanan olgular literatürde sınırlı sayıdadır. Atienza-Mateo ve ark.'nın yaptığı çalışmada en az bir TNF-alfa inhibitörü almış olup tedaviye dirençli olan 11 hastada tosilizumab tedavisine yanıt alınmıştır. Bir hastaya da göz bulgularının remisyonda seyretmesi fakat eklem bulgularının ön planda olması nedeniyle sekukinumab tedavisi verilmiştir. En sık tutulum şekli olan göz tutulumunda biyolojik ajanların kullanımıyla kalıcı göz hasarları önlenebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, göz tutulumu, biyolojik tedavi

PS-161

Skleroderma hastalarında Tai Chi egzersiz programının kardiyopulmoner fonksiyonlar ve yaşam kalitesi üzerine etkinliğinin incelenmesi

Sebahat Yaprak Çetin[1], Bilge Başakçı Çalık[2], Ayşe Ayan[3]

[1]Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

[2]Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Pamukkale

[3]Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Antalya

Amaç: Sistemik skleroz (SS), sadece deriyi etkileyen değil aynı zamanda eklemleri, kasları ve kalp ve akciğerler gibi önemli iç organları da tutan semptomlara neden olan otoimmün bir hastalıktır. Tüm bu çoklu sistem tutulumları dolayısıyla sklerodermalı bireylerin yaşam kalitesinde düşüş olmaktadır. Ayrıca literatür bu bireylerde egzersiz kapasitesinin ve kas kuvvetinin düştüğünü belirtmiştir. Çalışmalarda kas kuvvetlendirmesini de içeren aerobik egzersiz programı sonrasında bu bireylerde egzersiz toleransı, aerobik kapasite, yürüyüş mesafesi, kas kuvveti, kas fonksiyonları ve dolayısıyla yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Tai Chi Chuan fiziksel egzersiz ve gevşeme tekniklerinin kombinasyonundan oluşan ve kişilerin mental ve fiziksel sağlığını geliştirmek amacıyla kullanılan geleneksel Çin egzersiz yöntemidir. Tai Chi'nin vücudun aerobik kapasitesini, psikolojik iyilik halini geliştirdiğini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Tai Chi literatürde özellikle yaşlılarda, romatoid artrit ve osteoartrit gibi kas-iskelet hastalığı olan bireylerde ağrıyı azalttığı, fiziksel fonksiyonu geliştirdiği, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde iyileştirici etkisi olduğu ve hipertansiyon, diyabet gibi yaygın kardivasküler risk faktörlerini azaltmada yararlı olduğu görülmüştür. Çalışmanın amacı sklerodermalı bireylerde Tai Chi'nin kardiopulmoner fonksiyonlara ve yaşam kalitesine etkinliğini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya yaş ortalaması 53,00±10,00 olan 28 SS'li (25 kadın, 3 erkek) hasta dahil edildi. Eğitim için hastalar kendi içinde blok randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrıldı. Birinci gruba 8 hafta boyunca haftada 2 gün 60 dk Tai Chi eğitimi, 2. gruba ise haftada 2 gün 60 dk ev egzersizi verildi. Hastaların kardiyopulmoner fonksiyonlarını değerlendirmek için 6 dk yürüme testi ve St. George Solunum anketi, yaşam kalitesini değerlendirmek için ise

Kısa form 36 (SF-36) kullanıldı. Tüm değerlendirmeler çalışma öncesi ve çalışmanın sonunda 8. haftada yapıldı.

Bulgular: Eğitim öncesi gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Eğitim sonrası grup içi karşılaştırmalarda Tai Chi grubunda tüm parametrelerde anlamlı fark bulunurken (p=0,001-0,045); kontrol grubunda 6DYT ve SF-36'nın fiziksel fonksiyon alt parametresinde anlamlı fark bulundu (p=0,045, p=0,038). Eğitim sonrası gruplar karşılaştırıldığında Tai Chi grubunun ev egzersiz grubuna göre tüm parametreler açısından üstün olduğu bulundu (p=0,00-0,04). Egzersizler sırasında herhangi bir yan etki görülmedi.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda Tai Chi'nin SS'li hastalarda kardiyopulmoner fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Tai Chi, SS'li hastalarda kardiyopulmoner fonksiyonu ve yaşam kalitesini iyileştirmek için güvenli bir alternatif egzersiz türü olarak rehabilitasyon programlarına dahil edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Tai Chi, skleroderma, yaşam kalitesi

PS-162

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi psöriyatik artritte sekukinumab klinik deneyimi

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Sekukinumab tüm psöriyatik artrit (PsA) tutulum tiplerinde etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nin PsA hastalarındaki sekukinumab deneyiminin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda, SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde Ocak 2020-Haziran 2023 tarihleri arasında, 2006 CASPAR sınıflandırma kriterlerine göre PsA tanısı almış olan ve en az bir kez sekukinumab tedavisi kullanılan 41 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik, klinik özellikleri, tedavide kalım süreleri ve tedaviyi bırakma nedenleri kaydedildi.

Bulgular: Kliniğimizde 41 PsA hastasına sekukinumab tedavisi başlanıldı. Bu hastaların 33'ü (%80,5) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 49,2±11,1 olarak hesaplandı. Tedavi başlanan hastaların ortanca psöriyazis süresinin 15 yıl, PsA süresinin 9 yıl olduğu görüldü. Poliartiküler tutulumun 15 (%36,6), oligoartiküler tutulumun 21 (%51,2), aksiyel tutulumun 5 (%12,2) hasta olduğu saptandı. Hastaların 13'ünde (%31,7) daktilit, 10'unda (%24,4) entezit, 20'sinde (%48,8) tırnak değişikliği olduğu izlendi. En çok kullanılan konvansiyonel DMARD Mtx (%24,4) idi. Bir hastanın sülfasalazin, on dört hastanın Mtx + lef, üç hastanın leflunomid, on hastanın Mtx + lef + sülfasalazin kullandığı saptandı. Üç hastanın (%7,3) hastanın biyolojik ajan naif olduğu görüldü. Otuz sekiz hastanın ise daha önceden en az bir, en fazla dört biyolojik tedavi aldığı tespit edildi. Medyan sekukinumab kullanım süresi 16 aydır. Hastaların medyan steroid dozu 7,5 mg olarak hesaplandı. Hastaların 29'unun (%70,7) tedaviye devam ettiği, 12'sinin (%29,3) de tedaviyi sonlandırdığı görüldü (Tablo 1).

Tartışma: PsA erken dönem artritlerin %20'sini oluşturur. Erken teşhis, uzun vadede fonksiyonel kaybını önlemek için ve önemli komorbiditelerin yönetimi için önemlidir. Genellikle seronegatiftir, ancak hastaların küçük bir kısmı romatoid faktör ve anti-siklik sitrüline peptid antikorları pozitif olabilir. Moll ve Wright tarafından oligoartiküler, poliartiküler, distal interfalangeal eklem tutulumlu, spondiloartrit ve artritis mutilans olarak beş alt tip olarak sınıflandırılmıştır. Asimetrik oligoartiküler patern hastalık başlangıcında en sık görülürken zamanla hastaların çoğu poliartiküler artrit tipine geçiş gösterir. Psöriyazisli hastaların yaklaşık %30'unda PsA gelişir. Hastaların yaklaşık %10-15'inde psöriyazisten önce artrit gelişir.

Psoriyatik hastalığın patogenezi net olarak anlaşılamasa da immün aracılı enflamasyona dair önemli kanıtlar vardır. Patojenik CD8-pozitif bellek T-hücrelerinin rolüne ve TNF ile IL-23 ve Th17 yollarının aktivasyonuna ilişkin kanıtlar, bu yolların bileşenlerini hedef alan terapötik bir stratejinin başarılı bir şekilde geliştirilmesini sağlamıştır.

Sekukinumab, IL-17A'yı hedefleyen rekombinant, yüksek afiniteli, tamamen insan monoklonal bir antikordur. Aktif PsA'lı yetişkin hastaların tedavisi için Amerika Birleşik Devleti ve Avrupa Birliği ülkeleri de dahil olmak üzere çok sayıda ülkede onaylanmıştır. SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde Ocak 2020'den itibaren PsA ile takipli 41 hastada sekukinumab kullanımı deneyimlenmiştir. Türkiye'de uygulanan Sağlık Uygulama Tebliği kuralları nedeniyle PsA hastalarında TNFi deneyimi olmadan sekukinumab tedavisi verilememektedir. Bu nedenle 38 hasta (%92,7) biyolojik naif değildi. Biyolojik naif olan 3 (%7,3) hastaya ise öncesinde psöriyazis nedeniyle sekukinumab başlanılmıştı. Biyolojik naif olan hasta sayısının azlığı nedeniyle iki grup arasındaki karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı değildir. On iki hastanın ilacı bırakma nedeni ayrıntılı olarak incelendi. Bir hasta pnömoni, bir hasta pelvik enflamatuvar hastalık (PIH), üç hasta non-spesifik gastrointestinal yan etki, iki hasta enflamatuvar bağırsak hastalığı aktivasyonu, bir hasta gebelik, bir hasta tedavi uygulamada zorluk nedeniyle tedaviyi bıraktı. Üç hasta da fayda görmediğini belirterek tedaviyi sonlandırdı. Sekukinumab ile üst solunum yolu enfeksiyonu, nazofarenjit ve mukokutanöz kandida enfeksiyonları gibi enfeksiyöz durumların artabileceği bildirilmiştir. Tarafımızda takip edilen bir hasta pnömoni bir hasta da PIH nedeniyle ilacı kullanamamıştır. Sekukinumab ile enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) arasında yapılan çalışmada 1380 hastada sekiz hastada İBH görülmüş olup olgulardan 7 tanesi yeni başlangıç olgu olarak tespit edilmiş. Bizim takipli hastalarımızdan iki hastada İBH aktivasyonu gerçekleşti ve yapılan çalışmaya oranla daha yüksek bir oranda kliniğimizde İBH aktivasyonu görüldü. Bu durum hasta sayısınının yetersiz olması ile ilişkilendirildi. Sekukinumab tedavisinin tüberküloz (TB) reaktivasyonu ile yapılan çalışmasında aktif TB veya latent TB enfeksiyonu reaktivasyonu olgusu bildirilmemiştir. Tarafımızda takip edilen hastalarda da TB reaktivasyonu görülmemiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, sekukinumab kliniğimizde üç yılı aşkın bir süredir PsA tedavisinde kullanılmaktadır. Sekukinumab tedavisinin FUTURE 3 çalışmalarında 150 veya 300 mg sekukinumab, daha önce NSAID'ler, bDMARD'lar ile tedaviye rağmen aktif hastalığı olan hastalarda PsA'nın klinik belirti ve semptomlarını plaseboya kıyasla iyileştirmiştir ve bu etki kliniğimizde gerçek yaşam deneyimlerinde de sağlanabilmektedir. Yapılan çalışmalar da sekukinumab yapısal eklem hasarını inhibe edip ve 1-3 yıllık tedavi boyunca sürekli düşük radyografik ilerleme oranları ile ilişkilendirilmiş olup bu etkiyi değerlendirebilmek için kliniğimizde daha fazla hasta sayısına ve zamana ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, sekukinumab, spondilit

PS-163

Otoimmün romatizmal hastalıklarda IgE yüksekliği ve klinik önemi-ön rapor sonuçları

Elif Kılıç Könte[1], Aybüke Günalp[1], Esma Aslan[1], Ümit Gül[1], Fatih Haşlak[1], Mehmet Yıldız[1], Oya Köker Turan[2], Amra Adrovic[1], Sezgin Şahin[1], Kenan Barut[1], Özgür Kasapçopur[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: İmmünoglobulin E (IgE), alerjik hastalıkların dışında sistemik lupus eritematozus (SLE), Sjögren sendromu, sistemik skleroz, miks bağ dokusu hastalıkları gibi otoimmün hastalık patogenezinde de yer almaktadır. Son 10 yılda geliştirilen teknolojiler ve otoreaktif antikorların ölçümü neticesinde IgE'nin FceR1 yolağıyla proenflamatuvar sitokin salınımına yol açarak otoimmün hastalıkların gelişimine neden olduğu gösterilmiştir. Mevcut çalışmalarda otoreaktif IgE antikor ölçümü, total IgE ile ilişkisi ve aktivasyon göstergesi SLE hastalarında gösterilse de veriler diğer otoimmün hastalıklar için henüz doğrulanmadı. Çalışmamızda kesitsel olarak poliklinik kontrolüne gelen hastaların Ig seviyelerini inceleyerek hastalık aktivasyonu ve organ tutulumu ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çocuk romatoloji polikliniğinde SLE, MBDH ve jüvenil dermatomyozit (jDM), ile takipli hastalardan son 6 ay içerisindeki poliklinik kontrolünde kesitsel olarak Ig gönderildi ve IgE düzeyi 100 IU/mL üzerinde olan hastaların mevcut klinik bulguları, aktivite indeksleri ve önceki takibine yönelik organ tutulumları incelendi.

Bulgular: jDM tanısı ile izlemde 24 hastanın 8'i (%33,3), MBDH ile izlenen 13 hastanın 5'i (%38,4), SLE ile izlemde 41 hastanın 12'sinin (%29,2) IgE seviyesi yüksek bulundu. IgE yüksekliği olan hastaların dosyalarından yapılan retrospektif incelemede toraks görüntülemesi yapılan 4 jDM hastasının 3'ü, 3 miks bağ doku hastasının tamamında görüntülemede interstisyel akciğer hastalığı lehine bulgu saptandı. SLE tanısıyla izlenen ve IgE seviyesi yüksek olan bir hastanın toraks BT'si normaldi (Tablo 1). SLE ile takipli hastaların klinik ve laboratuvar bulguları IgE düzeyine göre karşılaştırıldı. IgE düzeyi normal ve yüksek olan hastalar arasında klinik-laboratuvar ve lupus aktivite skorlaması (SLEDAI), arasında anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 1). Miks bağ doku hastalığı ile izlemde olup IgE seviyesi yüksek olan 5 hasta klinik olarak hastalık aktivasyonuna sahip değildi. Hastaların 4'ünün (%80), RNP antikoru yüksek saptandı. Buna karşın IgE düzeyi normal olan 8 hastanın 3'ünde toraks BT görüntülemesi yapılmıştı ve ikisinde akciğerde tutulumu saptandı (Tablo 3).

Sonuç: Kesitsel çalışmamızda IgE yüksekliği ve otoimmün hastalıkların klinik korelasyonu arasında ilişki saptamadık. Ancak IgE yüksekliği bulunan hastaların çocuk immünoloji-romatoloji departmanlarıyla ortak takip edilerek bu yüksekliğe sebep olacak otoantikor tayininin yapılmasını, düzenli aralıklarla IgE seviye takibini ve dalgalanmaların hastaya özgü takiple değerlendirilmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: İmmünoglobulin E, otoimmün hastalıklar, sistemik lupus eritematozus

Tablo 1. Otoimmün hastalıklarda immünoglobulin E yüksekliği ve akciğer tutulumu

	IG E yüksekliği	Akciğer Tutulumu[1]
Jüvenil Dermatomyozit	8/24 (33,3%)	3/4 (75,0 %)
Miks Konnektif Bağ Doku Hastalıkları	5/13 (38,4%)	3/3 (100,0%)
Sistemik Lupus Eritematozus	12/41 (29,2%)	0/1

[1]IgE yüksek hastaların toraks BT grüntülemesinde patolojik bulgu

Tablo 2. Sistemik lupus eritematozusta immünoglobulin E ve klinik-laboratuvar karşılaştırması

	Normal IGE N=29 (%)	Yüksek IGE N=12 (%)		Normal IGE N=29 (%)	Yüksek IGE N=12 (%)
Cinsiyet Kız Erkek	22(75,8%) 7 (24,2%)	5(41,6%) 7 (58,4%)	**Lökopeni**	12(41,3%)	7(58,3%)
Malar döküntü	20(68,9%)	6(50,0%)	**Pozitif Direkt Coombs testi**	8/22 (36,3%)	4/9 (75,8%)
Diskoid döküntü	6(20,6%)	3(25,0%)	**Trombositopeni**	9(31,0%)	4(33,3%)
Fotosensitivite	9(31,0%)	3(25,0%)	**Anti-ds DNA**	23(79,3%)	10(83,3%)
Mukokutanöz tutulum	21(72,4%)	8(75,0%)	**C3 veya C4 düşüklüğü**	17(58,6%)	10(83,3%)
Oral/nasal ülser	13(44,8%)	4(37,5%)	**C3 ve C4 düşüklüğü**	16(55,1%)	7(58,3%)
Artrit	17(58,6%)	4(37,5%)	**AntiB2-glikoprotein I**	4(13,7%)	1(8,3%)
Serözit	0	1(8,3%)	**Anti-Sm pozitifliği**	5(17,2%)	1(8,3%)
Renal tutulum	12(41,3%)	5(41,6%)	**Antikardiyolipin**	6(20,6%)	2(16,6%)
Nörolojik tutulum	1(3,4%)	1(8,3%)	**Anti-RNP**	4(13,7%)	2(16,6%)
Son vizit SLEDAI skoru (ort) (±SD)	3,48 (±3,46)	3,09 (±2,07)			

Tablo 3. IgE yüksekliği bulunan miks bağ doku hastalarının klinik-laboratuvar ve görüntüleme bulguları

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta4	Hasta 5	Ig E seviyesi normal hastalar (n =8)
Cinsiyet	Kız	Kız	Kız	Kız	Kız	7/8 kız
Yaş (yıl)	16	14	17	17	16	17,1 (ort) (12-23)
Tanı	JDM ve SLE	Ssc ve Sjögren	SLE ve Ssc	SLEve Ssc	SLE ve Sjögren	
IG E seviyesi	1733	357	720	308	2364	1,6- 41
RNP	Pozitif	Negatif	Pozitif	Pozitif	Pozitif	4 pozitif 2 negatif 2 ulaşılamıyor
Toraks BT bulgusu	Bilateral subplevral retikülonodüler dansite	Interstisyel akciğer hastalığı	Çekilmedi	subplevral retikülonodüler tutulum	Çekilmedi	

JDM Jüvenil Dermatomyozit

SLE Sistemik Lupus Eritematozusta

Ssc Sistemik Skleroderma

PS-164

Sistemik sklerozda periferik foliküler T-hücreleri ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki

Melek Şahinoğlu[1], Gökhan Sargın[1], İrfan Yavaşoğlu[2], Taşkın Şentürk[1]

[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

[2]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: T foliküler helper hücreler (Tfh), antijen-B hücre proliferasyonu, immünoglobulin sınıf geçişi ve germinal merkezler için önemli hücrelerdir. Tfh romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus ve Sjögren sendromu gibi otoimmün hastalıklarda incelenmiştir. Tfh hücreleri, sistemik sklerozda (SSc) deri fibrozuna katkı sağlayabilir. Ancak, SSc'de organ tutulumu, hastalık şiddeti ve Tfh hücreleri arasındaki ilişkiye dair yeterli veri bulunmamaktadır. Bizim bu çalışmadaki amacımız SSc'li hastalarda Tfh ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya, ACR/EULAR 2013 sınıflandırma kriterlerine göre SSc tanısı alan 50 kişi dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, takip süresi, sigara/alkol kullanımı, ek hastalıkları, ilaç kullanımı ve organ tutulumu kaydedildi. Flow sitometride florokrom ile işaretli monoklonal antikorlar kullanılarak CD4+ T lenfosit, Tfh hücreleri (CD4+CXCR5+), ICOS, CD40, PD-1 ekspresyonları hesaplandı. Modifiye Rodnan deri skoru ve Medsger hastalık şiddet skoru değerlendirildi. Veriler SPSS 21.0 kullanılarak hesaplandı. Dağılım analizine göre verilere parametrik/parametrik olmayan testler ve Spearman/Pearson korelasyon analizi uygulandı. P-değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların %38'i limited kutanöz ve %62'si diffüz kutanöz SSc idi. CD4+CXCR5+, CD4+ICOS+, CD4+CD40L+ ve CD4+PD1+ lenfosit düzeyleri iki grup arasında istatistiksel olarak farklı değildi. Raynaud fenomeni, dijital ülseri ve akciğer tutulumu olan SSc hastalarında CD4+CXCR5 lenfosit düzeyleri olmayanlara göre daha yüksekti. Medsger hastalık şiddet skoru, CD4+CXCR5+ lenfosit düzeyleri ile akciğer hastalığı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Akciğer tutulumu olan SSc hastalarında Tfh düzeyleri daha yüksekti ve akciğer tutulumunun ciddiyeti ile anlamlı bir korelasyon vardı. Bu durum Tfh'nin akciğer tutulumu patogenezindeki rolü ve hedefe yönelik tedaviler açısından yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, T foliküler helper hücreleri, modifiye Rodnan deri skoru, Medsger hastalık şiddeti

PS-165

Sistemik skleroz hastalarında gastrointestinal sistem endoskopisini ne sıklıkla kullanıyoruz? - Tek merkez deneyimi

Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Erdinç Ünaldı, Mustafa Ekici, Gül Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan

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

Amaç: Sistemik sklerozlu (Ssk) hastalarda gastrointestinal sistemin (GİS) her bölümünde tutulum olabilir. Ciddi GİS tutulumları genellikle komplikasyonlar geliştiğinde fark edilir, çoğu zaman geri dönüşümsüzdür ve yönetimi oldukça güçtür. Bu çalışmada; SSk tanılı hastalarda hangi oranda üst ve alt GİS endoskopik işlem yapıldığı, GİS tutulum özellikleri ve malnütrisyonun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya; Nisan 2023-Temmuz 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran, ardışık 80 Ssk hastası dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. GİS semptomları ayrıntılı sorgulandı ve eğer yapılmışsa üst GİS endoskopi (E/S)/alt GİS endoskopi (K/S) değerlendirme sonuçları kaydedildi. Hastaların malnütrisyon riski "Malnutrition Universal Screening Tool" [MUST; düşük risk (skor: 0), orta risk (skor: 1) ve yüksek risk (skor: ≥2)] veya "The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism" (ESPEN) kriterleri ile değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların GİS tutulum şiddetini belirlemek için "University of California Los Angeles Scleroderma Clinical Trial Consortium Gastrointestinal Tract 2.0" (UCLA SCTC GIT 2.0) total skoru kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 80 SSk hastası (76 kadın) dahil edildi. Son kontrol vizitindeki ortalama yaş 54±13, tanı yaşı 39,8±13 olarak saptandı. Yirmi (%25) hastada diffüz hastalık mevcuttu. En sık GİS şikayetleri reflü (%55), retrosternal yanma (%53,8) ve şişkinlikti (%53,8). MUST skoruna göre malnütrisyon riski yüksek olan dokuz hastadan yedisi ESPEN malnütrisyon kriterlerini sağlıyordu. Hastaların SSk tanısından sonra 54'üne (%67,5) E/S ve 35'ine K/S (%43,8) ile değerlendirme yapılmıştı. Toplamda 102 E/S (28 hastaya 1 kez, 12 hastaya 2 kez, 9 hastaya 3 kez, 2 hastaya 4 ve 3 hastaya 5 kez) ve 43 K/S (27 hastaya 1 kez ve 8 hastaya 2 kez) işlemi yapılmıştı. Altmış E/S ve 32 K/S'nin raporuna ulaşıldı. Üst GİS endoskopide 6 hastada intestinal metaplazi, bir hastada düşük dereceli displazi saptandı. Alt GİS endoskopide 5 hastada tübüler adenom saptandı, sadece bir hastada displazi görüldü. Endoskopik değerlendirme sonucu GİS malignitesi saptanan hasta yoktu. UCLA SCTC GIT 2.0 total skoruna göre kategorize edilen hastalar [<0,50 yok-hafif (58 hasta) vs. ≥0,50 orta-ağır (22 hasta)] son 2 yıl içerisinde yapılan endoskopik işlemler açısından değerlendirildi. UCLA skoru 0,5 altı ve üstü olan hastalara son 2 yılda E/S yapılma oranı sırasıyla %20,7 ve %36,3; son 2 yılda K/S yapılma oranı sırasıyla %17,2 ve %36,2 olarak saptandı. Ancak fark istatistiksel anlamlı değildi (hepsi için p>0,05). MUST veya ESPEN ile saptanan malnutrisyon olan hastalarda yapılan işlem sayısı malnutrisyonu olmayanlardan farklı değildi (hepsi için p>0,05).

Sonuç: Bu çalışmada SSk hastalarının sıklıkla endoskopik işlemlerle değerlendirildiği belirlendi. Ancak UCLA skorları ile değerlendirilen GİS tutulumu şiddeti veya malnütrisyon varlığı ile gerçekleştirilen işlem sıklığının değişmediği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, gastrointestinal tutulum, malnütrisyon, UCLA SCTC GIT 2.0

PS-166

Sarkoidoz olgularımız: Tek merkez deneyimi

Mehmet Soy[1], Didem Özkan[2], Seher Küçükoğlu Cesur[3], Gülşen Kocaman[4]

[1]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İstanbul*

[2]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul*

[3]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, İstanbul*

[4]*Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul*

Amaç: Sarkoidoz, en sık akciğer ve mediastinal bölge olduğu ancak, deri, kas-iskelet, göz, beyin, kalp, gibi başka birçok sistemi de tutabilen, kazeifiye olmayan epiteloid hücreli granülomların gelişimi ile karakterize multisistem bir hastalıktır. Bu çalışmamızda romatoloji polikliniğimizde görülmüş olan sarkoidoz tanısı konmuş olan hastalarımızın genel özellikleri araştırılmıştır.

Yöntem: Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Bahçelievler Medicalpark Hastanesi'nde Ocak 2016-Temmuz 2023 tarihleri arasında sarkoidoz tanısı konmuş olan ve romatoloji polikliniğinde görülmüş olan hastalarımızın genel demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri hasta kayıt sisteminden elde edilerek SPSS programına kaydedilmiştir.

Bulgular: Kayıtlarımızda 61 sarkoidoz tanılı hasta saptandı. Olgularımızın 36'sı (%65) kadın idi. Yaş dağılımı: 45,13±12,46 (26-77) yıl; hastalık süresi: 4,9±6,03 (1- 27) yıl idi. Sigara: Olguların %66'ı sigara içmiyordu.

Tanı metodu: Görüntüleme akciğer grafisi ve toraks BT her olguda mevcuttu. Ayrıcı tanı için 6 olguya PET incelemesi yapılmıştır. Biyopsi: EBUS 33 olguda uygulanmıştı. İki olguda torakoskopik biyopsi alınmıştı. Sekiz olguya sadece klinik, laboratuvar ve görüntüleme özelliklerine dayanarak tanı konmuştu. On sekiz olgunun biyopsi bilgisine ulaşılamadı. Ortalama sACE: 63,18±33,69 (10-150) IU/L.

Organ tutulumu:

- Eklem, artrit: 16 (%27)
- Deri: 6 (%10)
- Eritema nodozum: 12 (%20)
- Göz: Üveit: 2
- Tükrük bezi: 1
- Nörolojik: 5 (%8)
- GİS: 2
- Böbrek: 0

Ek hastalıklar: On üç olguda çeşitli ek hastalıklar saptanmıştır: Hipertansiyon, diabetes mellitus, Hashimoto tiroiditi, antifoslipid antikor sendromu.

Scadding evrelemesine göre 54 olgumuz evre 1 idi. Bir olguda evre 4 sarkoidoz vardı, COVID-19 nedeni ile eks olmuştur.

Sonuç: Sarkoidoz, akciğerin en sık tutulan bölge olduğu ancak, deri, kas-iskelet, göz, beyin, kalp, gibi başka birçok sistemi de tutabilen, kazeifiye olmayan epiteloid hücreli granülomların gelişimi ile karakterize multisistem bir hastalıktır.

Dünya çapında bir dağılıma sahiptir. Daha çok Kuzey Avrupa ve Afrika kökenli Amerikalı bireylerde görülmektedir. Çeşitli yıllarda çeşitli ülke-bölgelerde yapılmış çalışmalardaki sıklığına baktığımızda en sık Afrikan-Amerikalılar arasında rastlanmaktadır. İnsidansı bu grupta yıllık 100.000'de 80'e kadar yeni olgu bildirilirken bu oran Avrupalı Amerikalılarda 5-10; Kuzey Avrupalılarda 15-15, Güney Avrupa'da 1-5, Japonya'da 1-2 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yıllık insidansı yüz binde 4 olarak bildirilmiştir. Genel olarak kadınlarda 2-3 kat daha sık bildirilir ve başlangıç yaşı en sık 3-4 dekadlarda olmaktadır. Ayrıca erkeklerde genelde 5-10 yıl daha erken başlamaktadır. Ailesel sıklığı genelde %5 civarındadır, Afrika kökenli Amerikalılarda %17'ye kadar olabildiği bildirilmiştir. Ülkemizde bu oran %1 olarak bildirilmiştir. ACCESS çalışmasında kardeşler arasında 5 kat kadar artış bildirilirken, ikiz çalışmalarında monozigotlar arasında 80 kat, dizigot ikizlerde 7 kat artmış sıklık artışı bulunmuştur. Etiyolojisinde itfaiyecilik, silica tozlarına maruziyet gibi mesleki ve çevresel maruziyet, mikoakteriler, *Propionibacterium acnes*, otoimmünte ve genetik faktörler suçlanmıştır. Multisistemik bir hastalık olup en sık toraks içi yapılar olan akciğerler ve lenf nodlarını tutar. Ayrıca deri, eklem, kalp, beyin ve böbreklerin de etkilendiği ve bazen kalp ve nörolojik tutulum gibi ekstratorasik tutulumun esas prognostik belirleyici olduğu bilinmektedir. Scadding tarafından geliştirilen evreleme sistemi öncelikle akciğer-intartorasik lenf nodu tutulumuna dayalı olduğundan ekstratorasik tutulumlar açısından MR, PET gibi incelemeler daha yararlı olabilir. Eritema nodozumun tipik bilateral hiler lenfadenopati ile birlikteliği ile karakterize edilen Löfgren sendromu, özellikle Kuzey Avrupa'da ve kadınlarda daha sık görülür. Eritema nodozum olmaksızın bilateral periferik ayak bileği tutulumu erkeklerde eş değerdir. Heerfordt sendromu, üveit, bilateral parotis, ateş ve yüz felci ile ilişkilidir ve Löfgren sendromu ile birlikte sarkoidozun patognomonik belirtilerini oluştururlar. Sarkoidoz tanısı "1) Uyumlu klinik ve radyolojik özellikler; 2) Kazeifiye olmayan granülomun histopatolojik gösterimi; 3) Benzer bir histopatolojik veya klinik tablo oluşturabilen diğer hastalıkların dışlanması" esasına dayanır. Doku biyopsisi almak önemli ancak tipik klinik ve radyolojik bulguların olduğu: Löfgren sendromu: Eritema nodozum, periartiküler enflamasyon (tipik olarak ayak bilekleri) ve hilar lenfadenopati; Heerford sendromu: Akut parotit, üveit ve ateş ve Galyum-67 radyonüklid taramasında panda işareti (parotis ve lakrimal bez tutulumu) ve lamda işareti (bilateral hiler ve sağ paratrakeal lenf nodu tutulumu) varlığında tanı amaçlı biyopsi alınması zorunlu değildir. Tedavi ve takibinde multisipliner yaklaşım şarttır. İlaç olarak ilk tercih kortikosteroidlerdir ancak dirençli olgulara metotreksat, azatioprin ve seçilmiş olgulara TNF alfa blokeri gibi ilaçlar da verilebilir. Prognozu akciğerler için Scadding evrelemesine göre 3-4'de olanlar için kötü, ayrıca kalp ve beyin tutulumu varlığı da prognozu etkilemektedir. Romatoloji polikliniğimizde görülmüş olan 61 olgumuzun genel klinik ve demografik özellikleri literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ülkemizde de sık olarak görülen bu hastalığın etiyopatogenezi ve tutabildiği alanlar ve tedavi için kullanılan ilaçlar göz önüne alındığında göğüs hastalıkları, nöroloji, dermatoloji göz, kardiyoloji ve romatoloji gibi birden çok poliklinikte hastaların değerlendirilmesi-takibi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, eklem ağrısı, eritema nodozum

PS-167

Aksiyal spondiloartritte hasta tarafından bildirilen sonlanım ölçeklerine hasta eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi

Esra Erpek Karaova, Dilek Solmaz, Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, İdil Kurut Aysin, Servet Akar

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Aksiyal spondiloartritli (axSpA) hastaların rutin klinik ve tedavi takibinde fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının yanı sıra hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri (PRO) de büyük önem taşımaktadır. PRO'ların hasta tarafından doğru cevaplanması; tedavi kararlarını etkiler. Bu çalışmada AxSpA hastalarında bazı PRO'ların doldurulmasında eğitimin etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: "Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)" kriterlerine göre axSpA olarak sınıflandırılan toplam 29 [19 (%65,5) r-axSpA ve 10 (%34,5) nr-axSpa] hasta çalışmaya alındı. Hastalar rutin poliklinik ziyaretleri sırasında eğitim oturumuna davet edildi. Eğitim faaliyeti öncesi her hastadan BASDAI, BASFI, BAS-G, ASQoL anketlerini doldurması istendi, ardından SpA konusunda deneyimli 2 kıdemli romatoloji uzmanı tarafından kullanılan anketlerin doğru bir şekilde doldurulması üzerine 1 saatlik eğitim verildi. Eğitim oturumundan sonra aynı anketler tekrarlandı. BASDAI ve BASFI anketleri için her bir madde puanı ve toplam puan, BAS-G ve ASQOL puanları Wilcoxon testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 29 axSpA hastası [19 (%65,5) erkek, 10 (%34,5) kadın] katıldı. Hastaların demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Değerlendirmeye alınan hastalar 12,92±9,87 yıl gibi uzun bir takip süresine sahip olup poliklinik ziyaretlerinde uzun süre anket doldurmuşlardı. Eğitim faaliyeti öncesi ve sonrası anket puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak bir fark bulamadık (Tablo 2). Bunlardan sadece BASFI anketinin onuncu maddesi eğitim öncesi grupta anlamlı olarak yüksekti (3,1±2,54'e karşı 2,69±2,50 p=0,048). Ayrıca hastanın eğitim düzeyi ve tanı yılına göre yapılan karşılaştırmada 1 saatlik eğitimin etkisi gösterilememiştir.

Sonuç: Grup eğitimi öncesi ve sonrasında hasta tarafından bildirilen sonlanım ölçek puanlarında anlamlı bir fark olmaması, üçüncü basamak romatoloji kliniğinde rutin hasta değerlendirmesi sırasında anketlere verilen eğitimin yeterli olduğunu düşündürdü. Bu bulgular, çalışmaya dahil edilen hastaların uzun hastalık süresinin (ve buna bağlı olarak anketlerle ilgili deneyimlerinin) sonuçları olabilir.

Anahtar Kelimeler: ax-SpA, BASDAI, BASFI, BAS-G, ASQOL

Tablo 1. Hastaların demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri

Yaş (year) ortalama ±SD	52.55 ±12.64
Kadın n(%)	10(34.5%)
Eğitim süresi (yıl) ortalama ±SD	8.76±3.93
Hastalık süresi (yıl) ortalama ±SD	12.92±9.87
HLA B27 pozitifliği n(%)	10/19 (52.6)
Komorbidite varlığı n(%)	13 (44.8%)
Sigara kullanımı n(%)	18 (62.1%)
Alkol kullanımı n(%)	3 (10.3%)
Eklem Dışı Tutulumlar	
Üveit n(%)	5 (17.2%)
Inflamatuar Bağırsak Hastalığı n(%)	2 (6.9%)
Psöriazis n(%)	3 (10.3)
Tedavi	
NSAID n(%)	6(20.6%)
Biyolojik ajan n(%)	22 (75.9%)
NSAID+ Biyolojik ajan n(%)	1 (3.4%)

NSAID: Non-steroid anti enflamatuar ilaç, HLA-B27 İnsan Lökosit Antijeni B27

Tablo 2. Eğitim öncesi ve sonrası anket puanlarının karşılaştırılması

BASDAI Skoru ortalama ±SD 2.7±2.1	E*-BASDAI Skoru ortalama ±SD 2.86±2.31	p=0.721
BASFI Skoru ortalama ±SD 2.83±2.25	E-BASFI Skoru ortalama ±SD 2.55±2.12	p=0.057
BAS-G Hafta ortalama ±SD 3.38±2.87	E-BAS-G Hafta ortalama ±SD 3.03±2.77	p=0.156
BAS-G Ay ortalama ±SD 3.48±2.72	E-BAS-G Ay ortalama ±SD 3.34±2.72	p=0.449
ASQOL ortalama ±SD 5.66±5.3	E-ASQOL ortalama ±SD 5.89±5.89	p=0.790

Tablonun içindeki veriler ortalama (SD) olarak verildi. ASQoL: Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği; BASDAİ:Bath Ankylosing Spondylitis Hastalık Aktivite İndeksi; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Fonksiyonel İndeksi; BAS-G: Spondylitis Global Score

PS-168

Metotreksat ve azatioprin dirençli idiyopatik granülomatöz mastit tanılı dokuz hastamızda adalimumab deneyimimiz

Nihal Lermi, Ediz Dalkılıç

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

Amaç: İdiyopatik granülomatöz mastit (IGM) nadir görülen, kronik, benign bir meme hastalığıdır. Tedavisinde steroid, metotreksat (MTX), azatioprin (AZA) gibi immünosüpresif ajanlar, antibiyotik, cerrahi ve konservatif tedaviler tercih edilebilir. Bu yazıda dirençli ve tekrarlayan lezyonların tedavisinde adalimumab (ADA) başladığımız IGM'li dokuz hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgu 1: Yirmi altı yaş kadın hasta, sol memede lezyon nedeniyle yapılan apse boşaltımı ve başlanan prednizolon (Prd) ve AZA, MTX ve kolşisin tedavilerine yanıtsız olunca hastaya Temmuz 2021'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Son vizitte klinik ve akut faz olarak olumlu yanıt alınmıştı. Olgu 2: Otuz altı yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd, AZA tedavilerine yanıtsız olunca hastaya Şubat 2022'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Son vizitte klinik ve akut faz olarak olumlu yanıt alınmıştı. Olgu 3: Otuz iki yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd, AZA tedavilerine yanıtsız olunca, hastaya Nisan 2022'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Son vizitte klinik ve akut faz olarak olumlu yanıt alınmıştı. Olgu 4: Yirmi altı yaş kadın hasta, Mayıs 2022'de 5 aydır mevcut olan sol memede lezyon nedeniyle steroid kullanımı ve apse boşaltımı yapılmış. Tarafımıza yönlendirildikten sonra başlanan MTX, AZA ve apse boşaltımı tedavilerine dirençli olması nedeniyle hastaya Kasım 2022 ADA 40 mg/2 hafta başlandı. 3. ay kontrolünde lezyonları sebat eden hastaya intralezyonel steroid uygulandı. Olgu 5: Yirmi altı yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd ve kolşisin, AZA ve apse boşaltımı tedavilerine yanıtsız olunca, hastaya Mart 2023'te MTX tedavisi ile birlikte ADA 40 mg/2 hafta tedavisi başlandı. Temmuz 2023'teki son vizitte akıntı ve lezyon yoktu. Kitle gerilemekle birlikte hala mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde ESH ve CRP düzeyleri normaldi. Olgu 6: Yirmi sekiz yaş kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle apse drenajı yapılan hasta, verilen Prd, MTX, apse boşaltımı ve intralezyonel steroid tedavilerine yanıt vermeyince hastaya Mayıs 2023'te ADA 40 mg/2 hafta tedavisi başlandı. Tedavinin 4. ayında belirgin klinik regresyon ve akut faz cevabı alındı. Olgu 7: Yirmi yedi yaşında kadın hasta, sol memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd, AZA tedavilerine yanıtsız olunca, Haziran 2023'de ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Olgu 8: Otuz dokuz yaşında kadın hasta, sağ memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd 20 ve AZA tedavilerine ve apse boşaltımına yanıtsız olunca, hastaya Ağustos 2023'te ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Olgu 9: Elli iki yaşında kadın hasta, sol memede lezyon nedeniyle başlanan MTX, Prd ve AZA tedavilerine ve apse boşaltımına yanıtsız olunca, hastaya Ağustos 2023'te ADA 40 mg/2 hafta başlandı.

Sonuç: IGM tedavisi konusunda halen bir fikir birliği olmamakla birlikte, dirençli olgular hekimleri zorlayabilmektedir. IGM, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterizedir. Tümör nekroz faktör-alfa (TNF-α) granülom yapısının devamlılığının sağlanmasında görev alır. Bu nedenle, bir TNF-α inhibitörü olan ADA'nın dirençli ve tekrarlayıcı IGM'li hastalar için bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmüştür. Ancak hastalığın doğasında iyileşme ve nüks evreleri olduğundan takip süremiz henüz yeterli değildir. Tedavi etkinliğini kanıtlamak için daha fazla sayıda hasta ile uzun süreli gözlemsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, granülomatöz mastit, tümör nekroz faktör inhibitörleri

PS-169

Romatoid artrit ve ankilozan spondiliti olan hastalarda anemi sıklığının ve enflamasyon belirteçleri ile olan ilişkisinin araştırılması

Ebru Yılmaz

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, İstanbul

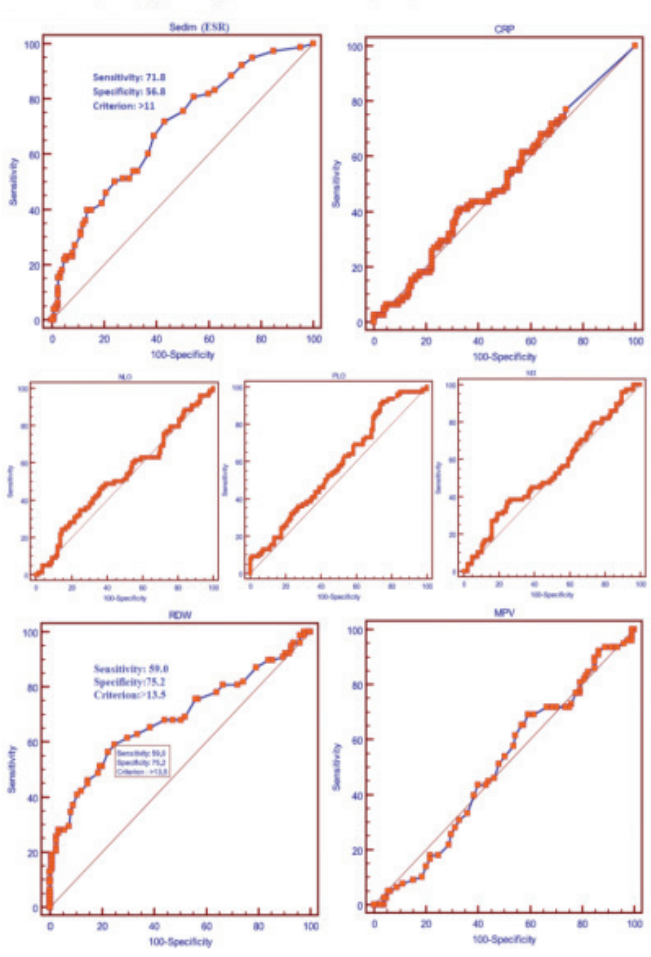
Amaç: Enflamasyon anemisi olarak da bilinen kronik hastalık anemisi, enfeksiyon, kanser ve otoimmün durumlar gibi sistemik hastalık veya enflamasyona yanıt olarak gelişen hipoproliferatif bir anemidir. Proenflamatuvar sitokinlerden tümör nekroz faktörü-alfa ve interlökin-6, eritropoezi ve retiküloendotelyal sistemden demir salınımını inhibe edici etkisiyle kronik hastalık anemisi patogenezinde önemli bir rol oynar. Sitokinlerin eritropoezis üzerindeki etkileri son yıllarda bulunan, karaciğer tarafından sentezlenen akut faz proteini hepsine bağlı olabilir. Kanın oksijen taşıma kapasitesi vücut dokularının oksijen ihtiyacını karşılayamadığı zaman anemi genellikle yorgunluk, bozulmuş bilişsel işlev, iştahsızlık, eforla nefes darlığı ve libido kaybı gibi belirti ve bulgulara neden olur. Anemi ve trombositoz romatoid artrit (RA) hastalarında en sık görülen hematolojik bulgulardır. Hatta anemi RA'nın en sık görülen eklem dışı tezahürü olup prevalansının hastaların %30 ile %70'i arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Anemi ankilozan spondilit (AS) hastalarında da ortaya çıkabilir ve hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Hemogram parametreleri son zamanlarda dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda enflamasyonun belirteçleri olarak önerilmiştir. Ucuz ve kolay ulaşılabilir olması nedeni ile tam kan sayımı ögelerinin ve bunların birbirlerine olan oranlarının gerek sistemik enflamasyonun belirlenmesindeki rolleri gerekse de birer hastalık aktivite belirteci olarak kullanımları son zamanlarda oldukça yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmanın amacı RA ve AS hastalarında anemi sıklığını karşılaştırmak ve nötrofil-lenfosit oranı (NLO), platelet-lenfosit oranı (PLO), sistemik immün-enflamasyon indeksi (Sİİ), kırmızı kan hücresi dağılım genişliği (RDW) ve ortalama trombosit hacmi (MCV) gibi enflamasyon belirteçleri olarak kullanılan hemogram parametreleri ile olan ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Seksen yedi RA ve 116 AS tanısı olan hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, kilo, boy, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı, tanı süresi gibi demografik verileri ile hemogram, ESR, CRP gibi laboratuvar parametrelerini içeren verileri toplandı. Hemogram parametrelerinde enflamasyon belirteçleri olarak NLO, PLO, Sİİ, RDW ve MPV değerleri dikkate alındı. Ayrıca RA hastaları için DAS-28 ve AS hastaları için BASDAİ, ASDAS-CRP gibi hastalık aktivite indeksleri kaydedildi.

Bulgular: RA hastalarının %47,1'inde (n=41) ve AS hastalarının %31,9'unda (n=37) anemi mevcuttu ve RA hastalarında anemi sıklığı AS hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,030). Ayrıca iki hastalık grubu kendi aralarında karşılaştırıldığında yaş, tanı süresi, ESH, Hb, PLO, RDW ve MPV değerleri ile WBC ve lenfosit sayıları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. RA hastalarında anemisi olan ve olmayan hastalar arasında cinsiyet dağılımları açısından anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,395) ancak AS hastalarında anemisi olanların anemisi olmayanlara göre kadın cinsiyet açısından yüksek derecede anlamlı bir farklılık mevcuttu (p<0,001). RA grubunda anemisi olan hastalarda olmayanlara göre ESH, PLO, Sİİ ve RDW değerleri anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,002, p=0,048, p=0,035, p<0,001). AS grubunda ise anemisi olan hastalarda olmayanlara göre sadece ESH açısından yüksek derecede anlamlı bir farklılık mevcuttu (p=0,012). RA grubunda anemi durumu ile platelet sayısı, ESH, PLO ve RDW değerleri arasında negatif bir korelasyon mevcuttu. AS grubunda ise anemi durumu ile ESH ve RDW değerleri arasında negatif bir korelasyon mevcuttu. Her iki hastalık grubunda da hastalık aktivitesi ile anemi görülme durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktu. RA grubunda DAS-28 ile ESH, CRP, NLO, PLO ve Sİİ değerleri arasında pozitif bir korelasyon mevcuttu. AS grubunda ise BASDAİ ile ESH, CRP ve NLO değerleri arasında pozitif bir korelasyon varken ASDAS-CRP ile ESH, CRP, NLO ve Sİİ değerleri arasında pozitif bir korelasyon mevcuttu. RA grubunda hemoglobin değeri ile ESH, platelet sayısı, PLO ve RDW değerleri arasında negatif bir korelasyon mevcuttu. AS grubunda ise hemoglobin değeri ile ESH ve RDW değeri ile negatif bir korelasyon varken CRP değeri ve WBC, nötrofil ve monosit sayısı ile pozitif bir korelasyon mevcuttu. Her iki hastalık grubunda da RDW ile sadece MPV arasında pozitif korelasyon tespit edildi. İşlem karakteristik eğrisi (ROC) analizi yapıldığında ESH ve RDW açısından anlamlı bir sonuç elde edildi. ROC analizi ile ESH için eğri altında kalan alan (AUC) 0,691 (cut-off >11, %95 güven aralığı 0,623-0,754, %71,8 duyarlılık, %51,8 özgüllük, p<0,001) olarak bulundu. RDW için AUC 0,685 (cut-off >13,5, %95 güven aralığı 0,616-0,748, %59 duyarlılık, %75,2 özgüllük, p<0,001) olarak tespit edildi.

Sonuç: Kronik hastalık anemisi romatizmal hastalıklarda azımsanmayacak boyutta görülebilmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre anemi görülme durumu hastalık aktivitesinden etkilenmemekle birlikte kadın cinsiyet tutulumu ön plandaydı. Ayrıca ESH ve RDW değerlerindeki artış romatizmal hastalıklarda anemi gelişebilme durumunu yansıtabilir ve bu nedenle hastaların izlenmesinde dikkatli bir şekilde takibi yapılmalıdır. Romatizmal hastalıklarda anemi gelişebilme durumu ve hemogram parametreleri arasındaki ilişkiyi araştıran daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, anemi, hemogram parametreleri



Şekil 1. Anemisi olan hastalarda CRP, ESH, NLO, PLO, Sİİ, RDW ve MPV için alıcı işletim karakteristik (ROC) eğrisi ve eğri altında kalan alan (AUC)

Tablo 2. RA ve AS hastalarında anemisi olan ve olmayanlar arasındaki karşılaştırmalar

Değişkenler	Romatoid artrit (n=87)	p değeri	Ankilozan spondilit (n=116)	p değeri
Cinsiyet (Kadın/Erkek) Anemi yok (K/E) Anemi var (K/E)	 %42.5 (37)/%10.3 (9) %41.4 (36)/%5.8 (5)	0.395	 %21.6 (25)/%46.6 (54) %28.4 (33)/%3.4 (4)	<0.001
Yaş (yıl) Anemi yok Anemi var	 56.43±10.39 55.15±13.73	0.737	 43.47±10.58 44.57±9.16	0.756
Vücut kitle indeksi (VKİ) Anemi yok Anemi var	 29.67±4.78 28.39±4.78	0.286	 28.04±4.41 29.50±5.27	0.144
Sigara (Hayır/Evet) Anemi yok (H/E) Anemi var (H/E)	 %47.1 (41)/%5.8 (5) %42.5 (37)/%4.6 (4)	1.000	 %49.1 (57)/%19 (22) %25.9 (22)/%6 (7)	0.362
Tanı süresi (yıl) Anemi yok Anemi var	 7.11±7.08 7.68±6.61	0.377	 4.04±3.54 3.16±1.94	0.225
RF Anemi yok (+/-) Anemi var (+/-)	 %40.2 (35)/%12.7 (11) %35.6 (31)/%11.5 (10)	1.000	-	-
HLA-B27 Anemi yok (+/-) Anemi var (+/-)	 -	-	 %50.9 (59)/%17.2 (20) %20.7 (24)/%11.2 (13)	0.377
DAS-28 Anemi yok Anemi var	 3.51±0.63 3.58±0.48	0.176	-	-
BASDAİ Anemi yok Anemi var	 -	-	 2.97±0.50 2.97±0.46	0.988
ASDAS-CRP Anemi yok Anemi var	 -	-	 2.03±1.23 1.94±1.10	0.684
CRP Anemi yok Anemi var	 8.09±14.01 12.06±19.58	0.438	 8.09±13.27 4.62±6.45	0.553
Sedimentasyon (ESH) Anemi yok Anemi var	 19.24±21.67 27.00±16.52	0.002	 10.54±7.90 15.57±11.09	0.012
NLO Anemi yok Anemi var	 2.11±1.35 2.29±1.00	0.117	 2.02±0.89 1.92±0.90	0.415
PLO Anemi yok Anemi var	 127.23±46.06 153.74±64.99	0.048	 118.25±42.62 124.66±68.35	0.827
Sİİ Anemi yok Anemi var	 538.14±321.56 653.77±326.07	0.035	 549.57±332.81 483.34±241.41	0.201
RDW Anemi yok Anemi var	 13.33±0.97 15.20±2.40	<0.001	 12.78±1.09 13.14±1.30	0.129
MPV Anemi yok Anemi var	 10.11±1.74 9.81±1.54	0.441	 9.01±1.69 8.96±1.58	0.838

Tablo 3. Hemogram parametreleri ile hasatlık aktivite indeksleri ve akut faz reaktanları arasındaki korelasyonlar

Değişkenler	r/p değeri	CRP	ESH	NLO	PLO	Sİİ	RDW	MPV
RA grubu								
DAS-28	r değeri	0.856	0.768	0.228	0.312	0.273	0.061	-0.138
	p değeri	<0.001	<0.001	0.034	0.003	0.011	0.573	0.203
CRP	r değeri	1.000	0.565	0.330	0.135	0.298	-0.012	-0.085
	p değeri	-	<0.001	0.002	0.212	0.005	0.915	0.436
ESH	r değeri	0.565	1.000	0.275	0.257	0.273	0.109	-0.183
	p değeri	<0.001	-	0.010	0.016	0.010	0.313	0.089
NLO	r değeri	0.330	0.275	1.000	0.526	0.873	0.111	-0.060
	p değeri	0.002	0.010	-	<0.001	<0.001	0.307	0.581
PLO	r değeri	0.135	0.257	0.526	1.000	0.718	0.160	-0.139
	p değeri	0.212	0.016	<0.001	-	<0.001	0.138	0.200
Sİİ	r değeri	0.298	0.273	0.873	0.718	1.000	0.177	-0.135
	p değeri	0.005	0.010	<0.001	<0.001	-	0.102	0.212
RDW	r değeri	-0.012	0.109	0.111	0.160	0.177	1.000	0.257
	p değeri	0.915	0.313	0.307	0.138	0.102	-	0.016
MPV	r değeri	-0.085	-0.183	-0.060	-0.139	-0.135	0.257	1.000
	p değeri	0.436	0.089	0.581	0.200	0.212	0.016	-
AS grubu								
BASDAİ	r değeri	0.567	0.186	0.233	0.000	0.181	0.062	-0.028
	p değeri	<0.001	0.045	0.012	0.997	0.052	0.506	0.764
ASDAS-CRP	r değeri	0.806	0.349	0.358	0.128	0.359	0.006	-0.159
	p değeri	<0.001	<0.001	<0.001	0.171	<0.001	0.952	0.088
CRP	r değeri	1.000	0.433	0.394	0.185	0.390	-0.094	-0.169
	p değeri	-	<0.001	<0.001	0.047	<0.001	0.313	0.070
ESH	r değeri	0.433	1.000	0.296	0.204	0.252	0.135	0.027
	p değeri	<0.001	-	0.001	0.028	0.006	0.149	0.773
NLO	r değeri	0.394	0.296	1.000	0.572	0.873	-0.004	0.000
	p değeri	<0.001	<0.001	-	<0.001	<0.001	0.969	1.000
PLO	r değeri	0.185	0.204	0.572	1.000	0.692	0.142	0.000
	p değeri	0.047	0.028	<0.001	-	<0.001	0.129	0.996
Sİİ	r değeri	0.390	0.252	0.873	0.692	1.000	0.073	-0.043
	p değeri	<0.001	0.006	<0.001	<0.001	-	0.436	0.644
RDW	r değeri	-0.094	0.135	-0.004	0.142	0.073	1.000	0.205
	p değeri	0.313	0.149	0.969	0.129	0.436	-	0.027
MPV	r değeri	-0.169	0.027	0.000	0.000	-0.043	0.205	1.000
	p değeri	0.070	0.773	1.000	0.996	0.644	0.027	-

PS-170

Ankilozan spondilit hastalarında tırnak yatağı kapilleroskopi bulguları-ön çalışma

Enes Başaran, Neslihan Gökçen, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), kardiyovasküler mortaliteyi artıran bir hastalıktır. Bunun henüz ortaya konmuş net bir sebebi olmamakla birlikte suçlanan faktörlerden biri mikrovasküler hasardır. Tırnak yatağı kapilleroskopisi non-invaziv olarak kapillerlerin yapısını değerlendirmeye yarayan bir tekniktir. Kapilleroskopinin, mikrovasküler hasarın indirekt bir göstergesi olabileceğine dair yayınlar mevcuttur. Bu çalışmada, AS hastalarında tırnak yatağı kapilleroskopisi ile kardiyovasküler risk skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde takipli AS tanılı hastalardan, 30 yaş üstü olup katılmayı kabul edenler dahil edildi. AS dışında romatolojik hastalığı olanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler dışlandı. Hastaların demografik verileri, sigara, alkol kullanımı, ek hastalıkları kaydedildi. Hastaların, kardiyovasküler mortalite riskini değerlendirmek amacıyla QRISK3, Framingham risk skoru hesaplandı. Tüm hastalara 8 parmak tırnak yatağı kapillerokopisi uygulandı.

Bulgular: Bu ön analizde 28 AS (%70) ve 12 sağlıklı kontrolün (%30) analizleri yapılmıştır. AS grubunda hastaların %75'i erkek (n=21) iken sağlıklı kontrol grubunda hastaların %91,7'si (n=11) erkekti. Ortalama yaş, AS hastalarında ve sağlıklı kontrollerde sırası ile 47±7,4 ve 37,7±5,5 yıldı (p=0,011). Kapilleroskopideki dominant morfoloji, AS hastaları ve sağlıklı kontrollerde genellikle normal idi (sırasıyla %71,4 ve %91,7). Tırnak yatağı kapilleroskopi paternlerinin AS ve sağlıklı kontroller içinde karşılaştırılmasında gruplar arası fark bulunmadı. Gruplar arasında klinik ve laboratuvar verilerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmekte olup akut faz yanıtları ve trigliserid hasta grubunda daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında kapilleroskopi verileri ve kardiovasküler risk skorlarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmekte olup QRİSK3, QRİSK-Healthy ve QRİSK Heart Age skorları, Framingham global ve Framingham Vascular Age skorları AS hastalarında, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu. Charlson komorbidite indeksine göre tahmini 10 yıllık hayatta kalma oranları sağlıklı grupta AS'den daha yüksek idi (p=0,022).

Sonuç: Çalışmamız bir ön çalışma olup hasta alımımız devam etmektedir. Bu ön çalışmada gruplar arasında kapilleroskopi bulgularında dominant morfoloji açısından farklılık saptanmadı. Framingham risk skoru, QRİSK3'ün tüm parametreleri, AS hastalarında daha yüksek saptandı. Bu da yaşam beklentisinin ve 10 yıllık süre içinde kardiyovasküler olay yaşanma olasılığının AS hastalarında daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bu aşamada tırnak yatağı kapilleroskopisi ile kardiyovasküler risk arasında bir ilişki saptanmamış olup çalışma devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, kapilleroskopi, kardiyovasküler risk

PS-171

Nadir bir olgu sunumu: Majeed sendromu

Muhammed Okuyucu[1], Demet Yalçın Kehribar[2], Metin Özgen[3]

[1]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Anabilim Dalı, Samsun*

[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Anabilim Dalı, İzmir*

[3]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Samsun*

Giriş: Majeed sendromu, lipit metabolizmasında yer alan *lipin 2* (*LPIN2*) genindeki bialelik mutasyonların neden olduğu otozomal resesif bir hastalıktır. *LPIN2*'deki kusurlar, NALP3 enflamasyonunun normal regülasyonunu bozarak, mutant hücreler tarafından aşırı IL-1-beta üretimine neden olur. Majeed sendromunun özellikleri steril osteolitik lezyonları, konjenital diseritropoietik anemiyi ve nötrofilik dermatozları içerir. Hastalar IL-1 blokajına yanıt verebilir. Burada romatoid artrit gibi prezente olan Majeed sendromu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz beş yaşında kadın hasta 13 yaşından beri juvenil romatoid artrit tanısıyla takipli olup kalça ve kol eklemlerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın geçmişe yönelik tetkikleri incelendiğinde anti-CCP: Negatif, RF:10, ANA: Negatif, anti-ds DNA: Negatif saptanmış. Çocukluğundan beri medikal tedaviye rağmen ara ara olan eklem ağrıları devam ediyormuş. Bu dönemde deflazakort, prednizolon, leflunamid gibi tedaviler almış. Şikayetleri devam etmesi üzerine 4 yıl önce etanercept tedavisi başlanmış ve 1 yıl kadar bu tedaviyi kullanmış. Klinik olarak cevap alınamaması üzerine sırasıyla ve benzer süre ile adalimumab ve tocilizumab tedavileri kullanmış. Tüm tedavilere rağmen eklem ağrıları devam eden hastadan genetik tetkik istendi ve *LPIN2* geninde mutasyon saptandı. Majeed sendromu tanısı alan hastaya kanakinumab tedavisi başlandı ve şikayetlerinde gerileme görüldü.

Sonuç: Toplumda nadir görülen bir hastalık olan majeed sendromu, kronik non-bakteriyel osteomyelit ve kronik rekürren multifokal osteomyelit gibi hastalıklarla benzerlik gösterdiği bilinmektedir. Olgumuzda olduğu gibi majeed sendromunun romatoid artrit gibi de prezente olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Majeed sendromu, romatoid artrit, eklem ağrıları

PS-172

Romatoid artritli hastalarda albümin/fibrinojen ve CRP/albümin oranının hastalık aktivite takibinde önemi

Anıl Uğurlu[1], Melike Ersoy[2], Derya Akarken[2], Emine Figen Tarhan[2]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Romatoid artrit (RA) eklem erezyonuna neden olabilen otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Bazı laboratuvar tetkikleri hastalığı takip etmekte yol göstericidir. Biz bu çalışmada; albümin/fibrinojen oranı (AFR) ve C-reaktif protein (CRP)/albümin oranının (CAR) RA aktivite takibindeki önemini ve klinik takipte kullanılan hastalık aktivite skoru (DAS28) ve basitleştirilmiş hastalık aktivite skoru (SDAİ) gibi hastalık aktivite indeksleri ile ilişkisini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, Haziran 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında hastanemizde romatoloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri, gebe ya da postpartum dönemde olmayan, cerrahi, travma, malignitesi ve enfeksiyon öyküsü olmayan, 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre RA tanısı konulan 50 hasta ile, yaş ve cinsiyeti uyumlu 50 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hemogram, biyokimya, CRP, sedimentasyon (ESH), albümin, fibrinojen, ferritin gibi akut faz reaktanları hastanemiz laboratuvarında çalışıldı. Hastaların DAS28 ve SDAI skorları hesaplandı. DAS28 2,6 altı remisyon (grup 1), 3,2-2,6 arası düşük hastalık aktivitesi (grup 2), 3,2-5,1 arası orta hastalık aktivitesi (grup 3), 5,1 ve üstü yüksek hastalık aktivitesi (grup 4) olarak kabul edildi. SDAİ skoru ise 0-3,3 arası remisyon (grup 1), 3,4-11 arası düşük hastalık aktivitesi (grup 2), 11,1-26 arası orta hastalık aktivitesi (grup 3), 26,1-86 arası yüksek hastalık aktivitesi (grup 4) olarak gruplandırıldı. Hastaların verileri prospektif olarak kaydedildi. Verilerin analizi SPSS (Stastical Package For Social Sciences) versiyon 22.0 paket programı kullanılarak çözümlendi. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Romatoid artrit hastalarının ortalama yaşları 54,36 (34-71), kontrol grubunun ortalama yaşları 53,31 (31-71) olarak tespit edildi. Hastaların 15'i (%30) erkek, 35'i (%70) kadın, kontrol grubunun 15'i (%30) erkek, 35'i (%70) kadın olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi 9,25 yıldı (1-59). DAS28 skoruna göre hasta dağılımı grup 1'de 16 (%32), grup 2'de 11 (%22), grup 3'te 17 (%34) ve grup 4'te 6 (%12) olarak tespit edildi. Gruplar arası CAR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 (p=0,445), grup 1 ile grup 3 (p=0,217), grup 1 ile grup 2+3+4 (p=0,078) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Grup 2 ile grup 3 hastaların CAR değerleri karşılaştırıldığında (p=0,031) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptandı. Gruplar arası AFR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 (p=0,999), grup 1 ile grup 3 (p=0,993), grup 2 ile grup 3 (p=0,930), grup 1 ile grup 2+3+4 (p=0,316) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. SDAİ skoruna göre hasta dağılımı grup 1'de 9 (%18), grup 2'de 21 (%42), grup 3'te 13 (%26) ve grup 4'te 7 (%14) olarak tespit edildi. Gruplar arası CAR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 (p=0,225), grup 1 ile grup 3 (p=0,774), grup 2 ile grup 3 (p=1,0) olup aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Grup 1 ile grup 2+3+4 (p=0,036) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gruplar arası AFR değerleri karşılaştırıldığında grup 1 ile grup 2 (p=0,779), grup 1 ile grup 3 (p=0,99), grup 2 ile grup 3 (p=0,99), grup 1 ile grup 2+3+4 (p=0,143) olup aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızın son verilerinde grup 4 hastaların sayısının yetersiz olması nedeniyle tek tek gruplar arası karşılaştırma tamamlanamadı. Çalışmamızda DAS28 skoru ile SDAİ skoru arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0,949 p≤0,001). DAS28 skoru ile CAR arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0,582 p≤0,001). DAS 28 skoru ile AFR arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı (r=-0,412 p=0,003). SDAİ skoru ile CAR arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0,666 p≤0,001), SDAİ skoru ile AFR arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı (r=-0,333 p=0,018). RA hastalarında hastalık aktivasyonunu belirlemede kullanılan DAS28, SDAİ gibi indekslerin yanı sıra poliklinik şartlarında daha kolay, ucuz ve objektif olarak kullanılabilecek yeni belirteçlere ihtiyaç vardır. CAR ve AFR bu yeni belirteçler olabilir. Literatürde bu belirteçler RA, sistemik lupus eritamatozis ve spondiloartrit grubu hastalıklarda aktivasyonu belirlemede çalışılmıştır. Genel olarak en faydalı sonuçlar RA hastalarında sağlanmıştır.

Sonuç: Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer olarak DAS28 ve SDAİ skorları CAR ile pozitif, AFR ile negatif korelasyonda gösterilmiştir. Bu durum CAR ve AFR değerinin aktif hastalığı göstermede etkin olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızın erken bulguları doğrultusunda CAR ve AFR'nin hastalık aktivitesi belirlemede yeni biyobelirteçler olarak kullanılabileceği düşünülmekte olup daha yüksek hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, CAR, AFR

Tablo1: DAS28 Mean Değerleri

Parametre	Grup1	Grup2	P		Grup1	Grup3	P	
CAR	0,103	0,053	0,445		0,103	0,232	0,217	
AFR	0,133	0,138	0,999		0,133	0,125	0,993	
Parametre	Grup2	Grup3	P		Grup1	Grup2+3+4	p	
CAR	0,053	0,232	0,031		0,103	0,300	0,078	
AFR	0,138	0,125	0,930		0,134	0,123	0,316	

Tablo2: SDAİ Mean Değerleri

Parametre	Grup1	Grup2	P		Grup1	Grup3	P	
CAR	0,077	0,161	0,225		0,077	0,172	0,774	
AFR	0,139	0,125	0,779		0,139	0,132	0,998	
Parametre	Grup2	Grup3	P		Grup1	Grup2+3+4	p	
CAR	0,161	0,172	1,0		0,077	0,293	0,036	
AFR	0,125	0,132	0,998		0,139	0,122	0,143	

PS-173

Fibromiyaljili bireylerde basınç ağrı eşiği ile ekstremite fonksiyonelliği arasındaki ilişki

Sinem Kuru[1], Bilge Başakçı Çalık[1], Elif Gür Kabul[2], Murat Yiğit[3], Veli Çobankara[3]

[1]Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Denizli

[2]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak

[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Bilimler Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Amaç: Fibromiyalji (FM), vücutta yaygın ağrı ve yorgunlukla seyreden kronik bir hastalık olduğu için kas kuvvet ve enduransı olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Kas kuvvetindeki zayıflamanın sonucu fonksiyonel kapasitesinin azaldığı yapılan çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı FM'li bireylerde basınç ağrı eşiği ile alt ve üst ekstremite fonksiyonelliği arasındaki ilişkiyi incelemekti.

Yöntem: Yaş ortalaması 43,91±10,50 yıl olan 57 FM'li kadın çalışmaya dahil edildi. Üst ekstremite fonksiyonları Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) ile, kaba kavrama kuvveti Jamar el dinamometresi ile, alt ekstremite fonksiyonları Alt Ekstremite Fonksiyonel Skalası (AEFS), Otur Kalk Testi ve 6 Dakika Yürüme Testi ile ve basınç ağrı eşik ölçümü basınç algometresi (Commander Echo) ile değerlendirildi. Değerlendirilen hassas noktalar, m. trapezius, dirsekler (lateral epikondil), m. quadriceps femoris ve dizlerden (medial) idi. Toplam 8 hassas noktaya 3'er ölçüm yapıldı ve ortalama değer kaydedildi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelendi. İstatistiksel test sonuçlarında anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilip yorumlandı. $r<0,2$ ise çok zayıf düzeyde, 0,2-0,4 arasında ise zayıf düzeyde, 0,4-0,6 arasında ise orta düzeyde, 0,6-0,8 arasında ise yüksek düzeyde, >0,8 ise çok yüksek düzeyde ilişki olduğu yorumu yapıldı.

Bulgular: Sağ el kavrama kuvveti ile sağ (r=0,334) ve sol lateral epikondil (r=0,392) ve sağ (r=0,285) ve sol trapezius (r=0,321) arasında zayıf düzeyde; sol el kavrama kuvveti ile sağ (r=0,279) ve sol lateral epikondil (r=0,407) arasında zayıf ve orta düzeyde korelasyon gözlendi. AEFS ile sol quadriceps femoris (r=0,262), sağ (r=0,309) ve sol medial diz (r=0,277) arasında zayıf düzeyde korelasyon olduğu görüldü.

Sonuç: Lateral epikondil ve tarpezius basınç ağrı eşiğindeki azalma kavrama kuvvetinde azalma ile; quadriceps femoris ve medial diz basınç ağrı eşiğindeki azalma ise alt ekstremite fonksiyonelliğinde azalma ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, ağrı, fonksiyonellik

PS-174

Behçet sendromuna bağlı damar tutulumunda tosilizumab kullanımı hastalık alevlenmesine yol açıyor olabilir

Ayşe Özdede[1], Emine Şebnem Durmaz[2], Alican Karakoç[1], Burçak Kılıçkıran Avcı[2], Hande Öğün[1], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Gülen Hatemi[1], Melike Melikoğlu[1], Emire Seyahi[1]

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

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) vasküler tutulum oluşturduğu ciddi morbidite ve mortalite nedeniyle, kapsamlı ve özelleşmiş bir tedavi yaklaşımını gerektirir. Özellikle damar tutulumu olan hastalarda tedavi sürecinde ikincil etkisizlik, yan etki ve/veya tedavi uyumsuzluğu gibi çeşitli zorluklarla karşılaşılması alternatif tedavi yollarının aranmasına neden olmaktadır. Son yıllarda literatürde, damar tutulumu olan BS hastalarında tosilizumabın etkinliğini gösteren sınırlı sayıda olgu serisi mevcuttur. Kliniğimizde takip edilen ve çeşitli biyolojik tedavilere dirençli damar tutulumu olan 7 hastada tosilizumab sonrası vasküler ve veya eklem ve deri-mukoza bulgularında alevlenmeler gözlemledik.

Yöntem: İ.Ü-C, CTF, Behçet hastalığı araştırma ve tedavi ünitesinde 2000-2022 yılları arasında takip edilen ve vasküler tutulumu olan 7 hastaya (4 erkek/3 kadın, medyan yaş: 47, medyan hastalık süresi: 18 yıl) standart immünosüpresif tedavilere dirençli hastalık aktivitesi ve akut faz yüksekliği nedeniyle tosilizumab tedavisi verilmişti. Hastaların en az bir anatomik bölgede vasküler tutulumu mevcuttu (pulmoner arter anevrizma ve veya tromboz: n=3, dural sinüs trombozu: n=3, derin ven trombozu: n=4, karotis arter anevrizması: n=1 aortit: n=1 ve perikardit: n=1). Beşi 162 mg/haftalık subkütan, ikisi 8 mg/kg aylık infüzyon tedavisi almıştı.

Bulgular: Hepsi, tosilizumab öncesi birden fazla immünosüpresif kullanmıştı; azatiyoprin (n=6), siklofosfamid (n=5), interferon (n=4), üç farklı anti-TNF (n=1), iki farklı anti TNF (n=2), bir anti TNF (n=3). Tedavi başladıktan 2-5 hafta sonra akut faz yanıtında anlamlı düşme sağlandı ancak, takipte bütün hastalarda medyan 6 ay süre içinde, vasküler tutulum ilişkili nüks veya deri-mukoza-eklem bulgularında alevlenme gözlendi.

Sonuç: BS, etiyolojisi net olarak bilinmeyen ve farklı fenotiplerle seyreden enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çeşitlilik, tedavi yanıtını da etkilemektedir. Az sayıda olgu serisinde, tosilizumabın BS hastalarında vasküler, nörolojik ve oküler tutulumda etkinliği bildirilmiştir ancak aynı zamanda mukokutanöz semptomlarda kötüleşmeye yol açabildiği de bildirilmektedir. Bildirilenin aksine, tosilizumab başlanan 7 hastamızda akut faz yanıtının baskılanmasına rağmen hastalık aktivitesinin remisyona girmediğini, hatta ciddi vasküler, deri-mukoza-eklem bulgularında alevlenmeler geliştiğini gözlemledik. Hastaların çoklu biyolojik ilaca dirençli olması, gözlenen yan etkilerin yüksek hastalık aktivitesinden kaynaklandığını düşündürebilir. Hasta serimizin retrospektif olması ve az sayıda hasta içermesi nedeniyle kısıtlı olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, tosilizumab, vasküler

PS-175

Nadir bir akut böbrek hastalığı nedeni olarak "amiloid fırtınası": Neler biliyoruz?

Ege Sinan Torun[1], Gülay Koçak[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü, İstanbul

Giriş: "Amiloid fırtınası", son yıllarda FMF amiloidozlu hastalarda tanımlanmış olan, yüksek düzeyde enflamasyonla ilişkili olarak akut böbrek hasarının görüldüğü bir klinik tablodur. Amiloid fırtınası ilk olarak FMF hastalarında tanımlanmış olsa da MEFV mutasyonu taşımayan AA amiloidoz hastalarında da benzer tablonun görülebildiği bildirilmiştir. Kliniğimizde amiloid fırtınasıyla izlenen ve renal replasman ihtiyacı olan iki hastamızın klinik özelliklerini paylaşmayı amaçladık.

Olgu 1: Otuz üç yaşında erkek hasta son bir haftada gelişen bulantı, kusma, öksürük ve balgam şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Hastanın dış merkezde birkaç gün önce yapılan tetkiklerinde kreatinin 4,78, CRP 78,2 mg/L olarak saptanınca hastaya antibiyoterapi başlanıp tarafımıza yönlendirilmiş. Tarafımıza başvuru anında üre 109 mg/dL, kreatininin 7,03 mg/dL, albümin 2,3 g/L, prokalsitonin 0,56 µg/L, spot idrar protein/kreatinin oranı 12868 mg/gün olarak saptandı, idrar sedimentinde 11 eritrosit 25 lökosit görüldü. Yaklaşık 1,5 yıl önce bakılan tahlillerinde kreatinin 0,94 mg/dL olarak görüldü. Üriner ultrasonda postrenal patoloji saptanmadı, böbrek boyutları normal, parankim ekojenitesi artmıştı. Hastaya acil hemodiyaliz tedavisi başlandı. Toraks BT'de sağ akciğer alt lobda pnömoni olan hastaya meropenem başlandı, bu tedaviyle klinik yanıt alındı, CRP 40 mg/L'ye geriledi. Böbrek biyopsisinde glomerüler mezangiumda, tubulus bazal membranlarında, damar duvarları ve interstisyumda yaygın homojen soluk eozinofilik birilimler görüldü, AA amiloidozla uyumlu olarak raporlandı. Haftada üç gün hemodiyalize girmeye devam eden hastaya kolşisin 0,5 mg 1*1 başlandı. Dispeptik yakınmaları ve kronik ishali olan hastaya gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı, alınan biyopsiler AA amiloidoz gastrointestinal tutulumuyla uyumluydu. MEFV mutasyonu negatif olarak saptandı. Taburculuk sonrası hastanın kolşisin tedavisine ayda bir 150 mg sc kanakinumab eklendi. Hastanın son vizitte CRP'si 7,5 mg/L olarak saptandı. Hastanın haftanın üç günü hemodiyaliz tedavisi ve romatoloji poliklinik takibi devam etmektedir.

Olgu 2: Kırk yedi yaşında erkek hasta, son üç gündür giderek artan bulantı, kusma, halsizlik şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastaya dış merkezde iki yıl önce ankilozan spondilit tanısı konduğu ve hastanın birkaç ay sulfasalazin kullandığı öğrenildi. Tetkiklerinde üre 166 mg/dL, kreatinin 12,66 mg/L, albümin 24,2 g/L, CRP 209 mg/L, prokalsitonin 1,81 µg/L olarak tespit edildi. Hastanın idrar sedimentinde 7 eritrosit, 2 lökosit, spot idrarda ise 5568 mg/gün proteinüri saptandı. Hastanın 4 ay önceki kreatinini 1 mg/dL, spot idrarda proteinürisi 342 mg/gündü. Üriner ultrasonda postrenal patoloji saptanmadı, böbrek boyutları normal, parankim ekojenitesi artmıştı. Hasta acil olarak hemodiyalize alındı. Toraks BT'de sol akciğer alt lobda pnömoni tespit edildi. Hastaya meropenem başlandı, bu tedaviyle klinik yanıt alındı, CRP 67 mg/L'ye geriledi. Renal biyopside glomerüllerde, mezangiumda, bazı arteriol ve arter duvarlarında diffüz soluk eozinofilik birikimler görüldü, AA amiloidozla uyumlu olarak raporlandı. Takipte hastanın hemodiyaliz ihtiyacı devam etti. 0,5 mg/gün kolşisin tedavisi başlanan hastanın MEFV mutasyonu negatif olarak saptandı. HLA B27 pozitif olan hastada pelvik grafide bilateral grade 3 sakroiliit, MR'de sol sakroiliak eklemde kemik iliği ödemi vardı. Hastaya 2 haftada bir 40 mg sc adalimumab tedavisi başlandı. Kontrol CRP 1 ay sonra görülecektir.

Tartışma: Amiloidoz ülkemizde hemodiyaliz uygulanan hastaların kronik böbrek hastalığı etiyolojilerinin %0,83'ünü oluşturmaktadır. Ancak son yıllarda akut böbrek hastalığı kliniği ile başvuran ve takipte amiloidoz tanısı alan olgulara da rastlanmaktadır. Amiloid fırtınası olarak adlandırılan bu tablo ≤2 haftalık süre içinde serum kreatinin ve proteinüri düzeylerinin en az iki seviye artması ya da tanımlanan en üst düzeye yükselmesi ve en az 10 kat CRP artışı olarak tanımlanır. Literatürde bu tabloya ilk olarak Kukuy ve arkadaşlarının FMF ilişkili amiloidoz hastalarını içeren çalışmasıyla dikkat çekilmiştir. Amiloid fırtınası kliniği olan 20 hasta ile bu kliniği taşımayan 20 amiloidozlu hasta kıyaslanmıştır. Amiloid fırtınası olanların kontrol grubuna göre daha genç olduğu vurgulanmıştı. Bizim iki olgumuz da genç olup mevcut literatüre benzerdir. Yine bu çalışmada amiloid fırtınası olan hastalarda 1 yıl içinde son dönem böbrek hastalığına ilerleme ya da ölüm oranının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. Bektaş ve arkadaşlarının 164 AA amiloidoz hastalı çalışmasında 9 hastada amiloid fırtınası bildirilmiştir. Beş hastada FMF'ye bağlı amiloidoz mevcutken, 4 hastada amiloidoz etiyolojisi olarak FMF dışı nedenler (2 hastada ankilozan spondilit, 1 hastada FMF dışı periyodik ateş sendromu, 1 hasta idiyopatik) mevcuttur. Birinci olgumuzda amiloidoz etiyolojisi "idiyopatik" ikincisinde ise ankilozan spondilitti. Her 2 hastamızın MEFV mutasyonu negatifti.

Sonuç: Literatürde enfeksiyonlar amiloid fırtınasının en sık tetikleyicisi olarak bildirilmektedir. Sunduğumuz iki hastada da klinik ve radyolojik olarak dökümante edilmiş solunum yolu enfeksiyonu bulguları mevcut olup literatür ile benzerdir. Tedavi destek tedavisini içermektedir. Sunduğumuz her iki hastaya da destek tedavisi verilmiş, enfeksiyon tablosu kontrol altına alınıp düzenli renal replasman tedavisine başlandıktan sonra hastalara kolşisin tedavisi ile beraber sitokin inhibitörü tedavileri başlanmıştır. İki olgumuz da kronik intermittan hemodiyaliz tedavisine devam etmektedir. Biyolojik ajanların, özellikle de interlökin-1 inhibitörlerinin amiloid fırtınasının tedavisinde ve önlenmesinde rolü olup olmadığı ile ilgili henüz yeterli bilgi yoktur. Enflamasyonun kontrolü, özellikle amiloid fırtınası gelişen genç popülasyonda kalp gibi diğer organ tutulumlarının önlenebilmesini sağlayabilir. Ancak bu konuda daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: AA amiloidoz, akut böbrek hasarı, amiloid fırtınası, ankilozan spondilit, biyolojik tedavi

PS-176

İnterstisyel akciğer hastalığı tanılı bağ doku hastalarında sekonder Sjögren sendromu sıklığı ve hastalık üzerine etkisi

Alida Aliyeva[1], Derya Kocakaya[2], Özlem Demircioğlu[3], Çağatay Çimşit[3], Semra Akkaya Turhan[4], Gonca Mumcu[5], Nevsun İnanç[1]

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

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[5]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bağ doku hastalıkları kronik, sistemik, enflamatuvar bir hastalık grubu olup birçok organı tutmakla birlikte sık etkilenen organlardan biri de akciğerlerdir. İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH) akciğer parankimini difüz olarak tutan enflamasyon, fibrozis ve yapısal bozulmayla karakterize, idiopatik ve geniş bir etiyolojik spektruma sahip olabilen hastalığı kapsar. Sjögren sendromu (SjS), primer SjS olarak tek başına görülebilmekle beraber romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus (SLE), sistemik skleroz (SSk) gibi diğer otoimmün hastalıklara eşlik eden sekonder Sjögren sendromu (sSS) olarak da görülebilmektedir. Sekonder Sjögren sendromunun varlığı, ilişkili otoimmün hastalığın fenotipi üzerinde ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bu çalışmada interstisyel akciğer hastalığı olan bağ doku hastalıklarında sekonder Sjögren sıklığını gösterilmesi, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT) bulgularına dayanarak radyografik seyri araştırması ve sekonder Sjögrenin akciğer enflamasyon ve fibrozis paterni ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi, Romatoloji Kliniği'nde interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle takipli olan 80 tanısı konmuş bağ doku hastası alındı. Hastaların demografik özellikleri belirlendi. Hastaların daha önceden tanı veya takipleri sırasında yapılmış ANA, ENA profili tetkik sonuçları kaydedildi. Son 1 senede çekilmiş HRCT ve yapılmış solunum fonksiyon testleri kaydedildi. Poliklinik randevusunda her hastanın glanduler tutulum açısından parotis ve submandibular bezlerinin ultrasonografisi (US) yapıldı, US görüntüleri Omeract skorlama yöntemi ile skorlandı. Aynı gün stimüle olmayan tükürük örnekleri toplandı ve göz hastalıkları anabilim dalı kornea birimine yönlendirerek göz kuruluğu değerlendirilmesi yapıldı. Sekonder Sjögren hastaları 2016 ACR/EULAR Sjögren sendromu sınıflandırma kriterlerine uygun olarak seçildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 80 hastanın 14'ünde sekonder Sjögren tanısı mevcut. Sekonder Sjögren olan grupta hastaların %35,7'si (n=5) romatoid artrit, 7'si (%50'si) skleroderma (n=7), ve %14,3'ü (n=2) enflamatuvar miyopati hastalarıydı. Sekonder Sjögren hastalarının 4'ünde tükürük bezi ultrasonografisi Omeract skorlaması ile grade 2-3 skorlandı. İki grubun yaş, cinsiyet, sigara kullanımı gibi demografik verilerinin ve SFT/DLCO ve HRCT bulgularının karşılaştırması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Sekonder Sjögren olan ve olmayan gruplar arasında HRCT bulgularında anlamlı fark saptanmamakla birlikte, sekonder Sjögren varlığı daha çok buzlu cam alanı varlığı ve solunum fonksiyon testlerinde daha fazla bozulma gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, sekonder Sjögren

Tablo 1. İAH tanılı hastaların demografik veriler, SFT/DLCO ve HRCT bulguları

	Sekonder Sjögren + IAH (n=14)	IAH (n=66)
	n (%)	n (%)
Cinsiyet: K/E	11/3	52/14
Sigara (+)	5 (7,6)	0 (0)
Romatoid artrit	5(35.7)	26(39.4)
Sistemik skleroz	7(50)	36(54.5)
Sistemik lupus eritematozis,	0(0)	3(4.5)
Polimiyozit/dermatomiyozit,	2(14.3)	1(1.5)
Buzlu cam	13(92.9)	64(97)
Retikuler patern	11(78.6)	51(77.3)
Traksiyon bronşektazi	10(71.4)	44(66.7)
Peribronşial kalınlaşma	11(78.6)	41(62.1)
Bal peteği	6(42.9)	17(25.8)
Distorsiyon,	2(14.3)	2(3)
	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Yaş	58.07±9.69	60.59±12.0
Pulmoner arter çapı (mm)	30.21±6.6	25.29±4.69
FVC, %	78.15±14.71	86.76±18.94
DLCO, %	62.23±11.29	71±22.12
FVC/DLCO, %	1.28±0.34	1.33±0.48
TLC, %	75.15±9.65	81.44±15.51
OMERACT-Parotis bezler (0-3 puan)	1.46±0.96	0.27±0,45
OMERACT-Submandibular bezler (0-3 puan)	1.53±1.12	0.53±0.54

PS-177

Primer Sjögren sendromlu hastalarda D vitamini düzeyi klinik, serolojik ve patolojik parametrelerle ilişkili olabilir mi?

Nilay Erdik[1], Sümeyye Merve Türk[1], Seyyid Bilal Açıkgöz[1], Damla Karataş[2], Cansu Arslantürk Güneysu[1], Gökhan Yavuzbilge[3], Mehtap Kalçık Unan[1], Gamze Dilek[4], Tamer Acat[1], Abbas Karakurt[5], Emel Gönüllü[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya*

[2]*Yalova Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova*

[3]*Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay*

[4]*Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bolu*

[5]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*

Amaç: Sjögren sendromu (SjS), ekzokrin bezleri etkileyen ve başta ağız ve göz olmak üzere mukozal yüzeylerin şiddetli kuruluğuna neden olan sistemik otoimmün bir hastalıktır. D vitamini, çok sayıda bağışıklık fonksiyonuna sahip olan ve çeşitli otoimmün hastalıkların etiyopatogenezinde rol oynayan, sekosteroidler sınıfına ait bir steroid hormondur. Çalışmamızda primer SjS tanılı hastaların D vitamini düzeyinin hastalığın klinik, serolojik ve patolojik parametrelerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na Kasım 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran primer SjS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, CRP, sedimentasyon, herhangi bir zamanda bakılan D vitamini düzeyi, lökosit sayısı, hastalık tanı aşamasındaki RF, ANA, anti SSA, anti SSB ve tükrük bezi biyopsisinde fokus varlığı kayıt edildi. Glandüler ve ekstraglandüler semptomları (ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artrit, artralji, yorgunluk, parotis bez büyümesi) sorgulandı. Hastaların fibromiyalji, nöropatik ağrı ve tiroid fonksiyonları değerlendirildi. Nöropatik ağrı sorgulamasında The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign Pain Scale (LANSS Ağrı Ölçeği) kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 65'i (%97) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 52,55±11,51 yıldı. Medyan D vitamini düzeyi 17,34 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00) olarak saptandı. Hastaların D vitamini düzeyleri incelendiğinde; D vitamini düzeyi ≤10,00 µg/L altında olan 9 (%13), 10,01-20,00 µg/L arasında olan 35 (%52), 20,01-30,00 µg/L arasında olan 18 (%27) ve >30,01 µg/L olan 5 (%8) hasta olduğu bulundu. Göz kuruluğu, yorgunluk, artralji, artrit, parotis büyümesi ve fibromiyaljisi bulunan hastalarda bulunmayanlara göre D vitamini medyan değerleri daha düşüktü fakat istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Ağız kuruluğu ve lökopenisi olan hastalarda olmayanlara göre D vitamini düzeyi medyan değeri daha yüksekti ama istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Hastaların %9'unda (n=6) hipotiroidi izlendi. Hipotiroidisi olan hastaların D vitamini düzeyi medyan 17,67 µg/L (min.-maks. 12,00-24,14) iken hipotiroidi olmayanların D vitamini düzeyi medyan değeri 16,26 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00) olup gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi (p>0,05). RF pozitif olan hastaların negatif olanlara göre D vitamini düzeyi medyan değeri daha yüksekti ama istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). ANA, Anti SSA ve Anti SSB pozitif olan hastaların negatif olanlara göre D vitamini medyan değerleri daha düşüktü fakat istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). Altmış yedi hastanın 53'üne tükrük bezi biyopsisi yapılmış, bu hastaların %75'inde (n=40) fokus izlenirken %25'inde (n=13) fokus yoktu. Fokus saptanan hastaların D vitamini düzeyi medyan 16,80 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00), fokus saptanmayanların 17,88 µg/L (min.-maks. 7,77-31,00) idi, istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). Altmış yedi hastanın 63'üne uygulanan LANSS ağrı ölçeğinde %24 (n=15) hastada nöropatik ağrı saptandı. Nöropatik ağrısı olan hastaların D vitamini düzeyi medyan 15,12 µg/L, (min.-maks. 7,77-32,00), nöropatik ağrısı olmayanların medyan 16,80 µg/L (min.-maks. 6,80-34,00) idi, istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p>0,05). D vitaminiyle CRP, sedimentasyon ve LANSS ağrı ölçeği arasında korelasyon saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: D vitamini eksikliğinin prevalansı son dönemde artmakta olup otoimmün hastalıkların gelişmesine ve hastalık aktivitesiyle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. SjS hastaları ile sağlıklı bireyler arasında D vitamini düzeyleri farklı olduğunu gösteren çalışmalar literatürde bulunsa da yapılan bir meta analizde bu fark net olarak gösterilememiştir. SjS hastalarda yapılan başka çalışmalarda D vitamini eksikliği periferik nöropati, lenfoma ve lökopeniyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Literatürde çelişkili sonuçlar olmakla birlikte D vitamini eksikliğinin SjS hastalarındaki etkileri net olarak aydınlatılamamıştır. Primer SjS tanılı hastalarda klinik, serolojik ve patolojik değişkenleri D vitamini düzeyleri ile karşılaştırdığımız çalışmamızda D vitamini düzeylerinin primer SjS tanılı hastalar üzerinde herhangi bir etkisi olduğuna dair kanıt saptayamadık.

Anahtar Kelimeler: D vitamini, otoimmün hastalıklar, Sjögren sendromu

PS-178

Erişkin başlangıçlı Still hastalığı; uzamış kaşıntılı döküntü hiperferritinemi ile ilişkili midir?

Gizem Varkal, İpek Türk, Zeynep Tüzün, Ayşegül Özdoğan Bircan, Mehmet Ali Aşık, Kaniye Aydın

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı sırasında Yamaguchi kriterleri kullanılmakta olup enfeksiyon, malignite ve diğer sistemik hastalıklar tanı öncesi dışlanmalıdır. Bu hastalarda çok sık görülmese de kaşıntılı ve dirençli deri belirtileri görülebilmektedir. Biz de hastalığın remisyonda olmasına rağmen kaşıntısının devam ettiği bir olguyu sunduk.

Yöntem: Yirmi dört yaşında kadın hasta yeni başlayan ateş, boğaz ağrısı, eklem ağrısı, üst ekstremite ve gövdede döküntü şikayeti ile başvurdu. Anemi, trombositopeni, akut faz reaktanlarında artış ve serum ferritin yüksekliği laboratuvar parametrelerinde gözlendi. Hastanın enfeksiyon açısından değerlendirilmesi yapıldı. Hastaya ampirik olarak meropenem (3*1 gram) ve tigesiklin (2*50 mg) verildi. Hastada enfeksiyon dışlandı. Antinükleer antikor ve romatoid faktör negatif bulundu. Malignite açısından da değerlendirilen hastaya çekilen tomografide plevral, perikardiyal efüzyon, mezenterik, paraaortik ve servikal bölgedeki lenf düğümleri görüldü. Servikal bölgede 1 cm'lik lenf nodu çıkarıldı. Biyopsi hiperplastik lenf nodu olarak değerlendirildi. Makrofaj aktivasyon sendromu ve malignite ekartasyonu nedeniyle kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Hiperselüler kemik iliği olarak değerlendirildi. Hasta Yamaguchi kriterlerine göre değerlendirilerek malignite ve enfeksiyon dışlanarak erişkin başlangıçlı Still hastalığı tanısı konuldu. 15 mg/hafta/deri altı metotreksat ve 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi uygulanan hastanın tedaviyle semptomları geriledi ve laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. Tanı konulduktan 5 ay sonra aralıklı ateş, artrit ve sol dizinde hastalık aktivasyonunu düşündüren kaşıntılı ürtiker döküntüsü olan hasta değerlendirme ve tedavi amacıyla hastaneye yatırıldı. İnatçı kaşıntı ve hiperferritinemisi olan hastada malignite ekarte edildi. Pulse (500 mg/gün) metilprednizolon tedavisi 3 gün süreyle verildi. 1 mg/kg metilprednizolon ile devam edildi. Metotreksat ve metilprednizolon ile hastalık aktivasyonu üzerine tedaviye 100 mg/gün subkütan anakinra eklendi. Kaşıntı ve döküntü dışındaki semptomlar tedaviyle ortadan kalktı. Kaşıntılı döküntü ise anakinra tedavisinin 1. ayı sonunda kayboldu. Şekil 1'de tedavi öncesi ve sonrası lezyonlar gösterilmektedir. Hala hastalık tanısı konmadan önce enfeksiyon ve malignitenin ekarte edilmesi gereken nadir görülen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Bizim olgumuzda tanı öncesinde enfeksiyon ve malignite açısından kültür, tomografi, biyopsi gibi detaylı tetkikler yaptık. Aşırı demir birikiminin olmadığı bazı durumlarda yüksek serum ferritin düzeyleri de ortaya çıkabilir. Bu en sık olarak maligniteler, sistemik jüvenil idiyopatik artrit, sistemik lupus eritematozus, böbrek yetmezliği, makrofaj aktivasyon sendromu ve metabolik sendromu içeren enflamasyon ortamında ortaya çıkar. Özellikle malignite ve kronik enflamatuvar durumlar ayrıca ikincil demir yüklenmesine neden olabilir. Bilindiği gibi olgumuz nadir görülen kronik enflamatuvar hastalık grubunda olup, hastalık aktivasyonunda serum ferritin yüksekliği beklenmektedir.

Bulgular: Tedavi hastalığın şiddetine göre bireyselleştirilir. Tedavide kullanılan ilaçlar özellikle metotreksat, metilprednizolon, interlökin 1 inhibitörleri ve interlökin 6 blokajı gibi hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlardır (DMARD). Bizim olgumuzda tanı anında dmard ve metilprednizolon ile hastalığın gerilemesi sağlandı. Hastanın ikinci atağında pulse dozunda metilprednizolon tedavisi uygulandı ve ayrıca interlökin 1 blokajı olarak anakinra tedavisi uygulandı. Hastalık aktivasyonunda artan ve klinik pratikte sıklıkla kullanılan CRP ve ESR tedaviyle birlikte beklendiği gibi azaldı. Ancak serum ferritin düzeyi diğer akut faz reaktanları kadar hızlı düşmez. Bizim olgumuzda ise tabloda görüldüğü gibi özellikle ikinci atakta CRP ve serum ferritin düzeylerinde azalma hızı görülmektedir. Literatürde hiperferritinemi ile kaşıntı arasındaki ilişki bildirilmektedir. Hastamızda kaşıntılı döküntü ve devam eden ferritin yüksekliği dışında herhangi bir semptom veya laboratuvar anormalliği yoktu. Hastanın takibinde serum ferritin seviyesinin düşmesiyle birlikte kaşıntılı döküntü semptomunun ortadan kalktığı görüldü. İnatçı kaşıntılı deri lezyonlarının varlığında malignite dışlanması gereken önemli bir ön tanıdır. Ayrıca herhangi bir hastalığın tedavisi sırasında kullanılan ilaçların yan etkileri sonucu da kaşıntılı döküntüler ortaya çıkabilmektedir. Erişkin başlangıçlı Still hastalığının tedavisinde kullanılan anakinranın yan etkisi olarak da deri lezyonları görülebilmektedir. Bizim olgumuzda anakinra tedavisinin ilk haftasında kaşıntı ve döküntülerin azalması beklenirken tam tersine artış gözlendi. Anakinra'nın yan etki olabileceği düşünüldü ancak hastaneye kaldırıldığı andan itibaren şikayetleri olduğu için tedaviye devam edildi. Kaşıntı ve döküntünün arttığı dönem aynı zamanda metilprednizolon tedavisinin pulse dozundan 1 mg/kg'ye düşürüldüğü dönemdi. Eğer ilacın yan etkisi olduğu düşünülseydi belki de hastalık atağı yeniden gelişirdi. Bütün bunlar bilinmeli ve hastalığın takibinde dikkate alınmalıdır. Ancak belki de en önemlisi hastalıkta deri lezyonları kaşıntılı olabilir ve hastalık uygun şekilde tedavi edilse bile muhtemelen serum ferritin düzeylerine bağlı olarak beklenenden daha uzun sürebilir.

Sonuç: Literatür incelendiğinde az sayıda atipik kutanöz lezyon ve erişkin başlangıçlı hala hastalıkta kaşıntılı deri lezyonları olgusu rapor edilmiştir. Ancak uzamış kaşıntılı döküntü ve ferritin yüksekliğinin birlikte ortaya çıktığı belirtilmemiştir. Erişkin başlangıçlı still hastalığı sırasında da atipik döküntüler meydana gelebilir. Bu hasta grubunda malignite ve ilaç yan etkileri dışında hiperferritinemi nedeniyle kaşıntının bir süre daha devam edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kaşıntı, hiperferritinemi, Still hastalığı



Resim 1. Tedavi sonrası döküntü



Resim 2. Tedavi öncesi döküntü

PS-179

Sjögren sendromlu hastalarda vücut kitle indeksi ile otonom disfonksiyon arasında bir ilişki var mı?

Tamer Acat[1], Cansu Arslantürk Güneysu[1], Seyyid Bilal Açıkgöz[1], Mehtap Kalçık Unan[1], Sümeyye Merve Türk[1], Nilay Erdik[1], Damla Karataş[3], Gamze Dilek[4], Gökhan Yavuzbilge[5], Abbas Karakurt[2], Emel Gönüllü[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

[3]Yalova Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Yalova

[4]Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Kliniği, Bolu

[5]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Amaç: Sjögren sendromu, kuru göz, kuru ağız semptomlarına ek olarak ekstraglandüler tutulumlarla gidebilen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Sjögren sendromunda otonom sinir sistemi bozuklukları %3 ile %50 arasında değişen sıklıklarda eşlik etmektedir. Bu çalışmamızda Sjögren sendromlu hastalarda vücut kitle indeksinin otonom fonksiyon bozukluğu üzerindeki etkisini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Polikliniği'ne Aralık 2021-Aralık 2022 tarih aralığında başvuran Sjögren sendromu tanılı 95 hasta incelendi. Hastaların demografik özellikleri, vücut kitle indeksi (VKİ), eşlik eden hastalıkları, tanı yaşı kaydedildi. Diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, ağır kalp yetmezliği tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmedi. VKİ değerlerine göre hastalar obez, kilolu ve normal kilolu olarak gruplandırıldı (VKİ ≥30 olması obezite, 25-29,9 arası kilolu, <25 olması normal). Otonom fonksiyon bozuklukları ortostatik, vazomotor, sekretomotor, gastrointestinal, mesane ve pupillomotor fonksiyonları içeren 6 alt bölümden oluşan Kompozit Otonom Semptom Skoru-31 (COMPASS-31) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 80'i kadın (%96,4) olmak üzere 83 hasta dahil edildi ve hastaların yaş ortalaması 53,3±11 idi. Hastaların 28'i normal kiloda (%33,7), 24'ü kilolu (%28,9) ve 31'i obezdi (%37,3). Bu gruplar arasındaki cinsiyet ve yaş ortalaması benzerdi. Tanı yaşı normal kilolu grupta 41,9±13,9, obez grupta 49,4±8,8 olup istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,049). Ortalama toplam COMPASS-31 puanı; obez, kilolu ve normal kilolular arasında anlamlı bir farka sahip değildi (p>0,05). COMPASS-31 alt gruplarında da anlamlı fark bir fark saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda VKİ ile COMPASS-31 arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fibromiyalji tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastalık semptomlarının obeziteyle ilişkilendirilmesi obez olan grupta tanı yaşının gecikmesine sebep olmuş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kompozit Otonom Semptom Skoru-31, COMPASS-31, VKİ, Sjögren sendromu

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

	BMI normal	Kilolu	Obez	p
Yaş	50.0±10.9	52.9±12.8	56.6±9.5	0.078
Kadın cinsiyet	28(%100)	23(%95.8)	30(%96.8)	NA
Tanı yaşı	41.9±13.9[a]	46.4±11.8	49.4±8.8[a]	0.049
Hastalık süresi	6(7.8)	4(4.9)	5(7)	0.536

Tablo 2. VKİ ile COMPASS-31 skoru karşılaştırılması

	BMI normal	Kilolu	Obez	p
Total	29.2(23.5)	21.8(18.9)	21.0(33.87)	0.105
Ortostatik tolerans	4(16)	0(11)	12(20)	0.072
Vasomotor	0(0.83)	0(2.5)	0(2.5)	0.738
Sekretomotor	6.4(5.3)	6.4(5.9)	6.4(6.4)	0.877
GİS	3.1(8.0)	4.5(5.4)	8.0(6.2)	0.180
Mesane	1.1(2.2)	2.2(3.1)	1.9(3.3)	0.303
Pupil	3.2(2.9)	2.2(2.8)	2.7(2.3)	0.487

PS-180

Ankilozan spondilit hastalarının tedavisinde sistemik secukinumab: Sistemik ve gözyaşı proenflamatuvar sitokinleri ile oküler yüzey bulgularının ilişkisi

Özlem Dikmetaş[1], Yasemin Kapucu[1], Zehra Özsoy[2], Nargiz Rüstamova[1], Semih Coşan[1], Sibel Kocabeyoğlu[1], Umut Kalyoncu[2], Çağman Tan[3], İlhan Tezcan[1], Murat İrkeç[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kuru göz hastalığı tüm dünyada çok sayıda insanı etkileyen sık görülen oküler yüzey hastalığıdır. Bu hastalığın patogenezine bakıldığında enflamasyonun rol oynadığı görülmektedir. Ankilozan spondilit (AS) immün aracılı enflamatuvar romatoid hastalıkların prototipidir. Çalışmalarda birçok enflamatuvar sitokin özellikle IL-17 AS'nin patogenezinde gösterilmiştir. Secukinumab IL-17 reseptörlerine selektif olarak bağlanarak hedef reseptör ile ilişkisine engel olmaktadır. Buradan yola çıkarak bu çalışma ile secukinumab tedavisi öncesi ve sonrası AS hastalarında proenflamatuvar sitokinlerin kan ve gözyaşındaki düzeylerinin ve bunların oküler yüzey bulguları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma kesitsel prospektif bir çalışma olup 12 AS hastasını ve 12 sağlıklı kontrol grubunu içermektedir. Oküler yüzey bulguları ve gözyaşı filmi Ocular Surface Disease indeks (OSDI) anketi, gözyaşı kırılma zamanı (GKYZ), oküler yüzey boyanma ve Schirmer II testi ile değerlendirldi. Kan ve gözyaşı örnekleri eş zamanlı alındı. Kuru göz hastalığı bulguları tedavi öncesi, tedavi sonrası 4. ve 12. hafta değerlendirildi. Sağlıklı kontrol grubundan gözyaşı veperiferik kan örnekleri çalışmanın başlangıcında alındı. Toplanan gözyaşı ve kan örneklerinde pediatrik immünoloji laboratuvarında proenflamatuvar sitokin düzeyleri çalışıldı. Otuz sitokin değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı.

Bulgular: AS hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek OSDI skorları (p=0,01), GKYZ (p=0,03) ve benzer korneal floresein ve lissamin yeşili boyanması (p=0,12) saptandı. AS hastalarında OSDI skoru farklı ölçüm zamanlarında anlamlı farklı bulundu (p=0,01). IL1B, IL-10, IL-13, IL-6, IL-12/IL-23p40, Rantes, Eotaxin, IL-17A, MIP-1A, GM-CSF, MIP-1B, MCP- 1, IL-15, IL-5, IFN-G, IFN-A, TNF-A, IL-2, IL-7, IP-10, IL-2R, MIG, IL-4, IL-8 düzeyleri AS hastalarının serum ve gözyaşında 1. ve 3. ayda farklı bulunmadı (p>0,05). IL1R-A ölçümleri AS serum ve gözyaşında 1. ve 3. ayda anlamlı azalma gösterdi (p=0,04).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları secukinumab tedavisi alan AS hastalarında tedavi sonrası IL1RA düzeyinin gözyaşı ve serumda azaldığını gösterdi. Lakrimal IL 17 düzeyleri GKYZ ve Schirmer testi ile ilişkili eski çalışmalarda ilişkili görülmektedir. Bu sonuçlarla IL-1 RA inhibisyonu sistemik secukinumab tedavisi ile sağlanabilmekle birlikte kuru göz sendromu bulgularını etkilememiştir. Kuru göz hastalığı tüm dünyada çok sayıda insanı etkileyen sık görülen oküler yüzey hastalığıdır. Bu hastalığın patogenezine bakıldığında enflamasyonun rol oynadığı görülmektedir. Ankilozan spondilit (AS) immün aracılı enflamatuvar romatoid hastalıkların prototipidir. Çalışmalarda birçok enflamatuvar sitokin özellikle IL-17 AS'nin patogenezinde gösterilmiştir. Secukinumab IL-17 reseptörlerine selektif olarak bağlanarak hedef reseptör ile ilişkisine engel olmaktadır. Buradan yola çıkarak bu çalışma ile secukinumab tedavisi öncesi ve sonrası AS hastalarında proenflamatuvar sitokinlerin kan ve gözyaşındaki düzeylerinin ve bunların oküler yüzey bulguları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, secukinumab, proenflamatuvar sitokinler, gözyaşı, oküler bulgular

PS-181

Memenin MPO pozitif vasküliti

Elif Güngör, Zeliha Ademoğlu, Yelin Koçak Ünsal, Rabia Gökçen Umurca Aydemir, Hakan Emmungil

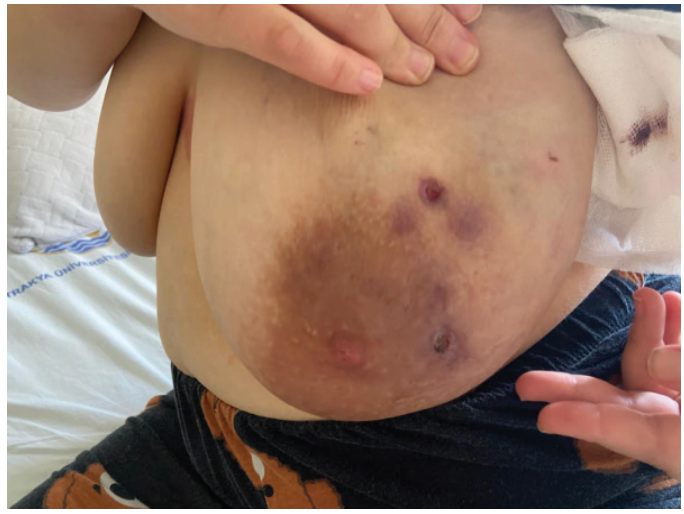
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülit, genellikle küçük damarların enflamasyonuyla karakterize heterojen bir hastalık grubudur. Neredeyse tüm organlar etkilenebilir, ancak deri, böbrek ve üst ve alt solunum yolları en sık tutulur. Bununla birlikte memenin sistemik vaskülitik tutulumunun nadir olduğu bildirilmiştir. Burada memede deride fistülize kitle lezyon, eritema nodozum ve artrit ile karakterize ANCA ilişkili vaskülit hastası sunulmaktadır.

Olgu: Otuz yaşında, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, 2 aydır olan sol memede akıntılı kitle lezyon (Şekil 1), alt ekstremitelerde döküntü ve artralji şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede el ve ayak bileklerinde artrit, alt ekstremitede yaygın deriden kabarık, kızarık, ısı artışı olan ağrılı nodüler lezyonlar saptandı. Laboratuvar değerleri Tablo 1'de görülmektedir. Meme ultrasonunda; sol meme derisinde kalınlık artışı ve üst dış kadranda belirgin olmak üzere birbirlerine traktus yollarıyla bağlantı oluşturan heterojen ekoda koleksiyon alanları içeren deri altına fistülize olan lezyon saptandı. Manyetik rezonans (MR) incelemesinde; sol meme dış kadranı kaplayan birbirleriyle ilişkili multiple kistik, heterojen karakterde, yaygın kontrastlanma alanları görüldü (Şekil 2). Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde hiler, mediastinal lenfadenopati veya parankim patolojisi saptanmadı. Akut mastit ön tanısıyla aldığı antibiyotik tedavilerine yanıt alınamayan, viral seroloji ve brucella tetkiklerinde patoloji saptanmayan hastada enfeksiyon etkenleri dışlandı. Histopatolojik incelemede kronik granülomatöz enflamasyon saptandı. Tüberkülin deri testi, quantiferon, mikobakteri polimeraz zincirleme reaksiyonu (PCR) testleri negatif tespit edildi. Hastanın MPO (myeloperoksidaz antikoru) ANCA testi pozitif olarak saptandı. Hastaya memenin MPO ANCA pozitif vasküliti tanısıyla 1 mg/kg/gün oral metilprednizolon başlandı, takiplerinde eritema nodozum ile uyumlu lezyonları geriledi. Kitlenin akıntısı gerileyip kayboldu ve çapı küçüldü. Steroid dozu azaltılan hastanın tedavisine subkütan methotrexat 15 mg/hafta eklendi. Güncel olarak düşük doz steroid ve metotreksat ile hastalık kontrol altına alındı.

Sonuç: Granülomatöz mastitin ayırıcı tanısında maligniteler, enfeksiyöz nedenler (bakteriyel, fungal veya parazitik apse), otoimmün ve enflamatuvar hastalıklar, yapısal değişikler, sistemik hastalıkla bağlantılı olabilen diğer nadir sebepler (diabetes mellitus, sarkoidoz) ve idiyopatik granülomatöz mastit yer almaktadır. Meme vasküliti de kitle ve ülserasyon ile klinik belirti verir. Özellikle maligniteler ve enfeksiyöz nedenler öncelikle dışlanmalıdır. Klinik bulgular, ANCA testleri, görüntüleme ve son olarak hisopatolojik inceleme ile meme vasküliti gibi enflamatuvar hastalık tespit edilen hastalarda yeterli immünosüpresif tedavi ile remisyon sağlanıp gereksiz cerrahi uygulamalar önlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, meme, sistemik vaskülit



Şekil 1. Sol meme üst dış kadranda deride fistilüze palpabl kitle lezyon



Şekil 2. T2 ağırlıklı MR görüntülerinde içerisinde tübüler kistik alanların olduğu heterojen karakterde hiperintens alan

PS-182

EBV ilişkili lenfoproliferatif hastalık seyrinde hemofagositik lenfohistiyositozis

Oğuz Çelebi[1], Mustafa Cem Bülbül[1], İbrahim Öner Doğan[2], Ahmet Burhan Ferhanoğlu[3], Nilüfer Alpay Kanıtez[4]

[1]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) nadir görülen, hayatı tehdit eden bir immün hiperaktivasyon durumudur. Primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer formu genetik mutasyonlara bağlı gelişirken sekonder formu enfeksiyöz, enflamatuvar ve hematolojik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar. Epstein Barr virüsü (EBV), Herpes virüs ailesindendir ve lenfoma için risk faktörüdür. Nadiren özellikle B lenfositler aracılı seyri yıllarca sürebilen ve iyi bilinmeyen EBV ilişkili lenfoproliferatif hastalığa (LPH) sebep olabilir. EBV ilişkili LPH, kendi kendini sınırlayan bir klinikten çok agresif seyredebilen geniş bir spektruma sahiptir. Bu yazıda EBV ilişkili LPH seyrinde rituksimab tedavisi sonrası gelişen HLH ile kaybettiğimiz bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hasta üç aydır sebat eden sağ yanakta ağrısız şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde 32 yıl önce intranazal miyofasiyal granülom nedeniyle cerrahi ve radyoterapi uygulandığı ve sonrasında herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde lenfadenopati veya hepatosplenomegali yoktu. MR'de görülen sağ masseter kasında bukkal bölgeye uzanım gösteren 30x52 mm'lik kitleye yapılan tru-cut biyopside EBER pozitif, sitotoksik T/NK hücre antijen ekspresyonu gösteren, proliferasyon kapasitesi düşük bir infiltrasyon görüldü. Lenfoma tanısı için yapılan klonalite analizleri tanı koydurucu değildi. PET-BT görüntülemesinde bukkal bölgedeki lezyon haricinde hipermetabolik bir odak tespit edilmedi. Laboratuvar incelemelerde belirgin bir patoloji yoktu. RF, ANA ve ANCA negatifti. Serum IgG4 düzeyi normal sınırlardaydı. Sağ yüz yarımının neredeyse tamamını kaplayacak kadar şişliğin artması üzerine 32 mg/gün metilprednisolon tedavisi başlandı ve belirgin yanıt alındı. Steroid dozunu azaltırken bulguların tekrarlaması üzerine başlanan metotreksat ile karaciğer toksisitesi gelişti. Azatioprin etkisizdi. Şişliğin metilprednisolon dozunu 16 mg/günün altına inmesine müsaade etmeyecek kadar artışı üzerine iki hafta ara ile 1000 mg iv rituksimab uygulandı. Rituksimab tedavisinin üçüncü ayında ateş, bilateral alt ekstremitede pannikülit benzeri görünüm, el sırtında ve ayak tabanında ülsere lezyonlar gelişti. Laboratuvar bulguları Tablo 1'deki gibiydi. Bu bulgularla HLH düşünülerek 1 mg/kg/gün metilprednisolon başlandı. Başlangıçta klinik yanıt alındı fakat metilprednisolon henüz 32 mg/gün dozunda iken bulgular tekrarladı ve sitopeni gelişti. Kemik iliği aspirasyonunda hemafagositik hücreler tespit edildi, malign infiltrasyon saptanmadı. Üç gün 1 gr pulse metilprednisolon ve devamında 80 mg metilprednisolon ile siklosporin (2 mg/kg/gün) başlandı. Bu sırada bakılan EBV DNA 450.000 kopya/mL tespit edildi. Siklosporin ve arkasından başlanan anakinra (400 m/g) tedavilerine yanıt alınamadı. Ateşi yükseldi, laboratuvar bulguları enfeksiyon lehine artış gösteren hastaya siklofosfamid verilemedi, IVIG ve uygun ampirik antibiyoterapi verildi. Takibinde transfüzyon ihtiyacı arttı, tüm medikal tedaviye rağmen genel durum kötüleşti. Günler içerisinde ARDS bulguları ile solunum yetmezliği ve arkasından hemodinamik instabilite gelişen hasta kaybedildi.

Sonuç: EBV ilişkili LPH yaygın olarak B lenfositlerden kaynaklanmakla birlikte T lenfosit ve NK hücre kaynaklı olabilir. T ve NK hücre kaynaklı EBV ilişkili LPH ile bilgilerimiz daha da sınırlıdır. Kısa sürede mortal seyreden olgu bildirimleri mevcuttur. HLH spektrumun en ağır formudur. Rituksimab genellikle etkin bir tedavi olarak bildirilmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi sürecin kötüye gidişini durduramamıştır. Sonrasındaki tedaviler de etkili olamamış olası enfeksiyon ya da hemofagositozun kötüleşmesi ile hasta kaybedilmiştir. EBV ilişkili LPH iyi bilinmeyen zorlu bir tanıdır ve enflamatuvar bulgular ile romatoloji pratiğine de yansıyabileceğinden farkındalığı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: EBV ilişkili lenfoproliferatif hastalık, hemofagositik lenfohistiyositozis

Tablo 1: Laboratuar sonuçlar

Tetkik	Sonuç	Referans aralık
C reaktif protein	**92**	<5 mg/L
Sedimentasyon hızı, 1. Saat	**42**	0-25 Mm/h
Prokalsitonin	0.24	
Lökosit Sayısı	3060	4100-11100/mm3
Nötrofil sayısı	2400	1800-7500/mm3
Lenfosit sayısı	**100**	1200-5800/mm3
Hemoglobin	**7.4**	12,6-17,8 g/dL
Trombosit sayısı	**40000**	150000-400000/mm3
Trigliserit	**495**	
Ferritin	**7070**	13-150 ng/ml
Kan Üre Azotu (BUN)	20	10-20 mg/dL
Kreatinin, serum	0,5	0,6-1,1 mg/dL
Alanin aminotransferaz	134	<33 U/L
Aspartat aminotransferaz	52	<32 U/L
Alkalen fosfataz	68	35-105 U/L
Gammaglutamil transferaz	140	5-36 U/L
Laktat Dehidrogenaz	**484**	135-225 U/L

PS-183

FMF'li hastalarda tetikleyici faktörler yeterince değerlendiriliyor mu? Kolşisine-dirençli FMF hastalarında tetikleyici faktörler oldukça yaygındır

Bayram Farisoğulları, Levent Kılıç, Gözde Kübra Yardımcı, Ali Akdoğan

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

Amaç: Çalışmanın amacı, kolşisine dirençli ve kolşisine yanıt veren FMF hastalarında tetikleyici faktörlerin sıklığının yanı sıra IL-1 antagonist tedavisinin tetikleyici faktörler üzerine etkisini araştırmaktır.

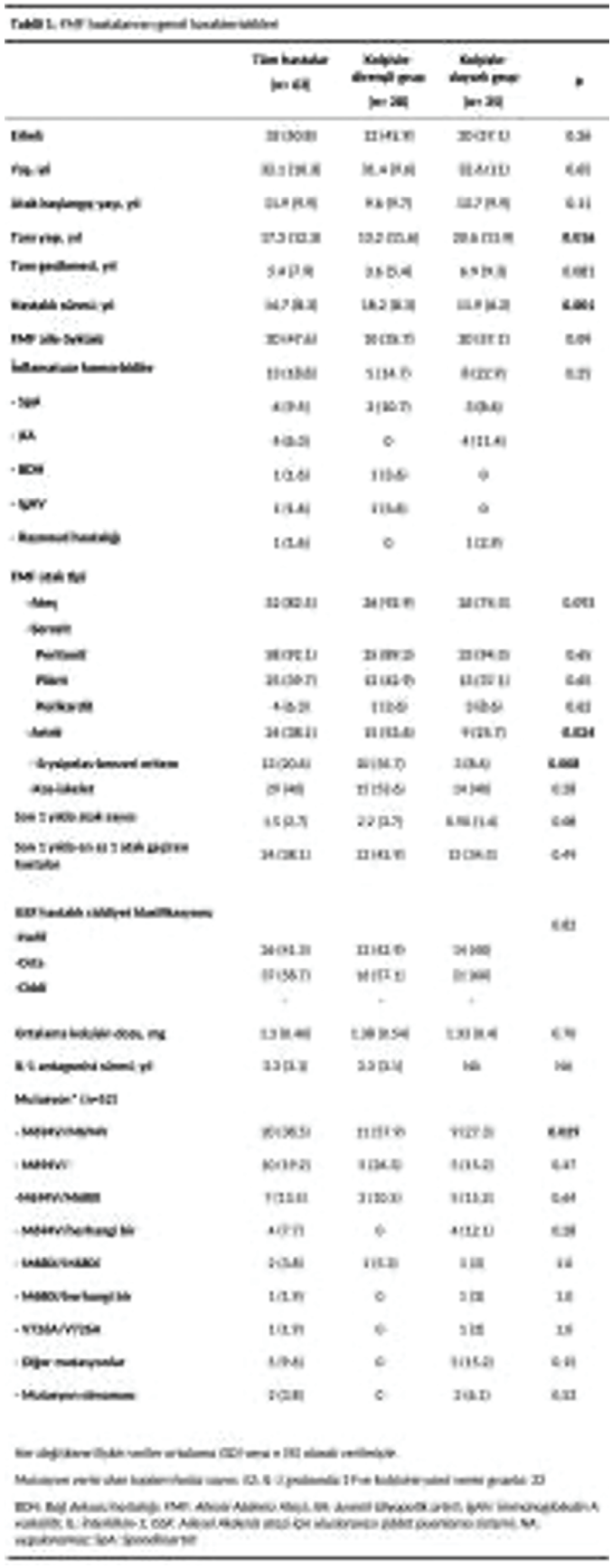
Yöntem: Hem kolşisine dirençli (IL-1 antagonisti tedavisi alan hastalar) hem de kolşisin tedavisine yanıt veren hastalar (kolşisin tedavisi altında son 1 yıl içinde ≤3 atak geçiren), soğuğa maruz kalma, emosyonel stres, yorgunluk, fiziksel aktivite, menstrüasyon (kadınlar için), uykusuzluk, uzun süreli ayakta durma, uzun süreli seyahat, yüksek yağlı diyet alımı, açlık, enfeksiyon ve travma gibi 12 farklı tetikleyici faktörün varlığı açısından sorgulandı. Kolşisine dirençli hastalar, IL-1 antagonistleriyle tedaviden önce ve sonra olmak üzere iki zaman periyodunda tetikleyici faktörlerin varlığı açısından sorgulandı.

Bulgular: Kolşisine dirençli 28 ve kolşisine yanıt veren 35 hastayı inceledik. Genel olarak hastaların %77,8'inde en az bir tetikleyici faktör vardı. Tetikleyici faktörler toplam atak sayısının %28,5'iyle ilişkilendirildi. Hastaların yarıdan fazlası (%57,1) bu durumlardan kaçındığını ifade etti. Tetikleyici faktörlerin sıklığı kolşisine dirençli grupta kolşisine yanıt veren gruba göre daha yüksekti (%89,3 vs. %68,6; p=0,04). Kolşisine dirençli FMF hastalarında, tetikleyici faktörlerin sıklığı (%89,3'e karşı %32,1) ve tetikleyici faktörlerin başlattığı atakların yüzdesi (%27,8'e karşı %14,4; p<0,001) IL-1 antagonistleriyle tedavi sonrasında azaldı.

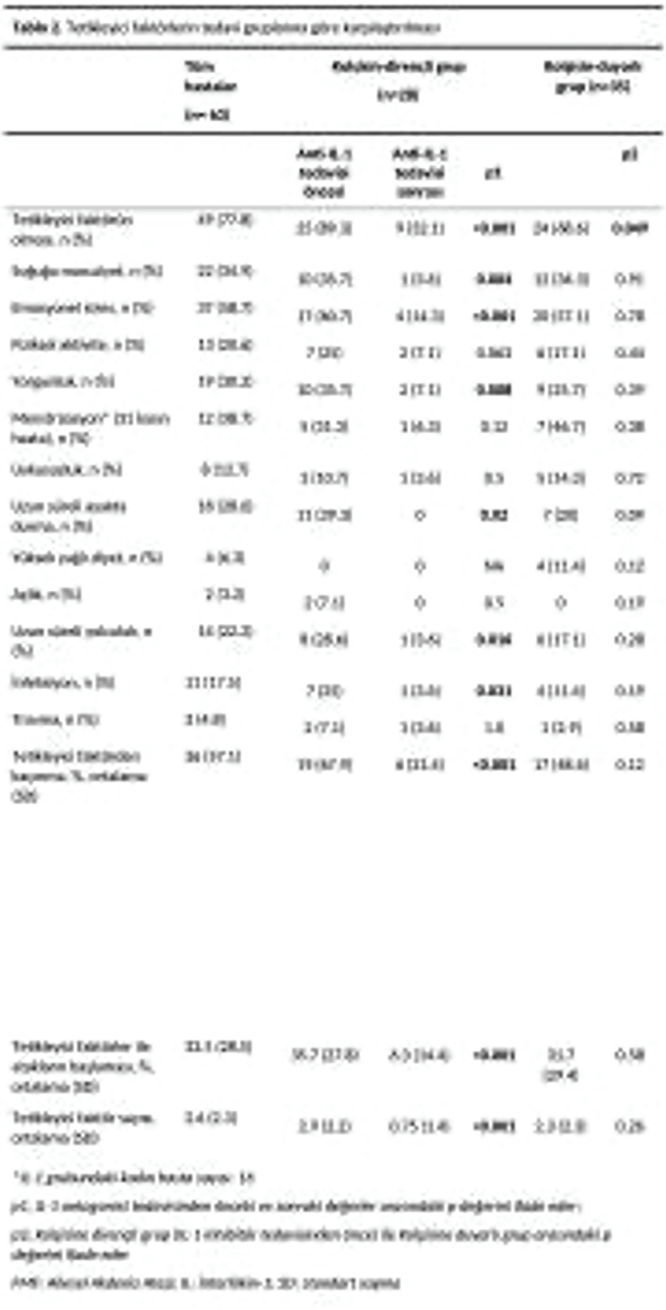
Sonuç: Bu çalışmada tetikleyici faktörlerin kolşisine dirençli hastalarda kolşisine yanıt veren hastalara göre daha sık olduğu görüldü. IL-1 antagonistleriyle tedavi, kolşisine dirençli hastaların stresli koşullara karşı dayanıklılığını artırıyor gibi görünüyor.

Anahtar Kelimeler: FMF, tetikleyici faktörler, IL-1 antagonist, kolşisin direnci

Tablo 1.



Tablo 2.



PS-184

Ürtikeryal vaskülit hastasında saptanan pulmoner tutulum: Olgu sunumu

Sevilay Batıbay

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

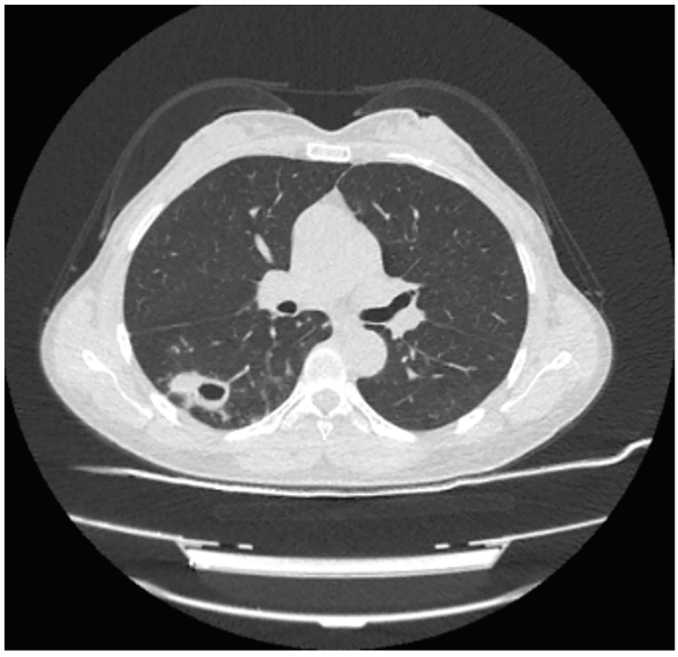
Giriş: Ürtikeryal vaskülit (ÜV) lökositoklastik vaskülitin histopatolojik özelliklerini gösteren, tekrarlayan ürtiker epizodları ile seyreden nadir bir küçük damar vaskülitidir. ÜV deriye sınırlı olabileceği gibi ateş, eklem ağrıları gibi konstitüsyonel semptomlar, renal, pulmoner, gastrointestinal sistem ve göz gibi diğer organların tutulumu ile de ilişkili olabilir. Bu olgu sunumunda ÜV tanılı hastada saptadığımız pulmoner tutulumu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta. On aydır olan, 24 saatten uzun süren, kollarda, bacaklarda, gövde, karın ve sırt bölgesinde çıkan, kaşıntısız ama yanmanın eşlik ettiği ürtikeryal döküntüleri olan hastanın alınan deri biyopsisi ürtikeryal vaskülit ile uyumlu saptanmış. Antihistaminik ve aralıklı metil prednizolon 32 mg/gün kullanımı mevcut. Küçük eklemlerde gezici geçici artraljisi olan hastanın muayenesinde artrit saptanmadı. Göz kuruluğu tariflemesi nedeniyle bakılan schirmer testinde kuruluk saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde ANA İFA 1/100 homojen, ENA paneli negatif, RF negatif, C3/4 normal aralıkta, ANCA IFA 4+ formalin duyarlı p-ANCA saptanıp MPO ve PR3 ANCA negatifti. Tam idrar tetkiki ve hemogramda özellik saptanmadı. Hastanın sistemik sorgusunda ara sıra nefes darlığı şikayeti olması üzerine çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lob superior segmentte subplevral alanda büyüğü 24 mm boyutunda nodüler dansiteler saptandı. Ayırıcı tanı açısından yapılan bronkoskopide BAL kültürü (-) BAL-mikobakteri kültürü (-) mantar kültürü (-) aspergillus PCR (-) mikobakteri PCR (-) saptandı. PPD 20 mm idi. Hastaya transtorasik biyopsi yapılması planlandı, fakat hasta kabul etmedi. Öksürük, balgam, ateş tariflemeyen hastanın 4 ay sonra kontrol amaçlı çekilen toraks BT'sinde ise sağ akciğer alt lob süperior segmentte 38 mm boyutunda kalın duvarlı kaviter lezyon, sol akciğer alt lob laterobazalde 33 mm boyutunda lobüle kontürlü nodüler lezyonlar saptandı (Resim 1 ve 2). Tbc ve fungal enfeksiyon ayırıcı tanısı açısından hastanın bronkoskopisi tekrarlandı, BAL'da bakılan mikobakteri kültürü ve mantar kültürü, PCR testleri tekrar negatif saptandı. Bu esnada ürtikeryal döküntüleri sıklaşan steroid dozu azaltılamayan hastaya dermatoloji omalizumab tedavisi başladı. Hasta Romatoloji ve Göğüs Hastalıkları konseyinde değerlendirildi, kaviter lezyonlar küçük damar vasküliti ile ilişkilendirildi. Hastanın dispne yakınması hafif dereceli ve aralıklı olduğu için Mtx 15 mg/hft SC eklendi. Üçüncü ay takibinde PA-akciğer grafisinde kaviter lezyonların regrese olduğu izlendi.

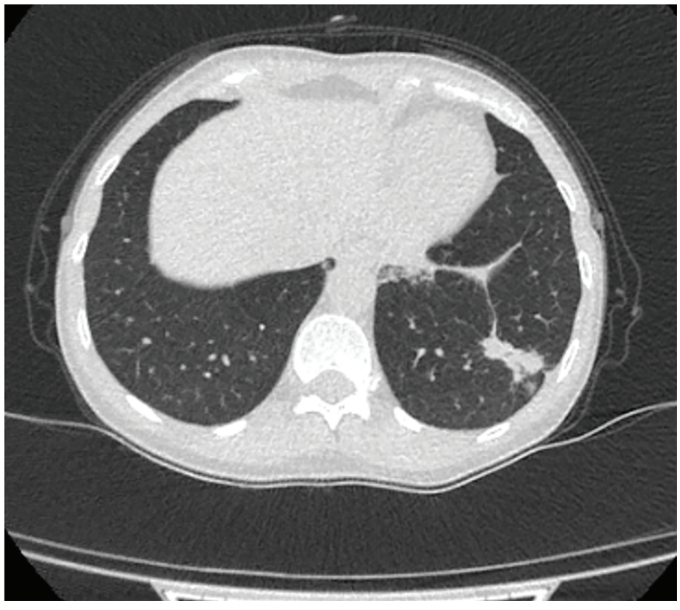
Sonuç: ÜV sıklıkla idiyopatik olmakla birlikte, ilaç reaksiyonları, enfeksiyonlar, maligniteler, hematolojik hastalıklar ile SLE ve Sjögren sendromu gibi kronik hastalıklar ile ilişkili olabilir. Hastamızda ise eşlik eden ANCA pozitifliği ile pulmoner nodüler ve kaviter lezyonlar saptandı. Literatürde ANCA ilişkili vaskülit seyrinde ürtikeryal lezyonların görülebildiği bildirilmiştir, fakat ÜV ile ANCA ilişkili vaskülit birlikteliğine rastlamadık. Kompleman düzeyleri normal olan hastalarda hastalık deriye sınırlı olma

eğiliminde olmasına rağmen bizim hastamızda pulmoner tutulum da mevcuttu. ÜV hastalarında pulmoner tutulum olabileceğini klinik pratiğimizde akılda tutmak faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ürtiker, ürtikeryal vaskülit, pulmoner tutulum, ANCA



Resim 1.



Resim 2.

PS-185

Primer Sjögren sendromlu hastalarda raynaud fenomeni varlığı ve depresyon ilişkisi

Sümeyye Merve Türk[1], Seyyid Bilal Açıkgöz[1], Nilay Erdik[1], Damla Karataş[2], Gökhan Yavuzbilge[3], Cansu Arslantürk Güneysu[1], Mehtap Kalçık Unan[4], Gamze Dilek[5], Abbas Karakurt[6], Emel Gönüllü[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[2]Yalova Devlet Hastanesi, Yalova

[3]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hatay

[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[5]Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu

[6]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu; tükürük, gözyaşı ve mukus salgılayan ekzokrin bezlerde hasar nedenli ağız ve göz kuruluğu ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Klinikte mukozal değişiklikler yanında, raynaud fenomeni, parotis büyümesi veya artrit gibi semptomlar görülebilir. Depresyon, Sjögren hastalarında sık görülen bir psikiyatrik durumdur. Primer Sjögren sendromlu (pSS) raynaud pozitif (+) ve raynaud negatif (-) hastalarda depresyon sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na Aralık 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran pSS tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar raynaud (+) ve raynaud (-) olarak sorgulanarak kayıt edildi. Hastaların hepsine Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve Kompozit otonom nöropati skalası 31 (COMPASS-31) uygulandı. Beck anksiyete ölçeğinde 8-15 puan arası hafif düzeyde, 26-35 puan arası şiddetli düzeyde anksiyete varlığından söz edilir. Beck depresyon ölçeğinde 16 ve üzeri puan orta ve şiddetli depresyon göstergesidir. Hastaların antikor değerleri sistemden not edildi ve hastalar fibromiyalji varlığı açısından değerlendirildi.

Bulgular: Primer Sjögren sendromlu raynaud (+) 10 hasta ve raynaud (-) 61 hasta değerlendirildi. Raynaud (+) hastaların hepsi kadın, raynaud (-) olanlarda bir hasta erkekti. Hastaların semptom başlangıç yaşları Raynaud (+) grupta 33 ve Raynaud (-) grupta 44 yıl idi (p=0,209). Hastalığın tanı yaşı Raynaud (+) olanlarda 33,5 yıl iken Raynaud (-) olanlarda 47 yıl idi ve istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0,947). İki grup arasında anti- SSA, anti-SSB, anti-SCL70, anti-centromer ve anti-SM antikorları pozitiflikleri açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=1,00; 0,063; 1,00; 0,313). COMPASS-31 skoru ve fibromiyalji sıklığı her iki grupta da benzerdi (sırasıyla p=0,655; 1,00). Beck anksiyete ölçeği iki grup arasında istatistiksel anlamlı farka ulaşamasa bile raynaud (+) hasta grubunun hepsinde anksiyete puanı medyan skoru 8'in üzerinde idi (p=0,057). Beck depresyon ölçeği raynaud (+) grupta anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,016).

Sonuç: Anksiyete ve depresyon, pSS'unda sık görülen bir belirti olup hastalıktaki patofizyolojisi net bilinmemektedir. pSS hastalarında anksiyete ve depresyonun yaygınlığını; hastalık aktivitesi, yorgunluk, ağrı, ağız sağlığı, yutma bozuklukları ile ilişkisini değerlendiren

çalışmalar mevcuttur. Raynaud varlığının hasta tarafından objektif görülebilen bir bulgu olması, hastanın psikolojik durumunu kolayca etkileyebilir. Bu hastaların yönetiminde görülen ve hissedilen semptomların değerlendirilmesinin yanında hastaların depresyon ve anksiyete durumları da dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beck depresyon ölçeği, Raynaud fenomeni, Sjögren sendromu

PS-186

Skleroderma renal kriz olgusunda böbrek nakli ve rejeksiyon

Numune Aliyeva[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Shirkhan Amikishiyev[1], Rabia Hacer Deniz[1], Ayşe Serra Artan[2], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Skleroderma renal krizi (SRK), sistemik skleroz (SSk) seyrinde tipik olarak malign hipertansiyon, akut böbrek hasarı ile karakterize, patolojik bulguların böbreğin özellikle küçük damarlarında trombotik mikroanjiyopati ile uyumlu olduğu bir komplikasyondur. Dünya literatüründe SRK sonrası böbrek yetmezliği nedeni ile böbrek nakli bildirilen olgu sayısı kısıtlıdır. Bu bildiride SRK tanılı ve böbrek nakli yapılmış bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli iki yaşında kadın hasta halsizlik, yüzde ve bacaklarda şişme, baş ağrısı, bulantı ve kusma, idrar miktarında azalma şikayeti ile acil dahiliye polikliniğine başvurdu. Sekiz aydır Raynaud fenomeni ve uzun süre devam eden sabah tutukluğu olan hastanın fizik muayenesinde telanjiektaziler, göz kapaklarında ödem, pretibial ödem ve hipertansiyon saptandı, laboratuvar tetkiklerinde normositer anemi (Hgb: 10,26 g/dL, MCV: 85,4 fL), akut böbrek yetersizliği (bazal kreatinini: 0,8 mg/dL iken güncel kreatinini 7,58 mg/dL), akut faz yüksekliği (C-reaktif protein: 10,22 mg/L, sedimentasyon: 36 mm/saat), idrar tahlilinde 0,56 g/gün proteinüri aşkarlandı. Acil hemodiyalize alınan hastanın üriner USG ve renal arteriyel/venöz Doppler USG'de patolojik bulgu yoktu. Anemik hastanın LDH yüksekliği (341 U/L), haptoglobin düşüklüğü (11 mg/dL), direkt Coombs testi pozitifliği mevcuttu, düzeltilmiş retikulosit normal aralıkta idi (%0,06), periferik yaymasında her alanda 1-2 adet şistosit görüldü. İmmünolojik testlerde ANA 1/2560 titrede nükleolar paternde pozitif, anti-Ro pozitif, komplemanlar normal, ANCA negatif idi. Böbrek biyopsisinde hafif kronikleşme bulguları gösteren trombotik mikroanjiyopati bulguları izlenildi. Sistemik skleroz [ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterleri] renal kriz tanısı konulan hastaya ACE inhibitörü, bosentan ve iloprost intravenöz infüzyonu başlanıldı. Tanıdan yaklaşık 10 ay sonra deride sertleşme, hiperpigmentasyon, el parmaklarında şiş görünüm ve elini yumruk yapamama gelişen hastanın tedavisine mikofenolat mofetil 1,0 g eklendi. Rutin hemodiyaliz programına devam eden hastaya tanı konulduktan 18 ay sonra eşinden böbrek nakli yapıldı. Everolimus, mikofenolat mofetil ve prednizolon gibi immünosüpresif ilaçlar alıyor iken nakilden yaklaşık 1,5 yıl sonra kreatinin yüksekliği (1,5 mg/dL) gelişen hastaya ikinci kez böbrek biyopsisi yapıldı, akut T hücre aracılı rejeksiyon, eşlik eden tubulit ve peritubuler kapillarit bulguları saptandı, plazmafereze alındı, ATG ve intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavileri uygulandı. Kreatinin yüksekliğinin sebat etmesi üzerine tekrar yapılan böbrek biyopsisinde kronik aktif antikor aracılı rejeksiyon ile uyumlu bulgular izlenildi, plazmaferez, IVIG ve rituksimab tedavileri planlandı.

Sonuç: Sistemik skleroz seyrinde SRK, sıklığı düşük olmakla brilikte yaşamı tehdit eden bir tutulumdur. Böbrek nakli yapılan SRK hastalarının uzun dönem sonuçlarını gösteren veriler kısıtlıdır. Böbrek fonksiyonlarında uzun sürede düzelme görüleceği için nakil öncesi bir süre beklenmesi önerilmektedir. Nakil sonrası nüks ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Skleroderma renal krizin patolojik bulguları akut ve kronik rejeksiyon ile karışabilir. Hastamızın nakil sonrası biyopsilerinde trombotik mikroanjiyopati bulgusu saptanmamıştır. SSk'ye bağlı diğer organ tutulumlarında artış olmaması dikkat çekicidir. Hastada nakil sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar tekrarlanan böbrek biyopsilerinin önemini ortaya koymaktadır. SSk seyrinde olan mikroanjiyopatinin rejeksiyon gelişimine katkısı tartışma konusu olabilir. SRK nedeniyle nakil olmuş hastalarının seyrinde rejeksiyon gelişiminin hastalık patogeneziyle ilişkisi bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, renal kriz, böbrek nakli, rejeksiyon

PS-187

Spondiloartritlerin tedavisinde biyolojik DMARD sonrası tedavi seçimi

Gözde Duygu İşbilir[1], Rıza Can Kardaş[2], Derya Yıldırım[2], Burcugül Kaya[2], İbrahim Vasi[2], Rahime Duran[2], Abdulsamet Erden[2], Hamit Küçük[2], Berna Göker[2], Mehmet Akif Öztürk[2]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Spondiloartritlerin (SpA) tedavisinde ilk biyolojik DMARD'ın (bDMARD) başarısız olmasından sonra, alternatif bir biyolojik ilaca geçiş mümkündür. Bununla birlikte, ilaç seçimi ile ilgili veriler sınırlıdır. Aksiyel SpA ASAS/EULAR kılavuzu, TNF-α inhibitörleri (TNFi), IL-17 inhibitörleri (IL-17i) veya JAK inhibitörleri (JAKi) arasında bir ayrım yapmaz. Öte yandan, ACR/SAA/SPARTAN kılavuzu, tedaviye dirençli hastalarda TNF-α'nın ana enflamatuvar sitokin olmadığı varsayımına dayanarak, birincil başarısızlık durumunda farklı bir TNFi yerine IL-17i'leri önerir. Her iki kılavuz da periferik spondiloartritte ilk bDMARD başarısızlığı durumunda tedavi seçimi konusunda özel öneriler sunmaz. Bu çalışmada, spondiloartrit hasta kohortumuzda başlangıç biyolojik tedavi başarısızlığı sonrası TNFi veya IL-17i kullanan hastaların özelliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: 2014 ile 2022 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen spondiloartrit hastaları, birincil veya ikincil biyolojik tedavi başarısızlığını takiben ikincil bir bDMARD alan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Hastaları aksiyel veya periferik SpA

olarak sınıflandırmak için ASAS kriterleri kullanıldı. Başarısızlık, en az 12 hafta tedaviye rağmen klinik iyileşmenin olmaması olarak tanımlandı. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri, ikinci basamak bDMARD tedavisinden sonraki klinik ve laboratuvar yanıtları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza 90 hasta dahil edildi. Hastaların %51'i kadındı (n=46), tanı anındaki ortalama yaş 35'ti (SS: 11,9, %95 GA: 32,5-37,6), ortanca hastalık süresi 9 yıldı (IQR: 10, minimum: 2 yıl, maksimum: 38 yıl). Hastaların %76'sı (n=68) aksiyel SpA olarak sınıflandırıldı, geriye kalan 22'si periferik SpA olarak sınıflandırıldı. Hastaların %68'i (n=58) HLA-B27 pozitifti. İlk bDMARD öncesi ortanca ASDAS-CRP değeri 3,7 idi (IQR: 1,3, min.-maks.: 2,6-5,9). En çok kullanılan ilk TNFi ilacı adalimumabdı (%48, n=43), onu infliksimab (%16, n=14) ve etanersept (%14, n=13) izledi. Tedavi değişikliğinin en yaygın nedeni sekonder başarısızlıktı (%51, n=41), onu primer başarısızlık (%25, n=20) ve yan etkiler (%19, n=15) izledi. İlk tedavi başarısızlığı sonrası hastaların %30'u (n=27) alternatif bir yol ile bir ilaca geçti, bunların çoğunluğu sekukinumab'dı (n=22). İlk tedavi başarısızlığı sonrası ortanca ASDAS-CRP değeri 3,8 idi (IQR: 1,0, min.-maks.: 2,5-6,0). Birincil ve ikincil başarısızlık grupları arasında spondiloartrit türü, HLA-B27 pozitifliği, entezit, daktilit, deri tutulumu, gastrointestinal tutulum, ASDAS-CRP skoru ve bDMARD tercihi arasında farklılık yoktu. Hastaların %24'ü (n=22), ikinci basamak bDMARD tedavisinde klinik remisyon elde etti. Klinik remisyon oranı TNFi için %5 ve IL-17i için %75 idi (p<0,001). Yanıt veren hastaların hastalık süresi daha kısaydı (ortalama 4 yıl karşısında 11 yıl, p=0,03). Cinsiyet, HLA-B27 durumu, entezit varlığı, daktilit, üveit, deri tutulumu, gastrointestinal tutulum ve ilk ASDAS-CRP skoru, yanıt verenler ile yanıt vermeyenler arasında farklılık göstermedi.

Sonuç: İlk bDMARD başarısızlığının ardından IL-17i için remisyon oranı, TNFi'ye göre belirgin derecede yüksekti. Yanıt verenler ile yanıt vermeyenler arasında hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri dışında hastalık süresi dışında fark yoktu. Bu bulgular, TNFi başarısızlığı durumunda alternatif bir yol kullanmanın tercih edilebilir olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, TNF-α inhibitörleri, IL-17 inhibitörleri

PS-188

Granülomatöz mastit, eritema nodozum ve oligoartrit birlikteliği: Olgu sunumu

Sibel Ösken, Duygu Şahin

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Granülomatöz mastit (GM), non-kazeifiye granülomların oluşumu ile karakterize, genellikle tek taraflı meme ağrısı, şişlik ve kitle oluşumu ile prezente olan memenin enflamatuvar bir hastalığıdır. Sıklıkla üreme çağındaki beyaz olmayan (Orta Doğulu veya Hispanik) kadınları etkiler ve ortalama yaşı 37'dir. GM primer olarak memenin benign bir hastalığıdır ancak meme dışı tutulum olarak eritema nodozum ve artrit olguları bildirilmiştir. Bu olgularda ayırıcı tanıda sarkoidoz, enflamatuvar barsak hastalığı ve granülamatöz polianjitis de akılda tutulmalıdır. Bu yazıda GM'ye eritema nodozum ve oligoartritin eşlik ettiği bir olgu sunuldu.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık iki ay önce başlayan sağ memede şişlik, sertlik, ısı artışı ve sonrasında her iki alt ekstremitede kızarık, ağrılı, sert şişlikler, her iki ayak bileğinde şişlik şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Meme ultrasonografisinde sağ meme saat 3 hizasında perifere uzanım gösteren yaklaşık 50x20 mm boyutunda deriden 10 mm derinlikte kitlesel lezyon ve koleksiyon alanı izlenmesi üzerine antibiyotik tedavisi verilmiş. Kontrollerinde lezyonda gerileme tespit edilmemesi üzerine tru-cut meme biyopsisi yapılmış. Histopatolojik incelemede lobulosentrik granülamatöz enflamasyon, granülamatöz mastit ile uyumlu olarak izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın öyküsünde diabetes mellitus dışında ek hastalığı ve kronik ilaç kullanım öyküsü bulunmamakta idi. Fizik muayenesinde sağ memede ağrılı hassas kitlesel lezyon, her iki alt ekstremitelerde eritema nodosum ile uyumlu döküntüler ve her iki ayak bileğinde artriti mevcut idi. Diğer sistem sorgulama ve muayenesinde patolojik özellik yoktu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde hemogramda WBC: 13,95 10^3/uL, NE: 9,86 10^3/uL, CRP: 80,7 mg/L, sedimentasyon: 55 mm/saat, biyokimya parametreleri normal, serum ACE düzeyi: 33 U/L, ANCA: negatif, diğer serolojik testler negatif, PA akciğer grafisi ve toraks BT incelemelerinde patoloji saptanmadı. PPD: 0 mm olarak ölçüldü. Mevcut klinik, laboratuvar, görüntüleme bulguları ve patoloji incelemesiyle hastaya granülamatöz mastit tanısı koyularak prednizolon 20 mg/gün ve metoreksat 15 mg/hafta olacak şekilde başlandı ve 1 ay sonra steroid azaltma şeması uygulandı. Mevcut tedavi altında hastanın üçüncü ay kontrollerinde eklem ve deri bulguları tamamen düzeldi, memede kitle boyutlarında azalma tespit edildi.

Sonuç: GM, klinik olarak meme kanseri veya apseyi taklit edebilen, meme dokusunda granülomatöz enflamasyon ile karakterize, nadir görülen, benign bir meme hastalığıdır. Bu olguyu diğer GM olgularından ayıran özelliği oligoartrit ve eritema nodozum gibi meme dışı bulguların da eşlik ediyor olmasıdır. Bu klinik antite nadir görülen bir durum olup literatüre göre bu birliktelik şu ana kadar on olguda tanımlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eritema nodozum, granülamatöz mastit, oligoartrit



Resim 1. Sol ayak bileğinde artrit



Resim 2. Sağ alt ekstremitede eritema nodozum

PS-189

Malignite ilişkili dermatomiyozit: İki olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Dermatomiyozit, proksimal kasların ilerleyici, simetrik zayıflığı ve deri lezyonları ile karakterize olan sistemik otoimmün bir hastalık ve idiyopatik enflamatuvar bir miyopatidir. Malignite ve dermatomiyozit arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Dermatomiyozit hastalarında kanser insidansının genel popülasyonla karşılaştırıldığında 5 ila 7 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Olgu 1: Elli bir yaşında kadın hasta. Bilinen metastatik over kanseri ile takipli hasta romatoloji polikliniğine iki haftadır olan vücutta döküntü, kas ve eklem ağrısı ile başvurdu. Hasta over kanseri nedeniyle 3 kere operasyon geçirmiş olup aktif kemoterapi almaktaydı. Fizik muayenesinde yüzde ve vücutta basmakla solan eritemli makülopapüler lezyonlar, boyunda,gluteal bölgede ve ensede krutlu lezyonlar (Resim 1) mevcuttu. Boyundaki döküntü şal belirtisi, ellerdeki döküntü gottron papülleri (Resim 2) olarak değerlendirildi. Kas gücü muayenesinde, omuz abdüksiyonu 2/5, dirsek ekstansiyonu 4/5, kalça fleksiyonu 5/5, harici kas güçleri 4/5 olarak saptandı. Hastanın tandem olarak yürüyüşü bozulmuştu. Tam kan sayımında anemi (Hb: 13,4 g/dL), nötropeni (Ne: 4.000/mm^3), trombositopeni (Plt: 254.000/mm^3) yoktu. Biyokimyada kas enzimleri yüksek (CPK: 13.012 U/L, AST: 259 U/L, LDH: 646 U/L), C-reaktif protein 53 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 39 mm/saat idi. Anti-nükleer antikor, anti ds-DNA, romatoid faktör, anti SSB negatif idi. Anti SSA iki pozitif, rekombinant Pm-Scl 100 protein üç pozitif olarak geldi. Glukoz, üre, kreatinin, total protein, albümin, globulin, bilirubinler, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfat, normal referans aralığındaydı. T3, T4, TSH, düzeyleri normal, HbsAg ve anti-HCV negatif idi. Elektromiyografik incelemesi sağ alt ve üst ekstremitede yapılan iğne incelemesinde yer yer miyojenik motor ünit potansiyeli değişiklikleri ve deltoit kasında erken rekrütman izlendi ve bu bulgular miyopati ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya muayene ve bulgular eşliğinde malignite ilişkili dermatomiyozit olarak tanı koyuldu. Hastaya bir hafta boyunca 100 mg/gün metilprednizolon tedavisi verildi. Bir hafta sonra görülen kan değerlerinde kas enzim yüksekliği gerilemiş (CPK: 2952 U/L, AST: 112 U/L, LDH: 521 U/L) ama normal aralığa gelmemişti. C-reaktif protein 3 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 21 mm/saat idi. Hastaya 400 mg/kg dozundan 4 gün boyunca toplamda 160 gram intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisi verildi. IVIG tedavisi ayda bir defa olmak üzere üç kür olarak planlandı. Metilprednizolon dozu önce 60 mg/gün sonra da 40 mg/gün'e düşüldü. Hasta hidroksiklorokin ve oral metilprednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Hasta, bir ay sonra ikinci kür intravenöz immünoglobulin tedavisi için yatırıldı. Dört gün boyunca toplamda 160 gram intravenöz immünoglobulin tedavisi verildi. Metilprednizolon dozu 10 mg/gün'e kadar düşüldü. İkinci doz IVIG sonrası görülen kan değerlerinde LDH hariç diğer kas enzimleri (CPK: 78 U/L, AST: 35 U/L, LDH: 451 U/L) normal aralıktaydı. Hastaya üçüncü doz IVIG tedavisi over kanserine bağlı gelişen ek patolojiler nedeniyle verilemedi. Ancak hastanın dermatomiyozit kliniği metilprednizolon ve IVIG tedavisi sonrasında düzeldi.

Olgu 2: Elli beş yaşında kadın hasta. Bilinen diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve dermatomiyozit ile takipli hasta romatoloji polikliniğine sağ meme ve sırt bölgesinde ele gelen sertlik şikayeti (Resim 3) ile başvurdu. Hastamız dört yıl önce dış merkezde merdiven çıkmakta zorluk ve çabuk yorulma şikayetleri ile tetkik edildi. Dermatomiyozit ön tanısı ile sol üst deltoid kastan biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu: Vaskülit? Dermatomiyozit? klinik ile karar verilmesi uygundur, şeklinde raporlandı. Hastaya klinik ve patoloji bulguları eşliğinde dermatomiyozit tanısı koyuldu. İntravenöz metilprednizolon tedavisi ve beş kür IVIG tedavisi uygulandı. Metilprednizolon tedavisi tablet forma geçildi ve azaltılarak kesildi. Hasta bu süreçten itibaren takiplerine gelmemiş olup dört yıl sonra tarafımıza memede sertlik şikayeti başvurdu ve tetkik edildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ memede eritemli ele gelen kitle ve yüz bölgesinde eritem mevcut idi. Kas gücü muayenesi normaldi. Kan tahlillerinde biyokimya değerleri normal aralıkta (CPK: 30 U/L, AST: 30 U/L, LDH: 189 U/L), C-reaktif protein 3 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/saat idi. Anti-nükleer antikor, anti ds-DNA, romatoid faktör negatif idi. Anti SSA bir pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya meme ultrasonografi ve mamografi planlandı. Yapılan tetkikler sonucunda sağ meme BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data Systems) 4C ile uyumlu geldi ve biyopsi önerildi. Memeden tru-cut biyopsi yaptırıldı. Patoloji raporu invaziv meme karsinomu olarak sonuçlandı. Hastanın takibine medikal onkoloji servisinde devam edildi.

Sonuç: Dermatomiyozit olgularında malignite sıklığı %7-30 arasında değişmektedir. Tanıdan sonra ilk beş yıl bu risk daha fazladır. Dermatomiyozit ile malignite gelişimi arasındaki ilişkinin patofizyolojisi net olarak anlaşılamamıştır. Dermatomiyozitli hastalarda eşlik eden malignitenin primer hastalığın tedavisi sonrasında gerilemesi, tümörün tekrarlaması durumunda dermatomiyozit bulgularının da aktifleşmesi, altta yatan paraneoplastik bir durumu düşündürmektedir. Olgularımızda görüldüğü gibi dermatomiyozit tanısı malignite tanısından önce veya sonra koyulabilir. Tedavi seçeneklerinde sistemik kortikosteroid, hidroksiklorokin, mikofenolat mofetil, metotrexat, ritüksimab, IVIG bulunmaktadır. Dermatomiyozit olgularında

malignite oranı yadsınamayacak kadar çok olduğu için tanı anında ve özellikle tanı sonrası ilk beş yıl malignite açısından dikkatli olmamız gerekmektedir.

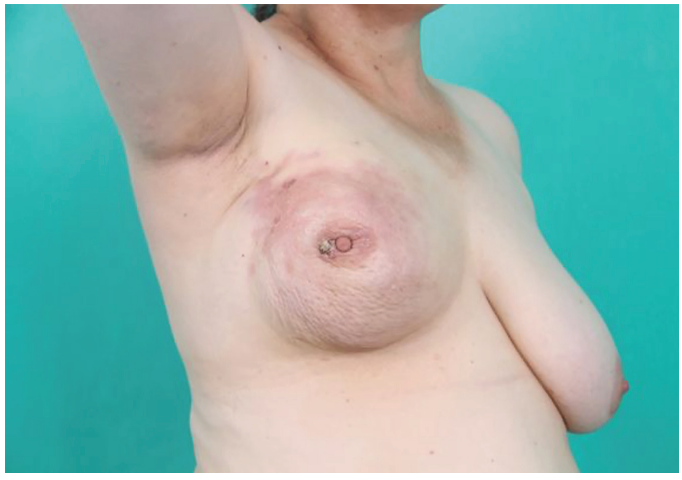
Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, malignite, paraneoplastik sendrom



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

PS-190

Rothmund-Thomson sendromu: Olgu sunumu ve literatürde yeri

Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş: Konjenital poikiloderma olarak da bilinen Rothmund-Thomson sendromu, bebeklik döneminde ortaya çıkan ve deride poikilodermatöz değişikliklerle karakterize bir genodermatozdur. Sendrom, alopesi, boy kısalığı, ektodermal değişiklikler (saç, tırnak ve diş gibi dokuları etkileyen), iskelet deformiteleri, jüvenil katarakt ve kansere yatkınlık gibi özellikleri içerir. Nadir ve karmaşık bir genetik bozukluktur. Derinin hipopigmentasyonu ve hiperpigmentasyonu, Rothmund-Thomson sendromunun tipik özelliğidir. Sendrom ayrıca nötropeni ve anemiye yol açabilen hipogonadizm, amenore, osteoporoz, osteopeni ve kemik iliği defektleri ile karakterizedir. Bu raporda, bugüne dek literatürde yaklaşık 300 adet tanı konmuş bir sendrom olan Rothmund-Thomson tanılı bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi bir yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine deri kuruluğu ve kırışıklığı, poikiloderma, eklem ağrıları ve ayak şekil bozuklukları gibi çeşitli şikayetlerle başvurdu (Resim 1). Fizik muayenesinde boy kısalığı, deri kuruluğu, deride şeffaflık ve kırışıklık, ellerde sertlik ve ağrı, ayaklarda şekil bozuklukları, seyrek kaşlar, bacak kaslarında atrofi ve güçsüzlük, ulnar deviasyon ve düz burun saptandı (Resim 2). Kan sayımında nötropenisi mevcuttu. Bu özelliklerine dayanarak hastaya Rothmund-Thomson sendromu teşhisi kondu. Tanı göz önünde bulundurulduğunda malignite açısından, kardiyak, solunum, oküler ve sensorinöral sistemler için ileri tetkikler yapıldı. Kardiyak muayene, kardiyak defekt olmaksızın %65'lik normal bir ejeksiyon fraksiyonu gösterdi. Pulmoner fonksiyon testi, 0,84 değerinde azalmış bir FEV1/FVC gösterdi ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) taraması, her iki akciğerde mozaik attenüasyon ve bilateral posterobazal segmentlerde fibrotik değişiklikler gösterdi. Hastanın gözleri göz doktoru tarafından muayene edildi ve herhangi bir oküler kusura rastlanmadı. Ancak KBB uzmanı tarafından yapılan değerlendirmede sol kulağında az düzeyde sensörinöral işitme kaybı tespit edildi. Kolşisin reçete edilen hasta üç ayda bir poliklinikte takibe alındı. İzleminde derin nötropeni ve ek anemi gelişen hastaya hematoloji bölümü tarafından lökosit sayısını artırmak için G-CSF reçete edildi. İki yıllık takip sonrasında hasta özellikle kasık bölgesinde karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Kontrastlı karın bilgisayarlı tomografi taraması yapıldı ve sağ adneksiyal bölgede 46 mm'lik bir lezyon ortaya çıktı. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü, hastayı operasyona aldı ve operasyon sonrasında over kanseri tanısı kondu.

Sonuç: Sendromun literatürde klinik özellikleri hastalar arasında çok değişkendir, bu da tanıyı zorlaştırır ve hastalar atlanabilir. Bu raporda Rothmund-Thomson sendromunun özelliklerini öne çıkararak ülkemizdeki ilk olgulardan birini tanımladık. Neoplazi gelişme riskinin artması nedeniyle bu hastaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Erken teşhis bu hastaların yaşam beklentisini artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Rothmund-Thomson sendromu, poikiloderma, kanser



Resim 1. El ve ayak deformiteleri



Resim 2. Seyrek kaşlar, düz burun

PS-191

Diz ağrısının nadir bir nedeni: Bilateral lipoma arboresans olgu sunumu

Sinem Burcu Kocaer[1], Mehmet Nedim Taş[2]

[1]*İzmir Ekonomi Üniversitesi, Medical Point Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir*

[2]*Manisa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Manisa*

Giriş: Lipoma arboresans (LA), nadir görülen, benign seyirli, matür adipositlerin intraartiküler proliferasyonuyla seyreden bir kliniktir. Sıklıkla diz ekleminde görülmekte ve suprapatellar kese etkilenmektedir. Semptomlar tipik olarak aşamalıdır; eklemde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi şikayetlere yol açabilmektedir. Steroid enjeksiyonu ve konservatif tedavi genellikle şişliğin nüksetmesi ile sonuçlandığından artroskopik debridman veya açık debridman tercih edilen temel tedavi yöntemi olmaktadır. Nadir görülen bir klinik tablo olan lipoma arboresansın erken tanınması ve tedavi edilmesi, semptomların uzamasını ve bakımda gecikmeleri önleyecektir.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta kliniğimize her iki dizde olan şişlik yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 6 aydır dizlerini kıvırmakla oluşan ağrı tariflemekteydi. Bu şikayetle daha önce başvurduğu ortopedi bölümünde her iki dize intraartiküler ponksiyon ve steroid enjeksiyonu yapılan hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine romatoloji bölümüne başvurmuş. Hastanın öncesinde bilinen komorbid hastalığı, ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Ailesinde romatolojik hastalık öyküsü, sedef veya enflamatuvar barsak hastalığı yoktu. Romatolojik sistemik sorgulamasında dizde şişlik ve artralji dışında ek özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde her iki dizde şişlik ve hassasiyet mevcuttu, patellar ballotman pozitifti, krepitasyon mevcuttu, her iki dizde suprapatellar poşta kitle lezyonu, dolgunluk palpe edildi. Hastanın tetkiklerinde akut faz reaktanları normal aralıktaydı. Romatoid faktör, anti-CCP ve ANA testleri negatif olarak geldi. Çekilen sol diz (A) ve sağ diz (B) manyetik rezonans görüntüleme sekanslarında her iki diz patella ve patellar tendon normal görünümde, bilateral suprapateller bursada ve intraartiküler düzeyde efüzyon artışı, bilateral suprapatteller bursa düzeyinde lipoma arboresans ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Ortopediye yönlendirilen hastaya lipoma arboresans açısından operasyon planlandı.

Sonuç: LA nadir görülen ve benign seyirli bir hastalık olmasına rağmen, tanı ve tedavi için geçen sürenin uzaması hastaları gereksiz morbiditeye maruz bırakabilir. Literatürde şimdiye kadar 11 bilateral LA olgusu bildirilmiştir. Klinisyenler inatçı diz efüzyonu ve ağrısı olan hastaları değerlendirirken ayırıcı tanıda lipoma arboresansı akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lipoma arboresans, benign tümör, diz ağrısı



Resim 1. Sol diz (A) ve sağ diz (B) manyetik rezonans görüntüleme sekanslarında her iki diz patella ve patellar tendon normal görünümde, bilateral suprapateller bursada ve intraartiküler düzeyde efüzyon artışı, bilateral suprapatteller bursa düzeyinde lipoma arboresans ile uyumlu görünüm

PS-192

Sjögren sendromlu hastaların klinik, laboratuvar ve patolojik özelliklerinin irdelenmesi

Seyyid Bilal Açıkgöz[1], Cansu Arslantürk Güneysu[1], Nilay Erdik[1], Gamze Dilek[2], Gökhan Yavuzbilge[3], Sümeyye Merve Türk[1], Damla Kızıl[4], Tamer Acat[1], Mehtap Kalçık Unan[5], Abbas Karakurt[6], Emel Gönüllü[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[2]Abant İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu

[3]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Hatay

[4]Yalova Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yalova

[5]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[6]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

Amaç: Sjögren sendromu ekzokrin bezlerin tutulumu sonucu sikka semptomları ile seyreden sistemik otoimmün bir hastalıktır. Primer ve diğer otoimmün hastalıkların eşlik ettiği sekonder formu mevcuttur. Primer Sjögren sendromu (pSjS) ve sekonder Sjögren sendromunun (sSjS) klinikte birtakım farklılıkları bulunmaktadır. Biz de bu çalışmamızda Sjögren sendromlu hastaların klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri ile pSjS ve sSjS arasındaki farklılıkları araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'na Kasım 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran ve bir romatoloji hekimi tarafından pSjS veya sSjS tanısı konulan hastalar dahil edildi. Hastaların sosyodemografik, klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri dosyalarından retrospektif olarak kayıt edildi. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 82'si (%66,7) pSjS 41'i (%33,3) sSjS tanılı 123 hasta dahil edildi. sSjS'li hastaların 38'inde (%92,7) romatoid artrit tanısı mevcuttu. Hastaların ortalama yaşı 54,3±11,1 yıldı ve 120'si (%97,6) kadındı. Ortalama vücut kitle indeksleri 29,7±6,5 kg/m^2'ydi ve 41 (%33,3) hasta obezdi. Hastaların medyan hastalık süresi 6 (7) yıl iken medyan semptom süresi 7 (7) yıldı. Otuz dokuz (%31,7) hastanın ailesinde enflamatuvar romatizmal hastalık öyküsü vardı. Dokuz (%7,3) hastanın ise ailesinde Sjögren sendromlu hasta bulunmaktaydı ve hepsi pSjS hastasıydı. Hastaların semptom ve bulgularının sıklığı Tablo 1'de gösterildiği gibiydi. pSjS ve sSjS'li hastalar semptom ve bulgular açısından karşılaştırıldığında parotis bezi şişliği, artrit, palpable purpura ve diş çürüğü sıklığı sSjS'li hastalarda daha yüksekti (Tablo 2). Yetmiş dokuz (%64,2) hastada en az bir ek hastalık mevcuttu ve en sık eşlik eden hastalıklar fibromiyalji (%49,6) ve hipertansiyondu (%25,2). pSjS ve sSjS'li hastalar eşlik eden ek hastalık varlığı açısından benzerdi (%64,6 vs. %63,4; p=0,894). Sadece fibromiyalji sıklığı pSjS'li hastalarda daha yüksek saptandı (%57,3 vs. %34,1; p=0,015). Hastaların 54'ünde (%47,4) romatoid faktör, 72'sinde (%61,5) ANA pozitif saptandı. Hastaların diğer otoantikor sıklıkları Tablo 3'te gösterildiği gibiydi. pSjS ve sSjS'li hastaların otoantikor pozitifliğinin karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların minör tükrük bezi biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde biyopsi yapılan 74 hastanın 54'ünde (%73) fokus varlığı mevcuttu. pSjS'li hastalarda fokus varlığı sıklığı sSjS'li hastalardan yüksekti (%76,9 vs. %44,4; p=0,040). Schirmer skoru değerlendirilen 90 hastanın 50'sinde (%55,6) schirmer ≤5 mm olarak saptandı. pSjS'li ve sSjS'li hastaların schirmer testi sonuçları benzerdi (%52,2 vs. %66,7; p=0,242). Hastaların romatizmal hastalık ile ilişkili ilaç tedavileri değerlendirildiğinde 82'sinde (%62,7) hidroksiklorokin, 16'sında (%13) pilokarpin, 21'inde (%17,1) metotreksat, 16'sında (%13) leflunomid, 2'sinde (%1,6) mikofenolat mofetil, 3'ünde (%2,4) azatiopurin, 5'inde (%4,1) rituksimab, 44'ünde (%35,8) steroid ve 12'sinde (%9,8) NSAİİ kullanım öyküsü mevcuttu. pSjS'li hastalarda hidroksiklorokin kullanım oranı daha yüksekken sSjS'li hastalarda metotreksat, leflunomid ve steroid kullanımı daha yüksek saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda pSjS'li ve sSjS'li hastaların sosyo-demografik özellikleri arasında fark saptanmamıştır. Fakat sSjS'li hastalarda klinik semptom ve bulguların sıklığının daha fazla olması sSjS hastalarının sistemik tutulum açısından daha riskli olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca sSjS'li hastaların daha yoğun immünosüpresif tedavi alıyor olması eşlik eden bir başka romatizmal hastalık kaynaklı olduğu düşünüldü. Primer ve sekonder Sjögren sendromu arasında farklar ve bu farkların nedenleri daha geniş katılımlı prospektif çalışmalar ile değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, primer Sjögren sendromu, sekonder Sjögren sendromu

PS-193

Serum ACE yüksekliği her zaman sarkoidoz değildir

Mehmet Soy[1], Muhammed Emin Kutu[2], Didem Özkan[3], Selda Çelik[2]

[1]Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

[3]Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Anjiyotensin I dönüştürücü enzim (esas olarak vasküler endotelyal hücrelerin luminal yüzeyinde ve ayrıca monosit makrofaj sisteminden türetilen hücrelerde bulunan bir peptit dipeptid hidrolaz olup kan basıncı ve tuzlu su homeostazının önemli bir düzenleyicisi olan renin anjiyotensin aldosteron sisteminin bir üyesidir. ACE dolaşıma, esas olarak akciğer ve böbrek endotel hücrelerinin hücre yüzeyinden yüksek oranda düzenlenmiş proteolitik bölünmesiyle girer ve anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşümünü ve bradikinin metabolizmasını katalize eder, bradikinini inaktive eder. Serumdaki ACE aktivitesini (sACE) ölçmek için çok farklı referans aralıklarına sahip farklı enzimatik testler rutin olarak kullanılır. Bu yöntemler ACE konsantrasyonu yerine ACE aktivitesini ölçtüğünden, ACE inhibitörü kullanımı serum ACE aktivitesinin düşük ölçümüne yol açacaktır. sACE yükselmesi sarkoidoz başta olmak üzere birçok hastalıkta olabilmekte ise de klinikte ana kullanım alanı sarkoidoz hastalığının tanısı ve monitörizasyonunda yardımcıdır. Ancak sarkoidoz dışı nedenlerle yükselmesi durumunda kafa karıştırıcı olabilmektedir.

Yöntem: Burada romatoloji polikliniğimize çeşitli nedenlerle başvuran ve sACE yüksekliği saptanmış ancak Sarkoidoz saptanamamış olan 3 hasta sunulmuş ve konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde görülen sACE yüksekliği saptanmış ve gerekli araştırmalar ile sarkoidoz tanısı dışlanmış olan üç hastanın klinik ve laboratuvar özellikleri ve son tanıları Tablo 1'de belirtilmiştir. Başta granülomatöz hastalıklar olmak üzere monositik hücre hattının uyarılmasını içeren patolojilerde sACE arttığı bildirilmiştir. Sarkoidoz bu hastalıklar arasında en sık görülen ve daha iyi araştırılanıdır. Sarkoid granülomlar ACE üretebilir. Aktif sarkoidozlu hastaların yaklaşık %60-70'inde sACE yükselebilmektedir. Çalışmalar sACE seviyesinin granülom yükü ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Sarkoidoz için artan sACE konsantrasyonlarının özgüllüğü, artan konsantrasyonlar nedeniyle yalnızca %85'tir. ACE'nin karaciğer hastalığı, diyabet ve hipertiroidizm gibi bir dizi başka durumda da bulunduğu bulunmuştur. Hem genel popülasyonda hem de sarkoidoz prevalansının düşük olmasıyla birlikte duyarlılık ve özgüllük eksikliği ve spesifik olmayan semptomları olan hastalarda sACE sarkoidoz tarama testi olarak uygun olmamasına neden olur. Bu nedenle sACE'nin rolü sarkoidoz tanısında ve hastalık aktivitesinin izlenmesi için destekleyici ancak karar verici olmayan bir rol ile sınırlıdır. Aktif pulmoner sarkoidozlu hastaların yaklaşık %80'inde sACE seviyeleri yükselmiş olsa da, sarkoidozun akciğer dışı belirtileri ile yükselmeyebilir. Artmış sACE seviyeleri ayrıca çeşitli etiyolojilere sahip interstisyel akciğer hastalığı (örneğin asbestoz silikoz), hematolojik maligniteler (örneğin Hodgkin hastalığı), hipertiroidi gibi endokrin hastalıkları, enfeksiyonlar (örneğin tüberküloz) seyrinde de olabilir. sACE aynı zamanda silikoz ve asbest gibi sarkoidotik olmayan pulmoner granülomatöz hastalıklarda, Gaucher hastalığı ve leproz gibi ekstratorasik granülomatöz patolojilerde ve daha az oranda hipertiroidizm veya kolestaz gibi granülomatöz olmayan hastalıklarda da artabilir. Ayrıca romatoid artrit spondiloartrit gibi hastalıkların anti TNF ile tedavisi seyrinde de sACE düzeyinde artış bildirilmiştir. Ancak bu patolojik bir artıştan ziyade bazale göre bir artış gibi durmaktadır. Diğer bir granülomatöz hastalık olan Crohn hastalığında ise sACE sağlıklı kontrollerle ile aynı saptanırken ülseratif kolit hastalarında sACE daha yüksek saptanmıştır. Enflamatuvar artritli hastaların sinoviyal sıvılarında ACE aktivitesi istatistiksel olarak daha yüksek iken serumda normallerden istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir yükselme bildirilmiştir. Sunduğumuz üç olgu da çeşitli nedenlerle sACE düzeyi bakılarak yüksek saptanmış olgudur. Üç olgu da detaylı olarak incelenerek toraks CT dahil çekilerek sarkoidoz dışlanmış olgular olup altta yatan hastalıklarının tedavisi ile sACE normale gerilemiştir.

Sonuç: Bu nedenlerle sACE yüksekliği ile karşılaşıldığında hastanın öyküsü, detaylı fizik muayenesi ve diğer sonuçları ile beraber karar vermek lazımdır. Sarkoidoz dışında sACE düzeyinde artış yapabilecek muhtemel birçok hastalığın yanı sıra SLE, primer biliyer siroz gibi otoimmün hastalıklarda da sACE yüksekliği olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Serum ACE aktivitesi, sarkoidoz, otoimmün hastalıklar

PS-194

VEXAS sendromunda adalimumab kullanımı: Tek merkez deneyimi

Rıza Can Kardaş, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük

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

Giriş: VEXAS (Vacuoles, E1 enzyme, X-lined, Autoinflammatory, Somatic) sendromu, ilk kez 2020'de tanımlanmış, enflamatuvar ve hematolojik bozuklukların birlikte görülebildiği bir sendromdur. Yeni tanımlanan bir hastalık olduğundan tedavisi hakkında bilinenler kısıtlı olup, şimdiye kadar literatürde konvansiyonel DMARD'lar, anti-IL-1 antikorları, anti-IL-6 antikorları, TNF-α inhibitörleri, JAK inhibitörleri ve MDS'ye eşlik eden formunda hipometile edici ilaçlar kullanmıştır. Bu çalışmamızda VEXAS sendromu tanısı alan ve adalimumab tedavisine yanıt veren iki hastayı sunuyoruz.

Olgu 1: Ekim 2022'de 78 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır devam eden aralıklı ateşinin, kilo kaybının ve eritemli döküntülerinin olması sebebiyle, etiyoloji değerlendirme için servise yatırıldı. Laboratuvarda akut faz reaktanı yüksekliği, makrositer anemisi ve lökopenisi olan hastanın viral serolojisinde, kan ve idrar kültürlerinde, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografilerinde hastanın kliniğini ve laboratuvar bulgularını açıklayabilecek bir patolojiye rastlanmadı. Periferik kan yayması, vitamin B12 ve folat düzeyleri normal olan hastaya yapılan kemik iliği biyopsisinde miyeloid ve eritroid seride vakuolizasyon ve hiperselülerite saptanmıştır. Deri biyopsisinde dermal mononükleer hücre infiltrasyonu saptanan hastaya VEXAS sendromu ön tanısıyla oral metilprednizolon 32 mg başlanmıştır. VEXAS sendromu ile uyumlu *UBA1* gen mutasyonunun saptanması üzerine hastaya steroid azaltma şeması ile birlikte adalimumab 40 mg/2 haftada bir başlanmıştır. Tedavinin altıncı ayındaki kontrolünde, metilprednizolon 4 mg/gün ve adalimumab 40 mg/2 hafta almakta iken hastanın asemptomatik olduğu, deri döküntülerinin kaybolduğu, akut faz reaktanlarının normalleştiği, aneminin ve lökopeninin ortadan kalktığı görülmüştür.

Olgu 2: Mart 2023'te, üç yıldır devam eden sırtında eritemli lezyonlarının sebebiyle Sweet sendromu tanısı alan 64 yaşındaki erkek hasta, hastalığının steroid bağımlı olması, laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanı yüksekliği ve makrositer anemisi olması sebebiyle merkezimiz hematoloji bölümüne yönlendirilmiş. Periferik kan yayması, vitamin B12 ve folik asit düzeyi normal olarak görülmüş. Kemik iliği biyopsisinde normoselülerite, hipolobüle megakaryositler ve miyeloid seride vakuolizasyon saptanan hasta, VEXAS sendromu şüphesiyle tarafımıza yönlendirilmiştir. *UBA1* geninde patolojik c.121A>C (p.Met41Leu) mutasyonu saptanan hastaya, mevcut kullanmakta olduğu oral metilprednizolon 8 mg/gün'e ek olarak adalimumab 40 mg/2 hafta başlanmıştır. Tedavinin üçüncü ayında döküntüleri gerileyen, boyun arkası ve gövde ön yüze sınırlı hale gelen hastanın anemisinde ve akut faz değerlerinde iyileşme olduğu görülmüştür.

Sonuç: VEXAS sendromu tedavisinde şimdiye kadar kullanılan TNF-α inhibitörleri arasında infliksimab ve etanersept vardır.

Burada adalimumab tedavisinden fayda görmüş iki VEXAS sendromu olgusu ile tedavi seçenekleri arasında adalimumabta bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: VEXAS sendromu, adalimumab

PS-195

Psoriatik artritli hastalarda ve sağlıklı bireylerde fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk düzeyindeki farklılıklar

Sebahat Yaprak Çetin[1], Özgün Kaya Kara[1], Eda Tonga[2], Saniye Yardım[1], Duygu Sanem Kara[1], Ayşe Ayan[3]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

[3]Antalya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), spondilartrite ait, kardiyovasküler mortalite ve morbiditede artışa neden olan, komoborbite riski yüksek, kronik enflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Literatür romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının fiziksel aktivite ve kondisyonunun sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğunu gösterirken, ancak birkaç çalışma PsA'ya odaklanmaktadır. Bu yüzden çalışmanın amacı, PsA hastalarında fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk düzeylerini araştırmak ve verileri sağlıklı bireylerdeki verilerle karşılaştırmaktı.

Yöntem: Çalışmaya 41 PsA hastası ve 22 sağlıklı birey (43,69±13,87 yıl) dahil edildi. Fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kullanıldı; egzersiz kapasitesini değerlendirmek için 6 dakikalık yürüme testi (6DYT) ve oturarak ayağa kalkma testleri kullanıldı. Ayrıca el kavrama kuvvetleri dinamometre ile değerlendirilmiş ve kas performansını incelemek için otur-uzan testi, otur-kalk testi, curl-up ve yan köprü testi kullanılmıştır.

Bulgular: PsA'lı bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (UFAA: Z= -2,00, p=0,045). Ayrıca fonksiyonel kapasite, sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha düşüktü (6DYT için Z: -5,21 p=0,000, otur- kalk için Z: -3,96 p=0,000). Ayrıca kas performansı sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü (Curl-up için Z: -2,72 p=0,006, yan köprü için Z: -3,82, p=0.000, el kavrama gücü için Z: -2,45 p=0,014).

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarına göre PsA hastalarının fiziksel aktivite düzeyi, kas gücü, performansı ve egzersiz kapasitesi sağlıklı bireylere göre düşüktür. PsA'lı hastaların daha fazla olduğu ve kas fonksiyonunun değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Fiziksel aktivite egzersiz rehabilitasyonunu içeren girişimler düşünülmeli ve hastalara tedavi planları önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, fiziksel aktivite, fiziksel uygunluk

PS-196

Ixekizumab kullanan psöriatik artrit hastalarının özellikleri: Tek merkez deneyimi

Ali Ekin, Ediz Dalkılıç

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

Amaç: Psoriatik artrit (PsA), popülasyonun yaklaşık %0,25'ini etkileyen eklemlerde ağrı, şişlik, tutukluk, eklem erozyonu ve yeni kemik oluşumu ile karakterize kronik enflamatuvar romatizmal bir hastalıktır ve psöriazis (PsO) sıklıkla eşlik eder. Anti-TNFα, IL-23 antagonistleri ve IL-17 antagonistleri dirençli PsA tedavisinde kullanılabilir. Bu çalışmada amacımız Mart 2022'de Türkiye'de PsA için geri ödeme alan ixekizumabın etkinlik ve güvenliğini gerçek yaşam verileriyle değerlendirmektir.

Yöntem: Mart 2022 tarihi itibariyle PsA tanısı ile takipli ve en az bir bDMARD kullanmış olan sekiz hastanın sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile başlangıç ve üçüncü aydaki hastalık aktivite indeksleri incelendi. P<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların tüm klinik ve demografik özellikleri Tablo 1 ve 2'de verildi. Yaş ortalaması 45,1±6,9 yıl, hastalık süresi 121,6±70,5 ay, semptomdan tanıya kadar geçen süre 38,0±81,9 ay idi. K/E oranı 6/2 (%75/25) idi. Yarısı sigara içiyordu. BMI (kg/m^2) ortalaması 29,5±6,2 idi. En sık komorbid durum hipertansiyon idi. Bir hastada Modifiye New York Kriterleri'ne göre ankilozan spondilit vardı. HLA B27 pozitif bir hasta vardı. PsO tanısı olmayan iki hasta vardı. Ortalama ixekizumab öncesi kullanılan b-DMARD sayısı 3,1±2,4 idi. Ixekizumab öncesi en sık kullanılan b-DMARD'lar beş hastada kullanılan adalimumab ve etanerseptti. Golimumab ve sertolizumab dörder hastada, infliksimab ise bir hastada kullanılmıştı. Daha önce sekukinumab kullanan üç hasta, guselkumab kullanan bir hasta vardı. Hastaların %87,5'i metotrexat kullanmıştı. Ixekizumabla beraber metotrexate kullanan üç hasta vardı. Hastaların yarısı geçiş esnasında steroid alıyordu. Hastalık aktivite indekslerinden DAPSA28, BASDAI, BASFI ve ASDAS CRP'de başlangıca göre üçüncü ayda istatistiksel anlamlı düşüşler gözlendi. ASDAS ESH'de ise düşüş olmasına rağmen istatistiksel anlamlı değildi (p=0,143). Ixekizumab kullanan hiçbir hastada herhangi bir yan etki gözlenmedi.

Sonuç: Toplam bir buçuk yıl kadar bir sürede sekiz hastada denenen ixekizumabın şimdiye kadar herhangi bir yan etki gözlenmemesi nedeniyle güvenli olduğu, tüm hastalık aktivite indekslerinde düşüş olması ise etkin olduğunu göstermektedir. Kısıtlı sayıda olgunun sunulduğu bu çalışmanın verileri arttıkça sonuçlar daha da netlik kazanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, ixekizumab, etkinlik, güvenlik, psöriazis

PS-197

SPENCDI (spondiloenkondrodisplazi ile birlikte olan immün disregülasyon) sendromu: Romatolojide ne zaman düşünmeliyiz?

Mete Pekdiker, Semih Aşıkovalı

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

Amaç: İmmün sistemin konjenital hastalıkları multisistemik doğası nedeniyle iyi bir romatizmal taklitçi olup günlük pratikte ayırıcı tanıda dikkat edilmelidir.

Olgu: Yirmi yaşında pediyatrik romatolojiden takipli sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı olgu takiplerine erişkin romatoloji ünitesinde devam etmek üzere tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde 2011 yılında SLE tanısı aldığını belirtti. Abisinde de SLE tanısı mevcut olup hem kendisi hem abisi hidroksiklorokin ve düşük doz steroid tedavisi kullanmaktaydı. Romatolojik sorgulamasında yüksek ateş, el küçük eklemlerinde ağrı-şişlik ve trombositopeni ile SLE tanısı aldığını belirtti. Fizik bakıda vital buglular stabildi; aktif bir lokomotor yakınma yoktu; belirgin kısa boy (120 cm) ve mental kapasite azlığı dikkat çekiciydi (Resim 1). Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimyasal tetkikler, tam idrar tetkiki, akut faz yanıtları ve serum kompleman düzeleri normaldi. Dış merkezde birkaç kez indirekt immünoflorosan ile bakılan anti-nükleer antikor ve ENA-profili negatifti. Multisistemik tutulum öyküsü olan ve romatolojik açıdan tanısı ile uyumlu serolojisi olmayan olgu tıbbi genetik bölümü ile konsülte edildi; periferik kandan yeni nesil dizi analiz yöntemi ile bakılan *ACP5* gen mutasyonu homozigot (+) olarak saptandı ve olguya "SPENCDI sendromu" tanısı konuldu.

Bulgular: SPENCDI sendromu; iskelet displazileri (platispondili: Resim 2, metafiz displazisi, enkondromalar), immün bozukluklar (hemolitik anemi, trombositopeni, artrit, hipotroidi gibi otoimmün durumlar, immün yetmezlik) ve nörolojik bulgularla (ataksi, spastisite, entellektüel zayıflık) karekterize otozomal resesif geçişli nadir görülen bir hastalıktır. *ACP5* geni tartarat rezistans asit fosfoataz tip5 enzimini kodlamaktadır; bu enzim ise osteoklastlar ve immün hücrelerdeki osteopontinin aktivitesini regüle etmektedir. Bu olgulardaki anormal aktiveteye sahip osteopontin kemik turn-over hızında artış ile iskelet sorunlarına, immün sistemdeki aktivasyon ile enflamatuvar durumlara yol açmaktadır; nörolojik bozuklukların patogenezi ise bilinmemektedir. Anti-nükleer antikor ve anti-dsDNA pozitifliği ile lupus nefriti görülebilen olgular SPENCDI olguları bildirilmiştir ancak olgumuzun geçmişinde bu kanıtlar yoktur.

Sonuç: Olgumuzun ailesinde başka sendromik bireye rastlanmamıştır; abisi ise serolojik olarak SLE ile uyumludur. Monogenik otoimmünite nedenlerinden biri olan SPENCDI sendromu günlük romatoloji pratiğinde ayırıcı tanı olarak akılda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ACP5, tip 1 interferonopati, otoimmünite, sistemik lupus eritematozus



Resim 1. Olgunun AP fotoğrafı



Resim 2. Olgunun lateral torakolomber grafisi

PS-198

Sarkoidozda kalp ve karaciğer tutulumu: Üç olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Nagehan Dik Kutlu, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Sarkoidoz, çeşitli organları etkileyebilen sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Kardiyak sarkoidozun (CS) klinik belirtileri hastaların %5'inde görülürken, %25'inde görüntüleme/otopsi ile tespit edilen sessiz bir hastalık şeklinde bulunmaktadır. CS, ventriküler aritmi, yüksek dereceli blok, ani ölüm veya kalp yetmezliği semptomlarıyla ortaya çıkabilir. Karaciğer (KC) tutulumu nadiren semptom ve fonksiyonel bozukluğa yol açarken hepatosplenomegali, artmış KC enzimleri, intrahepatik kolestaz, portal hipertansiyon (HT) ve Budd-Chiari sendromu görülebilir. Modern görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ve farkındalığın artışıyla tanı oranları artmış olsa da, genellikle CS veya ekstrapulmoner sarkoidoz tanısı koymak zordur. Bu çalışmada, biri eş zamanlı CS olan KC tutulumlu üç olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: Otuz yıldır HT ve 6 ay önce atriyal fibrilasyon (AF) nedeniyle kalp pili öyküsü olan 67 yaşında kadın hasta, mitral kapak replasmanı (MVR) planlanmışken operasyon sırasında KS'den şüphelenilmesi üzerine kliniğimize interne edildi. Nabız 70/dk, tansiyon 80/60 mmHg, satürasyon oda havasında 97 idi. Akciğer (AC) sesleri dinlemekle doğal, bilateral pretibial ödemi ve mitral odakta 2/6 sistolik üfürümü mevcuttu. Hasta geriye dönük olarak sorgulandığında yaklaşık 6 ay önce çarpıntı, anjina ve çabuk yorulma şikayetleri ile kardiyolojiye başvurdu. Elektrokardiyografide AF ve sağ dal bloğu (RBBB) saptanması üzerine kalp pili takılarak medikal tedavi düzenlendi. Koroner anjiyografide koroner arterler doğal, ekokardiyografide (EKO) ciddi mitral yetersizlik izlenmesi üzerine MVR planlandı. Kalpte ileti bozukluğu nedeniyle iki kez elektif entübasyon öyküsü mevcuttu. Hemogramda anlamlı patoloji yoktu. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi 72 U/L (13-64), sedimentasyon 7, aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) doğal, helyum difüzyonlu solunum testi (DLCO) 72, FEV1/FVC 68 idi. Toraks görüntülemede her iki AC parankim alanlarında dağınık yerleşim gösteren çok sayıda nodüler yer kaplayan lezyonlar izlenmişti. Kalp boyutu artmış, plevral veya perikardiyal effüzyon saptanmamıştı. Gastroskopide eroziv gastropati, kolonoskopide internal ve eksternal hemoroidler dışında patoloji yoktu. Kardiyak manyetik rezonans görüntülemede geç kontrastlı seriler ve dinamik seriler değerlendirildiğinde özellikle septal duvarı ilgilendiren geniş alanlarda yamasal tarzda patolojik kontrast tutulumları ve fibrozisi destekleyen bulgular izlendi. EKO'da sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda azalma ve sol ventrikülde konsantrik hipertrofi görüldü. Mitral kapak uçları kalın, kalsifik izlendi. Üçüncü derece mitral yetmezlik akımı vardı. Pulmoner arter basıncı 38 mmHg saptandı. İnterventriküler septumda noktalanma izlendi. Pozitron emisyon tomografide (PET) hipermetabolik aktivite artışları olan mediastinal ve abdominal multipl lenf nodları ile AC ve KC'de çok sayıda nodül mevcuttu. Yapılan KC biyopsisi kazeifikasyon içermeyen granülom ile uyumlu idi. Granülomatöz enfeksiyona neden olabilecek patojenler dışlandıktan sonra mevcut bulgularla KS düşünülen hastaya yüksek doz steroid ve metotreksat başlandı.

Olgu 2: Dört yıldır pulmoner sarkoidoz ile takipli 44 yaşında kadın hasta steroid ve metotreksat tedavileri almakta iken halsizlik, efor dispnesi, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Sarkoidoz tanısının gözden geçirilmesi ve dış merkezde çekilen 18F-FDG PET'de izlenen hipermetabolik lenf nodlarına yönelik ileri inceleme amaçlı kliniğimize interne edildi. Hemoglobin 11,4 g/dL, sedimentasyon 16, C-reaktif protein (CRP) <2, AST, ALT ve bilirubin seviyeleri normaldi. Hepatit B ve C virüsleri ile insan bağışıklık eksikliği virüsü için yapılan testler negatifti. Antinükleer antikor 1/80 pozitif, ana profil ve antinötrofil sitoplazmik antikor negatifti. ACE düzeyi 104,9 idi. Tüberkülin testi negatif, kalp muayenesinde kalp sesleri ritmik, üfürüm yoktu. Dinlemekle bilateral AC bazallerde velcro ralleri mevcuttu. DLCO 82, FEV1/FVC: 76. Dış merkez PET'de aksillalarda, boyun, mediastinal hiler istasyonlar ve retroperitoneal alanlarda belirgin olmak üzere batin pelvis içi ile her iki inguinal mesafelerde lenfadenapatiler (LAP), her iki akciğer parankiminde yer yer birleşme eğilimi ile kitlesel form kazanmış yaygın retiküler-nodüler yoğun hipermetabolik dansite değişiklikleri mevcuttu. KC ve dalak boyutlarında artış, KC parankiminde sağ lob posteriorda belirgin olmak üzere artmış heterojen tutulum paterni mevcuttu. Tomografide KC 19 cm olup normalden büyük, konturları lobüle, parankim dansitesi heterojen olup yaygın düşük dansiteli intrahepatik septasyonlar ve makronodüler görünüm izlendi. Laparoskopik KC biyopsisi yapıldı. Parankimde hepatositlerde hidropik dejenerasyon, fokal nekroz odakları izlenirken, portal alanlarda hafif genişleme, mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu gözlendi. Dokunun santralinde periportal alanda multipl, konglomere non-nekrotizan granülom yapıları izlendi. Granülom yapılarında epiteloid histiosit, multinükleer dev hücreler çevresinde konsantrik fibröz doku artışı, eozinofil ve plazma hücreleri gözlendi, bu bulgular eski sarkoid granülomu lehine yorumlandı. Bulantı ve kusmaların metotreksat ile ilişkili olabileceği düşünülerek kesildi, azatiyoprin ve steroid ile takibi planlandı.

Olgu 3: Bilinen HT ve diyabet ile takipli 62 yaşında kadın hasta geçmeyen halsizlik ve iştahsızlık nedeniyle dış merkezde tetkik edilmişti. AST: 18 (5-34 U/L), ALT: 18 (8-55) doğal, sedimentasyon 23, CRP 2,8 (0-5), ACE: 55 (8-52 U/L). Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) mediastinal alanda büyüğünün kısa çapı 12 mm ölçülen multipl LAP, her iki AC alt lob bazal segment subplevral alanlarda parsiyel atelektaziler, subkarinal alanlarda lineer subsegmenter atelektazi mevcuttu. Abdominal BT'de KC konturu düzgün, boyutu normal, dansitesi homojen izlenmiş olup yer kaplayıcı lezyon görülmemişken en büyüğü 37x20 mm boyutlarında olan çok sayıda abdominal LAP mevcuttu. PET BT'de KC kraniokaudal uzunluğu 20 cm ölçülmüş olup artmıştı. KC metabolik aktivitesi hafif heterojen izlenmekle birlikte SUV_{maks}: 3,3 olan bir lezyon saptanmıştı. Dalak kraniokaudal uzunluğu 12 cm olup metabolik aktivitesi diffüz olarak yoğun artış göstermekteydi (SUV_{maks}: 9,4). Bilateral paraaortik, Çölyak, superior mezenterik, gastrohepatik, peripankreatik alanlarda büyüğü 2 cm'ye ulaşan multipl hipermetabolik (SUV_{maks}: 6,8), bilateral iliak (SUV_{maks}: 5,6) ve bilateral inguinal (SUV_{maks}: 4,7) lenf nodu istasyonlarında multipl hipermetabolik lenf nodları izlenmişti. AC parankim alanlarında patolojik metabolik aktivite artışı gösteren lezyon yoktu. KC'den yapılan biyopsi sonucu granülomatöz hastalık lehine yorumlanmış

olan hastada enfeksiyöz nedenler ekarte edildi. Hasta AC tutulumu olmadan KC ve lenf nodu tutulumu olan sarkoidoz kabul edildi. Steroid ile takibe alındı.

Sarkoidoz, genellikle AC ve lenf nodlarını tutarken nadiren KC ve kalpte tutulum gösterebilir. Tanı öncesi, enfeksiyonlar ve diğer otoimmün hastalıklarla karışabileceğinden geniş bir araştırma gerekir. Kardiyak belirtiler sistemik belirtilerden önce ortaya çıkabilir ve KC tutulumu çoğunlukla sessizdir. Catherine ve ark.'nın yaptığı çalışmada tüm hastalarda ekstra CS'nin histolojik kanıtı mevcuttu, %63'ünde CS sistemik sarkoidoz takibi sırasında ortaya çıkmıştı. Mevcut seride sarkoidoz tanısı ortalama 36 yaşında ortaya çıkmıştı. CS daha sonra, ortalama 38 yaşında gözlenmişken %53 hastada yorgunluk en sık konstitüsyonel semptom olarak mevcuttu. %90 intratorasik lezyon, %46 hastada azalmış DLCO ve %79'unda artmış ACE saptanmıştı. Otuz dokuz hasta steroid tedavisi almışken on üç olgu başka bir immünosüpresif tedavi ile izlenmiş, bir hastada kalıcı kalp pili ihtiyacı olmuştu. Bizim hastamızda olduğu gibi sadece %10 hastada sistemik sarkoidozdan önce CS ortaya çıkmıştı. Yine benzer şekilde bizim hastamızda da ekstrakardiyak tutulum kanıtı KC biyopsisi ile ortaya konmuş, AC'de bilateral çok sayıda nodüller izlenmiş, DLCO azalmış, ACE yüksekti ve yorgunluk şikayeti mevcuttu. Bizim hastamızın literatürden farklı olarak başlangıç yaşı oldukça ileriydi. Yazaki ve ark.'nın çalışmasında yüksek bir RBBB insidansı görülürken atriyal aritmi, idiyopatik dilate kardiyomiyopatiden önemli ölçüde daha az sıklıkta görülmüştü. Catherine ve ark.'nın çalışmasında ise 1 olguda atriyal flutter ve 1 olguda RBBB tespit edilmişken bizim olgumuzda hem AF hem de RBBB gözlenmiştir. Bu bizim hastamızın ileri yaşından ve etnik kökenden kaynaklanıyor olabilir. KC tutulumu sıklıkla ortaya çıkar ve asemptomatik rastlantısal granülomlardan portal hipertansiyona kadar değişir ve genellikle nispeten korunmuş KC fonksiyonuna sahiptir. Bir raporda bildirildiğine göre %26 oranında AC tutulumu olmadan KC tutulumu görülmüştür. Bizim iki olgumuzda AC tutulumu varken diğerinde mevcut değildi ve her üç hastanın da KC enzimleri ile bilirubin seviyeleri normaldi.

Sonuç: Sonuç olarak nadir görülen sarkoidozun akılda bulundurulması önemlidir. Organ tutulumlarının sıklığı ve klinik bulgular üzerinde etnik kökenin rolü ve yaş faktörünün önemi araştırılması gereken konulardır.

Anahtar Kelimeler: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE), ekstrapulmoner, kalp, karaciğer, sarkoidoz

PS-199

Dirençli periferik sinir sistemi tutulumu ile seyreden lupus olgusu

Melike Ersoy, Derya Akarken, Emine Figen Tarhan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Sistemik lupus eritamatozus (SLE); çoklu sistemik tutuluma neden olan otoimmün, heterojen bir hastalıktır. Tek bir organ tutulumundan yaygın sistemik tutuluma kadar uzanan çeşitli klinik durumlarla karşımıza çıkabilir. Nörolojik tutulum da bunlardan biridir. Hem merkezi sinir sistemi (MSS), hem de periferik sinir sistemi (PSS) etkilenebilmektedir. Bu yazıda SLE ilişkili renal tutulumu olup tedavi sırasında ağır PSS tutulumu gelişen bir olguyu sunacağız.

Olgu: Yirmi bir yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta; 4 ay önce yaklaşık 1 aydır ara ara olan 38 derece üstü ateş, bacaklarda bilateral ödem, ekstremitelerde eritemli plaklı döküntüleri nedenli dahiliye poliklinik başvurusunda yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanlarında yükseklik olması [sedimentasyon: 140, C-reaktif protein (CRP): 15] ve 1300 mg/gün proteinürisi saptanması nedeniyle nefrolojiye yönlendirilmiş ve böbrek biyopsisi yapılmış, fokal segmental glomerülonefrit saptanmıştı. Artraljileri de olması nedenli tarafımıza konsülte edilmiştir. Tarafımızca değerlendirildiğinde el küçük eklemlerinde artarljisi, malar raşı, renal tutulumu olması nedeniyle ön planda SLE düşünüldü ve ileri tetkik planlandı. Hastanın ANA 3+ granüler, SSA 1+, anti Sm 3+, Rnp/sm 3+, dsdna pozitif saptandı. C3 ve C4 değerleri düşük olup, akciğer görüntülemesinde seroziti mevcuttu. Hasta mevcut klinik, lab, görüntüleme ve histopatolojik sonuçlarıyla SLE bağlı renal tutulum olarak tanı aldı ve puls steroid tedavisi başlandı. Toplamda 4 gr metilprednizolon sonrası hastanın üst ve alt ekstremitede güçsüzlüğü, ekstremitelerde uyuşma ve yanma şikayeti ve çift görme bulgusu gelişti. Kas gücü 4 ekstremitede tamdı ve kas enzimlerinde yükseklik olmadı. EMG'si yapıldı ve yaygın sensorimotor nöropati saptandı. MSS'sini değerlendirmek adına yapılan görüntülemerde MSS tutulumu ile ilişkili bir duruma rastlanmadı. SLE'ye bağlı PSS tutulumu olarak düşünüldü. Hastanın pulse steroid tedavisi devam edilerek eş zamanlı siklofosfamid 1 gr uygulandı. Hastanın güçsüzlük yakınması ve uyuşmaları diz üstü ve dirsek üstüne kadar hızla ilerledi ve hasta immobile oldu. Takiplerinde ateş ve CRP yüksekliği olup koronavirüs polimeraz zincir reaksiyon pozitif saptanan ve genel durumu kötüleşen hastaya antibiyoterapisi başlanarak yoğun bakıma alındı ve toplamda 2 gr/kg/5 gün olcak şekilde İVİG tedavisi verildi. Hastanın tedavi sonrası periferik nöropati bulguları gerilemeye başladı, çift görmesi geriledi, hızlı bir şekilde mobilize oldu. Proteinürisi 300 mg/gün'e regrese oldu. Metilprednizolon tedavisi azaltılarak devam edildi. Siklofosfamid 1 gr/ay olarak tedavisi halen devam etmektedir.

Sonuç: SLE'de nöropsikiyatrik tutulum sıklıkla erken evrelerde meydana gelir ve SLE tanılı hastaların %39-50'sinde görülür. SLE'nin ciddi bir komplikasyonudur. Tedavi edilmediği durumda yaşam kalitesini düşürür, mortalite ve morbiditeyi artırır. Bizim olgumuzda da SLE erken evresinde ağır progresif seyirli PSS tutulmu saptanmış olup hastanın desteksiz hareket etmesini engelleyerek, immobilize olmasına neden olacak kadar ilerlemiştir. Bu ilerleme çok hızlı bir şekilde günler içinde ve pulse steroid ve siklofosfamid tedavisi alırken gelişmiştir. Çalışmalarda SLE'ye bağlı PSS tutulumunda birinci basamak olarak glukokortikoid tedavisi ve immünosüpresan tedaviler önerilmektedir. Bizim olgumuzda PSS bulguları immünosüpresif tedaviye dirençli olup intravenöz immünoglobulinden (İVİG) fayda görmüştür. İVİG tedavisi ile hastanın semptomaları hızla gerilemiştir. Bu nedenle SLE bağlı progresif ağır seyirli PSS olgularında immünosüpresif tedaviden yeterli yanıt alınamadığında İVİG tedavisinin akla gelmesi hastanın mortalite ve morbiditesini azaltmak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritamatozus, periferik sinir sistemi, İVİG

PS-200

Malignite araştırırken *Brucella* saptanan olgu sunumu

İzel Özsavaş[1], Gülçin Çelebi[1], Mustafa Tuna[1], Bilgin Arda[2], Gonca Karabulut[3]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bruselloz, enfekte hayvanlarla doğrudan temas, enfekte hayvanlardan elde edilen çiğ süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi ve/veya bulaşıcı damlacıkların solunması yoluyla bulaşabilen bulaşıcı bir hastalıktır. Başta retiküloendotelyal sistem olmak üzere diğer sistemleri de etkileyerek farklı klinik tablolara neden olabilir. En sık görülen yakınmalar ateş, eklem ağrısı ve terlemedir. Bruselloz hastalarında anemi ve trombositopeni sık görülürken pansitopeni nadir görülen bir komplikasyondur. Bu sunumda malignite nedenli araştırılan hastada saptanan *Brucella* olgusundan bahsedilecektir.

Yöntem: Elli bir yaşında kadın hasta, bilinen hipotiroidi tanısı mevcuttu. Son 1 yıldır tedaviye dirençli anemi, eklem ağrıları, ateş, gece terlemesi ve son altı ayda 20 kilo kaybı şikayetiyle dış merkeze başvurmuştu. Batın ultrasonografisinde grade-1 hepatosteatoz, hepatosplenomegali, perikolesistik serbest sıvı, non-kalkilöz kolesistit saptandı. MRCP normal sınırlarda bulunan hastanın RF: 178,9 ve bisitopenisi saptanması üzerine romatolojiye yönlendirilmiş olup malignite tetkik amaçlı romatoloji servisimize yatırıldı.

Bulgular: Romatoloji laboratuvarında ANA: Granüler 1:80, sitoplazmik 1:80, cANCA 1:10 formalin dirençli ve ANA profilinde anti-dsdna: 2 pozitif dışında diğer otoantikorlar negatif saptandı. Demir eksikliği anemisi ve bisitopeni saptanan hastanın yapılan periferik yaymasında miyeloid öncüller görülmesi üzerine kemik iliği aspirasyon biyopisisi yapıldı. Patolojisinde normosellüler kemik iliği saptandı. B semptomları olması nedenli çekilen kontrastlı tüm vücut tomografisinde malignite lehine bulgu saptanmadı.

Sonuç: Anamnezi derinleştirildiğinde *Brucella* tanısı alan akrabalarının olduğu, hastanın akrabalarıyla temas, taze süt ve çiğ sütten peynir tükettiği öğrenildi. Seroloji testlerinde St. Wright agglütinasyon testi: 1/320 pozitif, Rose bengal pozitif, AHG'li *Brucella* jel testi pozitif saptandı. Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde, sol gluteus maksimus kası sakral insersiyoya yakın düzeyde entezit ile uyumlu olabilecek sinyal artışı ve kontrastlanma izlendi. Doksisiklin ve gentamisin tedavisi başlandı. Takibinde kilo kaybı geriledi ve ağrı yakınmaları azaldı. Beşinci günde ılımlı karaciğer fonksiyon testlerinde progresyonu (AST: 129, ALT: 114) olan hastanın tedavisi rifampisin ve monodoks olarak revize edilip 6 haftaya tamamlanması planlandı. Ülkemiz gibi brusellozun endemik olduğu bölgelerde, temas öyküsü, çiğ süt ve süt ürünleri tüketimi açısından sorgulamak faydalı olabilir. Malignite şüphesiyle bisitopeni/pansitopeni etiyolojisi araştırılırken akut brusellozun diğer nedenlerle birlikte bisitopeni/pansitopeniye de neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime: Bruselloz

PS-201

Langerhans hücreli histiyositoz hastasında kas-iskelet sistemi bulguları: Hastalık tutulumu mu, spondiloartrit mi?

Muhammed Abdulkerim Şahin[1], Eda Nuhoğlu Kantarcı[2], Sinem Nihal Esatoğlu[1], Muhlis Cem Ar[1], Gülen Hatemi[1]

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

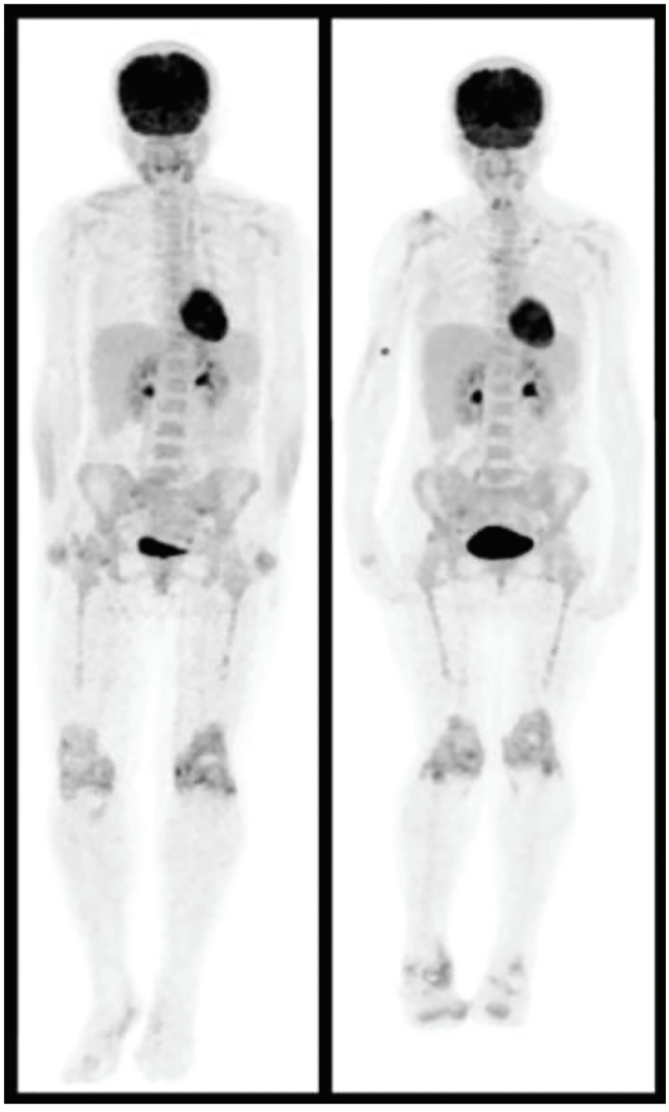
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Langerhans hücreli histiyositoz (LHH) anormal histiyosit birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. İskelet sistemi tutulumu litik kemik lezyonları şeklindedir.

Olgu: LHH tanılı 40 yaş kadın hasta Ağustos 2022'de eklem ağrılarıyla kliniğimize başvurdu. Şikayetleri Nisan 2022'de 2. kür kemoterapisinin (KT) (ARA-C) 10. gününde sol dizde başladı. Eklem sıvı aspiratında 1040 WBC/mm^3 görülmüştü. Takibinde omuz, el-ayak parmağı ve topukta da ağrıları başlamış ve KT'ye de devam edilmişti. Fizik muayenemizde sağ 2. ayak parmağında daktilit ve dizlerde ısı artışı olup bariz efüzyonu yoktu. MR'de sol sakroiliak ekleme bakan iliak kemikte skleroz ve kemik iliği ödemi görüldü. HLA B27 (+) bulundu. Spondiloartrit düşünülerek sulfasalazin ve NSAİİ başlandı. Başlangıçta yanıt alınmasına rağmen yakınmaları tekrarladı. Hematolojik kontrolündeki PET-BT'deki sol iliak kemik ve sağ asetabulumda LHH için şüpheli görünüm sonrası spondiloartrit ve LHH kemik tutulumu ayırıcı tanısı için romatoloji servisine yatırıldı. Romatolojik sorgusunda artrit dışında özellik yoktu. Fizik muayene ve ultrasonografide artrit-tenosinovit ve entezit bulguları mevcuttu. Otoantikorlar, ürik asit normaldi. CRP-fibrinojen yüksekliği ve hiperkalsemi mevcuttu. Tekrarlanan PET/BT'de akromioklaviküler, sternoklaviküler, diz, metatarsofalangeal ve ayak bileklerinde artrit; aşil enteziti bulguları saptandı. Diz sinoviyal tru-cut biyopside LHH bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç: Poliartrit-daktilit-entezit kliniği, litik kemik lezyonlarının bulunmayışı ve LHH açısından biyopsi negatifliği ile yakınmaları spondiloartrite bağlı olarak değerlendirildi ve sekukinumab başlandı. Hasta tedaviden klinik ve laboratuvar olarak belirgin fayda görmüştür ve tedavinin 9. ayında düşük hastalık aktivitesi ile izlemine devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositoz, skeletal tutulum, spondiloartrit



Resim 1. PET-BT
PET-BT: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi

PS-202

Tekrarlayan infarkt: Adenozin deaminaz 2 eksikliği mi?, Behçet hastalığı mı?

Aydan Yekedüz Bülbül

Erciyes Üniveristesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Adenozin deaminaz (ADA2) eksikliği (deficiency of *ADA2*; DADA2), *ADA2* genindeki fonksiyon kaybedici mutasyonların neden olduğu otoenflamatuvar bir hastalıktır. Otozomal resesif geçiş gösterir. Vaskülit, hematolojik bulgular ve immün yetmezlik gibi farklı klinik fenotipler ile karşımıza gelebilir.

Olgu: On dört yaşında kız hasta yüzünün sağ tarafında kasılma ve ağzında sağa kayma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fiziki muayenesi normaldi. Kraniyal MR görüntülemesinde sağ internal kapsül posteriorunda ve sağ talamus lateralinde akut infarkt görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 12 g/dL, WBC: 5,33 10^3 µL, PLT: 235 10^3 µ, CRP: 1,98 mg/L, ANA: negatif, anti-ds DNA: negatif, ANA subgrupları: negatif, direkt coombs: negatif, komplemanları normal sınırlarda, antifosfolipid antikorları negatifti. Homosistein, protein C ve S düzeyleri normal geldi. IgA: 5,4 mg/dL (47-249), IgG: 572 mg/dL (700-1600), IgM: 25,1 mg/dL (15-188), IgE 0,2 IU/mL (0-200) idi. Trombofili panelinde MTHFR homozigot olarak saptandı. Antitrombotik tedavi olarak önce enoksaparin, sonrasında antiagregan dozda asetilsalisilik asit başlandı başlandı. Anamnez derinleştirildiğinde tekrarlayan oral mukozal ülser şikayeti olduğu; babaannesinde Behçet hastalığı, dedesinde tekrarlayan oral aft öyküsü olduğu öğrenildi. NöroBehçet ön tanısıyla değerlendirilen hastanın üveit açısından yapılan göz muayenesi normaldi. Paterji testi negatif geldi. Hastaya tekrarlayan oral aftları olması nedeniyle kolşisin tedavisi başlandı. Klinik takibinin 2. yılında baş ağrısı, çift görme şikayeti ile başvurdu. Kraniyal MR görüntülemesinde mezensefalon sol yarımında milimetrik 1 adet difüzyon kısıtlılığı izlendi. Arkus aortografi ve femoral yolla bakılan serebral anjiyografisinde sağ transvers sinüs hipoplazisi, korpus kallozumda sinyal değişikliği izlendi. Asetil salisilik tedavisi kesilerek enoksaparin başlandı. Kontrol beyin MR'sinde kronik laküner infarkt ve solda postsantral gyrusa denk gelen kortikal alanda milimetrik boyutlu fokal kanama odağı izlendi. Hastaya mevcut bulgularıyla Behçet hastalığı tanısı denilemedi. Fakat tekrarlayan oral aft, anneannede Behçet öyküsü olması, tekrarlayan akut infarkt öyküsü ve radyolojik görüntülemelerinin mikroanjiyopati ile uyumlu olması nedeniyle azatioprin tedavisi başlandı. Tekrarlayan infarkt öyküsü olan hastadan tüm eksom analizinde *ADA2* geninde p.Arg306Ter homozigot mutasyon saptandı. Plazma ADA2 enzim aktivitesi düzeyi 3,1 mU/g geldi. Hastaya DADA2 tanısıyla etanercept başlandı. Enoksaparin ve azatioprin tedavileri kesildi.

Sonuç: Adenozin deaminaz eksikliği olan hastalar karşımıza farklı klinik fenotiplerle gelebilir. Bu da tanıyı oldukça zorlaştırmaktadır. Hastamızda tekrarlayan oral aft ve ailede Behçet hastalığı öyküsü olması nedeniyle daha çok nörobehçet tanısı üzerinde yoğunlaştık. Fakat laküner infarktı olması ve immünoglobulin düzeylerindeki anormallikler bizi DADA2 için genetik analiz ve enzim düzeyi bakmaya yönlendirebilirdi.

Anahtar Kelimeler: Adenozin deaminaz 2, DADA2, inme

PS-203

Geç başlangıçlı statin ilişkili immün nekrotizan miyopati olgusu

Sertaç Ketenci

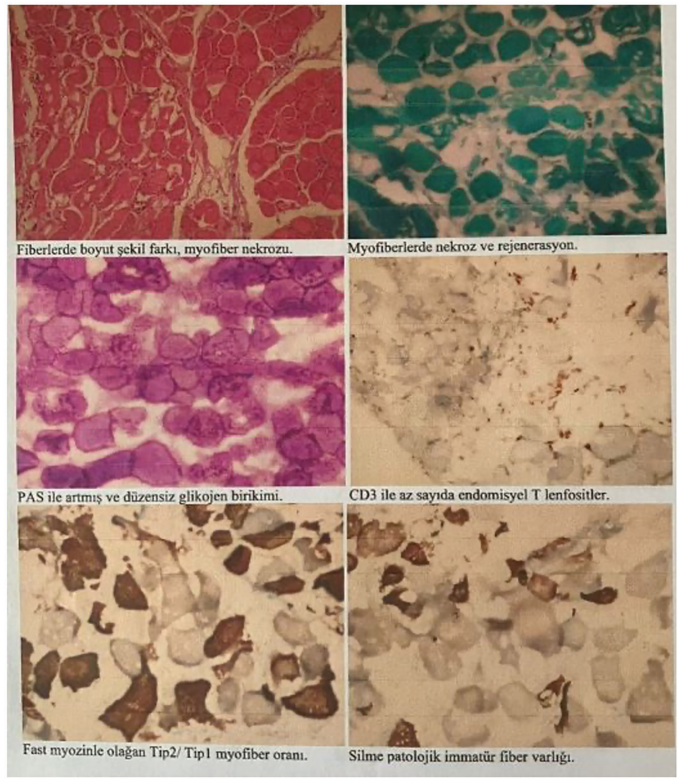
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: İmmün nekrotizan miyopatiler yoğun kas yıkımıyla giden enflamasyonun nispeten az gözüktüğü ciddi mortalite ve morbidite sebebi olan romatizmal hastalıklardır. Statin kullanımının indüklediği immün nekrotizan miyopati ilacın kullanımından yıllar sonra dahi başlayabilmektedir.

Olgu: Yetmiş beş yaşında erkek hasta diyabet ve bypass öyküsü olup 7 yıldır statin kullanmaktayken, son 5 aydır olan yaygın halsizlik güçsüzlük nedeniyle başvurduğu dış merkezde CK ve akut faz yüksekliği saptandı. Klinik görüntü ilerleyerek nazone konuşma ve yutma güçlüğü de eklenen hasta giderek bakıma muhtaç ve yatağa bağımlı hale geldi. Yapılan EMG'si proksimal ağırlıklı miyopati ile uyumlu bulunan hasta servisimize yatırıldı. Çekilen HRCT romatizmal akciğer hastalığı tutulumuyla uyumlu idi. Akut fazları yüksek myozit bulguları olan hastanın kas biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda yamalı myofiber nekrozu ve rejenerasyonuna eşlik eden çoğu makrofaj ve CD4 T-lenfosit niteliğinde olan enflamatuvar hücre varlığı saptandı. Statin kulanan hastada klinik ve patoloji sonuçları immün aracılı nekrotizan miyopati ile uyumlu bulundu. Hastanın statin kullanımı sonlandırıldı. Anti-HMGCR ilişkili nekrotizan myozit için kreatin değerleri yer yer 2 mg/dL olan KBY hastasında MTX verilmedi. Azatiopurini sonrası pansitopeni gelişti. Steroid pals tedavi alan hastada ciddi yatağa bağımlı edecek tutulum olması diğer DMARD'lere kontrendike hali ve artık literatürde ilk basamak IVIG tedavisi önerilmesi nedeniyle anti-HMGCR ilişkili nekrotizan myozit tanısıyla IVIG tedavisine başlandı. IVIG ve steroid tedavisiyle CK değeri 6.200 U/I değerinden 3. ay sonunda normal değerlere (54 U/l) gerileyen hasta eşlik eden rehabilitasyon ile kendi başına mobilize halde takip edilmektedir.

Sonuç: İmmün nekrotizan miyopati ciddi mortalite ve morbidite sebebi olan romatizmal bir hastalık olup özellikle yaşlılarda statin kullanımı araştırılmalıdır. Statin ilişkili nekrotizan miyopatide artık literatürde ilk basamak tedavi olarak IVIG kullanımını öneren yayınlar bulunup, IVIG tedavisiyle dramatik iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Statin ilişkili nekrotizan miyopati, IVIG, steroid



Resim 1. Kas biyopsisi sonucu

PS-204

Plevral efüzyon etiyolojisinde iki hastalık, bir hasta: Olgu sunumu

Gül Güzelant Özköse, Cemal Bes

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

Amaç: Bağ doku hastalıkları ve periyodik ateş sendromları, romatoloji pratiğinde plevral efüzyon etiyolojisinde akla ilk gelen ve tetkik edilmesi gereken hastalıklardır. Bu yazıda her 2 hastalığın saptandığı orta yaşta bir olgu sunuyoruz.

Olgu: Herhangi bir hastalığı olmayan 49 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden plevral efüzyonun araştırılması için romatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Öksürük, nefes darlığı ve yan ağrısı yakınması ile ilk başvurusunda sol akciğerde 1 cm'e varan plevral sıvı saptanması üzerine göğüs hastalıkları polikliniğinde tetkik edilerek malignite, enfeksiyon, tüberküloz ön tanıları ile sıvı örneklenmiş, bu ön tanılar ekarte edilerek tarafımıza yönlendirilmişti. Hasta 2 aylık sürede yeni gelişen el küçük eklemlerinde ağrıdan yakınmaktaydı. Periyodik ateş sendromu düşünmek için geç sayılabilecek bir yaş grubunda olmasına rağmen, 20-25 yaşlarından beri, bazen ateşin eşlik ettiği, 2-3 gün süren tekrarlayıcı karın ağrısı ataklarının ve kırmızı ayak bileği artritlerinin olduğunu ifade etmekteydi. Ayrıca 2 oğlunda FMF tanısı varolup biri kolşisin, diğeri kanakinumab kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde her 2 elde MKF ve PİF eklemlerinde aktif artritleri vardı, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Göğüs hastalıkları tarafından torasentez

yapıldıktan sonra rahatlayan hastada kısa süre sonra efüzyon tekrar gelişmişti. Laboratuvar testlerinde alt sınırda bir lenfopeni (980/mL), akut faz yüksekliği (CRP: 35 mg/Lt, sedimentasyon: 45 mm/saat) vardı. Biyokimyasal parametreler normal aralıktaydı. Otoantikorlardan ANA 1/10.000 homojen, anti-Sm 3+, anti-Sm/RNP 3+ saptandı. C3 ve C4 normal sınırlardaydı. Tam idrar tahlilinde patoloji yoktu. MEFV mutasyonu M680I heterozigot saptandı. Hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile SLE ve FMF düşünülerek 3x0,5 mg/gün kolşisin, orta doz (0,5 mg/kg/gün) prednizolon ve 200 mg/gün hidroksiklorokin başlandı. Üç aylık takip sonrasında hastanın eklem yakınmaları tama yakın gerilemişti, klinik ve radyolojik olarak serozit bulgusu kalmamıştı, bu süreçte hasta FMF atağı geçirmemişti.

Sonuç: Serozit etiyolojisinde düşünülmesi gereken 2 romatizmal hastalığın aynı anda tanısının konulduğu bu olguda FMF'in ve SLE'nin mevcut plevral efüzyonun oluşumundaki payları net bilinmese de ileri yaş olgularda bile ülkemizde periyodik ateş sendromları akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Serozit, FMF, SLE

PS-205

Büyük taklitçi: Metastatik over kanseri mi? sarkoidoz mu?

Ahmet Kıvanç Cengiz[1], Simay Aksakallı[2], Sertaç Ketenci[1], Bora Uzuner[2], İlker İlhanlı[2]

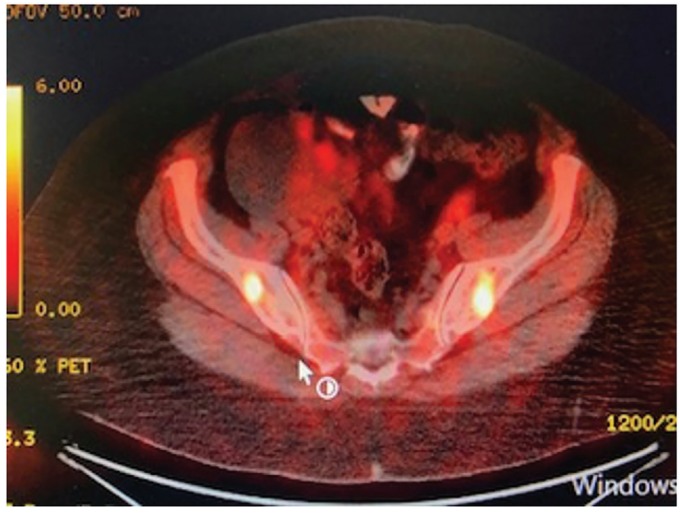
[1]Ondokuz Mayıs Üniveristesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniveristesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Non-kazeifiye granülomatöz enflamasyonla karakterize olan sarkoidoz, etiyolojisi tam bilinmeyen, sistemik bir enflamatuvar hastalıktır. Ülkemizdeki insidansı 100.000'de 4 olarak saptanmıştır. En sık solunum sistemi tutulsa da, sarkoidoz akla gelebilecek her organ ve dokuda tutulum yapabilmektedir. Kemik tutulumu sıklığı %3 ile %13 arasında bildirilse de çoğu asemptomatiktir. Litik veya sklerotik lezyonlar görülebilir. Bu durum primer veya metastatik tümörlerle karışıp doku tanısını zorunlu kılmaktadır.

Olgu: Elli bir yaşında kadın hasta yaygın ağrı, halsizlik, kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Her 2 kalçasına yayılan, özellikle geceleri artan ağrı yakınması nedeniyle sakroiliak MRG yapılmış ve saptanan kontrast tutan alanlar nedeniyle sakroiliit ön tanısı ile romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Görüntü incelendiğinde pelvik kemiklerde multipl, sakroiliak eklemden uzak, medüller yerleşimli, diffüz kontrastlanan, kortikal erozyona neden olmayan lezyonlar bulunduğunu ve sağ overde de yaklaşık 75x50 mm boyutlarında bir kitlenin olduğu görüldüğü. Jinekoloji konsültasyonu sonrasında metastatik over kanseri ön tanısı ile PET/BT yapıldı. Fizik muayenede saptanan belirgin lenfadenopati ya da akciğer grafisinde belirgin hilar dolgunluk olmasa da PET/BT sonucunda supra ve infradiafragmatik lokalizasyonlarda multipl lenf nodları, her 2 akciğerde, karaciğerde ve iskelet sisteminde öncelikle malignite lehine değerlendirilen patolojik metabolik aktivite artışları raporlandı. Pelvik kemiklerde ağırlıklı olmak üzere aksiyel iskelet ve proksimal apendiküler iskelette medullar kısımlarda artmış SUV_{maks} değeri 18,14'ü bulan FDG akümülasyon alanları bildirildi. Biyopsi sonucunda non-kazeifiye granülomlar saptanması üzerine sarkoidoz tanısı ile hastaya 1 mg/kg dozunda prednizolon tedavisi başlandı. Belirgin klinik yanıt elde edildi. Tedaviye metotreksat eklenip steroid dozu aşamalı şekilde azaltıldı. Çekilen pelvik MRG'de söz konusu lezyonların küçüldüğü, kontrastlanmalarının azaldığı görüldü. Hasta halen metotreksat 15 mg/hafta ve düşük doz steroid tedavisi ile izlenmektedir.

Sonuç: Sarkoidoz birçok farklı tutulum ve klinik bulgu ile ortaya çıkabilen, bu nedenle de "büyük taklitçi" tanımını hakeden, ayırıcı tanıda her zaman aklımızda olması gereken önemli bir hastalığımızdır. Bazen, hastamızda olduğu gibi, metastatik kanser ön tanısı ile araştırılan hastalarda biyopside saptanan non-kazeifiye granülomlar gayet yüz güldürücü sonuçlar elde edilmesini sağlayabilmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Metastaz, over kanseri, sarkoidoz



Resim 1. İliak kanatlarda medüller yerleşimli, sakroiliak eklemden uzak, kortikal düzensizliğe neden olmayan lezyonların PET/BT görüntüsü
PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi

PS-206

Kronik rekürren multifokal osteomiyeli t(KRMO) [pediyatrik sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz, osteit sendromu (SAPHO)]: Bir olgu sunumu

Zeynep Tüzün[1,2], İpek Türk[1], Gizem Varkal[1], Mete Soysal[1], Merve Erdoğan Soysal[1], Rabia Miray Kışla Ekinci[1], Süleyman Özbek[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

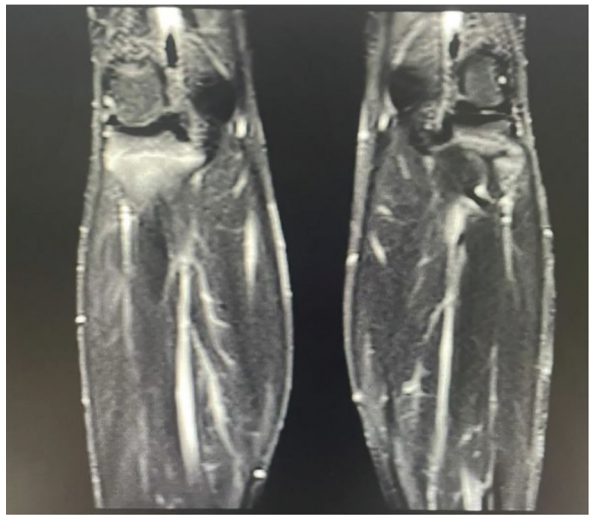
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

Amaç: Kronik rekürren multifokal osteomiyelit (KRMO) ve sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz ve osteit (SAPHO) sendromları palmoplantar püstülozis ve akne gibi deri döküntüleri ve buna ek olarak karakteristik görüntüleme özellikleri, osteit ve/veya hiperostoz gibi kronik tekrarlayan enflamatuvar osteoartiküler bozuklukları içeren bir hastalık grubunu oluşturur. KRMO ağırlıklı olarak çocuklarda/ergenlerde, SAPHO ise yetişkinlerde görülür. KRMO, tutulan kemiklerin üzerinde ağrı ve şişlik ve enflamatuvar belirteçlerin yükseliği ile seyreder. X-ray genellikle sklerotik lezyonları gösterirken, manyetik rezonans görüntüleme, lezyonların boyutunu ve ilişkili yumuşak doku değişikliklerini doğru bir şekilde gösterir. Steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAİD'ler) ve kortikosteroidler tedavinin temelini oluşturur. Antibiyotikler, bifosfonatlar, DMARD'lar ve anti-TNF'ler tedavide kullanılmaktadır. Bu olgu sunumumuzun amacı pediyatrik SAPHO'nun radyolojik bulguları ve önemli klinik tutulumlarını ve kronik tekrarlayan artrit/artralji ve osteomiyelit şüphesi olan olgularda ayırıcı tanı olarak KRMO farkındalığının önemini vurgulamaktadır.

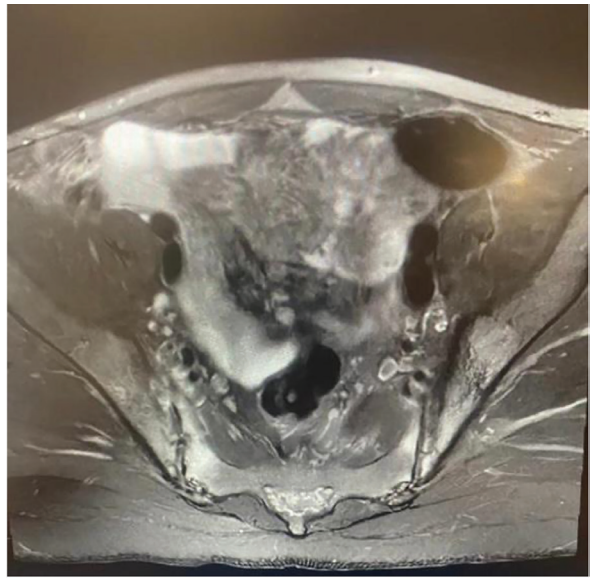
Olgu: On dokuz yaşında erkek hasta 2020 yılında, sağ bacakta ve dizde ağrı şikayeti ile dış merkeze başvurdu. Yapılan tetkiklerde Sağ diz MRG incelemesinde; tibio-femoral eklem komşuluğunda fibular ve tibial yüzde subkortikal kemik iliği ödemi ile uyumlu T2A sinyal artışı saptanması üzerine romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Semptomlarının NSAİD ile gerilemesi ile takibi bırakan hasta 2 yıl sonra alt ekstremitelerde yaygın artralji olması üzerine romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın sistem sorgulamasında vücutta papülopüstüler lezyonlar, non-enflamatuvar ağrı ve yüzde akneler saptandı. Tetkiklerde akut faz reaktanı (AFR) yüksekliği, HLA-B27'liği (+) ve kontrastlı sakroiliak MRG'de bilateral geniş aktif enflamasyon alanları olan yaygın ve sakroiliit bulguları, bilateral belirgin sinovit olup iliak kemilerde de (ekleme uzak lokasyonda) fokal enflamasyon odakları saptandı. PPD, romatolojik testleri ve soygeçmiş sorgulamasında özellik yoktu. Ateş, B semptomları ve enfeksiyon açısından alınan kan ve idrar kültüründe özellik yoktu. Hastaya yapılan tüm vücut MRG "bilateral tibia platosunda her iki femur medyal malleolde ve distal metafizinde, her iki femur trokanter majör düzeyinde ve iki iliak kanatta ve sakrumda sakroiliak ekleme komşu kemik yüzeylerde, sol femur proksimal metafizinde simetrik T2A yağ baskılı görüntülerde patolojik sinyal artışları mevcuttur. Batın, toraks ve beyin MRG'sinde özellik yoktu. Diğer tanılar dışlanan hastada KRMO düşünülerek metotreksat + steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında semptomlarında gerileme olmaması üzerine hastaya etanercept 50 mg/hafta sc başlandı. Hastanın anti-TNF tedavisi sonrası semptomları ve AFR'de belirgin düşme olup yaklaşık 9 aydır takibe devam edilmektedir.

Sonuç: KRMO, genç hastalarda remisyonlar ve rekürren semptomlarla seyreden, yanlış teşhise yol açabilen ve genellikle geç tanı alan nispeten nadir görülen bir hastalıktır. Bazı hastalar yıllarca gereksiz tedaviye ve çok sayıda kemik biyopsisine maruz kalabilir. KRMO düşünülen hastalarda diğer tanılar dışlandıktan sonra iyi tanımlanmış tanı kriterleri ile tanısı konulabilmektedir. Tanıda MRG en duyarlı yöntemdir; diğer kemiklerdeki odakları aramak için tüm vücut MRG taraması önerilmektedir. Genç hastada, kronik tekrarlayan artrit/artralji ve osteomiyelit şüphesi olan olguların ayırıcı tanısında KRMO akılda tutulmalıdır.

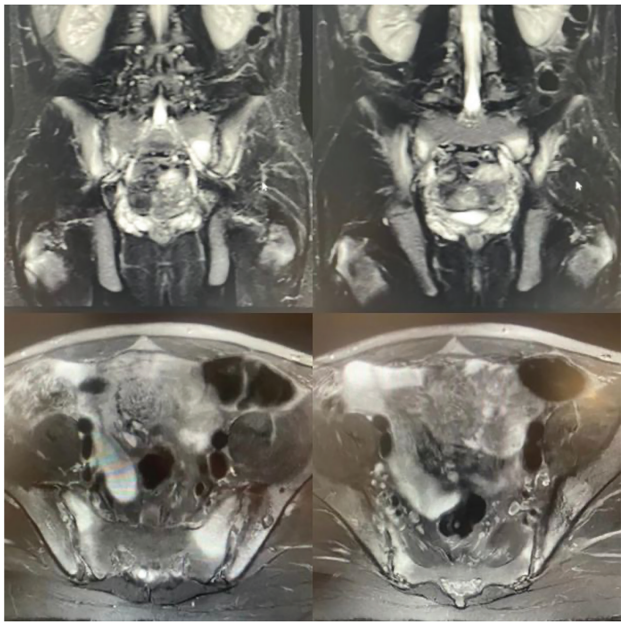
Anahtar Kelimeler: Kronik rekürren multifokal osteomiyelit (KRMO), sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz ve osteit (SAPHO), osteomiyelit



Resim 1. Bilateral tibia ve femoral malleolde patolojik sinyal artışı, osteomiyelit ile uyumlu



Resim 2. Bilateral yaygın sakroileit ve sinovit bulguları mevcut. Ek olarak ekleme uzak lokalizayonda iliak kemiklerde fokal enflamasyon odakları



Resim 3. Bilateral femur torakonter majör düzeyinde ve iliak kanatlarda, sakroiliak ekleme komşu sakrumun komşu yüzeylerinde patolojik sinyal artışı, osteomiyelit ile uyumlu

PS-207

Sistemik skleroz ayırıcı tanısında nadir bir hastalık: Mandibuloakral displazi

Adem Ertürk[1], Muhsin Elmas[2], Çağrı Turan[3]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar

[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

[3]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Mandibuloakral displazi (MAD) lipodistrofi ile ilişkili kas-iskelet sistemi ve deri anormallikleri ile karakterize, çok nadir görülen otozomal resesif bir progeroid (erken yaşlanma) sendromdur. Diğer kalıtsal progeroid sendromları gibi sistemik skleroz (SSk) ile karıştırılabilir. Bu olgu sunumunda sklerodermayı düşündüren klinik bulgularla başvuran MAD'li bir olgu sunulacaktır.

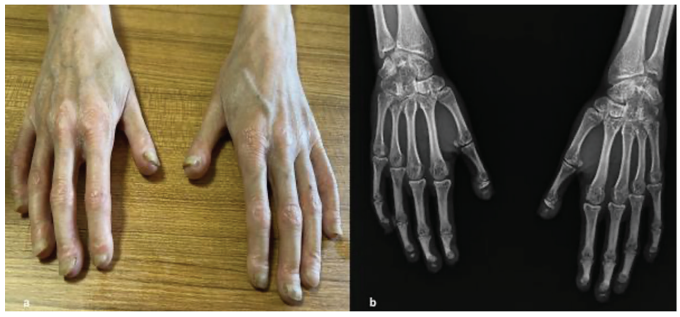
Olgu: Yirmi beş yaşında kadın hasta SSk ön tanısıyla yaklaşık 1,5 yıl önce polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 3 yaşına kadar gelişimin normal olduğu, 3 yaşından sonra büyüme-gelişme geriliği, dismorfik bulgular ve deri sertliği olduğu, 8 yaşındayken dış merkezde SSk tanısı konulduğu ve bir dönem azatioprin kullandığı öğrenildi. Anne ve baba kuzendi, ailede ve yaşadıkları köyde benzer fenotipte birey yoktu. Hastanın yapılan romatolojik sorgulamasında Raynaud dahil anlamlı özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde; boy kısalığı, ince ve seyrek saçlar, ekzoftalmus, burun ala nazilerinde hipoplazi vardı. Mandibula ve klavikulalar belirgin hipoplazikti. Ağız açıklığı azalmıştı ve diş yapısı düzensizdi. Parmakların özellikle distal bölgeleri ve tırnaklar hipoplazikti. Deri altı yağ dokusunun azalmasına bağlı deri atrofikti. Deri ince ve benekli hiperpigmentasyon mevcuttu, özellikle ekstremitelerin distallerinde deri sertliği mevcuttu. Yüzde, proksimal ekstremitelerde ve gövdede belirgin deri sertliği yoktu. Eklemlerde sertti ancak dijital ülser ve pitting skar yoktu. ANA, ENA, RF, anti-CCP negatifti, akut faz reaktanları ve kapilleroskopik bulguları normal saptandı. Ekokardiyografide pulmoner HT yoktu, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı akciğer tomografisinde interstiyel akciğer hastalığı yoktu. Bilateral el grafisinde akro-osteoliz vardı. Tüm ekzom dizi analizinde, *LMNA* (laminin A) geni NM_170707.4 c.1580G>A (p.Arg527His) varyasyonu homozigot olarak saptandı. Bu varyasyon, Varsome veri tabanında patojenik varyant olarak değerlendirilmektedir. OMIM ve HGMD Professional 2021.4 veri tabanlarında tanımlı olan bu varyasyon MAD kliniği ile ilişkilendirilmektedir.

Sonuç: Werner sendromun ve Hutchinson-Gilford sendromu gibi skleroderma benzeri deri değişiklikleri yapan progeroid sendromlar, MAD'ye göre daha iyi bilinmektedir. MAD dahil progeroid sendromlar SSk ile karıştırılabilir ve nadir görüldükleri için SSk ayırıcı tanısında atlanabilir. Deri sertliğiyle gelen bir hastada; mikrognati, dental malformasyon, alopesi, yüzde, proksimal ekstremitelerde ve gövdede belirgin deri sertliğinin olmaması, Raynaud fenomeninin yokluğu ve skleroderma spesifik otoantikorların negatif olması ve kapilleroskopinin normal olduğu durumlarda MAD ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, mandibuloakral displazi, progeroid sendrom



Resim 1. Mandibulada hipolazi



Resim 2. a) El parmaklarında deride ve eklemlerde sertlik, tırnaklarda distrofik değişiklikler, b) El grafisinde distal falanklarda akro-osteoliz

PS-208

Romatoid artritli olguda artraljiyle seyreden *Trepenoma whipplei*

Fatma Başıbüyük, Gökçe Kenar Artın, Fatoş Önen

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

Amaç: Whipple hastalığı actomiçes ailesinden Gram-pozitif basil *Tropheryma whipplei*'nin etken olduğu bakteriyel bir hastalıktır. Klasik manifestosunu atralji, kilo kaybı, diyara ve karın ağrısıdır. Malabsorbsiyona bağlı laboratuvar anomalilikleri, anemi, lökositoz ve CRP yüksekliği görülebilir. Kesin tanısı ince bardaktan alınan biyopside PAS (+) intrasitoplazmik mikroorganizmaların gösterilmesiyle konulur. Romatoid artrit tanısı olan hastada hastalıkla açıklanamayan artralji ve akut faz yüksekliğinde ayırıcı tanıda whipple hastalığı gibi enfeksiyon patolojilerin varlığını göstermektir.

Olgu: On sekiz yıldır farklı bir merkezde romatoid artrit tanısı ile takipli 52 yaşında kadın hasta polikliniğimize eklem ağrıları ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Başvuru anında hidroksiklorokin 200 mg/gün, prednizolon 5 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta ve folik asit 10 mg/hafta kullanmaktaydı. Öyküsünden ve epikrizlerinden edinilen bilgiye göre 1 yıldır ortalama 2 ayda bir ateş, halsizlik ve eklem ağrısı ile seyreden atakları mevcuttu, ataklara akut faz yüksekliği eşlik ediyordu ve her atakta antibiyoterapi tedavisi almıştı. İki defa yatış ve intravenöz antibiyoterapi öyküsü vardı. Ataklar antibiyoterapi altında kısmi düzelmiş ancak CRP hiç normal değerlere gerilememişti. Bir yıl önce kolelitiazis nedeni ile opere edilen hastanın eş zamanlı çıkarılan lenf bezi patoloji raporu: Kesitlerde yer yer kistik boşlukları döşeyen histiyositler ve non-nekrozitan granülomlardan oluşan ve çok sayıda dev hücre içeren ve köpüksü histiyositlerin sitoplzmalarında PAS (+), GMS (+), EZN (-) boyanma izlenen intrasitoplazmik mikroorganizmaların izlendiği lenf nodu. Hasta ateş ve akut faz yüksekliği etiyolojisi araştırılmak üzere yatırıldı. Başvuru anında ateşi yoktu, vital bulguları olağandı, akciğer muayenesinde sağ bazalda solunum sesi azalmıştı, aktif artritle uyumlu fizik muayene bulgusu ve periferik lenfadenopatisi yoktu. Yapılan toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) akciğer sağ bazalda buzlu cam alanları ve yine sağda plevral effüzyon mevcuttu. Ön planda pnömoni düşünülerek levofloksasin başlandı. Eş zamanlı ateş ve AFR yüksekliği etiyolojisi açısından viral serolojik tetkikler, leishmania paneli, *Brucella* agglitünasyon testi, dış merkez patolojinin hastanemizde patoloji konsültasyonu ve görüntüleme tetkikleri planlandı. Ancak takiplerde hastanın genel durumu bozuldu, hasta hipotansiyon ve desatüre oldu. Çekilen kontrol toraks BT'de bilateral akciğer parankiminde yaygın enfiltrasyon mevcuttu. Pnömosepsis düşünülen hastaya piperasilin tazobaktam, trimetoprim sulfametoksazol ve flukonazol başlandı ve yoğun bakıma transferi yapıldı. Entübasyon ve inotrop ihtiyacı olmayan hasta intravenöz tedavi altında genel durumu düzelince servise tekrar devralındı. Antibiyoterapi altında CRP: 2'ye (referans aralığı 0-5) geriledi. Bu arada sonuçlanan tetkiklerinde leishmania negatif, *Brucella* negatif, hepatit viral panel negatif, görüntülemelerde malignite ve enfeksiyon lehine ek patolojik bulgu yoktu. Hastanın dış merkez patoloji preperatının hastanemiz konsültasyon raporu: Bulgular ön planda whipple hastalığını desteklemektedir. Pnömoni tedavisi tamamlanan, genel durumu iyi olan ve mevcut sonuçlarla Treponema whipplei ilişkili lenfadenit tanısı konulan hasta hastaneye yattığı süre içerisinde 14 gün trimetoprim sulfometoksazol ve piperasilin tazobaktam tedavisi almıştı. Whipple hastalığının klasik tedavisinde de 14 gün penisilin tedavisi sonrası 1 yıl trimetoprim sulfometoksazol tedavisi uygulanmakta olduğundan hasta başlangıç tedavisini almış oldu ve genel durumu iyi olan hasta trimetoprim sulfometoksazol tedavisiyle taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde takibine devam edilen hastanın genel durumu iyi, aktif yakınması yok laboratuvar değerleri normal aralıkta seyretmekteydi.

Sonuç: Whipple hastalığı artritle seyreden ve gastrointestinal semptomları baskın olmayan hastalarda özellikle seronegatif poliartrit/oligoartrit yapan diğer patolojilerle karışabilmektedir. Olgumuzda da romatoid artrit tanısının varlığı hastanın tanı almasını zorlaştırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, whipple hastalığı, artrit

PS-209

Behçet hastalığının seyrinde gelişen piyoderma gangrenosum olgu sunumu

Bilge Arslan[1], Gülçin Çelebi[1], İzel Özsavaş[1], Özlem Limoncu[1], Banu Yaman[2], Can Ceylan[3], Kenan Aksu[4]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir

[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Piyoderma gangrenosum (PG); genellikle orta yaştaki erişkinlerde görülen, viyolase renkli kenarlarının altı oyuk, ağrılı ülserler şeklinde görülen nadir nötrofilik enflamatuvar deri hastalığıdır. Etiyolojisi ve patogenezi net olarak bilinmemektedir. Behçet hastalığı (BH), multisistemik bir vaskülit olup deri bulguları arasında nadiren piyoderma gangrenosum görülebilmektedir. Bu sunumda BH nedenli takip edilen hastada gelişen PG olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, 5 yıl önce oral aft, penis alt ucunda ve skrotumda genital ülser şikayetiyle başvurmuş olup BH tanısı almıştır. Kolşisin, metilprednisolon ve azatiopürin ile tedavi başlandı. Poliklinik takibinde hastalık aktivasyonu

olarak değerlendirilen hastanın tedavisine infliksimab ve IVIG eklendi. Üç yıl önce sol tibia ön yüzünde çevresi eritemli, akıntılı, ağrılı ülsere lezyonla polikliniğimize başvurdu.

Sonuç: Yapılan deri biyopsisinde, yüzeyde ülsere nekroz, tüm dermis boyunca nötrofil ve lenfositlerden oluşan mikst tipte hücre enfiltrasyonu görüldü. Hastanın laboratuvar değerlerinin ve görüntüleme yöntemlerinin normal olması üzerine bir dışlama tanısı olan PG tanısı konuldu. Mevcut tedavisine siklosporin eklendi. İnfliksimab tedavisi almaktayken BH alevlenmesi olması üzerine adalimumab tedavisine geçilerek hastalığı kontrol altına alındı. Hastanın takip ve tedavisi kliniğimizde takip etmektedir. PG hastalığının tanısı için belirli bir tanı testi yoktur. Ayırıcı tanıda; vaskülitler, sifiliz, bakteriyel, mikobakteriyel enfeksiyonlar, arteriyel ve venöz yetmezlikler, Sweet sendromu düşünülmelidir. PG tedavisinde öncelikli olarak steroidler ve siklosporin düşünülmelidir. Yanıt alınamadığında dapson, mikofenolat mofetil, azatioprin, takrolimus, siklofosfamid denenebilir. BH'nin takibinde gelişen ülsere deri lezyonlarının ayırıcı tanısında PG akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Piyoderma gangrenosum (PG), Behçet hastalığı (BH)

PS-210

Hasta temelli aktivite ölçeklerinin spondiloartrit ve non-SPA hastalarında performansı; ASDAS-CRP daha uygun bir ölçek olabilir mi?

Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Esra Erpek, Halil İbrahim Yiğit Atlı, Özge Yoğurtçu, İdil Kurut Aysin, Eda Otman Akat, Haluk Cinaklı, Elif Ediboğlu, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Spondiloartrit (SpA) şüphesi ile değerlendirilen hasta grubunda farklı aktivite ölçeklerinin ve bunların bileşenlerinin performansının değerlendirilmesidir.

Yöntem: SpA ön tanısı olan hastaların izlendiği kohortumuzda takip edilen 706 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Çalışma popülasyonunda 568 kişi ASAS kriterlerine göre AxSpA ve 138 kişi non-SpA olarak sınıflandırılmıştır. Non-SpA grubunda 105 kişinin bel ağrısı klinisyene göre İBA olarak değerlendirilmiştir. Hasta tarafından bildirilen aktivite ölçeği olarak BASDAI kullanılmıştır. Bu skor 6 sorudan oluşmaktadır. Birinci soru halsizlik/yorgunluk düzeyini gösterirken diğer sorular spinal, periferik, entezeal ağrı, sabah tutukluğu şiddet ve süresini değerlendirir. Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru (ASDAS)-CRP hesaplanmasında beş hastalık aktivitesi değişkeni katılır. Akut faz reaktanı olarak CRP (mg/L) veya sedimentasyon (mm/sa) kullanılabilir. Diğer dört öğe arasında bel ağrısı periferik ağrı/şişlik, sabah tutukluğunun süresi ve hasta global değerlendirme yer almaktadır. Bu çalışmada hastaların bazal BASDAI total skor, BASDAI bileşenleri ve ASDAS CRP'ye göre değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Non-SpA grubu daha fazla kadın ve ileri yaşlı hastalardan oluşuyordu. AxSpA grubunda ise daha fazla HLA-B27 pozitifliği, CRP düzeylerinde yükseklik ve psöriazisde artmış sıklık mevcudiyeti saptandı. Aktivite açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında BASDAI değerleri benzer bulundu. Ancak BASDAI bileşenlerine bakıldığında non-SpA grubunda BASDAI 1. soru (halsizlik) anlamlı şekilde yüksek saptandı (Şekil 1). ASDAS-CRP axSpA grubunda non-SpA grubundan daha yüksek olarak bulundu (Tablo 1, Şekil 1).

Sonuç: Spondiloartrit şüphesiyle değerlendirilen ancak non-SpA olarak sınıflandırılmış olan hastalarda BASDAI'nın genel olarak benzer skorlara sebep olması nedeniyle ASDAS-CRP aksiyel spondiloartritli hastaların değerlendirilmesinde daha uygun bir sonlanım ölçeği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropati, BASDAI, ASDAS-CRP, aktivite ölçeği



Şekil 1. ASDAS, CRP, BASDAI total skoru ve itemlarının gruplara göre dağılımı

PS-211

Granülomatöz mastit risk faktörlerinin belirlenmesi; tek merkezli iki yıllık gözlemsel çalışma

Melis Dilbil, Mine Nokay, Funda Erbasan, Mustafa Ender Terzioğlu, Veli Yazısız

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Granülomatöz mastit (GM) ilk defa 1972 yılında tanımlanan nadir görülen enflamatuvar meme hastalığıdır. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte birçok romatolojik patolojiye de eşlik edebilmektedir. GM prezentasyon bulguları meme dokusunun malign ve enfeksiyöz hastalıklarını taklit etmesi nedeni ile öncelikle bu patolojilerin dışlanması gerekmektedir.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2021-Ocak 2023 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğinden granülomatöz mastit ön tanısı ile yönlendirilen 33 hasta dahil edildi. Hastaların klinik, serolojik ve patolojik sonuçları hastane elektronik veri tabanından alındı. Eksik olan bilgileri ve sosyo-demografik verilerine telefon görüşmesi yoluyla ulaşıldı. GM tanısı kesinleşen hastaların özellikleri ile diğer meme patolojileri saptanan hastaların özellikleri karşılaştırıldı. Bunun için tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistikler kullanıldı. P-değeri <0,05 istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: GM ön tanısı ile analiz hastaların (n=33) 18'inde (%54,5) GM tanısı kesinleşti. Bunlardan 17'si patolojik olarak kanıtlandı. Bir hastaya klinik olarak tanı konuldu. GM tanısı almayan 15

hastanın doku biyopsilerinde yağ nekrozu, apse ve fibrokistik değişiklikler saptanmıştır. Gruplar arasındaki değişkenler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 1). GM hastalarından birisi 1 nullipar olup, gebelik öyküsü olan diğer olgularda medyan doğum sayısı 2,9; non-GM grupta medyan doğum sayısı 1,5 bulunmuştur. ≥2 doğum sayısı ile GM delişimi arasındaki istatistiksel ilişki görüldü (p=0,026). Doğum şeklinin (sezaryen ve spontan vajinal doğum) GM üstüne etkisi bulunmamıştır. GM tanılı olgularda ortalama emzirme süresi 60,1 ay saptanırken tanı almayan olgularda 30,4 ay olarak saptanmıştır (p=0,03). Emzirme süreleri kendi içinde kategorik olarak değerlendirildiğinde 24 ay üzerinde emzirme için p<0,001 saptanırken 30 ay ve üzerinde p=0,017 saptanmıştır. GM grubunda 4 hastada OKS kullanımı, 5 olguda sigara ve 2 olguda alkol kullanımı mevcuttu. Hasta sayılarının çok düşük olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır. Akut faz yüksekliği (C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı), otoantikor pozitiflikleri (romatoid faktör, anti-CCP, anti-nükleer antijen, anti-nötrofil sitoplazmik antikor), anjiyotensin konverting enzim (ACE) düzeyi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık yoktu.

Tartışma: GM genellikle doğurganlık çağındaki kadınları hedef almakta olup nadiren erkeklerde de bildirilen olgular mevcuttur. Çalışmamızdaki hasta popülasyonu literatürle uyumlu olarak doğurganlık çağındaki kadınlardan oluşmaktadır (medyan yaş 36,7). GM etiyolojik faktörlerin temelinde östrojen seviyesinde artışa neden olan endojen (gebelik ve laktasyon) ve eksojen (OKS kullanımı) nedenler bulunmaktadır. Hastalarımız bu açıdan değerlendirildiğinde medyan doğum sayısı 2,9 olarak saptanmış olup ≥2 doğum sayısı ile GM delişimi arasındaki istatistiksel ilişki görüldü (p=0,026). Bir diğer risk faktörü olan emzirme için yapılan değerlendirmelerde 24 ay ve üzerinde emzirme süresi (p<0,001) anlamlı bulunmuştur. Literatürde belirtilen diğer risk faktörlerinden olan OKS, sigara ve alkol kullanımı için değerlendirildiğinde bu risk faktörlerini taşıyan hasta sayısının az olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Sonuç: Granülomatöz reaksiyona neden olan otoimmün hastalıklar (Crohn hastalığı, granülomatöz polianjinitis, sarkoidoz, vb.) memede grenülomatöz reaksiyon ile prezente olabilir. GM tanısı alan olgularda hiç romatolojik hastalık tanısı alan hasta mevcut değildi. Seroloji ve biyokimya tetkikleri incelendiğinde veri eksiklikleri nedeni ile değerlendirmeler suboptimal olarak yapılabilmiş olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı saptanmamıştır. GM romatoloji pratiğinden farkındalığın artması gereken bir tanı olup risk föktörleri ve romatolojik hastalıklar ile birlikteliğinin gösterilmesi için geniş popülayonlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz mastit, doğum, emzirme

PS-212

Sistemik lupus eritematozus kliniği ile gelen hastada IgM nefropatisi

Serdar Esmer, Şükran Erten

Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: IgM nefropatisi daha ziyade çocuk ve gençlerde görülen asemptomatik idrar bozukluklarından nefrotik düzeyde proteinüriye kadar değişen tablolarla seyreden nadir glomerülonefrit nedenlerinden biridir. Işık mikroskop incelemede minör değişiklikler ve fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) benzeri değişik derecelerde mezangial proliferasyon vardır. Tedavi konusunda uzlaşılmış bir görüş olmasa da minimal değişim hastalığı ve/veya FSGS'de olduğu kadar steroidle tedavi başarısı az görünmektedir. Olgumuzda sistemik lupus eritematozus (SLE) nefriti klinik bulguları ve ön tanısı ile izleminde, IgM nefropatisi tanısı alan olgumuzu paylaşmaktayız.

Olgu: Otuz dört yaş kadın hasta, bilinen dahili hastalığı olmayan el ve ayakta şişme şikayeti ile yapılan tetkiklerde kreatin yüksekliği, proteinüri ve otoantikor pozitifliği saptandı. Tetkiklerinde üre: 56, kreatinin: 1,99, total protein: 85, albümin: 38, sport idrarda protein ++, eritrosit: 250, 24 saatlik idrarda total protein 1929 mg, albümin 545 mg anti nükleer antikor (ANA): 1/1000 (3+), çift zincirli DNA (anti ds DNA):+, miyeloperoksidaz anti sitoplazmik antikor (mpo ANCA)+, proteinaz 3 anti-sitoplazmik antikor (pr3 ANCA)-, anti glomerul bazal membran (anti-GBM) antikor, kompleman 3 (C3) düşük, kompleman4 (C4) normal, immünoglobulin M (IgM) normaldi. Böbrek biyopsisi IgM nefropatisi ile uyumluydu.

Sonuç: SLE'li hastalardan alınan böbrek biyopsi örnekleri, nadiren patojenetik ve morfolojik olarak SLE ile ilgisi olmayan değişiklikler gösterebilir. Olgumuzda olduğu gibi benzer klinik ile başvuran hastalarda lupus nefritine alternatif tanı olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemil lupus eritematozus, IgM nefropatisi

PS-213

Cogan sendromu tekrarlayan oftalmolojik tutulumlar ve sensörinöral işitme kaybında akla gelmelidir, olgu sunumu

Mestan Şahin[1], Şeyma Tekeli[2], Meltem Alkan Melikoğlu[3]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

[3]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

Amaç: Cogan sendromu (CS) sistemik değişken vaskülit sınıflaması içinde yer alan, otoimmün nadir bir hastalıktır. Patogenezinde bazı peptitlere karşı antikorların varlığı saptanmış olsa da etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. İşitme, denge ve göz ile ilgili bulgular sık görülür. Genellikle büyük damar vasküliti yapmasına

rağmen her çapta damarı etkileyebilir. Tanısında spesifik bulgu ve laboratuvar belirteci yoktur. Gençlerde daha sık görülür. Çocukluk çağında da görülebilmektedir. Gençlerde meydana gelen görme işitme ve denge sistemini etkileyen semptom ve bulguların varlığında olası nedenlerin ekartasyonu ile tanısı konulmaktadır. Tedavi tutulumun şiddeti ve yaygınlığına göre planlanır. Glukokortikoidler, metotreksat başta olmak üzere azatioprin, siklofosfamid, siklosporin de tedavide kullanılmaktadır. Dirençli olgularda ise son yıllarda biyoloik veya hedefe yönelik hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaçların kullanılabileceği bilinmektedir.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta, Mayıs 2023'te kliniğimize son üç yılda 6 kez tekrarlayan üveit atakları sebebiyle göz polikliniği tarafından yönlendirildi. Başvuru sırasında hastanın genel durumu iyi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve sindirim sistemi muayenesi doğaldı. Daha önce romotolojik hastalık yönünden araştırılmış herhangi bir tanı almayan hastanın öyküsünde tekrarlayan oral ülser, genital ülseri, papülopüstüler tarzda deri lezyonları, eritema nodozum, arteriyel-venöz tromboz, artrit, daktilit, entezit, enflamatuvar karakterli bel ağrısı şikayetleri bulunmamakta fakat hastanın 15 yıl önce tek taraflı başlayıp daha sonra bilateral seyreden, giderek ilerleyen sensörinöral işitme kaybı bulunmaktaydı. Hastanın tetkiklerinde WBC: 18.390/µL (%79,9 nötrofil hakimiyeti), HGB: 18,7 g/dL, HCT (%): 54,3, PLT: 223.000/µL, kreatin: 1,16 mg/dL, AST: 26,4 U/L, ALT: 52,9 U/L, CRP: 0,97 mg/dL, HLA-B27 (PCR): negatif RF: 10,72 IU/mL, anti-CCP: 4,6 U/mL, ANA: negatif dsDNA (IFA): negatif SS-A: 3,4 U/mL, SS-B: 2,1 U/mL, Sm: 0,4 U/mL, Rpr (sifiliz): negatif hepatit markerleri: negatif. Hastanın özgeçmişinde nazal tip yassı epitel hücreli karsinom mevcut (2022'de), başka ek hastalık yoktu. Hastada tekrarlayan üveit atakları ve mevcut olan sensorinöral işitme kaybı nedeniyle ön planda Cogan sendromu düşünüldü. Hastaya 0,5 mg/kg prednizolon ve azatioprin 50 mg 3x1 tedavisine başlandı. Prednizolon kademeli azaltılması planlanarak hasta takibe alındı.

Tartışma: Cogan sendromu oldukça nadir bir hastalık olup, genellikle klinik olarak tanı konulmaktadır. Ortalama olarak 20 ve 30'lu yaşlarda başlar. Her iki cinste de eşit olarak görülür. Olguların az bir kısmında sistemik vaskülit görülür. Çocukluk çağındaki tanının gecikmesinde işitme kaybı ve keratitin idiyopatik olarak kabul edilmesi olabilir. Tekrarlayan keratit en sık tutulum şekli olup tüm göz katmanlarını tutabilir. Konjonktivit, iridosiklit, siklerit, episiklerit, korneal ülserasyonlarda görülebilir. Vitrit koroidit, orbital psödotümör nadir göz tutulu şeklidir. Retinal vaskülit varlığında görme kaybı ihtimalinden acil olarak tedavi edilmelidir. İşitme kaybı sensorinöral tipte olup, ani ve tek taraflıdır. Fakat tekrarlayan iç kulak enflamasyonları sonucu, kohlear hidrops gelişmesi ile kademeli, bilateral işitme kaybına ilerleyebilir. Ayrıca ani başlangıçlı denge kaybı, vertigo, ataksi, bulantı ve kusmalar sıklıkla Meniere hastalığı ile karışabilmektedir. CS Behçet ile birlikte değişken damar vaskülit nedeni olsa da sıklıkla Takayasu arteriti gibi büyük damarları tutma eğilimindedir. Takayasu dan proksimal aorta ve kapak tutulumunun nadir olması ile ayrılır. Orta çaplı damar tutulumu poliarteritis nodosadaki gibi olup renal arter tutulumu sıktır. Konsitüsyonel semptomlar sık olmayıp ateş kilo kaybı şeklindedir. Laboratuvar olarak akut faz reaktanlarında artış, nötrofili ile birlikte göreceli olarak lenfosit sayında azalma görülebilir. Tanı da lyme, sifliz başta olmak üzere göz ve orta kulağı tutabilen enfeksiyöz ve yer kaplayıcı hadiselerin dışlanması gerekir. Ayrıca romatolojik olarak ta kollajen doku hastalıkları diğer vaskülit nedenlerin dışlanması için başta anti-nükleer antikor (ANA), Anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA), anti-siklik sitrüllenmiş peptid (anti-CCP) istenmelidir. Olası yer kaplayan lezyonların dışlanması açısından görüntülerden yardım alınmalıdır.

Sonuç: CS her çaptaki damarları etkileyebilen nadir bir vaskülit olup, başta tekrarlayan oftalmolojik bulgular ve sensörinöral işitme kaybı olmak üzere farklı organ ve sistemlerde tutulumları olan olgularda ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Artan farkındalık ve multidisipliner erken tanı ve tedavi ile olası komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cogan sendromu, tekrarlayan oftalmolojik tutulum, sensörinöral işitme kaybı

PS-214

Vaskülit ve bağ doku hastalıkları ayırıcı tanısında nadir görülen bir olgu

Burcugül Kaya, Derya Yıldırım, İbrahim Vasi, Rıza Can Kardaş, Rahime Duran, Hamit Küçük, Abdülsamet Erden, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk

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

Amaç: Romatolojik hastalıklar farklı branşları da ilgilendirebilen çeşitli semptomlar ve bulgularla karşımıza gelebilmektedir. Taklitçi durumlar ayırıcı tanıda önemlidir. Olgumuzda bahsedeceğimiz Epidermolizis bülloza hastalığı kalıtsal, OD ve OR geçişi olabilen dermo-epidermal bileşkedeki proteinleri kodlayan gen mutasyonu nedeniyle mukoz membran ve deride büllöz lezyonlarla karakterize bir dermatozdur. Olgumuzda gelişme geriliği, boy kısalığı, büllöz lezyonlar, kserozis, poikilodermi, psödosindaktilisi olan, korneal melting nedeniyle göz hastalıkları bölümünce tarafımıza yönlendirilen bir olgu ele alınacaktır.

Olgu: Altmış bir yaşında kadın hasta, korneal meltinge sebep olabilen romatolojik hastalıkların değerlendirilmesi amacıyla yönlendirildi. Hastanın öyküsünde, adını bilmediği bir deri hastalığı olduğu, uzun süredir göz kuruluğu ve görmede azalmanın eşlik ettiği öğrenildi. Göz hastalıkları tarafından başlanan topikal tedavi dışında sistemik tedavi almadığı ve takipli olmadığı öğrenildi. Hastanın şikayetleri sorgulandığında 2 aydır sağ kulakta işitme kaybı, kanlı burun akıntısı ve eklem ağrısı vardı. Muayenede boy kısalığı, poikilodermi, büllöz lezyonlar, yaygın kserozis, tırnak distrofisi, psödosindaktili mevcuttu. Hasta bu bulgularla küçük damar vasküliti ve bağ doku hastalıkları açısından tetkik edilmek üzere interne edildi. Sonuçlarda CRP, ESR, KCFT, BFT normaldi. Hematüri proteinüri yoktu. RF, anti-CCP, AFAS antikorları, ANA IFA, ANCA, ENA profilleri negatifti. Komplemanlar normaldi. Muayene, grafi ve USG'de artrit bulgusu yoktu. Göz kuruluğu olan hastada yapılan tükürük bezi biyopsisinde fokus 0'dı. Granülomatöz polianjit açısından bakılan toraks BT'de patolojik bulgu yoktu. Paranazal BT kronik sinüzit ile uyumluydu. İşitme kaybı açısından yapılan muayenede, kulakta yoğun seröz akıntı saptandı. İşitme testi yapılamadı ve topikal tedavi başlandı. Hasta bülloz deri lezyonları, kserozis, poikilodermi, tırnak distrofisi ve psödosindaktili açısından

cildiyeye danışıldı ve kardeşinde de benzer bulgular olan hastada kalıtsal Epidermolizis bülloza hastalığı düşünülerek genetik test istendi. Hastalıkla ilişkili sol alt göz kapağında fibrotik band ve ektropiona bağlı kuru göz ve kronik keratit sebebiyle korneal melting gelişmiş olabileceği düşünüldü. Literatür araştırıldı. Hastanın yapısal malformasyonları, deri lezyonları, kulaklarındaki akıntısı, işitme kaybı ve göz bulguları Epidermolizis bülloza ile ilişkilendirildi. Katkı sağlayacak ek bulgular ve antikorlar olmadığından romatolojik tanıdan uzaklaşıldı.

Tartışma: Bu olgu, vaskülit ve bağ doku hastalıkları açısından anlamlı olabilecek, korneal melting, göz kuruluğu, işitme kaybı, kanlı burun akıntısı, artralji gibi semptomlarla gelen bir hastada Epidermolizis büllosa gibi nadir görülen kalıtsal bir hastalığın da ayırıcı tanıda olduğu, romatolojik hastalıkları taklit edebilen hastalıkların geniş bir spektrumda oluşu ve ayırıcı tanının önemini vurgulamak için hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Epidermolizis bülloza, vaskülit, bağ doku hastalığı



Resim 1. Psodosindaktili



Resim 2. Göz kapağında fibrotik band ve ektropion



Resim 3. Tırnak distrofisi, kserozis

PS-215

Romatoid artritli hastada geç dönem deformiteleri

Murat Baloğlu[1], Abdurrahman Can[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Diyarbakır

[2]Türkoğlu Dr. Kemal Beyazıt Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: Romatoid artrit (RA), sinovyal eklemleri tutan ancak bunun yanı sıra birçok organ ve dokuyu da olumsuz olarak etkileyen otoimmün nitelikte bir hastalıktır. Kliniği aynı olan farklı hastaların yaşam kalitelerine bakıldığında bazen farklılıklar da görülebilmektedir. RA'da el ve dirsek sık tutulan eklemlerdendir. MKF eklemlerinin volar tarafa sublüksasyonu sonucunda, parmakların ulnar yöne kayması ile ortaya çıkan bu şekil bozukluğuna ulnar deviyasyon denir. Buna bağlı olarak bu durumu kompanse etmek için el bileğinde radyal deviasyon ve parmaklarda ulnar deviyasyon ortaya çıkar. İnsan vücudunda diz, dirsek gibi kemik çıkıntılarının bulunduğu yerlerde kemik ile deri arasında Bursa isimli anatomik yapılar bulunur. Buraların içerisinde sıvı mevcut olup bunların görevi yumuşak dokuların kemik üzerinden kaymasını sağlayarak kemik çıkıntılarını korumak ve sonuçta bir yastıkçık vazifesi görmektir. Bursalar ince bir yapıya sahip olup bunların irrite veya enfekte olması durumu bursittir. RA'da lateral epikondil ile olekranonun çıkıntı noktası arasındaki sinovit elle palpe edilebilir. Olekranon bursanın şişliği enflamatuvar hastalık durumlarında olur ve genelde çift taraflı olarak gözlemlenir. Olekranon bölgesi ile proksimal ulna ekstansör yüzeyi, romatoid nodüller sıklıkla görülen bölgelerdir.

Olgu: Altmış yedi yaşında çiftçilik yapan erkek hastada 20 yıldan beridir eklem ağrıları, kas ağrıları mevcut olup hasta da zaman içerisinde eklem deformiteleri gelişmişti. Hastalık ilk olarak bir gribal soğuk algınlığı sonrasında başlamıştı. Öncelikle el eklemleri ve dirseklerde başlayan ağrı, tutukluk ve şişliklerin zaman içerisinde tüm vücut eklemlerine yayıldı. Sabah tutukluğu ilk dönemlerde 5 dakika kadar olup ancak son zamanlarda 10 dakika gibi bir zamana ulaştığını belirtti. Hastada, sedim 14, RF 167,1 idi. Hastaya 20 yıl boyunca çeşitli doktorlara gittiği halde herhangi bir tanı konulmadığını ve tüm doktorların romatizma tanısı ile çeşitli ilaçlar yazdığını belirtti. Ancak hastanın geçmişinde herhangi bir modifiye edici ilaç kullanımına ait kayıt bulunamamıştır. RA'da el tutulumu %80-90 oranında görülmektedir. Yirmi yıllık bu süreç sonucunda hastada ellerde ulnar deviyasyon, ve her 2 dirsektede olekranon bursiti bariz hale gelmiştir. Ancak her 2 dirsekte ekstensiyon ROM kısıtlılığı mevcut değilken özellikle sağ eldeki ulnar deviasyon günlük yaşamda bariz kavrama ve iş yapmada engellilik oluşturmaktaydı. Hasta için uygun rehabilitasyon programı düzenlendi. Hasta kronik dönemde, deformiteleri yerleşmiş olup akut bir alevlenme mevcut değildi. Hasta DMARD grubu ilaçlarla tedaviye alındı. Aynı zamanda sistemik tutulum açısından da takip edilmeye başlandı.

Sonuç: RA'da el ve dirsek sık tutulan eklemlerdendir. RA'da el tutulumu %80-90 oranında görülmektedir. Bu nedenle hastalığın ilk evrelerde tespit edilmesi ve tedavi belirlenmesi, hastalığın kontrol altına alınması ve mevcut deformitelerin önlenmesi açısından önemli bir yer tutmaktadır. Erken dönem tespite bağlı bir tedavi sonucunda gelişebilecek bir kısıtlılık hızlıca engellenebilecektir. Romatoid artrit (RA), sinovyal eklemleri tutan ancak bunun yanı sıra birçok organ ve dokuyu da olumsuz olarak etkileyen otoimmün nitelikte bir hastalıktır. Kliniği aynı olan farklı hastaların yaşam kalitelerine bakıldığında bazen farklılıklar da görülebilmektedir. RA'da el ve dirsek sık tutulan eklemlerdendir. MKF eklemlerinin volar tarafa sublüksasyonu sonucunda, parmakların ulnar yöne kayması ile ortaya çıkan bu şekil bozukluğuna ulnar deviasyon denir. Buna bağlı olarak bu durumu kompanse etmek için el bileğinde radyal deviasyon ve parmaklarda ulnar deviasyon ortaya çıkar. İnsan vücudunda diz, dirsek gibi kemik çıkıntılarının bulunduğu yerlerde kemik ile deri arasında Bursa isimli anatomik yapılar bulunur. Bursaların içerisinde sıvı mevcut olup bunların görevi yumuşak dokuların kemik üzerinden kaymasını sağlayarak kemik çıkıntılarını korumak ve sonuçta bir yastıkçık vazifesi görmektir. Bursalar ince bir yapıya sahip olup bunların irrite veya enfekte olması durumu bursittir. RA'da lateral epikondil ile olekranonun çıkıntı noktası arasındaki sinovit elle palpe edilebilir. Olekranon bursanın şişliği enflamatuvar hastalık durumlarında olur ve genelde çift taraflı olarak gözlemlenir. Olekranon bölgesi ile proksimal ulna ekstansör yüzeyi, romatoid nodüller sıklıkla görülen bölgelerdir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sinovit, olekranon bursiti



Resim 1. Sol dirsek olekranon bursiti



Resim 2. Sağ elde ulnar deviyasyon



Resim 3. Sağ dirsek olekranon bursiti

PS-216

Evans sendromu ve Sjögren sendromu: Nadir bir görülen birliktelik

Merve Nalbant

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Düzce

Amaç: Evans sendromu (ES) otoimmün hemolitik anemi (OİHA) ve trombositopenin birlikte veya ardışık olarak geliştiği daha az sıklıkta nötropenin de eşlik ettiği nadir görülen bir hastalıktır. Evans sendromu primer veya sekonder nedenlere bağlı gelişebilir. Evans sendromu OİHA ve ITP hastalıklarının başlangıcında %0,8 ve %3,7 arasında görülmesi nedeniyle oldukça nadir görülen bir hastalıktır.

Olgu: Daha önce hematolojik veya romatolojik hastalığı olmayan 65 yaşındaki kadın hasta halsizlik yorgunluk şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın yapılan hemogramında Hb: 5,9 g/dL, MCV 103 fL, neutrofil 1,21x10³/µL, platelet değeri 99x10³/µL saptandı. Pansitopeni etiyolojisi açısıdan değerlendirilen hastanın B12 düzeyi 1337 pg/dL, LDH 435 u/L, haptoglobin 0,94 g/L retikülosit %11,21, direkt coombs pozitif olarak saptandı. Hastanın değerlendirilen periferik yaymasında poikilositoz- anizositoz ve tear drop eritrositler görüldü, şistozit yoktu. Hastanın otoimmün hemolitik anemi ve otimmüm trombositopeniye eşlik eden nötropeni olması nedeniyle evans sendromu olarak değerlendirildi. Prmier veya sekonder evans sendromu ayrımı yapabilmek amacıyla ileri tetkikleri yapılan hastanın boyun BT, toraks BT'sinde özellik yoktu. Batın BT'de dalak boyutu 21 cm olarak görüldü ve hemolize bağlandı. İmmünolojik tetkiklerinde ise ANA 1/160 pozitif anti-SSA pozitif, AFAS tetkikleri negatif olarak saptandı. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapıldı. Patoloji spesmeninde 4 odakta >50 lenfositten oluşan (fokus) lenfoid infiltrasyonu ve chilshom-mason evre 4 olarak raporlanmıştı. Hasta bu bulgular altında Sjögren sendromuna sekonder gelişen evans endromu olarak değerlendirildi Hastaya 80 mg/gün metilprednizolon başlandı. Birinci hafta sonunda hemoglobin, platelet ve nötrofillerde değerlerinde yükselme elde edildi. Hastanın steroid tedavisi tedricen azaltılarak 8 mg/güne düşüldü. Hastaya ayrıca steroid azaltıcı ajan olarak azatioprin başlandı. Hastanın tedavi ile en son 3. aydaki tetkiklerinde Hb 11 g/dL, platelet 180x10³/µL olarak hematoloji ve romatoloji kliniğinde takip edilmektedir.

Sonuç: Evans sendromunda ensık görülen sekonder nedenler hematolojik maligniteler, otoimmün hastalıklar, ve primer immün yetmezliklerdir. Otoimmün hastalık olarak en çok SLE ile birlikteliği bildirilmiştir. Sjögren sendromu ile birlikteliği daha nadir görülmektedir. Bizim hastamızda olduğu gibi hematolojik anormaliler Sjögren sendromunda sicca semptomlarından önce görülebilir veya tek bulgu olarak hematolojik bulgular olabilir. Evans sendromu remisyon ve alevlenmelerle seyredebilen, uygulanan tedavilere aynı hastada değişken cevaplar elde edilebilen bir sendromdur. Kortikosteroidler ve IVIG ilk basamak tedavide en sık kullanınan ajanlardır. Tedaviye dirençli hastlarda ek olarak en sık rituksimab ve immünosüpresif ajanlar (mikofenolat mofetil, danazol, siklosporin, azatioprin) eklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evans sendromu, Sjögren sendromu, otoimmün hemolitik anemi, trombositopeni

PS-217

Zor olgular; akciğer tüberkülozu ile komplike, dirençli göz tutulumu olan Behçet hastasını nasıl tedavi edelim?

Zeynep Yılmaz Bozkurt, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Behçet hastalığı önemli morbiditelere neden olan multisistemik, enflamatuvar bir hastalıktır. Üveit ciddi bir göz tutulumudur. Bu olguda adalimumab kullanırken pulmoner tüberkülozla komplike olan aktif üveitli Behçet hastamızda intravenöz immünoglobulin (IVIG) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk bir yaşında erkek hasta, yedi yıl önce tekrarlayan oral aft, genital ülser, paterji pozitifliği ile Behçet tanısı almıştı. Bir yıl sonra panüveit gelişmesi nedeniyle kolşisin tedavisine azatioprin, siklosporin, oral metilprednizolon eklendi. Tekrarlayan üveit atağı olması üzerine infliksimab, sonrasında adalimumab tedavisine geçildi. Adalimumab tedavisinin dördüncü ayında öksürük, ateş, kilo kaybı olması sebebiyle yapılan tetkikler sonucu pulmoner tüberküloz tanısı aldı. Adalimumab kesilip dörtlü tüberküloz tedavisine başlandı. Tedavinin üçüncü haftasında ateşi devam eden, sağ gözde üveiti bulunan hastaya 2 mg/kg/ay dozunda IVIG ve düşük doz metilprednizolon başlandı. Tüberküloz tedavisinin beş, IVIG tedavisinin üçüncü ayında hastanın semptomları ve akut faz reaktanları gerilemiş, göz muayenesinde aktivasyon bulgusu saptanmamıştır. Romatoloji ve göz polikliniklerinden takibi devam etmektedir.

Sonuç: N. Seider ve ark.'nın yazdığı makalede steroid ve siklosporin A'ya dirençli oküler Behçetli 4 hasta IVIG tedavisine iyi yanıt vermiştir. Yine, Luca Canterini ve ark.'nın yayınladığı olgu serisinde içlerinde göz tutulumu da olmak üzere dirençli ve şiddetli Behçet hastalarında IVIG uygulamasının etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğu gösterilmiştir. Zera Tellier ve ark.'nın yazdığı derlemede de kronik intraoküler enflamasyonlu otoimmün/sistemik hastalıklarda IVIG tedavisinin etkili olduğu görülmüştür. IVIG tedavisinin aktif enfeksiyon varlığında Behçet hastalığının dirençli göz tutulumunda güvenle seçilebilecek etkili bir tedavi seçeneği olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, göz, intravenöz immünoglobulin, tüberküloz

PS-218

Jüvenil başlanğıclı anti-PL7 antikor ilişkili amiyopatik dermatomiyozit olgusu

Sarvan Ağamuradov, Khadija Gudretli

Ege Hospital, Romatoloji Kliniği, Bakü, Azerbaycan

Amaç: Enflamatuvar miyopatiler (İM) temel olarak iskelet kaslarında güçsüzlük, deri döküntüleri, bazen iç organ tutulumu yapabilen kronik, otoimmün nadir hastalıklardır. Eskiden İM'ler adı altında dermatomiyozit, polimiyozit ve inklüzyon cisimcikli miyozit isimlendirilse de, son yıllarda hastalıkla ilişkisi olan bazı antikorların keşfinden sonra yeni alt gruplar ortaya çıktı. Antisentetaz antikor sendromu, pozitif antisentetaz antikorları (anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12, ZO, OJ, anti-KE veya KS) ile birlikte interstisyel akciğer hastalığı ve/veya enflamatuvar miyozit, Raynaud fenomeni, artrit, ateş, makinist eli ile karakterize nadir bir otoimmün hastalıktır. Bu antikorlardan anti-Jo-1 antikoru dışında diğerleri nadirdir. Özellikle juvenil başlangıçlı İM'ler arasında PL7 antikor pozitifliği son derece ender görüldüğü için hastamızı paylaşmayı uygun bulduk.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 25 yaşında kadın hasta deri döküntüleri nedeni ile başvurdu. On dört-on beş yaşlarından her iki göz altı ve alın derisinde, 3 yıldır göğüs, boyun (shawn sign), omuz (V sign) ve kollarda kırmızı mor döküntüler mevcuttu. Her iki el parmaklarında (gottron papülleri) ve burun derisinde benzer döküntüler vardı. Halsizlik, yorgunluk dışında belirgin kas güçsüzlüğü, yutma zorluğu, kilo kaybı, ateş, ağız ve göz kuruluğu, Raynaud fenomeni tarif etmiyordu. Artrit ve üveit öyküsü yoktu. Auskultasyonda solunum sesleri doğal, periungeal telenjektazileri mecvuttu. Tetkiklerinde: ALT/AST: N, CRP: 0,61 (<5), sedimentasyon: 8/sa, kreatinin kinaz (CK): 218 (0-167), LDH: 187 (N), ANA (IFA): 1/100 + benekli, anti-Ds-DNA <10 (<100), miyozit spesifik antikor panel: PL7 ++. Kapilleroskopi: Dermatomiozitte spesifik sayıca azalmış, şeklini değişmiş dev kapillerler. Patoloji (sol kol deri biyopsisi): Epidermiste hiperkeratoz ve atrofi, dermiste perivasküler zayıf lenfositer infiltrasyon. Hastaya PL7 ilişkili dermatomiyozit tanısı konuldu, metilprednizolon 16 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta, folik asit 5 mg/hafta, lansoprazol 30 mg/gün tedavileri başlandı. Tedavinin 3. ayında her iki el parmaklarında ve kollarda olan döküntüler tama yakın, boyun, omuz ve göğüsteki döküntüler belirgin geriledi.

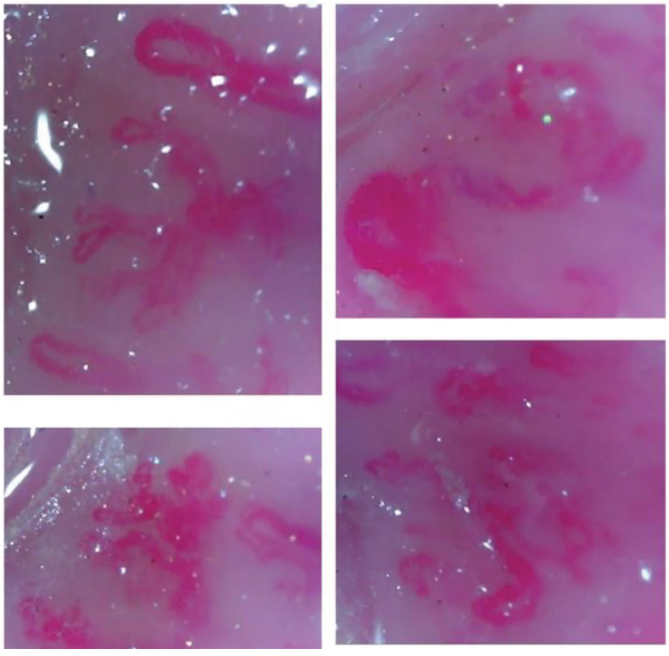
Tartışma: Antisentetaz antikor sendromu (ASAS), pozitif antisentetaz antikorları (ASA) (anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12, ZO, OJ, anti-KE veya KS) ile birlikte interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ve/veya enflamatuvar miyozit, Raynaud fenomeni, artrit, ateş, makinist eli ile karakterize nadir bir otoimmün hastalıktır. Kas güçsüzlüğü genellikle ilk tezahürdür, bazı hastalarda amiyopatik seyredebilir. İAH yaygın görülmekte ve mortaliteden esas sorumlu tutulmaktadır. ASA'ler arasında anti-Jo-1 antikoru dışında diğerleri nispeten az görülmektedir. Anti-PL7 ilişkili İM'de başlangıç yaşı 60, İAH ilk ve en çok (%90) görülen bulgudur. Miyozit (%90), artrit (%40), Raynaud fenomeni (%40), makinist eli (%30) ve özofagus tutulumu (%20) azalan sıklıklarda görülmektedir. ASA pozitif olan bazı hastalarda ASAS gelişmeden sadece deri bulguları ile seyredebildiği bildirilmiştir.

Sonuç: Hastamız 25 yaşında, jüvenil başlangıçlı anti-PL7 ilişkili dermatomiyozit tanısı aldı. Bu antikor ilişkili İM'li hastaların neredeyse tamamı yaşlı ve ASAS kliniğini ortaya çıkartmaktadır. Jüvenil IM arasında anti-PL7 antikoru son derece nadirdir, ASAS kliniği ile gitmektedirler. Hastamıza başladığımız kortikosteroid ve metotreksat tedavileri ile cevap yeterli düzeyde olmasına rağmen, antikor ilişkili miyopati ve akciğer tutulumu açısından yakın takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyopatiler (İM), antisentetaz antikor sendromu (ASAS), antisentetaz antikoru (ASA), anti-PL7, anti-PL7 antikor ilişkili miyopatiler



Resim 1. İlk başvuru sırasında deri döküntüleri



Resim 2. Kapilleroskopik görüntüler



Resim 3. Tedavinin 3. ayındaki deri döküntüleri

PS-219

Çocukluk çağında monogenik lupuslu olguların değerlendirmesi

Gülçin Aytaç, İlyas Aydın, Süleyman İmamoğlu, Tuğçe Çetin Arıkan, Nida Gürbüz, Afig Berdeli, Güzide Aksu, Necil Kütükçüler

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) karmaşık etiyolojiye sahip sistemik bir otoimmün hastalıktır. Epidemiyolojik çalışmalar ve genom çapında ilişkilendirme çalışmaları ile (GWAS) SLE'de genetiğin rolü gösterilmiştir. Monogenik lupus nadirdir ancak bununla ilgili yapılan çalışmalar SLE patogenezinin daha iyi anlaşılmasına büyük katkıda bulunmuştur. Son yıllarda birkaç yeni lupus benzeri fenotipli monogenik bozukluklar tarif edildi. Bunlar, nükleik asit onarımını, bozunmasını ve algılamasını (TREX1, DNASE1L3), tip I interferon (IFN) yolunu (SAMHD1, RNASEH2ABC, ADAR1, IFIH1, ISG15, ACP5, TMEM173) ve B hücresi gelişim kontrol noktalarını (PRKCD; RAG2) etkileyen formları içerir. Bu çalışmamızda çocukluk çağında monogenik lupus tanısıyla takip edilen olguları klinik özellikleri ve genetik mutasyonları ile değerlendirdik. Olgularımız özellikle küçük eklem tutulumu, döküntü ve oral ülser şikayetleriyle başvurmuştu. Akraba evliliği olan üç olgumuz mevcuttu. Üçüncü olgumuz 3 yaşından itibaren başlayan tekrarlayan ateş, konjuktivit, artrit, kusma ishal ve ardından gelişen işitme kaybı ilk geliş bulgularıyla otoenflamatuvar hastalıklar ve immün yetmezlik açısından incelenmiştir. Hipergamaglobülinemi olan olguda femur proksimalinde apse gelişimi nedeniyle yapılan Fago-Burst testinde FMLP %4,5, PMA %51,16, *E. coli* %5,76 saptanması üzerine otozomal resesif kronik granülomatöz hastalık olarak takip edilmiştir. Olgularımızın hepsinde, antinükleer nükleer antikor pozitifliği,

direkt coombs pozitifliği ve hipergamaglobülinemi, üçünde serum kompleman bileşenleri C3 ve C4'te azalma saptandı. Böbrek tutulumu iki olgumuzda gözlendi. Tüm olguların tedavilerinde metilprednizolon, mikofenolat mofetil, hidroksiklorokin kullanıldı. Böbrek tutulumu olanlarda siklofosfamid, rituksimab tedavileri uygulandı. Takiplerinde klinik ve laboratuvar yanıt alınan olgularımızdan biri takiplerine devam etmemiştir, biri yetişkin romatoloji bölümüne devredilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritamatozus, pediatrik, monogenik lupus

PS-220

Multiple ekzositoz tip 1

Serpil Ergülü Eşmen[1], Hatice Koçak Eker[2], Müşerref Başdemirci[2]

[1]*Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Konya*

[2]*Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Konya*

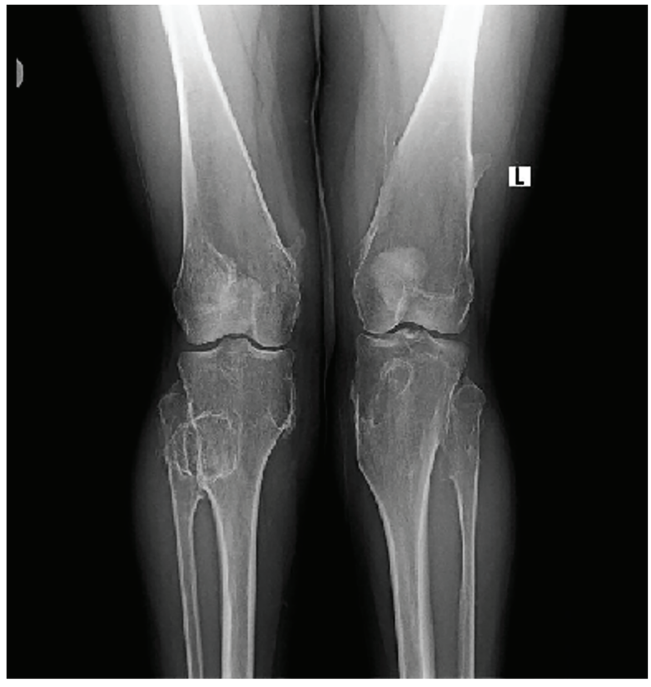
Amaç: Birden fazla osteokondromun varlığına ailesel osteokondromatozis olarak da bilinen herediter multiple ekzositoz (HME) denilmektedir. HME otozomal dominant kalıtılan bir hastalıktır. *EXT1* ve *EXT2* genlerindeki mutasyonların neden olduğu kalıtsal osteokondrom formudur. Kemikte kitlesel lezyonlarla başvurduğunda genetik değerlendirme yoluyla HME tanısı koyduğumuz olgumuzu sunduk.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta çocukluk yaşlarında başlayan vücudunun farklı bölgelerinde ilerleyen yaşıyla birlikte boyut ve sayı artışının olduğu kemiksi sert kitleler nedeniyle başvurdu. Son birkaç yıldır kitlesel oluşumlar nedeniyle çömelirken yürürken ağrı oluşmaya başladığını belirtti. Özgeçmişinde ve aile öyküsünde psoriazis yoktu. Muayenesinde sağ el 2. ve 5. parmakta, sol el 4 parmakta, sol ön kol ve sağ tibiada kemik sertliğinde kitlesel çıkıntı görüldü. Tetkiklerinde otoantikorları ve akut faz değerleri normaldi. Ekstremite direkt grafilerinde multiple kemik yapılar görüldü (Resim 1-3). Hastadan HME ön tanısı ile genetik konsültasyon istendi. Genetik incelemede *EXT1* geninde intron 8 de c.1722+1G>T heterozigot patojenik mutasyon tespit edildi. Otozomal dominant geçişli multiple ekzositoz tip 1 tanısı doğrulandı.

Tartışma: HME ilk olgu 1814'te Boyer tarafından bildirilmiştir. Prevalansı batı toplumlarında 1:50.000 ila 1:100.000'dir. Aile üyelerinde çok sayıda ekzostoz görülür. Otozomal dominant kalıtım paterni gösteren HME kadınlarda inkomplet penetrasyon gösterir. Ayrıca aile içinde osteokondrom sayısı, deformitenin şiddeti ve malign transformasyon oranı açısından da önemli heterojenlikler vardır. Genetik analizde 8 ve 11 numaralı kromozomlarda yer alan iki farklı gende anormallik saptanabilmektedir. *EXT1* geni 8q24.11, *EXT2* geni 11p11.2 lokalizasyonlarında yer alan, tümör baskılayıcı olarak görev yapan genlerdir. Hastamızda *EXT1* geninde mutasyon görüldü. *EXT* genlerinin inaktivasyonu osteokondrom oluşumuna ve ayrıca malign transformasyona neden olur. Bir çalışmada HME ailelerinin genetik analizinde %42 EXT1 mutasyonu ve %33 EXT2 mutasyonu göstermiştir. HME aileleriye yapılan başka bir çalışmada %28'inde EXT1 mutasyonu, %17'sinde EXT2 mutasyonu mutasyonu saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %10'unda etiyoloji belirlenememiştir. Soliter osteokondromla karşılaştırıldığında HME, muhtemelen aile öyküsü, lezyonların çokluğu ve buna bağlı ciddi deformite nedeniyle daha erken teşhis edilir. Çoğunlukla hastalar 12 yaşından önce tanı alır. Daha önce pek çok bölüme aynı yakınma ile başvurusu olan olgumuz, tıbbi genetik değerlendirme için geç yönlendirildiğinden tanısı 36 yaşında konulabilmiştir. İlk olgunun 1814 yılında tanımlandığı HME tanı ve takibi ile ilgili farkındalık eğitimlerine ihtiyaç duyulmaktadır. HME'nin komplikasyonları kozmetik sorunlar, kemik deformitesi, kırık, vasküler bozulma, nörolojik sekeller, bursa oluşumu ve maligniteye dönüşümdür. Maligniteye transformasyon osteokondromun en önemli komplikasyonudur ve ilk kez 1886'da tanımlanmıştır. Malign transformasyonun görülme sıklığının %1 olduğu tahmin edilmektedir. Malign lezyonlar kıkırdak kısımdan gelişen kondrosarkom veya osteokondromun tabanından gelişen osteosarkom olabilir.

Sonuç: Nadir görülen ve malign dönüşüm görülebilen bu hastalıkta farkındalığın ve genetik değerlendirmenin öneminin vurgulandığı bilgilendirme eğitimleri erken tanı ve aile taraması yapılabilmesini ayrıca doğurganlık çağında olan olguların doğru yönlendirilmesini sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Multiple ekzositoz, EXT 1, osteokondrom



Resim 1. Diz grafisi



Resim 1. Diz grafisi



Resim 3. El grafisi

PS-221

Üst dudakta şişlikle seyreden, lokal tedaviye dirençli granulomatöz keilitis olgusu

Özkan Urak, Fatoş Önen, Ahmet Merih Birlik

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

Amaç: Granulomatöz keilitis (GK) dudaklarda hassasiyet oluşturmayan şişlik ile seyreden ve etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır. Klinik olarak anjiyoödemle karışabilir, sistemik olarak tutulum yapan sarkoidoz ve Chron hastalığına eşlik edebilir. Burada izole olarak dudakta da gözlenebileceği gibi sistemik tutulumlara da eşlik edebilen nadir görülen bir GK olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli dokuz yaşındaki kadın hasta üst dudakta özellikle akşam saatlerinde artan şişlik yakınması ile dermatoloji bölümüne başvurmuştu. Hastanın üst dudak bölgesinden yapılan insizyonel biyopsi sonucu granülomatöz plazma hücreli keilit ile uyumlu bulgular gözlenmiş ve Ig G4 boyası ile boyanma saptanmayan hastaya 3 aylık takip süresince aralıklı olarak 5 kez intralezyoner triamsilon asetonid enjeksiyonu uygulanmıştı. Şikayetlerinde belirgin gerileme olmaması nedeniyle dudakta şişliğin ilk başladığı tarihten 5 ay kadar sonra (Resim 1) tarafımıza başvurdu. Romatolojik sorugusunda özellik olmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 11.900/uL, hemoglobin: 9,7 g/dL, trombosit: 373.000 /uL, kreatinin: 0,62 mg/dL, ALT: 24 U/L, AST: 13 U/L, CRP: 31 mg/L, sedimentasyon: 66 mm/s, C3: 144 mg/dL, C4: 25 mg/dL, IgG G4: 19,7, IgG: 1506,4 mg/dL, IgM: 167,8 mg/dL, p-ANCA ve c-ANCA negatif, anti nükleer antikor negatif, serum anjiyotensin converting enzim düzeyi: 60,6 (normal), hepatit serolojisi ve quantiferon testi negatif saptandı. Öksürük ve balgam yakınması olmayan hastanın PA akciğer grafisi olağan olarak değerlendirildi. Hastanın dudağına yaptığımız ultrasonografik görüntülemede üst dudak sağ yarısında belirgin deri- deri altı dokuda ödematöz görünüm saptandı. Hastaya öncelikle 3 gün süreyle 40 mg/gün İM metilprednizolon uygulandı ve 16 mg/gün oral olarak tedaviye devam edildi. Birinci hafta kontrolünde dudaktaki lezyon bozyutlarında gerileme gözlendi. Hastaya ek olarak azatiopürin tedavisi başlandı. Beşinci ay kontrolünde azatiopürin 150 mg/gün ve metilprednizolon 4 mg/gün tedavisiyle izlenen hastanın dudağındaki lezyonun tamamen gerilediği görüldü (Resim 2).

Sonuç: GK fasiyal paralizi ve dilde fissürler ile birlikte görüldüğünde Melkersson-Rosenthal sendromu olarak isimlendirilmektedir. Tanıda biyopsi oldukça faydalı olup sarkoidoz ve chron hastalığında da benzer görünüm olabileceği için ayırıcı tanı üzerinde dikkatle durulmalıdır. Tedavide ilk basamak olarak intralezyoner steroid (triamsinolon asetonid) önerilmekle birlikte rekürrens sıktır. Sistemik steroid metotreksat, anti-TNF tedaviler ve diğer immünosüpresanlar da tedavide kullanılmakla birlikte tedaviye yanıtsız olgularda cerrahi de uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Granulomatöz reaksiyon, steroid, keiliti



Resim 1. Üst dudakta şişlik ve hiperemi



Resim 2. Dudaktaki lezyonun gerilemiş hali

PS-222

Dermatomiyozit ve morfeaya eşlik eden dirençli kalsinozis kutis olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

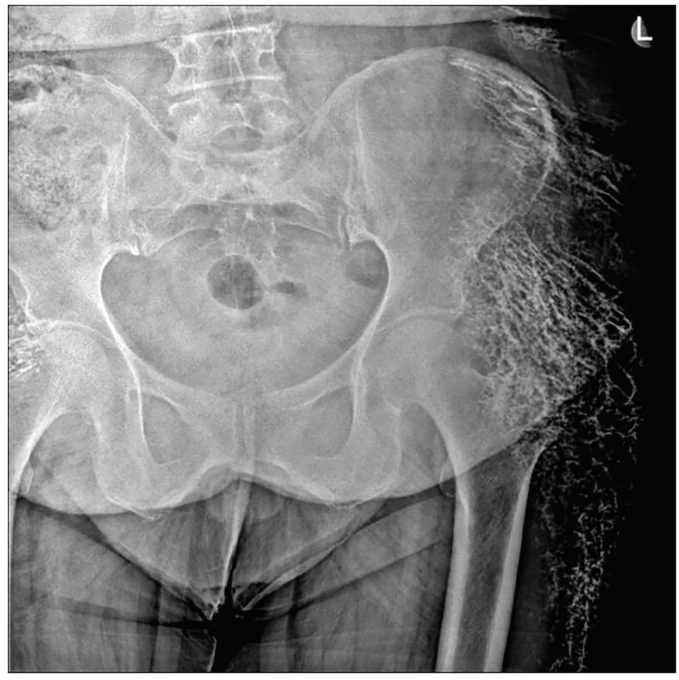
Amaç: Deri ve deri altı dokularda çözülmeyen kalsiyum birikimi kalsinozis kutis olarak tanımlanır. Kalsinozis kutis ile en sık birliktelik gösteren otoimmün bağ dokusu hastalıkları sistemik skleroz ve dermatomiyozittir. Kalsinozis kutis erişkin dermatomiyozit hastalarının %30'unda gelişmektedir. Kalsinozis kutisin tedavisi zordur, yapılan çalışmalara göre de dirençli seyretmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili az sayıda randomize kontrollü çalışma mevcuttur ve tedavi kılavuzu oluşturulamamıştır. Öncelikle medikal tedavi önerilir eğer dirençli seyrederse de cerrahi tedavi önerilir. Diltiazem, sodyum tiyosülfat, bifosfonat, warfarin, intravenöz immünoglobulin (IVIG), minosiklin, kolşisin, siklofosfamid medikal tedavi seçenekleri arasındadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi literatürde de morfea ile birlikte görülen kalsinozis kutis olguları mevcuttur.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta tarafımıza dört yıl önce sağ kalça gluteal bölgede sertlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede yaklaşık 3x4 cm büyüklüğünde mor renkli ele gelen sertlik mevcut idi. Dermatoloji tarafından hastaya deri biyopsisi yapıldı. Morfea ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta romatoloji takibine alındı. Hasta morfea etiyolojisi açısından araştırıldı. Fizik muayenesinde morfea dışında deri bulgusu saptanmadı. Kas gücü ve diğer sistem muayeneleri normal idi. İstenilen tetkiklerinde anti-nükleer antikor (ANA) testi üç pozitif granüler patern, anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif olarak saptandı. İstenilen otoimmün tarama kitinde anti-mi-2 otoantikor pozitif, diğer alt gruplar negatif olarak sonuçlandı. Anti-mi-2 otoantikor pozitifliği nedeniyle hasta dermatomiyozit açısından tetkik edildi. Biyokimya değerleri normal aralıkta (CPK: 115 U/L, AST: 26 U/L, LDH: 260 U/L), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 19, C-reaktif protein (CRP) normal (3 mg/dL) idi. Hastaya deri bulguları nedeniyle kolşisin tedavisi başlandı ve takibe alındı. Hasta altı ay sonra tarafımıza yaygın kas güçsüzlüğü, merdiven çıkmada zorluk, yüzde ve ellerde eritem şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinden sol üst ekstremite ve sol alt ekstremite de kas gücü 3/5, sağ üst ekstremite de 2/5, sağ alt ekstremite de 3/5 olarak saptandı. Ellerde oluşan eritem gottron papülleri, yüzde oluşan eritem heliotrop rash olarak değerlendirildi. Yapılan laboratuvar tahlillerinde biyokimya değerleri yüksek (CPK: 4920 U/L, AST: 291 U/L, LDH: 941 U/L), ESH 35 mm/saat, CRP normal (10 mg/dL) idi. Hastaya dermatomiyozit ön tanısı ile üç gün 100 mg/gün metilprednizolon tedavi planlandı. Metotreksat 15 mg/hafta, hidroksiklorokin 2x1 tablet başlandı. Üç gün 100 mg/gün metilprednizolon tedavisinden sonra doz 60 mg/güne düşüldü. Bir hafta sonra görülen biyokimya değerlerinde (CPK: 4153 U/L, AST: 320 U/L, LDH: 997 U/L) artış saptandı. Hasta IVIG tedavisi planlandı. Hastamıza beş gün boyunca 400 mg/gün dozundan IVIG tedavisi verildi. Tedavi sonrası biyokimya değerleri öncekine göre geriledi (CPK: 553 U/L, AST: 82 U/L, LDH: 650 U/L). Hastanın bu sırada malignite açısından tetkikleri yapıldı. Malignite

lehine bir bulgu saptanmadı. Hasta metotreksat, hidroksiklorokin ve metilprednizolon tedavisi ile takip edildi. Metilprednizolon dozu azaltılarak dört mg/güne düşüldü. Hasta altı ay boyunca mevcut tedavi ile remisyonda seyretti. Hastamız altı ay sonra gluteal bölgede ve her iki üst ekstremite deltoid bölgede önceki lezyonlara benzer şekilde sertlik ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol bacak ön yüz, her iki üst ekstremite deltoid bölge ve sağ gluteal bölgede morfea ile uyumlu görünümde lezyonlar saptandı. Rutin kan tahlilerinde aktivasyon bulgusu yoktu. Dermatoloji tarafından lezyonlardan biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu morfea olarak raporlandı. Lezyonlar ultrason ile değerlendirildiğinde morfea olan bölgelerin altında deri altı kalsifikasyonlar saptandı. Çekilen direkt grafilerde de kalsifikasyon yaygın bir şekilde görülmekteydi (Resim 1, 2). Hastaya dermatoloji tarafından lokal tedavi (topikal takrolümus, topikal streoid) başlandı ve dar band ultraviyole ışın haftada iki kere olmak üzere yirmi dört hafta planlandı. Deri altı kalsifikasyon nedeniyle kalsiyum kanal blokörü ve bifosfanat tedavisi mevcut tedaviye eklendi. Hastanın üç aylık takibinde yeni lezyon oluşmadı ancak eski lezyonlar kaybolmadı. Dar band ultraviyole ışın tedavisinin on altıncı haftasında, hasta varisella zoster enfeksiyonu geçirdi ve yaygın deri tutulumu meydana geldi. Bu nedenle dar band ultraviyole ışın tedavisine dört ay ara verildi. Hastanın dört ay sonra varisella zoster enfeksiyon bulguları tamamen iyileşti. Ancak bu süreçte alt ve üst ektremite bölgelerinde morfea ile uyumlu lezyonlar çoğaldı. Bu bölgelere yapılan yüzeyel ultrasonografide morfea ile birlikte deri altı kalsifikasyonlar izlendi. Yapılan rutin laboratuvar tahlillerinde hastalık aktivasyonu ile ilgili parametreler normal aralıkta (CPK: 52 U/L, AST: 15 U/L, LDH: 342 U/L), ESH 22, CRP normal (6 mg/dL) idi, Dermatoloji ile görüşülerek yeniden dar band ultraviyole ışın tedavisine başlanıldı. Metoreksate tedavisinden mikofenolat mofetil tedavisine geçildi. Tedaviye kolşisin eklendi. Lokal tedavi düzenlendi. Ancak deri lezyonları ve deri altı kalsinozisinde gerileme olmadı. Hastaya endikasyon dışı onam alınırak ritüksimab tedavisi verildi. Dermatoloji ile görüşülerek lezyon içi kortikosteroid tedavisi uygulandı. Takiplerinde yeni kalsinozis gelişmedi.

Sonuç: Kalsinozis kutis dermatomiyozit hastalarında görülebilir ancak morfea ve kalsinozis kutis birlikteliği literatürde de çok sık rastlanan bir durum değildir. Hastamızda kalsinozis, morfea ile birlikte oluşmuştur. Dermatoloji ile birlikte morfea ve kalsinozis kutise yönelik hem topikal hem de sistemik tedavi verilmesine rağmen hastanın deri ve kalsinozis kutis bulguları dirençli seyretmektedir. Literatürde kanıta dayalı çalışmalar eksiktir, tedavi modaliteleri büyük ölçüde olgu raporlarına, kohort çalışmalarına dayanmaktadır. Son zamanlarda JAK 1/2 inhibitörlerinin tedavide önemi ile ilgili klinik çalışmalar mevcuttur. Bizim olgumuzda da eğer ritüksimab ve lokal tedavi ile yanıt alınamasaydı JAK inhibitörü tedavide denenebilirdi.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, kalsinozis, morfea



Resim 1.



Resim 2.

PS-223

Dirençli tekrarlayan polikondrit olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Tekrarlayan polikondrit, proteoglikandan zengin yapıları ve kıkırdak dokuları, özellikle kulak kepçesi, burun kıkırdağı, trakeobronşiyal ağaç, göz ve kalbi etkileyen, otoimmün multisistemik hastalıktır. Semptomlar aralıklı enflamatuvar ataklardan hava yolu çökmesi ve kapak yetersizliği gibi yaşamı tehdit eden kardiyopulmoner belirtilere geniş bir spektrumda görülebilir. Diğer romatizmal ve hematolojik bozukluklarla sıklıkla birliktelik göstermektedir. Hastalığın nadir görülmesi nedeniyle herhangi bir tedavi kılavuzu oluşturulamamıştır. Bu çalışmada literatürde kullanılan birçok tedaviye direnç geliştiren ve trakea perforasyonu ile sonuçlanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kırk iki yaşında erkek hasta dört yıl önce tarafımıza her iki kulakta şişlik ve kızarıklık şikayeti ve burun orta hattında çökme (semer burun) şikayeti ile başvurdu (Resim 1, 2). Yapılan tetkikler neticesinde malignite ve vaskülit dışlanarak hastaya tekrarlayan polikondrit teşhisi koyuldu. Hastaya metotreksat ve metilprednizolon tedavisi başlanıldı. Metotreksat ve metilprednizolon tedavisi alan hastanın kulak ağrısı ve eklem ağrısı şikayetleri gerilemediği için tedaviye leflunomid eklendi. Altı ay metotreksat ve leflunomid tedavisini birlikte alan hastanın aktif seyretmesi üzerine tedaviye tosilizumab eklendi. Yaklaşık altı ay metotreksat, leflunomid, metilprednizolon, tosilizumab tedavisini birlikte alan hastanın kulak kızarıklığı, ses kısıklığı devam etti. Metilprednizolon dozu artırıldı ve takiplerde 16 mg/gün'ün altına düşülemedi. Metilprednizolona sekonder diabetes mellitus ve Cushing sendromu gelişti. Tosiluzumab kesilerek infliksimab tedavisine geçildi. Ancak infliksimab, leflunomid, metilprednizolonu birlikte üç ay kullanmasına rağmen yutma güçlüğü, eklem ağrısı, ses kısıklığı şikayetleri gerilemeyen hastanın infliksimab tedavisi kesilerek etanercept tedavisine geçildi. Üç ay boyunca metilprednizolon ve etanercept kullanımına rağmen metilprednizolon dozu azaltılamadı ve hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı. Hastanın dirençli seyretmesi, yutma güçlüğü, ses kısıklığı şikayetleri nedeniyle siklofosfamid tedavisi için yatışı yapıldı. Siklofosfamid ve üç gün boyunca 250 mg/gün metilprednizolon verildi. Takiplerinde 1 mg/kg metilprednizolon tedavisine devam edildi. Siklofosfamid tedavisinin altıncı gününde nefes darlığı gelişen hastanın direkt grafisinde pnömomediastinum saptandı. Fasyotomi açılarak hasta takibe alındı. Takiplerinde deri altı amfizem ve direkt grafide pnömomediastinum tablosu geriledi. Etiyolojinin öncelikle trakea olduğu düşünüldü, ancak kıkırdak dokusuna cerrahi müdahalenin perforasyonu artırma ihtimalinden dolayı trakeaya herhangi cerrahi bir girişimde bulunulmadı. Siklofosfamid tedavisinden de fayda görmediği için endikasyon dışı onam alınarak beş gün boyunca intravenöz immünoglobulin tedavisi verildi. Takiplerine tosiluzumab ve metilprednizolon ile takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Dirençli tekrarlayan polikondrit olgularında TNF inhibitörleri, tosiluzumab, abatasept kullanımı ile ilgili olgu raporları mevcuttur. Dirençli seyreden olgumuzda, TNF inhibitörleri ve tosiluzumab tedavisi kullanıldı ama yanıt alınamadığı için siklofosfamid kullanıldı. Ancak siklofosfamid etkinliği görülmeden yüksek doz metilprednizolon altında hastada pnömomediastinum gelişti. Literatürde pnömomediastinum ile seyreden tekrarlayan polikondrit olgusu bulunmamaktadır. Hasta sayısının az olması, yapılan çalışmaların yetersiz olması ve bir tedavi kılavuzunun bulunmaması nedeni ile bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Relapsing polikondtrit, pnömomediastinum, tosiluzumab



Resim 1.



Resim 2.

PS-224

Duyusal aksonal polinöropati ile prezente olan Sjögren sendromu olgusu

Yeter Mahmutoğlu, Müçteba Enes Yayla, Emine Uslu Yurteri, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay, Gülay Kınıklı

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

Giriş: Sjögren sendromu (SS), azalmış lakrimal ve tükrük bezi fonksiyonu ile karakterize kronik otoimmün enflamatuvar bir hastalıktır. Bununla birlikte, SS'nin klinik belirtileri, periferik ve merkezi sinir sistemlerini (PNS ve CNS) etkileyen bir dizi sendrom olan, hem ekzokrin bezi tutulumunu hem de ekstraglandüler hastalık özelliklerini içerir.

Olgu: Yirmi üç yaşında kadın hasta; yürümede güçlük, kollarda ve bacaklarda güç kaybı ve uyuşukluk şikayetleri ile polikliniğe sevk edildi. Bir sene önce aniden ensede ve sağ omuzda karıncalanma şeklinde uyuşukluk şikayeti başlayan hastanın kısa süre içerisinde sağ ayak bileğinde de uyuşmalar başladı. Bu ağrı ve uyuşukluklara zamanla kas gücü defisiti eşlik etmiş ve elinde bir şeyler tutarken zorlanmaya başladı. Ağrılar sağ uyluğa çıktığında ise hasta yürümekte zorlanmaya başladı. Özellikle ağrıları alt ve üst ekstremite eklemlerinde oluyordu. Son 1-2 aydır da ağrılar beline kadar yayıldı. Uyuşukluk ise son 1-2 aydır tüm vücutta vardı. Kas gücü muayenesi: Alt ekstremitelerde sağda proksimal 3/5, diz hareketleri 4/5, ayak 0/5, solda proksimal 3/5, diz hareketleri 5/5, ayak hareketleri 5/5, ayak plantar fleksiyon 1/5, ayak dorsifleksiyon 0/5 üst extremitelerde sol taraf global 4/5 sağ taraf global 5/5 ağrı, yanma, uyuşma mevcut. Sağda yüzü içermeyen hemihipoestezi mevcut. Lomber ponksiyon: Hastanın BOS açılış basıncı: 12, WBC: 12 menenjit paneli: neg, protein: 83, glukoz: 74 olarak saptanıyor. Alt ekstremitede spastisitesi olan, 2 yıldır ayak bileklerinde ağrı, yürüme güçlüğü olan hastanın nörolojide yatışı sırasında yapılan tetkikleri; ANA:++, anti-RO:+++ anti-SSA-SSB: neg saptanıyor. Ağız kuruluğu şikayeti de olan hastanın yapılan tükrük bezi biyopsisi >50 hücreden fazla lenfosit içeren 1 adet enflamatuvar foküs, Sjögren sendromu ile uyumlu olarak raporlanıyor. EMG: bulgular, duyusal ağırlıklı kronik sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu bulunuyor. Beyin MR Sol temporobazalde 5 mm çapında sınırlı BOS intensitesinde alan mevcuttur (araknoid kist?) Torakal MR'de spinal kordda posterior kesimde uzun segment boyunca devam eden T2 AG'de intensite artışı mevcuttur. B12 eksikliği gibi patolojiler yönünden hastanın değerlendirilmesi önerilir. Laboratuvar değerleri Hb: 14,2, WBC: 8.400, lenfosit: 2.800, plt: 330.000, CRP: 0,2, B12: 205 folik asit: 3,6, TSH: 0,7 olarak saptanıyor. Hastada nöroloji ile ortak konseyde Sjögren sendromunun nörolojik tutulumu düşünülüyor. 1000 mg metilprednizolon pulse tedavi (10 gün), azatioprin 2x1 tb başlandı. Kas gücü muayenesi: üst ekstremite 5/5, alt ekstremiterlede sağda proksimal 3/5, distal 4/5, ayak plantar fleksiyon 5/5, ayak dorsifleksiyon bilateral 0/5 olan hasta taburcu ediliyor. Üç ay sonra poliklinik kontrolü öneriliyor.

Sonuç: Hastaların %33 ila 93'ünde nörolojik belirtiler sika semptomlarından önce gelebilir. Periferik nöropati muhtemelen en yaygın nörolojik komplikasyondur ve üç büyük primer SS hasta kohortunun %2 ila %25'inde tanımlanmıştır. SS'deki nöropatik sendromlar arasında, aksonal duyusal ve duyumotor polinöropatiler, yaklaşık olarak eşit sıklıkta baskındır. Ağırlıklı olarak duyusal semptomları olan hastalar için, başlangıç tedavisi genellikle semptomatiktir. Sensorimotor polinöropatisi olan ve semptomatik tedaviye yetersiz yanıtı olan hastalar; 0,5 ila 1 mg/kg/gün'den glukokortikoid başlayarak zamanla doz azaltılması İmmünosüpresif ajanlar DMARD; azatiyoprin 1 ila 2 mg/kg/gün önerilir. Erken ve agresif immünosüpresif tedavi, hastada dikkate değer bir klinik yanıtla sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, aksonal duysal polinöropati

PS-225

Nefrotik düzeyde proteinüri ile prezente olan lupus podositopatisi olgusu

Nur Sena Çoban[1], Ege Sinan Torun[2], Fatma Zülal Özek[1], Çağlar Çakır[3], Gülay Koçak[4]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü, İstanbul

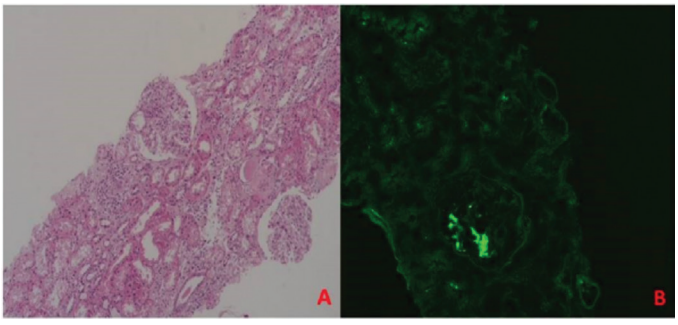
Giriş: Lupus podositopatisi (LP), lupus nefritinin standart histolojik ve patolojik kriterlerine uymayan nadir görülen bir alt tipidir. Renal biyopside minimal değişiklik hastalığına (MDH) benzer şekilde tipik immün kompleks birikiminin görülmediği ve yaygın podosit ayak silinmesi ile karakterize bir glomerüler hastalıktır. Klasik lupus nefritine göre hakkında daha az şey bilinmektedir. Burada nefrotik düzeyde proteinüri ile başvuran ve LP tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hasta bacaklarda şişlik ve tansiyon yüksekliği şikayeti ile nefroloji polikliniğine başvurdu. Bilinen hipotiroidi, mitral kapak replasman öyküsü, iskemik kalp hastalığı tanıları olan hasta ramipril 5 mg tb, asetilsalisilik asit 100 mg tb, levotiroksin 25 mcg tb, warfarin 5 mgr tb, benidipin 4 mg tb, ketiapin 25 mg tb, pantoprozol 40 mg tb kullanmakta idi. Fizik muayenesinde kan basıncı 170/90 mmHg, nabzı 96/dakika idi, solunum seslerinde bazallerde bilateral krepitan ralleri ve bilateral gode bırakan pretibial ödemi mevcuttu. Laboratuvar değerlendirilmesinde; serum üre: 41 mg/dL, kreatinin 0,77 mg/dL, eGFR: 88 mL/dk/m^2, Na: 142 mEq/L, K: 4,15 mEq/L, Mg: 1,99 mg/dL, Ca: 7,5 mg/dL, P: 3,57 mgr/dL, ürik asit: 4.3 mg/dL, albümin: 2,2 g/dL, total protein 5,9 mg/dL, Hb: 11,4 g/dL, MCV: 89,4 L, CRP: 6,3 mgr/L, eritrosit sedimentasyon hızı 57 mm/saat olarak saptandı. Yirmi dört saatlik idrarda mikroprotein miktarı 9862 mg/gün olup idrar sedimentinde proteinüri dışında özellik yoktu. Serolojik değerlendirmesinde antinükleer antikor 1/1000-1/3200 homojen patternde, anti-dsDNA: 337 UI/ML, anti-SSA:+ olup kompleman düzeyleri normal sınırlarda idi. Toplam lökosit sayısı 3.900, lenfosit sayısı 1.100 olarak saptanan, 2 yıl önce gezici tarzda artrit öyküsü olan hastada mevcut serolojik testler ile beraber sistemik lupus eritematozus (SLE) düşünüldü

ve renal biyopsi yapıldı. Biyopsi materyalinde ışık mikroskopisi altında görülen 31 glomerülün 3'ü global sklerotik karakterde idi. Işık mikroskopisinde birkaç glomerülde hafif segmental mezengial hücre artışı, intertisyumda nötrofilleri de içeren hafif mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu saptandı. İmmünofloresan incelemede immünkompleks nefriti düşündürecek bulgu saptanmadı (Şekil 1). Lupus podositopatisi olarak değerlendirilen hastaya 1 mg/kg prednizolon tedavisi başlandı. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde; serum üre: 48 mg/dL, kreatinin 0,8 mg/dL, eGFR 78 mL/dk/m^2, albümin 3,8 mg/dL, total protein 6,1 mg/dL olan hastanın spot idrarda protein/kreatinin oranı 704 mg/gün olarak değerlendirildi. Steroid yanıtlı kabul edilen hastada doz azaltımı planlandı.

Sonuç: LP nefrotik sendromla başvuran SLE'li hastaların renal biyopsisinde nadir olarak karşılaşılan bir glomerüler patolojidir. Işık mikroskopisinde minimal değişim hastalığı (MDH) ya da fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) benzeri lezyonlar görülürken immünfloresan incelemede immün kompleksler izlenmez. LP basitçe patolojik bulgulara göre MDH ve FSGS tipi lezyonlar olmak üzere iki alt gruba ayrılabilir. Bu ayrım LP'nin klinik prezentasyonu, tedavi seçimi, nüks sıklığını öngörme ve prognozu belirleme açısından önem taşımaktadır Böbrek biyopsisinde FSGS tipi lezyonlar saptanan hastalarda hipertansiyon, mikroskopik hematüri, akut böbrek hasarı gibi tablolar, nefrotik düzeyde proteinüriye daha sık eşlik edebilir. MDH tipinde tedavi yanıtı daha iyi olup tek başına glukokortikoid tedavisi çoğunlukla yeterlidir. FSGS tipinde tek başına steroid yanıtı daha az ve tedavi sonrası nüks riski daha yüksek olduğundan glukokortikoid tedavisine mikofenolat mofetil, kalsinörin inhibitörü, siklofosfamid veya ritüksimab gibi başka bir immünosüpresif ajan eklenebilmektedir. Olgumuz LP'nin MDH alt tipinde olup steroide iyi yanıt vermiştir. Biz bu olgu ile lupus podositopatisinin farkındalığını artırmayı ve tanısı ile tedavi sürecini hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Lupus podositopatisi, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1A. Böbrek biyopsisinin hematoksilen-eozin ile boyanmış ışık mikroskopisi görünümü, **Şekil 1B**. Böbrek biyopsisinin C1q ile boyanmış immünfloresan mikroskopi görünümü

PS-226

Ender bir yakınma ile başlayan dev hücreli arterit olgusu

Mehtap Tınazlı[1], Hülya Vahedi[2]

[1]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Lefkoşa*

[2]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Lefkoşa*

Giriş: Dev hücreli arterit (DHA); orta ve büyük çaplı damarları tutan, sıklıkla 50 yaş ve üzeri kişileri etkileyen granülomatöz bir vaskülittir. Beyaz ırkta ve kadınlarda daha sık görülür. Çoğunlukla akut baş ağrısı, saçlı deri hassasiyeti, çene-dil kladikasyosu ve görme bozukluğu ile başlasa da bazen öksürük, nedeni bilinmeyen ateş ve enflamasyonla beraber büyük damar tutulumu ile de prezente olabilir. DHA'ya spesifik bir laboratuvar bulgusu olmamakla birlikte, hastaların çoğunda akut faz yanıtında belirgin artış saptanır. Temporal arter ultrasonografisi tanıda kullanımı giderek artan non-invaziv bir görüntüleme yöntemi olmakla beraber kraniyal tutulumun ön planda olduğu hastalarda temporal arter biyopsisi halen altın standart tanı yöntemidir. Pozitron emisyon tomografi (PET), manyetik rezonans anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi ekstrakraniyal büyük damar tutulumunu göstermek için kullanılabilecek görüntüleme yöntemleridir. Tedavide glukokortikoidler temel seçenektir. Bu yazıda nadir semptomlarla başlayıp, DHA tanısı alan 76 yaşında Kuzey Kıbrıs'lı bir kadın hasta paylaşılmıştır.

Olgu: Yetmiş altı yaşında kadın hasta, Hashimato hipotiroidisi nedeniyle endokrinoloji bölümünce izlenirken, 2 yıl önce sedimentasyon yüksekliği saptandı. O dönemde şiddetli, tedaviye dirençli ve aylarca süren kuru öksürük yakınması oldu. Bu şikayetine 37,6 °C'yi aşmayan ateş eşlik ediyordu. Öksürüğünün allerjik olduğu söylenerek antiallerjik, antibiyotik tedaviler verildi. Ardından halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı (6-8 ayda 12 kg kadar) ve aşırı terleme başladı. Enfeksiyon ve malignite dışlanmaya çalışılırken 4-5 hafta kadar süren baş ağrısı ile sol temporal bölgede saçlı deri hassasiyeti gelişti. Kas-eklem yakınması olmayan hastanın laboratuvarında akut faz yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. C-reaktif protein (CRP): 1,38-2,05 mg/dL (0,00-0,50), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 63-87 mm/saat iken fizik muayenede özellik yoktu. Temporal arter USG olağan bulundu. Malignite araştırması negatifti. PET sonucu bilateral karotis communis, bilateral subklavian arter ve iliak bifurkasyona dek torasik ve abdominal aorta diffüz artmış F-18 FDG tutulumları arterit lehine yorumlandı. Klinik semptomlar, akut faz yüksekliği ve beraberinde PET ile saptanan arterit ile DHA tanısı düşünülerek, 40 mg/gün prednizolon oral tedavi başlandı. Yakınmalar hızla geriledi. Akut faz reaktanları normale döndü. Kortikosteroid dozu azaltılmaya başlandı. Son 3 aydır 1,25 mg/gün prednizolon almakta olup, 18. ay kontrolünde ateş yok, başağrısı yok, halsizlik-yorgunluk yok, öksürük yok, kilo kaybı yok, terleme yok, CRP: 0,42 mg/dL ESH: 33 mm/saat ile izleme alındı. DHA genetik olarak yatkın kişilerde çeşitli tetikleyici faktörlerle gelişen immün aracılıklı bir sistemik vaskülittir. Patogenezi halen net bilinmemektedir. Temporal arter, karotid arterler, aorta ve ana dalları gibi orta ve büyük çaplı damarları tutan kronik, granülomatöz vaskülitler arasında yer alır. Kadınlarda yaklaşık 3 kat daha sık görülür. Yaş arttıkça

hastalık insidansı artar ve 70-80 yaşlarında pik yapmaktadır. İmmün yanıtı başlattığı düşünülen enfeksiyon etkenleri arasında Chlamydia pneumoniae, Parvovirüs B19 ve Epstein-Barr virüsü bulunmaktadır. Antijenik uyarı sonucu birçok enflamatuvar sitokin özellikle IL-6; akut faz yanıtının gelişmesi, Th17 farklılaşması ve B hücrelerden antikor salınmasından sorumludur. Enflamasyon sonucu ortaya çıkan vasküler remodeling, intimal hiperplazi ve damar oklüzyonuna neden olur. Klinikte yorgunluk, kilo kaybı, ateş, baş ağrısı, çene kaldikasyosu, görme bozukluğu gibi semptomlar görülmektedir. Büyük damar tutulumuna ait anevrizma, üfürüm, nabız kaybı, net ateroskleroz kliniğine uymayan periferik arter hastalığı, nörolojik tutulumlar ile de saptanabilir. Hatta olgumuzda olduğu gibi öksürük semptomu yanı sıra ses kısıklığı, boğaz ağrısı, yüz bölgesinde çene kladikasyosuna ek olarak mastikatör kaslarda ağrı, trismus çok ender olarak submandibular kitle, glossit, dudak-çene ve saçlı deride nekroz, deride eritem, hiperpigmentasyon ve alopesi bildirilmiştir. Fizik muayenede temporal arter trasesinde kalınlaşma, nodülarite, hassasiyet, eritem görülebilir. Büyük damar tutulumu olanlarda, nabız azalması/kaybı, arterler üzerinde üfürüm veya üst ekstremiteler arası kan basıncı saptanabilir. Tanıda spesifik bir laboratuvar testi olmayıp, yüksek ESH DHA için ayırıcı bir bulgudur. Tedavide ilk seçenek kortikosteroidler olup, dirençli veya nüks ya da komplikasyon riski yüksek hastalarda ek olarak tosilizumab önerilmektedir. Metotreksat da alternatif tedavi seçeneğidir.

Sonuç: Elli yaş üstü yeni başlangıçlı baş ağrısı, ateş akut faz yüksekliği olan hastalarda enfeksiyon ve malignite dışlandıktan sonra DHA mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu hastalığın nadir tutulumlar yapabileceği, üst solunum yoluna ait öksürük gibi non-spesifik semptomların da başlangıç prezentasyonu olarak karşımıza gelebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öksürük, dev hücreli arterit, kortikosteroid

PS-227

Romatoid artrit tanılı bir hastada psoas apsesi

Nihan Neval Uzun, Mehmet Engin Tezcan

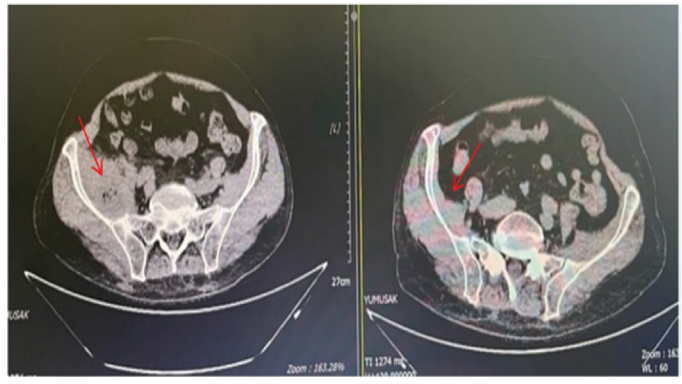
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: Psoas apsesi (PA) ender rastlanılan, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir hastalıktır. PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir. PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'da etiyoloji belli değildir. Sekonder PA'da ise etiyolojide; vertebral osteomiyelit veya diskit, kalça artroplasti, enflamatuvar hastalıklar, aort anevrizması, genitoüriner operasyonlar, pyelonefrit vardır.

Olgu: Altmış sekiz yaşında erkek hasta, 10 gündür halsizlik, iştahsızlık, sağ yan ve kalça ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde romatoid artrit (RA) tanısı olup tosilizumab tedavisi altında olduğu, AA amiloidoza bağlı kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Fizik muayenesinde ateş 37,8 santigrat derece, tansiyonu 130/80 mm/Hg, nabzı 96/dk, solunum sayısı 22/dk, öne fleksiyon postüründe, lomber ve parasakral bölge palpasyonla ağrılı, sağ bacak ekstansiyonu ağrılı, sağ kalça eklem hareket açıklıkları (ROM) kısıtlı idi. Diğer sistem muayeneleri doğal bulundu. Laboratuvar bulgularında patolojik olarak hemogram: 10,7 g/dL, hematokrit: %33,9, lökosit: 12.001 /UL, trombosit: 373.000 mm^3, nötrofil: 9.120 mm^3, kreatinin: 2,4 mg/dL C-reaktif protein (CRP): 187 mg/L, prokalsitonin: 0,25 idi. HBsAg, anti HIV, anti HCV ve Brucella Rose Bengal negatif saptandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Abdominal ve pelvis bilgisayarlı tomografide (BT): Sağ iliopsoas kası içerisinde hava imajlarının izlendiği heterojen düzensiz dansite artışı olup apse ile uyumlu olduğu saptandı. Girişimsel radyoloji tarafından perkutan drenaj uygulanarak apse örneği alındı ve drenaj katateri yerleştirildi. Kültürde üreme olmadı. Apse ARB negatif olup, apse tüberküloz kültürü henüz sonuçlanmadı. Hasta RA tanılı olup immünosüpresif tedavi altında olduğu için sekonder PA olarak değerlendirildi. Perkütan drenajı 3. günde çıkarılan hastanın tedavisine ek olarak intravenoz piperasilin-tazobaktam 4x2250 mg ve teikoplanin 1x400 mg (48 saatte bir) eklendi. Klinik olarak genel durumu düzelen, sağ yan ve kalça ağrısı kalmayan hastanın CRP: 20 ve prokalsitonin değeri 0,13'e kadar geriledi. Tedavisinin 10. gününde hasta pelvis BT ile yeniden değerlendirildiğinde apsenin ciddi anlamda gerilediği gözlendi. Tedavisinin 14 güne tamamlanması planlandı.

Sonuç: PA'nın spesifik olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması kolaylıkla tanısal zorluğa neden olabilmektedir. Tanıda BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede son derece etkindir. Tanının konulduğu durumlarda hızlı ve efektif tedavi bu hastalara uygulanmalıdır. PA'nın tedavisinde uygun antibiyoterapi ve apse boşaltılması beraber önerilmektedir. Tanıda gecikilen durumlarda hastalığın mortalitesi yüksek olduğundan yan, kalça ağrısı ve ateş ile başvuran romatolojik hastalık nedenli immünosüpresif tedavi alan hastalarda psoas apsesi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psoas apsesi, romatoid artrit, tosilizumab



Resim 1. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası BT görüntüsü

PS-228

Salmonella enfeksiyonunun gizemli yüzü: Gastrointestinal belirtiler olmaksızın oluşan epidural apse ve osteomyelit olgusu

Dilara Bulut Gökten[1], Rıdvan Mercan[1], Emine Melda Akdağ Kaval[2]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

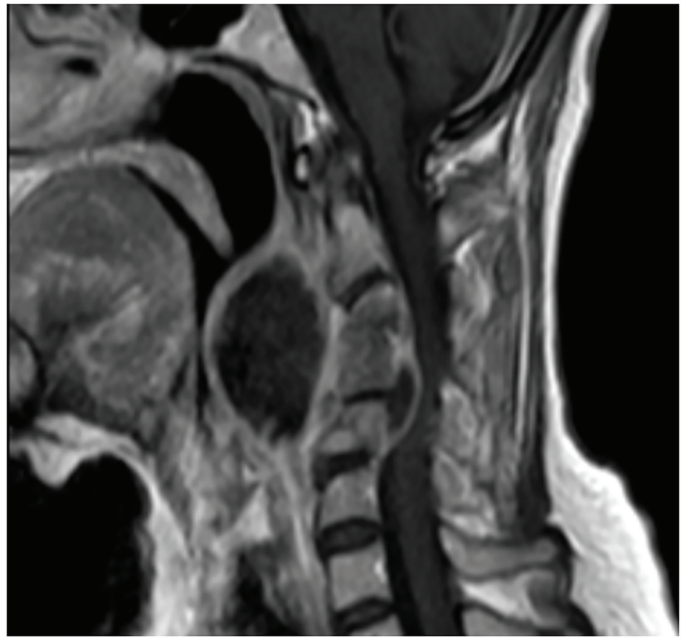
[2]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş: Salmonella gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde halen bir enfeksiyöz ajan olarak görülebilmektedir. Salmonellosis için bazı risk faktörleri pernisyöz anemi, barsak florasını değiştiren nedenler, diyabet, malignant hastalıklar, romatolojik hastalıklar, immünosüpresanlar ilaçlardır. Salmonellanın oluşturduğu retrofaringeal, epidural apse tablosu literatürde nadir tanımlanmış olup oldukça ciddi bir tablodur. Vertebral osteomiyelit ise non-tifoidal Salmonella'nın (NTS) son derece nadir bir komplikasyonudur ve dünya üzerinde insidansı bilinmemektedir. Bu raporda NTS'nin neden olduğu retrofaringeal, epidural apse ve osteomyelitle tarafımıza başvuran 73 yaşındaki romatoid artrit tanısı ile izlenen bir hastadan bahsedilmiştir.

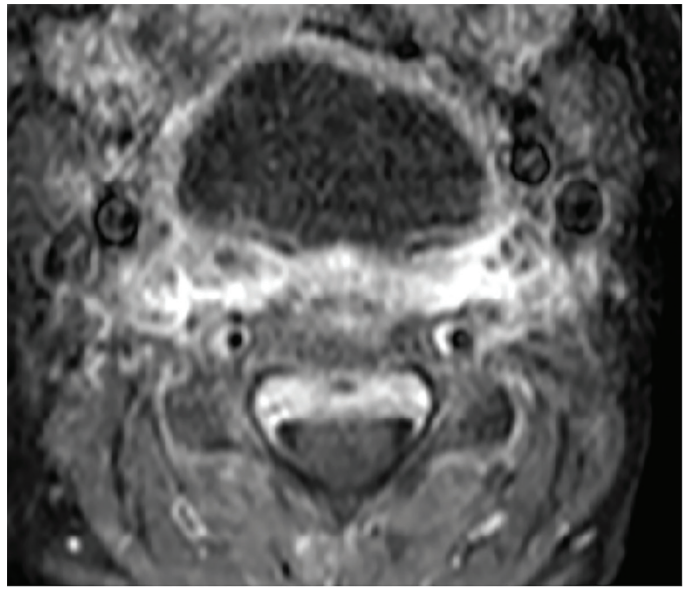
Olgu: Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta romatoloji polikliniğine 2 aydır mevcut olan yaygın vücut ağrıları, yutkunma güçlüğü ve halsizlikle başvurdu. Hastanın başvurusunda eşlik eden bir gastrointestinal semptomu yoktu. Kırk yıldır romatoid artrit tanısı ile izlenen hasta geçmişte NSAID, leflunomid, hidroksiklorokin, adalimumab, tosilizumab kullanmış ve güncel olarak leflunomid, etanercept kullanıyordu. Çiğ et yeme, yakın zamanda yurt dışı seyahati ve hayvanlarla kontakt öyküsü yoktu. Hastanın öyküsünde kilo kaybı ve tekrarlı ateşleri de mevcut olunca olası malignite ve enfektif patolojileri araştırma amaçlı hastayı servise yatırdık. Fizik muayenesinde romatoid artritin oluşturduğu eklem ankilozları ve parmak deformiteleri mevcuttu. Ek özellik saptanmadı. Hastanın alınan kan örneklerinde Hb: 10, CRP: 150, sedim: 52, WBC: 21,000, AST: 25, ALT: 20 prokalsitonin normal olarak saptandı. Malignite ve olası tüberküloz için çekilen kontrastlı tomografilerinde retrofaringeal, C4-5 disk mesafesinde retrofarengeal apsenin uzantısı olduğu düşünülen servikal epidural apse görüldü ve eşlik eden osteomyelit saptandı. Apsenin yeri MRG ile de lokalize edildi (Resim 1 ve 2). Retrofaringeal apsesinden drenaj yapılan hastanın örnekleri kültüre gönderildi, kültürde *Salmonella paratyphi* A üremesi oldu. Hastanın izlemde el ve ayaklarında his kaybı gelişmesi üzerine beyin cerrahisi tarafından opere edildi. Epidural apseden alınan örneklerde de Salmonella üremesi oldu. Ameliyat sonrası takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile seftriakson ve siprofloksasin tedavisi aldı. Apse boşaltımı sonrasında alınan kan örneğinde CRP: 8, sedim: 36, WBC: 8,500 olarak saptandı.

Sonuç: Gastrointestinal semptom bulunmaksızın Salmonellanın neden olduğu bir epidural apse olgusu bildirdik. Non-tifoidal Salmonella enfeksiyonlarının çoğu sağlıklı bireylerde ortaya çıksa da, çeşitli konakçı savunma sistem değişiklikleri *Salmonella* spp. enfeksiyonuna duyarlılığın artmasına neden olur. Bu durumlar, başlangıçtaki enfeksiyonun daha şiddetli olmasına ve bakteriyemi, metastatik enfeksiyon odakları veya uzun süreli enfeksiyon gibi daha ciddi sekellere neden olabilir. Olgumuzda ise uzun süreli anti-TNF ajan, leflunomid ve kortikosteroid kullanımı mevcuttu. Olgumuz, predispozan faktöre sahip olan veya risk faktörü bulunan hastalarda nedeni bilinmeyen ateş, ağrı veya nörolojik bir semptom bulunması halinde Salmonella enfeksiyonunun da akla gelmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Salmonella, epidural apse, retrofaringeal apse, biyolojik tedavi



Resim 1. Retrofaringeal apse



Resim 2. Apsenin transvers görüntüsü

PS-229

Dirençli kutanöz ülserlerle seyreden bir anti MDA-5 pozitif dermatomiyozit olgusu

Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük

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

Amaç: Anti-melanom farklılaşması ile ilişkili protein 5 (anti-MDA5) antikoru pozitif dermatomiyozit (DM), hızlı ilerleyici interstisyel akciğer hastalığı ve karakteristik kutanöz bulgularla karakterize bir myozit alt tipidir. DM klasik döküntülerine ek olarak anti-MDA5 DM hastaları altta yatan bir vaskülopatiyi düşündüren kutanöz ülserler ve palmar papüller ile prezente olabilir. Burada, dirençli kutanöz ülserlerle seyreden, interstisyel akciğer hastalığı olan bir anti MDA-5 pozitif dermatomyozit olgusu sunuyoruz.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hastaya 1 yıl önce sikka semptomları, artralji, minör tükrük bezi biyopsisinde grade 1 infiltrasyon (Chisholm ve Mason) ve anti-Ro52 (3+) olması nedeni ile Sjögren sendromu tanısı ile hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Hidroksiklorokin ile retina toksisitesi gelişmesi üzerine kesilerek prednizolon 2x5 mg başlandı. Kliniğimize son 2 aydır her iki el distalinde siyanoz ve ülsere lezyonlar, yüzde kızarıklık ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı yoktu. Halsizlik ve yorgunluğu olan hasta günlük aktivitelerini yapabiliyor, saçını tarıyor, merdiven çıkabiliyordu. Son 1 yıldır efor dispnesi ve son 6 aydır katı gıdalarla olan yutma güçlüğü tarifliyordu. Özgeçmişinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipotiroidi mevcuttu. Fizik muayanede tansiyonu 110/80 mmHg, nabız 80/dk idi. Solunum muayanesinde bazallerde ralleri mevcuttu. Deri muayanesinde bilateral el distal uçlarında ve distal falankların palmar yüzünde yer yer kurutlu ve erode ülserler, bilateral el mkf ve dif eklemi dorsal yüzde eritemli maküller, bilateral ayak başparmak distal uçlarda erode kurutlu ülserler, yüzde sağ göz kapağında ve yanaklarda eritemli hafif skuamlı plaklar görüldü. Üst ve alt ekstremitede periferik nabızlar açık saptandı. Kas gücü tamdı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemogramda normositer anemi mevcuttu (Hb: 11,4 g/dL, MCV: 89). Sedimentasyon: 38 mm/sa, C-reaktif protein: 7,4 mg/dL görüldü. Glukoz, üre, kreatinin, total protein, albümin, globulin, ALT, AST, bilirubinler, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfat, CK, LDH normal referans aralığındaydı. TSH normal, HbsAg, anti HCV ve antifosfolipid antikorları negatif idi. RF: 163, CCP negatif, ANA IFA zayıf pozitif, ANA profilinde Anti -Ro52 3 (+) görüldü. Omuz kuşağında ağrı olması ve deri lezyonları nedeni ile dermatomiyozit ön tanısı ile çalışılan geniş myozit panelinde anti-MDA-5 pozitif görüldü. Hastada mevcut klinik ve serolojik bulgularla amiyopatik dermatomyozit düşünüldü. Üst ekstremite Doppler ultrasonografide bilateral subklavian, aksiller, brakial, radial ve ulnar arterler patent görüldü. Transtorasik ekokardiyografide (EKO) vejetasyon ya da anlamlı patoloji saptanmadı. El manyetik rezonans görüntülemede (MRG) 3. parmak distal falanksında osteomyelit görüldü. Osteomyelit açısından yeterli süre antibiyoterapi aldı. Malignite tarama amaçlı yapılan Toraks-abdomen bilgisayarlı tomografi (BT), kadın doğum muayanesi, mamografi ve PET-BT'de malignite lehine bulgu saptanmadı. Hastanın toraks BT'sinde selüler NSIP paterni saptandı. Radyolojik progresyonu olmayan ve solunum fizyolojisi iyi olan hastada ek immünosüpresif tedavi başlanması düşünülmedi. Hastanın steroid tedavisi altında deri ve artrit bulgularının gerilememesi üzerine intravenöz immünoglobulin (İVİG) tedavisi başlandı (2 gr/kg/ay). Klinik yanıt alınan hastanın steroid dozu kademeli azaltıldı. Takibinde akut gelişen dekompanse kalp yetmezliği nedeni ile yoğun bakım yatışı olan ve ejeksiyon fraksiyonu (EF): 25 düşen hastada kardiyak tutulum düşünüldü. 1 mg/kg metilprednizolon ve IVIG tedavisine devam edildi. Kontrol EKO'da EF: 61 yükseldiği görüldü. Yutma güçlüğü nedeni ile nöroloji tarafından değerlendirilen hastada myozit tutulumu düşünüldü. Hastanın IVIG başvurusunun reddedilmesi nedeni ile mikofenolat mofetil tedavisi 2x1000 mg başlandı. Steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi.

Sonuç: Anti-MDA-5 dermatomyozitin mortalitesinin yüksek olması ve progresif seyri nedeni ile potansiyel manifestasyonlarının farkında olmak erken tanı ve uzamış sağkalım için önem arz etmektedir. Hızlı ilerleyici interstisyel akciğer hastalığı sağkalımın temel belirleyicisidir.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz ülserler, dermatomiyozit, anti-MDA 5 antikoru



Resim 1. Bilateral distal falankların uçlarında ve palmar yüzünde yer yer kurutlu ve erode ülserler, bilateral el mkf ve dif eklemi dorsal yüzde eritemli maküller



Resim 2. Yüzde göz kapaklarında ve yanaklarda eritemli plaklar

PS-230

Tekrarlayan pannikülit ile giden anti-MDA5 pozitif hipomiyopatik juvenil dermatomiyozit olgusu

Semra Ayduran, Gülşah Kılbaş, Serkan Türkuçar

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli

Giriş: İdiyopatik enflamatuvar miyopatiler, iskelet kasında, deri, akciğerler, eklemler, gastrointestinal sistem ve kalp gibi diğer organlarda enflamasyon ile karakterize kronik bozukluklardır. En sık görülen formu juvenil dermatomiyozittir (JDM). Hipomiyopatik DM, karakteristik DM döküntüleri olan ancak kas zayıflığı olmamasına rağmen serum kas enzimlerinde yükselme, EMG, MRG, kas biyopsisinde enflamatuvar değişikliklerin bulunmasını tanımlar. Pannikülit, DM hastalarında nadir görülen bir bulgudur ve ağrılı eritematöz nodül veya plak olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak belirgin ağrı veya kızarıklık olmadan panniküliti tanımak zordur. Burada çocukluk çağında nadir görülen pannikülit ile giden anti-MDA5 pozitif hipomiyopatik dermatomiyozit olgusu sunulmuştur.

Olgu: On yedi yaş erkek hasta 6 ayda 18 kilo tartı kaybı, döküntü ve eklem ağrıları nedeniyle başvurduğu dış merkezde lenfopeni, sedimentasyon yüksekliği ve ılımlı karaciğer enzim yüksekliğinin saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesinde oral aftı, saçlı deride pullu eritematöz döküntüleri, göz kapakları (heliotrop raş), metakarpofalengeal eklemler (gottron papülleri) ve dirsek ekstansör yüzünde eritematöz papüller mevcuttu (Resim 1,2), ancak döküntüleri yoğun değildi. Patellar entesopati, üst bacakta palpasyonla hassasiyeti olan hastanın bilateral kalça eklemleri hareketle ağrılıydı ancak kas gücü tamdı. Tetkiklerinde anemi (hgb: 10,1 g/dL), lenfopeni (ALS: 700), sedimentasyon yüksekliği (70 mm/h), AST yüksekliği (AST: 75), troponin yüksekliği (23,7 ng/L) saptandı. Diğer laboratuvar belirteçleri negatifti (serum CK, ALT, LDH, böbrek fonksiyon testleri, CRP, C3, C4, RF, anti CCP, HLA-B27, ANA, ENA profili, lupus antikoagülanı, antifosfolipid ve antikardiyolipin antikorları ve ANCA, anti-CCP, anti-doku transglutaminaz Ab, brucella ve viral seroloji). Ekokardiyografisi normaldi. Uyluk MRG'si myozit, EMG'si miyopati ve deri biyopsisi dermatomiyozit ile uyumluydu. Miyozit spesifik antikorlarından anti-MDA5 pozitif saptanan hastanın çekilen yüksek çözünürlüklü toraks BT ve solunum fonksiyon testi normaldi. Klinik olarak kas tutulumu bulgusu olmamasına rağmen deri bulguları, AST yüksekliği olan, EMG ve MRG ile subklinik miyozitin gösterildiği hastaya hipomiyopatik juvenil DM tanısı konuldu. Pulse steroid sonrası 60 mg/gün metilprednizolon ve 15 mg/m^2/hafta metotreksat ve aylık IVIG tedavileri başlandı, takibinde döküntüleri geriledi. Steroid tedavisi steroid yan etkisi nedeniyle 7. ayda kesildi. Anti-MDA5 antikor pozitifliği olması nedeniyle olası intertisyal akciğer hastalığı açısından yakın klinik izlemine alındı. Ancak takibinde sağ ön kol, sonrasında bilateral uyluk lateralinde ağrısız sertleşmiş plaklar ortaya çıktı (Resim 4, 5). Yapılan eksizyonel biyopsisinde subkütan adipoz dokuda perivasküler alanda yoğun mononükleer hücre infiltasyonu, yer yer damar duvarında lenfosit infiltrasyonu, derin dermiste pannikülit lehine bulgular saptandı. Düşük doz steroid tedavisi tekrar başlandı, aylık İVİG tedavisine devam edilip tedavisine azotipürin eklenen hastanın klinik takibi devam etmektedir.

Sonuç: Burada MTX, aylık İVİG tedavisi sırasında ağrısız sertleşmiş plak şeklinde ortaya çıkan DM'ye bağlı pannikülit olgusunu sunduk. Pannikülit DM'li hastalarda nadiren kalça, kol, karın ve uylukta ağrılı nodüller şeklinde ortaya çıkmaktadır, patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Pannikülit, DM sırasında herhangi bir zamanda, başlangıç semptomu olarak veya tedavi sırasında gelişebilir. Anti-MDA5 antikoru, hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı ve eklem tutulumu ile ilişkili olabilen, myozit spesifik otoantikordur, hastalık aktivitesi ile korele olduğu bilinmektedir. Anti-MDA5 antikoru pozitif DM'li hastalarda tedavi sırasında bile pannikülit gelişebileceğini gösterilmiştir. DM'li hastalarda ağrılı olmasa bile sertleşmiş plak görüldüğünde pannikülitten şüphelenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pannikülit, dermatomiyozit, amiyopatik



Resim 1.



Resim 2.

PS-231

Olgu sunumu: Pulmoner vaskülitik tutulumu olan takayasu arteriti hastasında endarterektomi cerrahisinin sonuçları

Erdinç Ünaldı[1], Büşra Fırlatan[1], Selin Ardalı Düzgün[2], Süleyman Serdar Koca[3], Bedrettin Yıldızeli[4], Ali Akdoğan[1]

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

[2]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

[3]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ*

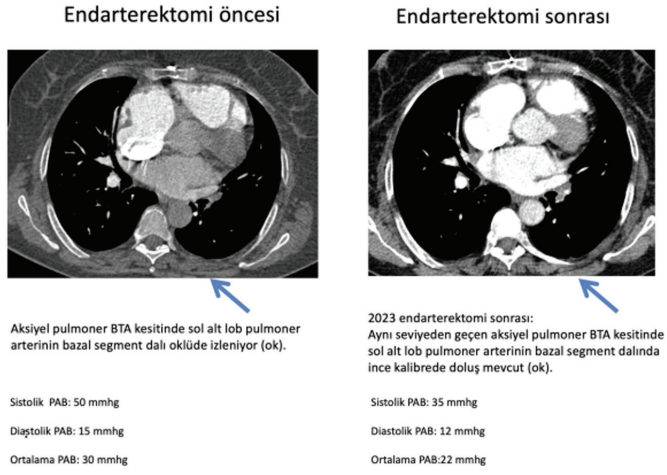
[4]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Takayasu arteriti (TA), esas olarak aort ve dallarını etkileyen, nadir görülen bir büyük damar vaskülitidir. Pulmoner arter tutulumuna bağlı pulmoner hipertansiyon (Group IV PH) Takayasu arteritinin mortalitesi ile ilişkilidir. Bu olgu sunumunda endarterektomi operasyonu gerçekleştirilen Group IV PH'lı bir TA hastası sunulmaktadır.

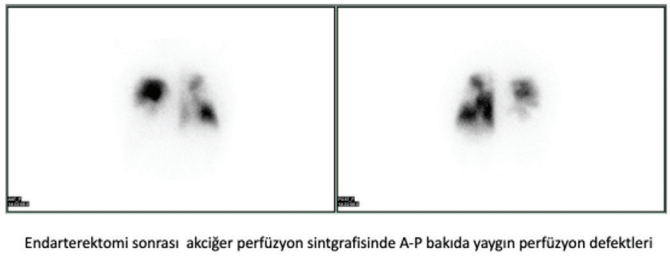
Olgu: 2016 yılından beri TA-Group IV PH tanıları ile izlenen hastanın kontrolünde vaskülit aktivitesi kontrol altındaydı. Anti-TNF ajan (infliksimab), metotreksat, ikili pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) spesifik ajan (ambrisentan-tadalafil) kullanan hastanın istirahatte dispnesi [fonksiyonel kapasite (FK) III – IV] vardı. Hastaya Ocak 2023'te pulmoner endarterektomi operasyonu gerçekleştirildi. Operasyon sonrası komplikasyon olmadı; ameliyat sonrası altıncı ayda yapılan sağ kalp kateterizasyon ölçümünde ortalama pulmoner arter basıncı 22 mmHg olarak saptandı. Hasta subjektif olarak kendini daha iyi hissetmesine karşın muayenesinde dispne şikayeti devam etmekteydi (FK III). Toraks görüntülemesinde endarterektomi sonrası tıkalı olan damarlarda parsiyel akım gözlendi ancak halen darlıklar devam etmekteydi. V/P sintigrafisinde yaygın perfüzyon defektleri vardı. Hastanın immünosüpresif tedavi ve PAH spesifik ajanla (Tadalafil) tedavisine devam kararı verildi.

Sonuç: TA'da endarterektomi, hastamızda semptomatik iyileşme sağlamakla birlikte muhtemelen pulmoner arterlerin tam kat tutulumu nedeni ile görüntüleme yöntemlerinde izlenen mevcut darlıklar tam olarak düzeltilememiştir. Bu hastalarda PH progresyonunu yavaşlatmak amacı ile PAH spesifik ajan tedavisi devam edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, pulmoner arteriyel hipertansiyon, endarterektomi



Resim 1. Endarterektomi öncesi ve sonrası vaskülit BT ve sağ kalp kateterizasyon incelemeleri



Resim 2. Endarterektomi sonrası akciğer ventilasyon perfüzyon sintgrafisi

PS-232

İntravenöz iloprost sonrası gelişen flebit olgusu

Feyza Şahan Gürpınar, Feyza Ak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: CREST sendromu, sklerodermanın bir formudur. Kutanöz kalsifikasyon, Raynaud fenomeni, özefageal dismotilite, sklerodaktili ve telenjiektazi olmak üzere 5 majör semptomu mevcuttur. CREST sendromu tanısını koymak için bu 5 semptomdan en az üçünün saptanması gerekmektedir.

Olgu: Altmış yedi yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğine sağ el 2. parmakta morluk ve ağrı şikayeti ile başvurdu. CREST tanısı uzun yıllardır olan ancak takip ve tedavisi düzensiz olan bir hastaydı. İlk semptomları 1990 yılında ellerde renk değişikliği ve reflü olarak başladı. Raynaud nedeniyle 1991 yılında bilateral torasik sempatektomi yapıldı. 2007 yılında Barret özofagus tanısı almış

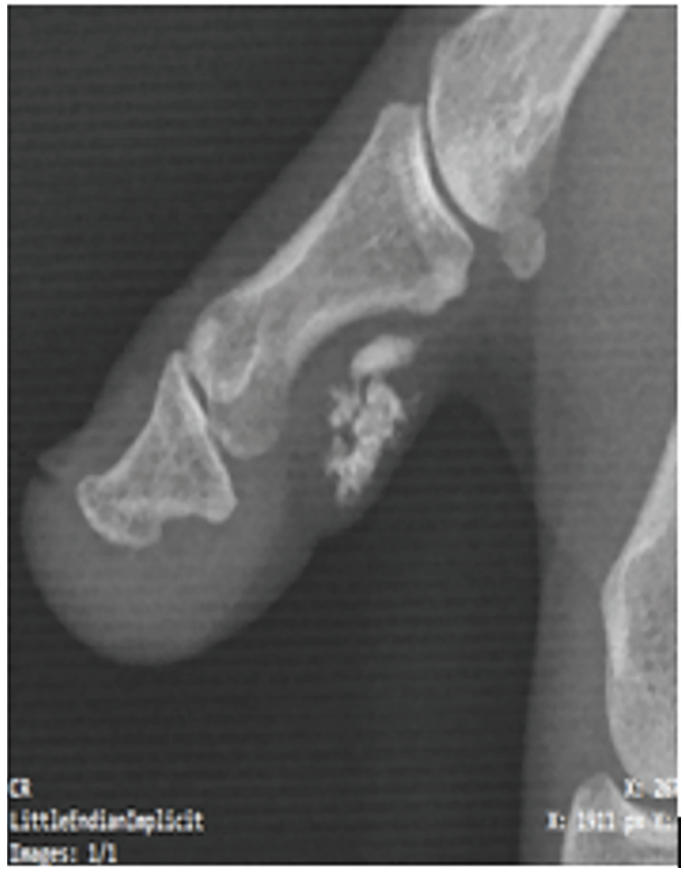
ve endoskopik olarak takip edildi. Geçmiş medikal tedavileri net olmamakla birlikte siklofosfamid tedavisi aldı. Otoantikor panelinde ANA 3+ sentromer paternde saptandı. Fizik muayenesinde damakta telenjektazi, sklerodaktili, sağ diz, sol dirsek, sağ el 2.-3. parmak ve sol el 1. parmakta kalsinozis mevcuttu (Resim 1). ANA yakınması olan sağ el 2. parmak distalinde 2x3 cm iskemik enfekte görünümlü lezyonu mevcuttu (Resim 2). Servise yatışı yapılan hastanın yarası aspire edildi. Sıvı püy vasfında geldi ve yara kültürü gönderilip antibiyoterapisi başlandı. Akciğer, gastrointestinal ve kardiyak tutulum açısından taramaları yapıldı. Parmaktaki iskemiye yönelik intravenöz iloprost tedavisi planlandı. Ayak dorsalindenki periferik kateterden infüzyon uygulanan hastada ven trasesindeki ayak yüzeyel venlerinde kızarıklık ve ağrı gelişmesi üzerine infüzyon kesildi ve parenteral deksametazon uygulaması sonrası geriledi (Resim 3). Bir gün sonra antekubital bölgeden damar yolu açılarak 2. kez intravenöz iloprost infüzyonu uygulandı. Birkaç dakika sonra ven trasesinde kızarıklık ve ağrı gelişmesi üzerine infüzyon stoplandı. Antibiyoterapi ve oral medikal tedavi sonrası parmaktaki lezyonu iyileşti.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda antibiyotikler ve kemoterapötik ajanlar başta olmak üzere çeşitli ilaçların flebit gelişimini artırdığı belirtilmiştir. İloprost, sistemik ve pulmoner arteriyel vasküler yatakta dilatasyon yapan sentetik prostaglandin I2 analoğudur. Skleroderma hastalarında klinik uygulamalarda sıklıkla kullanılan bir vazodilatör ajan olmasına rağmen flebit yapabileceğinin akılda bulunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistamik skleroz, tromboflebit, iloprost



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

PS-233

Nadir saptanan bir iskelet displazisi: Progresif psödoromatoid displazi

Ahmet Furkan Çolak, Alp Çetin

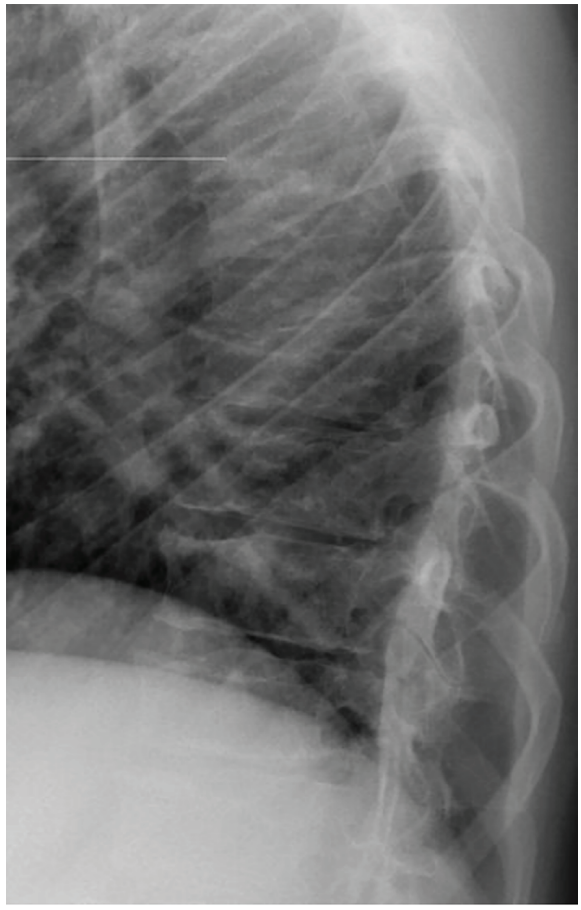
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Progresif psödoromatoid displazi (PPD); artiküler kartilaj tutulumu ve eklem hareketlerinde ilerleyici kısıtlılıkla karakterize bir iskelet displazisidir. Hastalık WNT-1 indüklenebilir sinyal protein-3 (*WISP3*) genindeki mutasyonla oluşmakta, otozomal resesif kalıtılmaktadır. *WISP3* geni kıkırdak homeostazında görevli bir proteini kodlamaktadır. Başlangıcı sıklıkla 3-6 yaşlarında olmakta; interfalangeal eklemlerde, kalça-diz gibi büyük eklemlerde ve vertebralarda tutulum meydana gelmektedir. İlerleyen dönemde eklem kontraktürleri, yürüyüş bozukluğu, skolyoz ve kifoz gibi durumlar gelişebilmekte ve anormal postür ile önemli morbiditeye yol açabilmektedir. Başlangıç boyu normaldir ancak hastalarda boy kısalığı adölesan dönemde belirgin hale gelmektedir. PPD tanısında tipik klinik bulgular, radyolojik tutulum ve moleküler genetik testler kullanılmaktadır. Radyolojik bulgular arasında; vertebralarda osteopenik ve dejeneratif değişiklikler, vertebraların yüksekliklerinde azalma ve ön-arka çaplarında artış, skolyoz, torakal kifozda artış, kemiklerde ve eklemlerde epifizyel-apofizyel düzensizlikler gösterilebilir. Bu bildirinin amacı nadir görülen bir iskelet displazisi olan progresif psödoromatoid displazinin klinik prezentasyonu, radyografik bulguları, genetik özellikleri ve tedavisini vurgulayarak hastalık hakkında farkındalık oluşturmaktır.

Olgu: Yirmi dört yaşındaki erkek hasta polikliniğimize skolyoz kontrolü amacıyla ve bel-sırt ağrısıyla geldi. Öyküsünden ağrılarının özellikle yürüdüğünde arttığı öğrenildi. Gece ağrısı tariflemeyen hastanın başka şikayeti yoktu. Hastanın genetik analiz sonucunda WISP3 gen mutasyonu saptanmasıyla progresif psödoromatoid displazi tanısı aldığı öğrenildi. Hastanın 8 yaşından beri yürüme bozukluğu ve 13 yaşından itibaren boy kısalığı ile bacak deformitesi nedenleriyle takip edildiği öğrenildi. Ayrıca yaşa göre beklenen değerlerin altında kemik yoğunluğu olduğu için kalsiyum, vitamin D, zoledronik asit tedavileri aldığı bilgisine ulaşıldı. Torakolomber grafilerinde; vertebralarda yükseklik kaybı ve osteopenik değişiklikler, her iki femur epifizinde hafif düzensizlik olan hastanın sol kalçada ilerleyici osteoartrit nedeniyle sol kalçadan total kalça protezi cerrahisi geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede üst ve alt ekstremite kas güçleri bilateral normal saptandı. Duyu defisiti yoktu ve derin tendon refleksleri normoaktifti. Her iki dirsekte 10-20 derece ve sağ el bileğinde 20 derece kadar ekstansiyon kısıtlılığı tespit edildi. Hastanın sol diz ekstansiyonunda 10 derece ve sağ diz ekstansiyonunda ise 30 derece kısıtlılık olduğu görüldü. Her iki diz fleksiyonunda da yaklaşık 40 derece kısıtlılık vardı. Sol ayak dorsifleksiyonu normalken sağ ayak dorsifleksiyonunda yaklaşık 20 derece kısıtlılık mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya eklem hareketlerinde kısıtlılık, skolyoz ve bel-sırt ağrıları için boyun izometrik, sırt ekstansör kaslarını güçlendirme, postür, eklem hareket açıklığı, germe ve bel-karın izometrik egzersizlerinden oluşan ev egzersiz programı verildi.

Sonuç: Progresif psödoromatoid displazi; eklemlerde ilerleyici hareket kısıtlılığı, eklem kontraktürleri, kifoz-skolyoz gibi deformiteler ve yürüyüş bozukluğu kliniğiyle prezente olan, nadir görülen, genetik geçişli bir iskelet displazisidir. Radyografik incelemede kifozda artış, skolyoz, kemiklerde osteopenik değişiklikler, vertebralarda yükseklik kaybı ve vertebraların ön-arka çapında artış gibi bulgular görülebilmektedir. Klinik, radyolojik bulgular ve genetik analizlerle tanı konmaktadır. Progresif psödoromatoid displazide destekleyici ve semptomatik tedavi verilmektedir. İlerleyici artropati zemininde osteoartrit gelişimine bağlı ağrısı olan hastalarda non-steroidal antienflamatuvar ilaçlar kullanılmaktadır. Eklemlerdeki hareket kısıtlılığı için eklem hareket açıklığı ve germe egzersizleri uygulanmaktadır. Yürüyüş bozukluğu olan hastalarda da yürüme, denge ve koordinasyon egzersizleri verilmektedir. Boy ve gövdede kısalığı olan, eklemlerde hareket kısıtlılığı ve eklem kontraktürleri bulunan, simetrik poliartiküler tutulum görülen, postür bozukluğu ile skolyoz-kifoz bulunan ve bunlarla ilişkili yürümede güçlüğü olan çocuklarda nadir gözlenen bir hastalık olan progresif psödoromatoid displazi de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artropati, dejenerasyon, eklem hareket kısıtlılığı, iskelet displazisi, progresif psödoromatoid displazi



Resim 1. Hastanın torakolomber grafisinde; torakal kifozda artış, vertebralarda osteopenik ve dejeneratif değişiklikler, vertebraların yüksekliklerinde azalma ve vertebraların ön-arka çaplarında artış bulguları görülmekte.

PS-234

Vaskuliti taklit eden infektiv endokardit olgusu

Numune Aliyeva[1], Madina Abdullayeva[2]

[1]Liv Bonadea Hospital, Bakü

[2]Merkezi Gümrük Hospital, Bakü

Giriş: İnfektif endokardit (İE) sık olmayan fakat fatal sonuçları olabilen bir hastalıktır. Anti-nötrofilik sitoplazmik antikorlar (ANCA) İE seyrinde sıklıkla pozitif olur; ayrıca ikisinin de seyrinde ateş yüksekliği, halsizlik ve kilo kaybı gibi ortak semptomlar görülebilir. Fakat iki hastalığın doğru ayırımı çok önemlidir, çünkü yanlış tanınması önemli sonuçlara neden olabilir. ANCA ilişkili vasküliti taklit eden İE olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz yedi yaşında erkek hasta altı aydır olan ateş yüksekliği, eklem ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde iki ayak bileği ve diz artriti saptandı. Laboratuvar tahlillerinde hemogramda nötrofilik lökositoz (lökosit 12.010/mm^3, nötrofil 10.190/mm^3), normositer anemi (HGB 11,8 g/dL, eritrosit 3,82 M/mm^3, MCV 95) izlendi; renal ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi; akut faz reaktanları yüksekti (C-reaktif protein 187 mg/L, sedimentasyon 120 mm/saat), prokalsitonini negatifti; idrar tahlilinde 56 mg/dL protein, 40 eritrosit g/s, 5 lökosit g/s, 3 hyalin silendir) mevcuttu. RF ve anti-CCP negatif iken ANA granulyar paternde zayıf pozitifdi fakat kompleman düzeyi normal ve ENA paneli negatifti. İlk klinik ortaya çıktığında bakılan ANCA'lar negatif iken zamanla kliniğe idrar sedimenti anormalliği ve proteinuri de eklenmesi üzerine tekrar bakılan p-ANCA negatif, c-ANCA 14 U/mL (ref: <10 negatif) aşkarlandı. Toraks BT'de patolojik bulgu yoktu. İlk ekokardiyografide (EKO) mitral ve trikuspit yetmezlikten bahsedildiği için immünosüpresif tedavi başlanmadan önce EKO kontrolü yapıldı: Yeni EKO'da ilaveten mitral kapakta 14*12 mm, aort kapağında 7 mm çağında vejetasyonlar, renkli Doppler EKO'da ileri derecede mitral yetmezlik ve minimal trikuspit yetmezlik izlendi, pulmoner arter basıncı 35 mm hg ölçüldü. Önceden başağrısı da tarif eden hastanın yeni EKO bulguları da göz önünde bulundurularak kraniyal MR çekildi, korpus kallosum spleniumu sağ yarımda 7*6 mm ölçüde DWI sekanslarda diffüzyon kısıtlaması olan lezyon saptandı. Kan kültüründe *Streptococcus mitis* üredi. Modifiye Duke kriterlerine göre infektif endokardit tanısı konularak enfeksiyon hastalıkları birimine yönlendirildi.

Sonuç: Sebat eden bakteriyel enfeksiyonlar ANCA, ANA, RF ve soğuk globulinler dahil farklı antikorların üretimi ile sonuçlanan poliklonal B lenfosit aktivasyonuna neden olabilir. O nedenle spesifik olmayan semptomlara sahip ANCA pozitif hastalar immünosüpresif tedavi başlanmadan önce İE olasılığı açısından mutlaka değerlendirmeli, kardiyak oskultasyon, EKO ve kan kültürü yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vaskulit, infektiv endokardit, ANCA

PS-235

Dizde şişlikle gelen hastada enflamatuvar artrit taklitçisi: Lipoma arboresens

Buğu Bulat[1], Adalet Elçin Yıldız[2], Üstün Aydıngöz[2], Ömer Karadağ[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Lipoma arboresens (diffüz sinovyal lipomatozis) sinovyumda villöz proliferasyon ve matür adipositlerin subsinovyal dokunun yerine geçmesi ile karakterize nadir görülen bir intraartiküler lezyondur. Hastalık sıklıkla dizleri tutmakla birlikte literatürde kalça, bilek, omuz ve dirsek eklemlerinin tutulduğu olgular da mevcuttur. Tipik tutulum şekli kronik monoartiküler tutulumdur, nadir olarak bilateral diz tutulumu ile giden oligoartiküler tutulum tanımlanmıştır. Hastalar sıklıkla etkilenen eklemde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvurur. Tanıda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) altın standart görüntülemedir. Burada kronik oligoartrit ile seyreden iki olgumuzu sunuyoruz.

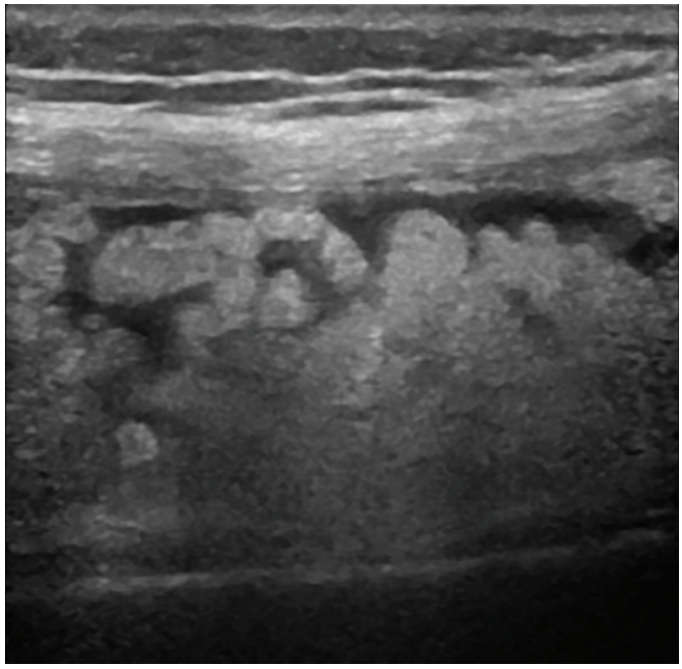
Olgu 1: Kırk iki yaş kadın hasta, bilinen kronik hastalığı yok; her iki dizde 20 yıldır olan şişlik ve ağrı şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastaya daha önce bu sebeple non-steroid antienflamatuvar, konvansiyonel DMARD ve intraartiküler steroid enjeksiyon tedavileri uygulanmış ancak hasta fayda görmedi.

Olgu 2: Elli yedi yaş erkek hasta, bilinen kronik hastalığı yok; 2005 yılında sağ dizde şişlik ve ağrı şikayeti ile ortopedi bölümüne başvurmuş ve sağ dize artroskopik cerrahi uygulandı. Post operatif şişlik ve ağrı şikayeti gerilese de takipte hastanın şikayetleri tekrar artmış ve sol dizde de şişlik gelişti. Her iki hastamızda da romatolojik sorgulamada özellik saptanmadı. Fizik muayenede bilateral dizlerde suprapatellar yumuşak doku şişliği ve eklem hareket kısıtlılığı vardı. Hastaların bakılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hız (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) normal sınırlardaydı. Romatoid faktör, anti-siklik sitrulinlenmiş peptid (anti-CCP) ve HLA-B27'yi içeren serolojik testler negatif olarak sonuçlandı. Artrosentezde alınan sinovyal sıvı non-enflamatuvar karakterdeydi. Hastaların düz grafilerinde artrit telkin edici bulgu yoktu. Tanıya yönelik yapılan gri skala ve Doppler ultrasonografide (USG) bilateral dizlerde effüzyon ve buna ek homojen, hiperekoik, eğrelti otu yaprağı benzeri sinovyal proliferatif lezyonlar izlendi (Şekil 1). Doppler ultrasonografide vaskülarite artışı saptanmadı. Diz MRG'de diz eklem aralığında ve suprapatellar bursada hafif efüzyon ve efüzyonun içerisinde doğru uzanan sinovyada polipoid tarzda kalınlaşmalar izlendi. Lezyonlar T1A görüntüde hiperintens, yağ baskılı sıvıya hassas sekansta hipointens olarak görüntülendi (Şekil 2). Hastaların MRG görüntülemeleri Lipoma arboresens lehine değerlendirildi.

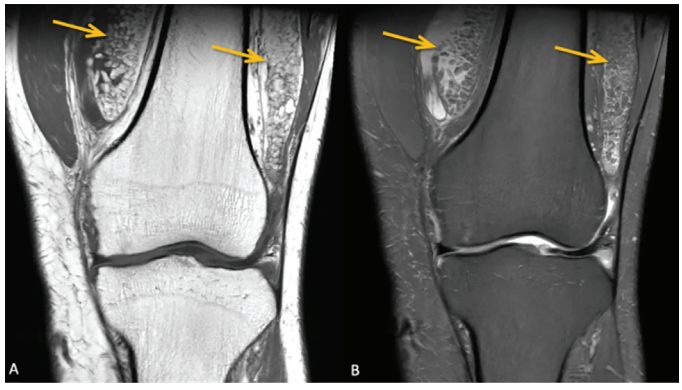
Sonuç: Lipoma arboresens, kronik mono ve oligoartrit ile başvuran ancak akut faz reaktan yüksekliği bulunmayan ve serolojisi negatif hastaların ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir bir patolojidir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Enflamatuvar artritlere eşlik edebildiğini gösteren yayınlar olsa da bizim hastalarımızda eşlik eden romatolojik patoloji saptanmadı. Ayırıcı tanıda villonodüler sinovit, sinovyal lipom, sinoviyal osteokondromatozis ve enflamatuvar artritler bulunmaktadır. MRG

ve USG'de izlenen eğrelti otu benzeri görüntü patognomoniktir. Hastalıkta konservatif yaklaşım ilk aşamada önerilirken sekonder osteoartrit gelişen seçilmiş hastalarda ortopedik girişim gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diz, lipoma arboresens, sinovyal lipomatozis



Resim 1. Sagital düzlem US görüntüsünde suprapatellar reseste sinovyal yüzeylerde hiperekojen «eğrelti otu» görünümünde kalınlaşma-proliferasyon ve hafif dereceli efüzyon izlendi



Resim 2. Sol diz MRG'sine ait koronal düzlem T1 ağırlıklı (A) ve PD yağ baskılı (B) görüntülerde suprapatellar reseste T1A görüntüde hiperintens, yağ baskılı sekansta hipointens olarak izlenen lipomatöz içerikli sinovyal proliferasyon ve buna eşlik eden hafif dereceli efüzyon

PS-236

COVID-19 pandemi sürecinde romatoloji hastalarının biyolojik ilaç kullanım durumu ve aşılanma oranı

Mehmet Şakir Altuner[1], Osman Cüre[2]

[1]*Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Malatya*

[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Rize*

Amaç: COVID-19 enfeksiyonu Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıktıktan sonra tüm dünyada hızlı bir şekilde pandemiye döndü. Romatizmal hastalıkların gerek bağışıklık sistemi ile ilişkisi, gerekse tedavilerinde kullanılan immünosüpresif ilaçlar nedeni ile başta solunum sisteminde olmak üzere enfeksiyon riskini artırdığı bilinmektedir. COVID-19 enfeksiyon önlenmesi ve tedavilerinin yönetimi için ACR ve EULAR tarafından kılavuzları hazırlanmıştır. Bu kılavuzlara göre hastalar bilgilendirilmiş ve tedaviler yapılmıştır. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriazis başta olmak üzere romatolojik hastalıklarda biyolojik tedavi yaygın olarak kullanılmaktadır. Pandemi döneminde birçok hasta ilaç kullanımında farklı davranış ve tutum sergilemiştir. Bu çalışmada pandemi döneminde romatolojik hastaların biyolojik ilaç kullanımını, aşılanma durumunu, hastaneye yatışlarını ve ölüm durumlarını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya pandemi başlamadan önce biyolojik ilaç tedavisi (bDMARD) veya targed sentetik (tsDMARD) kullanmakta olan ve pandemi sonrası polikliniğimize tekrar başvuran 18 yaş üzerindeki hastalar alındı. Çalışma retrospektif olarak planlandı. Hastaların demografik özellikleri, COVID geçirme durumu, komorbid hastalıkları (obezite, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık vs), COVID-19 aşılanma, hastaneye yatma durumları, biyolojik ilaç kullanım davranışları (ilaca devam, bırakma ve doz azaltımı) ve ölüm verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya; yaş ortalamaları 46±14 olan %46,6'sı kadın (n=55) ve %53,4'ü erkekten (n=63) oluşan biyolojik ilaç kullanan toplam 118 hasta dahil edildi. Hastaların %63,6'sında ankilozan spondilit (n=75), %28'inde romatoid artrit (n=33), %3,4'ünde psoriatik artrit (n=4), %1,7'sinde enteropatik spondiloartropati (n=2), %1,7'sinde ankilozan spondilit ve ailevi akdeniz ateşi, %0,8'sinde Behçet hastası (n=1) ve %0,8'sinde romatoid artrit ve ankilozan spondilit (n=1) tanıları vardı. Tedavide hastaların %40,7'si adalimumab (n=48), %23,7'si golimumab (n=28), %16,1'i etanercept (n=19), %14,4'ü infiksimab (n=17), %1,7 tofasitinip (n=2), %1,7 sekukinumab (n=2) ve %0,8 tosilizumab (n=1) kullanıyordu. Hastalarda ek hastalık olarak %16,9'unda hipertansiyon (n=20), %4,2'sinde koroner arter hastalığı ve astım (n=5), %0,8'inde diabetes mellitus tip 2 ve serebrovasküler olay (n=1) saptandı. Hastaların %47,5'i biontech (n=56), %18,62'si sinovac (n=22), %24,6'sının hem biontech hem sinovac aşısı vardı. Fakat %9,3'nün COVID-19 aşısı yoktu (n=11). Pandemi süresince hastaların %89,8 tedaviye devam ettiği, %11'nin biyolojik ilaç kullanımını kestiği, %12,7'sinin ilaç dozundan azaltma ve %33,9'unda romatolojik hastalığında alevlenme olduğu gözlendi. Hastaların %33,9'nun COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği (n=40) gözlendi. Bu hastaların %12,7'si aşılama sonrası COVID-19'a yakalandı. %2,5'i COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırıldı. Sadece 1 (%0,8) hasta da yoğun bakım ihtiyacı oldu.

Biyolojik ilaç kullanan hastalarda COVID-19 enfeksiyonundan ölüm olmadığı saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak, COVID-19 pandemi sürecinde biyolojik ilaç kullanan romatoloji hastalarının büyük oranda ilaçlarına devam ettiği saptadık. Biyolojik ilaç kullanımının COVID-19'un sıklığını ve şiddetini artırmadığını tespit ettik. COVID-19'daki komorbiditeler şiddetli hastalık ile ilişkilendirilse de çalışmamızda anlamlı bir fark bulamadık. Çalışmamızda biyolojik ilaç kullanan hastalarda COVID-19 enfeksiyonundan ölüm olmadığı saptandı. Bu sonuç muhtemelen hasta sayımızın yetersizliği ile ilgilidir. Çalışmaya alınan biyolojik ilaç kullanan hastalarda COVID-19 aşılanma oranı yüksekti. Aşılanma sonrası herhangi bir ciddi komplikasyon saptanmadı. Pandemi döneminde biyolojik ilaç kullanan romatolojik hastalarda COVID-19 etkileri ve COVID-19 aşılama etkinliği konusunda büyük sayılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, aşılanma, biyolojik ilaç kullanımı

PS-237

Sarkoidoz olgusunda koinsidental gelişen ankilozan spondilit

Reyhan Bilici, Ahmet Sami Varol

Konya Şehir Hastanesi, Konya

Giriş: Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, sistemik granülomatöz bir hastalıktır. En çok tutulan yapılar toraks içi lenf nodları ve akciğerlerdir, ancak her organ tutulabilir. Ankilozan spondilit (AS) etiyolojisi bilinmeyen, dünya genelinde prevalansı %0,9'a varan enflamatuvar bel ağrısı ile karakterize, sıklıkla periferik artritin eşlik ettiği kronik bir romatizmal hastalıktır. Literatürde Sarkoidoz ve AS birlikteliği nadir olarak bildirilmiştir. Biz sarkoidoz tanısı yeni almış bir hastada yapılan romatolojik değerlendirmede AS saptadık ve bu olguyu sunmak istedik.

Olgu: Yirmi altı yaş erkek hasta nefes darlığı, öksürük, halsizlik şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine ayaktan başvurmuş. Çekilen akciğer grafisinde nodüler patern olması üzerine yapılan akciğer biyopsi sonucu minimal nekroz gösteren granülomatöz enflamasyon izlendi şeklinde yorumlandı. Sarkoidoz tanısı ile Romatoloji polikliniğine konsülte edilen hastanın alınan anamnezinde; uzun süredir olan enflamatuvar bel ağrısı ve eşlik eden bir saatten fazla sabah tutukluluğu olduğu saptandı. Yapılan fizik muayenede bilateral FABER testinin pozitif olması dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın istenilen tetkiklerinde CRP 8,01 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 11 mm/saat idi diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Sakroiliak eklem grafisinde bilateral evre 1-2 sakroileit olması üzerine istenilen sakroiliak MR sonucunda sağda belirgin her iki sakroiliak eklem orta kesim düzeylerinde karşılıklı eklem yüzlerinde anterior kesimde hafif ödematöz sinyal değişiklikleri kaydedilmiş olup sakroilieit yönünden klinik ve laboratuvar bulgular ile korelasyonu önerilir şeklinde yorumlandı. Sarkoidoz ve AS'nin koinsidetal birlikteliği olarak yorumlandı. Tedavide asemetazin 90 mg ile şikayetlerinde gerileme sağlandı. İzlemlerinde sıkıntısı olmadı.

Sonuç: Romatoloji poliklinikte azımsanmayacak miktarda saptadığımız bir durum olan tanı değişikliği, çakışma sendromları ya da yeni saptanan tanılara örnek olabilecek bir olguyu burada sunmak istedik. Sarkoidoz ile yönlendirilen hastada ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez sonucu AS'nin eşlik ettiğini bulduk. Literatürde daha çok AS için verilen anti TNF tedavi sonrası gelişen sarkoidoz olguları olmasına rağmen biz bu olguda eş zamanlı gelişen birlikteliği vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: AS, sarkoidoz, koinsidental

PS-238

İnfantil dönemde başlayan sting ilişkili vaskülopati (SAVI) olgusu

Duygu Kerim[1], Fatih Taştekin, Kenan Aksu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: İnfantil dönemde başlayan interferon genlerinin stimülatörü (STING) ile ilişkili vaskülopati (SAVI), STING'yi kodlayan gendeki (TMEM173) fonksiyon kazanımı heterozigot mutasyonlarının neden olduğu nadir bir otoenflamatuvar hastalıktır. Fonksiyon kazanımı mutasyonları, STING'in yapısal aktivasyonuna ve tip I interferonun aşırı üretimine yol açar. Bu nedenle SAVI, tip I interferonopati sendromlarından biri olarak bilinir. Hastalar erken başlangıçlı sistemik enflamasyon, kutanöz vaskülopati ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile başvurur.

Olgu: Yirmi yaşındaki erkek hasta yaşamının 7. gününde başlayan kusma, takipne ve öksürük şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Ateş ve bronşiyolit atakları nedeniyle çok kez hastaneye yattı. 2008'de konjenital akciğer fibrozisi tanısı aldı. 2016'da akciğer biyopsisi yapılmış, intersisyel fibrozis ve pulmoner hipertansiyon tanısı konulmuş. 2018'de paranazal sinüs BT'de nazal septum perforasyonu saptanan, cANCA (1:320), pANCA (1:320), ANCA profil MPO 2(+), Anti-MPO (Elisa): 108 RU/mL olan hastaya granülomatozis polianjitis (GPA) ön tanısı konuldu. Ancak nazal biyopside subepitelyal glandüler proliferasyon izlenmiş, vaskülit bulgusu saptanmadı. Pulse steroid tedavisi düzenlendi. İdame tedavide sırasıyla metotreksat, azatioprin, mikofenolat verildi. Yanıt alınamayınca Nisan 2020'de rituksimab başlanmış, 9 kür uygulandı. Sık tekrarlayan ateş ve akciğer enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi ve IVIG de verildi. Takibinde efor dispnesi giderek artmıştı. Akciğer nakil konseyinde değerlendirildi. Pulmoner hipertansiyon bulguları için bosentan, fibrozisteki progresyon için nintedanib başlandı. Şubat 2023'te takibimize alınan hastanın aktif epistaksis ya da hemoptizisi yoktu, dispnesi öncekilerle benzerdi. Ek hastalığı olmayan hastanın, anne ve babası 1. derece kuzen olup hastanın kardeşinde ve babasında İAH vardı. Hatta aynı tanılı 5 ve 1 yaşlarındaki kuzenleri eksitus olmuştu. Fizik muayenede alt ekstremitede ülsere lezyonlar, çomak parmak, akciğerlerde hafif şiddette ronküs ve velcro raller vardı. Mikofenolat, orta doz steroid ve bosentan alıyordu. Akut faz reaktanları normal, tam idrar tetkikinde hematüri yok ve 24 sa idrar analizinde proteinüri saptanmadı. ANA (granüler 1:80) pozitif, ANA profil, ANCA ve Anti-PR3 (Elisa) negatifi. Şubat 2023 HRCT'sinde bilateral alt lob bazal segmentte posteriorda bal peteği görünümü vardı. Kavitasyon,

nodül ya da pulmoner infiltrasyon yoktu. Ekokardiyogramda SPAP 50 mmHg, solunum fonksiyon testinde FVC: 49, DLCO: 26 idi. Alt ekstremite deri punch biyopsisinde epidermiste fokal nekroz, yüzeyel ve derin dermada perivasküler lenfosit infiltrasyonu izlendi. Hastanın bebeklikte başlayan sık akciğer enfeksiyonu ve deri lezyonlarının olması ancak klinik, laboratuvar ve patoloji verileriyle GPA tanısını karşılamaması ve ayrıca ailesinde İAH'li olguların olması nedeniyle otoenflamatuvar hastalık etiyolojisinin aydınlatılması için genetik analiz incelemesi istendi. TMEM173/STING1 h *(NM_198282/4)* geninde homozigot c.841C>T (p.ARG281Trp) varyantı saptandı. İnfantil başlangıçlı STING ilişkili vaskülopati düşünülerek tofasitinib başlandı.

Sonuç: SAVI kutanöz vaskülopati, artmış akut faz reaktanlarının eşlik ettiği tekrarlayan ateş atakları ve diğer tip I interferonopatiden SAVI'yi ayırmada önem arz eden İAH ile karakterizedir. Hastalar sistemik steroidlere, konvansiyonel DMARD'lere veya biyolojik ajanlara yanıt vermez. Klinik olarak sistemik vaskülitlere benzer klinik bulgular içeren SAVI, uygun hastalarda, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir patolojidir.

Anahtar Kelimeler: STING, SAVI, interferonopati, interstisyel akciğer hastalığı

PS-239

Düşük ayak ile prezente olan Sjögren sendromu olgusu

Özlem Doğan Ağbuga[1], Turgay Demir[2], Didem Arslan[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nöroloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Sjögren sendromu ekzokrin gland enflamasyonuyla seyreden multsistemik tutulum yapabilen bir bağ doku hastalığıdır. Hastalığın görülme sıklığı %0,1-3'tür. Tutulan sistemlerin arasında sinir sistemi de bulunmaktadır. Nörolojik tutulum santral ve periferik sinir sistemi tutulumu olarak klinikte karşımıza gelebilir. Periferik nöropati periferik sinir sistemi tutulumunun bir şeklidir ve kendini ağrı, uyuşma, yanma, batma, karıncalanma şeklinde gösterebilir. Bu olguyu sunma nedenimiz Sjögren sendromunda görülebilen periferik nöropatinin ağır bir tutulum şekli olan düşük ayak ile de hastaların karşımıza gelme ihtimali olduğu ve ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmesi gerektiğidir.

Olgu: Seksen üç yaşında kadın hasta, halsizlik, el ve ayak küçük eklemlerinde ağrı, ağız ve göz kuruluğu şikayetleriyle romatoloji bölümüne başvurdu. Fizik muayenesinde sol parotis bezinde şişlik, el ve ayak parmaklarında küçük eklemlerde artrit saptandı. Laboratuvar sonuçlarında Hb: 12,7 mgr/dL, WBC: 5,700 PLT: 111.000, Kr: 0,68 mgr/dL, ALT: 13 U/L, CRP: 1,5 sedimentasyon: 21, Brusella, HIV ve viral hepatit markerlar negatif geldi. Platelet değeri sınırda düşük gelen hastanın demir, demir bağlama, ferritin, B12, folik asit değerleri normal aralıkta geldi. Periferik yaymada patolojik bulgu saptanmadı. Otoimmün hastalıklar açısından bakılan RF: 609 IU/mL, ANA negatif geldi. Olası bağ doku hastalıkları ayırıcı tanısı için ENA panel istendi. SS-A: 95,9 U/L olarak geldi; onun haricindeki paneldeki diğer testler negatif geldi. Ağız, göz kuruluğu olması ve parotis glandda şişlik saptanması nedeniyle Sjögren sendromu açısından tükrük bezi biyopsisi istendi. Parotis glandda şişlik nedeniyle görülen USG'de sol parotis glandda 41x27 mm'lik alanda hipoekoik alanlar, sağ parotis glandda 26x14 mm boyutlarında bazıları lobüle konturlu multipl hipoekoik alanlar saptandı. Eş zamanlı parotis glanddan da biyopsi alındı. Hastanın tükrük bezi biyopsi sonucu fokus skoru >1, parotis gland biyopsisi non-spesifik lenfositik infiltrasyon olarak raporlandı. Hastaya düşük doz kortikosteroid (prednol 4 mgr), hidroksiklorokin ve kuruluk için pilokarpin tedavileri başlandı. İzlemi devam ederken yürüyememe, sağ ayağı kaldıramama, sağ uyluk lateralde yanma, uyuşma şikayetleri gelişti. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastanın santral ve spinal görüntülemeleri planlandı. Görüntülerde herhangi bir anormallik saptanmadı. EMG görüldü. EMG de sağ common peroneal sinirin uyarılamadığı görüldü ve sensorimotor polinöropati uyumlu EMG bulguları olarak yorumlandı. Hastanın mevcut bulguları Sjögren sendromu sekonder periferik nöropatiye bağlı olarak düşünüldü ve 45 kg olan hastaya 90 gr/ay (5 günde verilecek şekilde) toplamda 3 kez IVIG uygulandı ve IVIG sonrası azotiyopürin 1*50 mgr (po) başlandı. Hasta eş zamanlı fizik tedavi programına alındı. Altıncı ayın sonunda hasta yeniden yürümeye başladı ve nöropatik semptomları geriledi. Hastanın azotiyopürin ve düşük doz steroid altında takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Sjögren sendromu ekzokrin glandları, kas iskelet sistemini, akciğer, böbrek ve sinir sistemini tutabilen bir bağ doku hastalığıdır. Primer Sjögren sendromunda periferik nöropati prevalansı %2-11'dir. Tutulum şekli sıklıkla aksonal polinöropati, mononöropati ve mönonöritis multipleks şeklindedir. Aksonal polinöropati ve mononöritis multipleks sık rastlanan tiplerdir. Düşük ayak benzeri klinikle hastalar karşımıza gelebilir. Mutlaka ayırıcı tanıda akla gelmesi ve hızlıca tedaviye başlanması gerekmektedir. Ayrıca Sjögren sendromunda artmış lenfoma riski nedeniyle özellikle parotis gland ve lenf bezinde şişliklerin dikkatli değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda doku örneklemesi yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, düşük ayak, polinöropati

PS-240

Anti sentetaz sendromunun klinik progresyonunda nadir bir sebep: Kızamık pnömonisi

Merve Nazlı Bozer[1], Hale Hilal Bozkurt[1], Abdulsamet Erden[1], Hamit Küçük[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

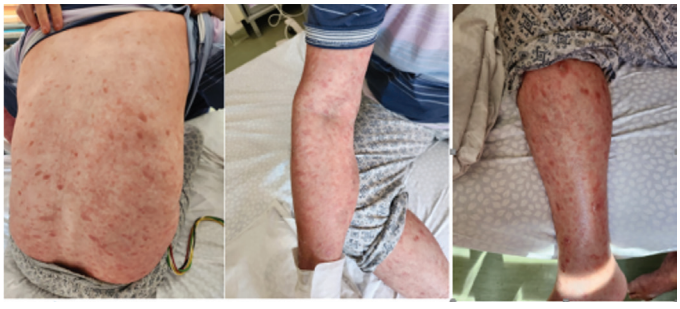
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Antisentetaz sendromu, interstisyel akciğer hastalığı, miyozit, raynaud fenomeni ve non-eroziv artrit gibi klinik özelliklerle karakterize enflamatuvar bir kas hastalığıdır. Antisentetaz sendromuna yönelik immünosüpresif tedavi alan hastalar tipik ve atipik enfeksiyonlar açısından risk altındadır. Bu olgu sunumunda anti sentetaz sendromu ile takipli interstisyel akciğer hastalığına yönelik immünosüpresif tedavi alan olguda nadir bir komplikasyon olarak gelişen kızamık pnömonisi ele alınmıştır.

Olgu: Altmış dört yaş erkek hasta antisentetaz sendromu ve "Olağan İnterstisyel Pnömoni" tipi akciğer hastalığı ile takip edilmekte ve aralıklı intravenöz siklofosfamid (500 mg/2 ay) ve prednizolon 5 mg/gün tedavisi almaktayken vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın 10 gündür boyun bölgesinden başlayıp sırtına kollarına ve bacaklarına doğru yayılan döküntü, ateş, nefes darlığı ve balgam şikayeti mevcuttu (Resim 1). Görüntülemede buzlu cam dansitesi görülen hastaya pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapi başlandı (Resim 2). Sık görülen enfeksiyöz etkenlerde herhangi bir pozitiflik saptanmadı, kültürlerinde anlamlı pozitiflik mevcut değildi. Hastanın viral parametreleri negatif olarak sonuçlandı, ancak tipik döküntüsünün devam etmesi nedeni ile klinik şüphe üzerine gönderilen kızamık PCR sonucu pozitif sonuçlandı. Hasta izolasyona alınarak destek tedavisi ile takip edildi.

Sonuç: Kızamık çoğunlukla çocukluk çağında görülen, ateş, öksürük, burun akıntısı ve konjonktivit ile başlayan; prodrom döneminin ardından sentrifugal yayılan makülopapüler döküntü ile devam eden enfektif bir hastalıktır. Tanıda kızamık spesifik seroloji (kızamık Ig M/Ig G) ve kızamık PCR ölçümleri kullanılır. Erişkin dönemde tüm immünosüpresif hastalar pnömoni, hepatik yetmezlik ve ensefalit gibi ağır kızamık enfeksiyonu açısından risk altındadır. Güncel kullanımda olan onaylı bir tedavi henüz bulunmamaktadır. İmmünosüprese bireylerde canlı aşılama da tavsiye edilmemektedir. Çalışmalarda ribavirinin intravenöz ve oral kullanımı incelenmiş olsa da halen tartışmalıdır. Dünya sağlık örgütü kızamık enfeksiyonu geçiren çocuklarda vitamin A kullanımını tavsiye etmektedir. Hastalığın önlenmesinde hala tek yolun aşılanma ile sağlanabileceği ön görülmektedir.

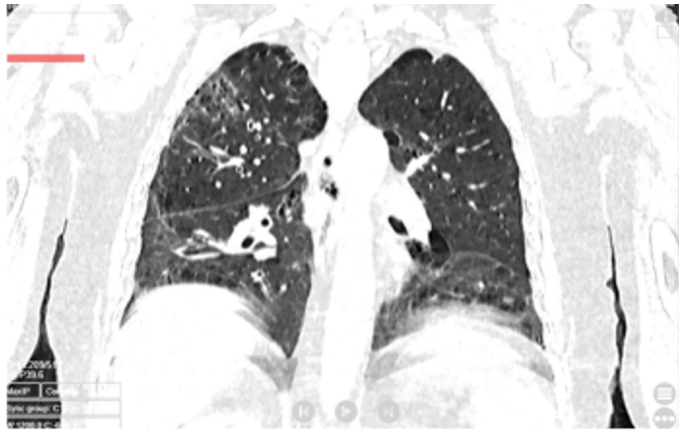
Anahtar Kelimeler: Kızamık pnömonisi, antisentetaz sendromu



Resim 1. Hastanın sentrifugal dağılımlı maküler döküntüleri



Resim 2. Hastanın sağ üst lobta görülen eski görüntülerinden farklı buzlu cam dansitesi ve konsolidasyon alanları



Resim 3. Hastanın sağ üst lobta görülen eski görüntülerinden farklı buzlu cam dansitesi ve konsolidasyon alanları

PS-241

Romatoid artrit hastasında septik tenosinovit

Işıl Ezelsoy[1], İlker Eren[2], Elif Er Gülbezer[3], Ahmet Peker[4], Süda Tekin[5], Nilüfer Alpay Kanıtez[3]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[4]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

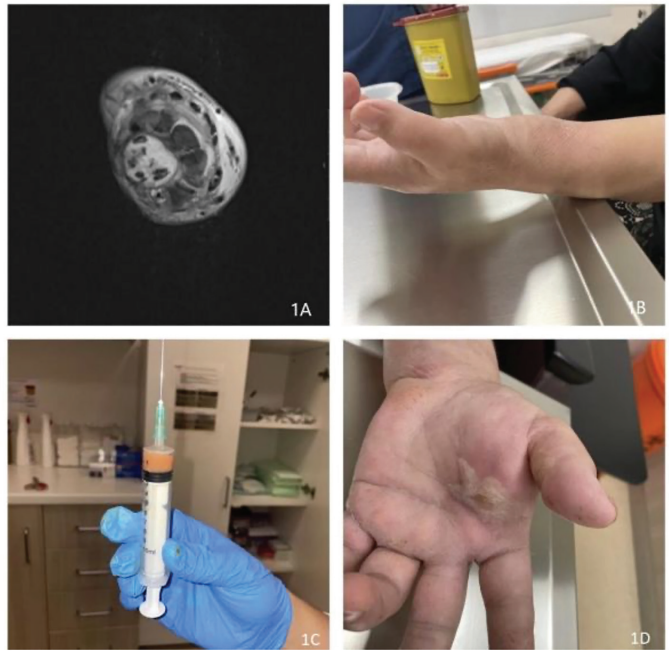
[5]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Tenosinovit, tendon sinovya kılıfının enflamasyonudur. Mekanik sebepler, diyabet gibi metabolik ve romatoid artrit (RA) başta olmak üzere romatizmal hastalıklar, enfeksiyonlar tenosinovite neden olabilir. Bu yazıda RA hastasında travma anamnezi olmaksızın gelişen septik tenosinovit sunulmuştur.

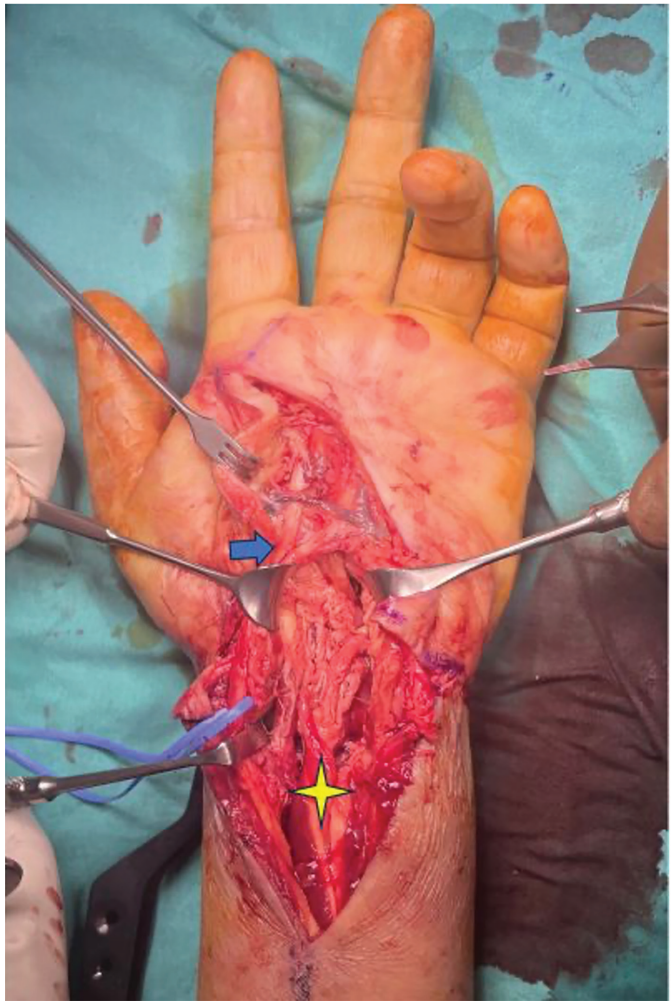
Olgu: Altmış yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan sol el bileği, el parmaklarında şiddetli ağrı ve şişlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Öyküsünde 12 yıldır seropozitif RA tanısı ve akciğer tutulumu söylendiği, prednizolon 5 mg/g, hidroksiklorokin 200 mg/g, tosilizumab 162 mg/hafta tedavisi altında bulgularının kontrol altında olduğu, diabetes mellitus ve hipertansiyon ilaçlarına devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede bilateral akciğer bazallerinde inspiryum sonu ince raller, olekranonda romatoid nodül, halluks valgus, sol el bileği, sol mkf ve pif eklemlerinde şişlik görüldü. Eline dokundurmak istemeyecek kadar ağrılıydı. Laboratuvar testlerinde belirgin bir akut faz yanıtı görülmedi [CRP: 8 mg/L, ESR: 9 mm/h, prokalsitonin: 0,03 ng/L (0-0.05), lökosit:10.090/mm^3]. MR'de aksiyal kesitte yağ baskılı T2 sekansında fleksör retinakulumda tendonları saran efüzyon saptandı (Resim 1A). NSAİİ, sol el istirahati ve soğuk uygulama önerildi. İki gün sonra romatoloji polikliniğinde semptomların azalarak da olsa devam ettiği görüldü. Palmar yüzde hafif hiperemi ve belirgin sıcaklık fark edildi. Kontrol CRP düzeyi 3 mg/L bulunsa da enfeksiyon olasılığı akla geldiği için intralezyonel steroid yapılmadı. Metilprednizolon 32 mg/g ile klinik yanıt arandı. Bu tedavinin üçüncü gününde el bileği volar yüzde şişliğin belirgin olarak arttığı, palmar bölgede 2 cm çapında bül oluştuğu, 2. ve 3. parmağın aktif fleksiyon yapamadığı görüldü. USG altında el bileği fleksör tendon sıvısı ve palmar bül içindeki sıvı aspire edildi (Resim 1B-D). Her iki bölgeden aspirasyon materyalinin pürülan görünümde olması nedeniyle hasta interne edildi ve ampirik piperasilin tazobaktam ve vankomisin başlandı. Cerrahi debridman sırasında D2 ve D3 fleksör digitorum superficialis ve profundusun el bileği düzeyinde dejenere zeminde rüptüre olduğu gözlendi (Resim 2). Doku ve sinovyal sıvı örneklerinden alınan iki ayrı kültürde metisilin duyarlı "*Staphylococcus aureus*" üremesi sonucu antibiyoterapisi ampisilin sülbaktam olarak değiştirilen hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: El bileği septik tenosinoviti genellikle direkt travmaya (kesi, yara, hayvan ısırığı, cerrahi sonrası), komşu yumuşak dokuların enfeksiyonuna veya hematojen yolla yayılıma bağlı gelişir. Etken "*Staphylococcus aureus*" olsa da septik artritten farklı olarak ateş gibi sistemik semptomlar görülmeyebilir ve biyoşimik enfeksiyon göstergeleri negatif bulunabilir. Olgumuzda tosilizumab, CRP yükselmesini engellemiş olabilir. Ateş, travma anamnezi ve akut faz yanıtı olmasa da özellikle diabetes mellitus gibi komorbiditeleri olan RA hastalarında akut ve şiddetli lokal enflamasyon olduğunda septik tenosinovit de akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Septik tenosinovit, tenosinovit, romatoid artrit



Resim 1. A-Sol el MR'sinde aksiyal kesitte yağ baskılı T2 sekansında fleksör retinakulumda efüzyon. El bileği ekleminde efüzyon izlenmedi. B- El bileğinde ve volar yüzde ödem., C- El bileği fleksör tendon sıvısından alınan aspirasyon materyali, D- Palmar bölgede bül



Resim 2. Dejenere zeminde rüptüre olan D2-3 fleksör tendon (sarı ok), buna bağlı 2. ve 3. parmağın tonusunu kaybetmesi ve medyan sinir (mavi ok)

PS-242

Hidroksiklorokin ile indüklenen akut generalize ekzamatöz püstüloz: Kolşisin tedavi seçeneği olabilir mi?

Esranur Ünal[1], Şule Ketenci Ertaş[2], Ragıp Ertaş[1]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kayseri

[2]Acıbadem Kayseri Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: Akut generalize ekzantematöz püstüloz (AGEP), eritemli ve ödemli zeminde, çok sayıda, non-foliküler, steril püstüllerin ani oluşumu ile karakterize, genellikle 15 gün içinde spontan rezolüsyona uğrayan ciddi kutanöz adverse ilaç reaksiyonudur. AGEP, genellikle antibiyotiklerle tetiklenen adverse ilaç reaksiyonudur. Hidroksiklorokin ile tetiklenen AGEP ise nadir bir antitedir. Biz burada hidroksiklorokin ile indüklenen, kolşisin tedavisine yanıt veren iki AGEP olgusu sunmaktayız.

Olgu 1: Altmış iki yaşında kadın hastaya romatoid artrit sebebiyle 400 mg/gün hidroksiklorokin tedavisi başlanmış, tedavinin 21. gününde boyun ve kulaklardan başlayan daha sonra aksilla, gövde ve ekstremitelere yayılan döküntü meydana gelmiş, döküntüler oluştuğunda hastanın ateşi yoktu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde, boyunda eritemli plak üzerinde püstüller, aksillada, gluteal bölgede, sırt ve bacaklarda eritemli annüler plakların periferinde 1-2 mm büyüklüğünde püstüller mevcuttu. Klinik ve laboratuvar bulgularına dayanarak, Avrupa Şiddetli Kutanöz Advers Reaksiyon Çalışması (EuroSCAR) doğrulama ölçeğinde 6 puan (muhtemel AGEP) ile hastaya AGEP tanısı kondu. Hastaya 40 mg/gün oral metilprednisolon ve mometazon furuat krem ve ıslak pansuman tedavisi başlandı. Hastanın tedavisine steroid tedavisinin 21. gününde lezyonlarının dirençli olması sebebiyle kolşisin 0,5 mg tablet (tb) 2x1 eklendi. Metilprednisolon kademeli olarak azaltılırken, kolşisin 0,5 mg tb 3x1'e çıkıldı (39 gün). Deri lezyonları hastalığın başlamasından 60 gün sonra nüks olmaksızın tamamen düzeldi.

Olgu 2: Yirmi üç yaşında erkek hastaya ürtikeryal vaskülit sebebiyle 400 mg/gün hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Tedavinin 17. gününde vücutta yaygın döküntüleri meydana gelmiş, bu sırada vücut sıcaklığı 37,3 dereceydi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; boyunda, axillada, gövde ön ve arka yüzünde, ekstremitelerde ve palmar bölgede eritemli annüler plakların periferinde püstüller mevcuttu. Mukozal tutulumu yoktu (Resim 3). Klinik ve laboratuvar bulgularına dayanarak EuroSCAR doğrulama ölçeğinde 5 puan (muhtemel AGEP) ile hastaya AGEP tanısı kondu. Hastaya 60 mg/gün oral metilprednizol ve klobetazol propiyonat krem ve ıslak pansuman tedavisi başlandı. Hastanın tedavisine steroid tedavisinin 19. gününde lezyonların dirençli olması sebebiyle kolşisin 0,5 mg tb 2x1 eklendi sistemik metilprednizolon kademeli olarak azaltıldı. Deri lezyonları hastalığın başlamasından 40 gün sonra nüks olmaksızın tamamen düzeldi.

Sonuç: Akut generalize ekzantematöz püstüloz, eritemli zeminde non-foliküler, steril püstüllerin hızlı gelişimi ile karakterize ciddi kutanöz advers ilaç reaksiyondur. Akut generalize ekzantematöz püstülozun %90'ı ilaçlar tarafından tetiklenmektedir. AGEP'e en sık sebep olan ilaç grubu antibiyotiklerdir. Pristinamisin, aminopenisilinler, kinolonlar, hidroksiklorokin, sülfonamidler, terbinafin, diltiazem, ketokonazol ve flukonazol AGEP'i tetikleyen ilaçlar arasındadır. Parvovirus B19, klamidya pneumonia, sitomegalovirüs gibi enfeksiyöz ajanlar da AGEP'i tetikleyebilir. Civa ile temas ve örümcek ısırıkları ise AGEP'in nadir nedenleri arasındadır. Hidroksiklorokin, immünosüpresif ve antienflamatuvar etkileri nedeniyle çeşitli dermatolojik ve romatolojik hastalıkları tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir antimalarial ilaçtır. Hidroksiklorokin, AGEP'in nadir bir nedeni olarak bildirilmiştir; ancak EuroSCAR çalışması, hidroksiklorokin ile tedavi edilen hastaların AGEP gelişimi için daha büyük bir riske sahip olduğunu göstermiştir. Akut generalize ekzantematöz püstülozda ilaca maruziyet ile reaksiyonun başlaması arasındaki süre tipik olarak 48 saattir. Hidroksiklorokin ile indüklenen AGEP'te ise reaksiyonun başlangıç süresi 2 ile 3 hafta arasında değişmektedir. AGEP genellikle 15 gün içinde spontan rezolüsyona uğrar ancak hidroksiklorokin kaynaklı AGEP olgularında, hidroksiklorokinin kesilmesinden sonra iyileşme süresinin 7 ila 81 gün olduğu bildirilmiştir. Hidroksiklorokin ile indüklenen AGEP'in latent süresinin daha uzun olması, hidroksiklorokinin metabolik özellikleri veya altta yatan romatolojik hastalıklara bağlı immünolojik düzensizlik ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte,

hidroksiklorokin ile indüklenen AGEP'te gözlenen daha uzun latent dönem, muhtemelen daha önce hidroksiklorokin ile sensitizasyonun olmamasından ve bunun sonucunda immünolojik hatırlama fenomeninin olmamasından kaynaklanmaktadır. Bizim olgularımızda da hidroksiklorokin alımından yaklaşık 3 hafta sonra deri döküntüleri gelişmiş olup, ilacın kesilmesinden sonra iyileşme süresi klasik AGEP'te görülenin aksine 15 günden uzun sürmüştür. Kolşisin nötrofilik infiltrasyonla giden birçok dermatolojik hastalığın tedavisinde kullanılan anti-enflamatuvar bir ajandır, tübülinleri bağlayarak mikrotübül oluşumunu engeller. Lökositlerde daha yüksek konsantrasyonda birikir ve adhezyon, migrasyon ve sinyal iletimini bozarak enflamasyonun başlamasını engeller. Literatürde Kara ve ark. tarafından sistemik steroid steroid tedavisine dirençli hidroksiklorokin ile indüklenen, kolşisin tedavisine yanıt veren bir AGEP olgusu bildirilmiş olup, literatürde bu çalışmadan başka kolşisin ile tedavi edilen başka AGEP olgusu bildirilmemiştir. Bizim olgularımızda da sistemik kortikosteroid tedavisine yanıt alınamaması sebebiyle, tedavi rejimine nötrofiller üzerindeki anti-enflamatuvar etkisinden faydalanılması amaçlanılarak kolşisin eklenmiştir. Hidroksiklorokine bağlı AGEP, nadir görülen bir durum olup, latent periodu ve ilacın kesilmesinden sonraki iyileşme süresi klasik AGEP'e göre daha uzundur. Kolşisin, özellikle sistemik kortikosteroide dirençli AGEP olgularında tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin, AGEP, kolşisin



Resim 1. Olgu 1



Resim 2. Olgu 2

PS-243

Genç kadın hastada ventriküler taşikardi: Kardiyak sarkoidoz olgu sunumu

Özge Karakök, Rafi Haner Direskeneli, Fatma Alibaz Öner

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Kardiyak sarkoidoz nadir ve zor tanı koyulan bir tutulumdur. Asemptomatik olabileceği gibi ventriküler taşikardi, A-V tam blok gibi ölümcül aritmilerle de bulgu verebilir. Ventriküler taşikardi ile prezente olan bir kardiyak sarkoidoz olgusu sunuyoruz.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta 2 ay önce acil servise çarpıntı şikayeti ile başvurusunda ventriküler taşikardi saptanmış ve kardiyak pace maker takıldı. Etiyolojik araştırmaya yönelik kardiyak MR görüntülemesinde geç kontrastlı görüntülemede bazis-midventriküler bileşke seviyesinde septal ve lateral

duvarlarda punktat tarzda mid-miyokardiyal kontrast tutulumları ve prekontrast native T1 haritalamada özellikle septumdan elde edilen değerlerin artmış olduğu görülmüş olup ön planda fibrozis ve sarkoidoza sekonder granülomlar açısından yüksek derecede şüpheli olarak raporlanması üzerine hasta kardiyoloji hekimince kliniğimize yönlendirildi. Hastanın öyküsünde 2013 yılında halsizlik, kuru öksürük ve bacaklarda ağrılı kırmızı lezyonlar nedeni ile doktora başvurmuş. Deri biyopsisi alınmış ve patolojisi diffüz granüloma annulare olarak raporlandı. Akciğer görüntülemesinde mediastinel lenfadenopati saptanmış ve bronkoskopik biyopsi ile sarkoidoz tanısı almıştı. O dönem tedavisiz izlenmiş, sonrasında hasta takiplerini aksatmıştı. Poliklinik başvurusunda halsizlik dışında ek bulgusu yoktu. Fizik muayenede vital değerleri normal, bacaklarında eritema nodosum sekeli hiperpigmente lezyonları vardı. Laboratuvar incelemesinde hgb 11,6 g/dL, MCV: 86 fL, CRP: 3,6 mg/L, sedimentasyon 26 mm/saat, kalsiyum: 9,7 meq/L, ace düzeyi: 36 mcg/L karaciğer ve böbrek testleri normal olarak görüldü. Akciğer görüntülemesinde sağda non-spesifik buzlu cam alanı dışında özellik yoktu. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu normal, hafif mitral kapak yetmezliği mevcuttu. Hastaya 15 mg/hafta metotreksat ve 32 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Metotreksat ile ciddi bulantı, kusma şikayetleri olması üzerine tedavi azatioprin 3x50 mg olarak düzenlendi. Metilprednisolon kademeli olarak azaltıldı. Bu tedavi ile izlenirken hastanın tekrar çarpıntı şikayeti oldu ve kalp pili devreye girdi. EKG ventriküler taşikardi olarak görüldü. Tekrar ciddi bir kardiyak aritmi geçirmesi nedeni ile metilprednizolon 32 mg dozuna yükseltildi ve infliksimab tedavisi planlandı.

Sonuç: Kardiyak sarkoidoz potansiyel olarak ölümcül ve prognozu kötü bir hastalıktır. Sarkoidozu olan her hastanın detaylı fizik muayene, EKG ve ekokardiyografi ile taranması önerilmektedir. Tanı koymada altın standart endomiyokardiyal biyopsi olsa da dağınık tutulum nedeni ile tercih edilmemektedir. PET-BT ve/veya MR görüntülemeler ile tanı koyulabilir. Tedavinin temelini steroidler oluşturmaktadır. Diğer immünosüpresiflerden metotreksat, azatioprin, siklofosfamid, infliksimab ve adalimumab kullanılabilir. Kardiyak pacemaker implantasyonu yüksek riskli hastalarda birincil koruma için önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, kardiyak sarkoidoz, ventriküler taşikardi

PS-244

Kolşisin miyopatisi değilse ne?

Tuncay Aydın, Rüya Torun, Aslıhan Uzun Bektaş, Selahaddin Cevizbaş, Zehra Kızıldağ, Rana İşgüder, Balahan Makay, Erbil Ünsal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tedavisinde kullanılan kolşisin terapotik aralığının dar olması nedeniyle potansiyel toksik bir ilaçtır. Genellikle gastrointestinal sistem yan etkileri görülmekle birlikte nadiren tedavi edici dozlarda bile kas enzimlerinde yükseklik, proksimal kas güçsüzlüğü ile seyreden kolşisin miyopatisi gelişebilmektedir. Burada AAA tanısı ile kolşisin tedavisi alan, kas enzimlerinde yükseklik nedeniyle kolşisin miyopatisi düşünülen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Tekrarlayan ateş, karın ve eklem ağrısı yakınmaları olan, ailesinde AAA ve amiloidoz öyküsü olan üç yaşında erkek olguya genetik analizinde *MEFV* geninde M694V homozigot mutasyon tespit edilmesi üzerine AAA tanısıyla kolşisin tedavisi başlandı. Ataklarının devam etmesi ve tetkiklerinde kreatin kinaz (CK) yüksekliği (CK: 1700 U/L) tespit edilmesi üzerine kolşisin tedavisi kesilerek anti interlökin 1 tedavisi başlandı. İzlemde atakları kontrol altına alınan olgunun kolşisin tedavisi kesilmesine rağmen tetkiklerinde CK yüksekliği (CK: 6470 U/L) devam etti ve karaciğer transaminaz yüksekliği de tespit edildi (AST: 157 U/L, ALT: 126 U/L, LDH: 584 U/L). Fizik muayenesinde vücutta döküntü, kas güçsüzlüğü ve kas atrofisi saptanmadı. Nöromotor gelişimi normaldi. Ailesinde kas hastalığı öyküsü yoktu. Başka bir ilaç kullanım öyküsü yoktu. Otoantikor panelinde ANA ve ENA negatifti, kompleman C3 ve C4 düzeyleri, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Metabolik hastalıklar açısından taramaları sonucunda metabolik hastalık tespit edilmedi. Elektromiyografik incelemede tibialis anterior kasında polifazik motor ünite potansiyelleri görüldü, miyopati ile uyumlu değerlendirildi. Kas biyopsisi yapıldı, kas fibrillerinde fokal atrofiler izlendi. İnterstisyel alanda, damar duvarında enflamatuvar hücre infiltrasyonu saptanmadı. Hafif düzeyde miyopatik bulgular olarak değerlendirildi. Müsküler distrofiler açısından değerlendirilen olgunun distrofin geninde mutasyon saptanmadı. Tüm ekzon analizinde *CAPN3* geninde c.1465 C>T heterozigot varyant tespit edildi. Kas enzimlerinde yükseklik, biyopsi, elektromiyografi bulguları ve genetik analiz sonucuyla olgu Limb Girdle Müsküler Distrofi (LGMD) olarak değerlendirildi. Kardiyak ve solunum sistemi değerlendirmesinde patolojik bulgu yoktu. Fizik tedavi programına alınarak takibi planlandı.

Sonuç: LGMD omuz ve pelvik kuşak kaslarında ilerleyici güçsüzlük, kas enzimlerinde yükseklik ile karakterize klinik ve genetik olarak heterojen bir hastalık grubudur. Hastalık yavaş ilerleyen proksimal kas güçsüzlüğü ve kas atrofilerine neden olur. Bulguların yavaş ilerlemesi nedeniyle klinik bulgusu olmamasına rağmen izole kas enzim yüksekliği olan olgularda müsküler distrofiler ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolşisin, miyopati, müsküler distrofi

PS-245

Statin ilişkili otoimmün nekrotizan miyopati

Banu Çiçek Yalçın Dulundu

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Zonguldak

Giriş: Anti-3-hidroksi-3-metilglutaril-koenzim A redüktaz (anti-HMGCR) miyopatisi olarak da bilinen statin kaynaklı immün aracılı nekrotizan miyopati, statin maruziyeti ile tetiklenen ve statin kesildikten sonra devam eden enflamatuvar bir miyopatidir. Statinlerin, daha yaygın olarak tanınan statin kaynaklı miyaljiden farklı olarak, teşhis ve tedavi edilmesi zor olan nadir bir yan etkisidir.

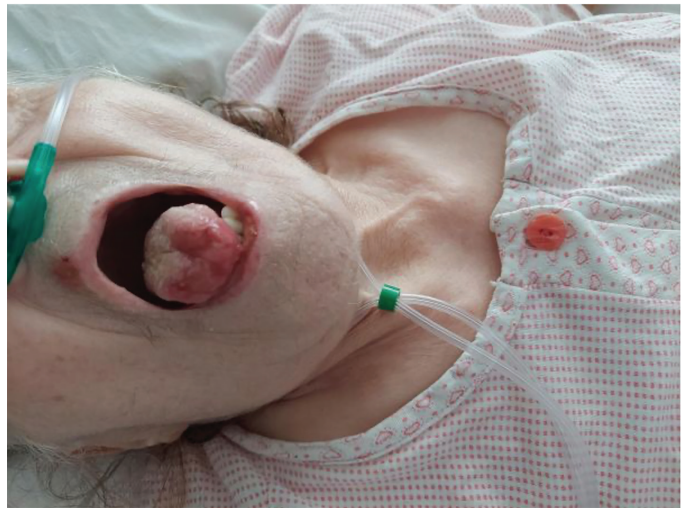
Olgu: Altmış altı yaşında kadın hastada atorvastatin başlanmasından 6 ay sonra proksimal kas güçsüzlüğü, takılma düşme oldu. Yapılan tetkiklerde CK 7247 izlenmesi üzerine araştırılma amaçlı 3. basamak sağlık kuruluşuna gönderildi. Çekilen MR'lerinde posteromedial kas grupları ve rectus femoriste intansite artışları; AFR neg, serolojik markerlar negatif olarak izlendi. Kas biyopsisinde nekroz ve rejenerasyon alanları ile minimal lenfosit invazyonu görüldü. Statin kaynaklı immün aracılı nekrotizan miyopati tanısı konularak steroid ve azatiyoprin tedavisi başlandı. Tedavi altında klinik progrese olması üzerine rituksimab planlanmış ancak IGG düşüklüğü nedenli verilemedi. Hasta poliklinikte tetraplejik olarak görüldü. Son 3 ayda 10 kg kaybı olmuştu. Laboratuvarında pansitopeni, AFR ve CK yüksekliği izlendi. Malnütre olan hastanın ağız içinde yaygın ülsere lezyonlar görüldü. Sitopeni azatiyoprin toksisitesi olarak düşünüldü, kesildi. Pulse steroid verildi IVIG planlandı. Malignite açısından bakılan görüntüleme ve endoskopilerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. EKO'da kardiyak tutulum izlenmedi. İzlem esnasında hipoksemisi ve ateş gelişen hastaya çekilen thorax BT/anjiyo da viral pnomoni ve emboli uyumlu bulundu. Lenfopenisi derinleşen hastadan istenen COVID PCR poizitif olarak geldi. 0,4 g/kg dozundan 5 günlük IVIG, antikoagülason başlandı. Pubik bölgeden genital bölgeye doğru uzanan büllöz lezyon izlendi, yaygın herpes enfeksiyonu için valasiklovir tedavisi başlandı. AFR normalize olan CK değeri 190'a gerileyen hastaya coumadin tedavisi başlanarak taburcu edildi. Steroid tedavisi titre edilerek azaltılan hasta tedavinin 2. ayında hasta tam olarak iyileşti, işine geri döndü.

Sonuç: Statin kaynaklı immün aracılı nekrotizan miyopati tanısı nispeten nadirdir ve çeşitli tanı ve tedavi zorluklarına yol açar. Optimal yönetim belirsizdir, ancak immünosüpresif tedavilerin etkili olduğu bilinmektedir. Ancak hastamızda azatiyoprinin neden olduğu pansitopeni ve sonucunda gelişen COVID, fırsatçı enfeksiyonlar tabloyu daha da kötüleştirmiştir. Bu hastalar için optimal tedavi rejimleri ve tedavi süresini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Atorvastatin, otoimmün nekrotizan miyopati, azatiyoprin, sitopeni, COVID, IVIG



Resim 1. Mukozit tedavi öncesi



Resim 2. Mukozit tedavi sonrası

PS-246

Maden işçisinde erasmus sendromu ve klatskin tümör birlikteliği

Gülçin Çelebi[1], İzel Özsavaş[1], Mustafa Tuna[1], Can Karaca[2], Figen Yargucu Zihni[3]

[1]Ege Ünivesitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

[2]İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Ünivesitesi Tıp Fakiltesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sistemik skleroz (SS), deri ve iç organların fibrozisi ile seyreden, sebebi aydınlatılamamış sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın çevresel faktörlerle ilişkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle silika tozlarıyla maruziyetin bir takım immün reaksiyonları tetikleyerek hastalığın patogenezinde rol aldığı düşünülmektedir. Erasmus sendromu, silika maruziyetinin neden olduğu interstisyel akciğer hastalığı ve sklerodermanın eşlik ettiği nadir bir sendromdur. Bu sunumda kliniğimizde Erasmus sendromu tanısıyla takip edilirken klatskin tümörü saptanan bir olgudan bahsedilecektir.

Olgu: Elli altı yaşında erkek hasta maden işçiliğinden malulen emekli, 13 yıl önce sistemik skleroz tanısı aldı. Tedavi alırken 10 yıl önce de tüberküloz öyküsü mevcuttu. Erasmus sendromu tanısıyla takip edilen, şiddetli Raynaud fenomeni ve tekrarlayan dijital ülserler nedeniyle aralıklı IV iloprost infüzyonu alan hasta, rutin poliklinik kontrollerinde karaciğer fonksiyon testlerinde ve amilaz değerinde yükseklik saptanması üzerine servisimize yatırıldı. Abdomen ultrasonografisinde intrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyon ve santralde ani sonlanma olması, periampullar bölgede bası oluşturacak kitlenin ekarte edilememesi üzerine abdomen MRG istendi. Sağ intrahepatik safra yollarında anterior, posterior segmenter tüm dallarda santralde sonlanan dilatasyon ve bu düzeyde santral yerleşimli difüzyon kısıtlaması gösteren öncelikle intrahepatik kolanjiyokarsinomu düşündüren kitle lezyonu izlendi. Hepatobiliyer konseyde değerlendirilen hastanın koledoğu rezeke edildi. Patolojisinde iyi diferansiye adenokarsinom saptanan

hastaya adjuvan 4 kür Gemzar ve karboplatin tedavisi planlandı. Sistemik skleroz nedeniyle radyoterapi planlanmadı. Hastanın takip ve tedavisi kliniğimizde devam etmektedir. Maligniteler; sistemik skleroz tanısının öncesinde, tanıyla birlikte veya tanıdan sonra ortaya çıkabilir. Sistemik skleroza eşlik eden başlıca kanserler meme, akciğer ve hematolojik malignitelerdir. Mesleki maruziyete bağlı gelişen sistemik skleroz olgularında daha çok pnömokonyozlar ve akciğer malignitelerinin görülmesi beklenmektedir.

Sonuç: Literatürde sınırlı sayıda olgu sunumu bulunmakla birlikte Erasmus sendromlu bir olguda kolanjiyokarsinom birlikteliğine rastlanmamıştır. Erasmus sendromlu hastaların takibinde pnömokonyozlar ve akciğer malignitelerin yanı sıra diğer sistemlerin malignitelerinin de gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, erasmus sendromu, klatskin tümörü

PS-247

Romatoid artritli tanısı ile rituksimab tedavisi başlanan bir hastada gelişen psöriazis olgusu

Yunus Durmaz

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları kliniği, Romatoloji Bölümü, Karabük

Giriş: Romatoid artrit (RA) simetrik eklem tutulumu ile seyreden kronik enflamatuvar bir hastalıktır. DMARD tedavisine yanıtsız hastalarda sıklıkla biyolojik tedaviler kullanmaktayız. Bu biyoloik tedavilerden TNF blokorleri ile tedavi esnasında psöriazis gelişebileceğini artık iyice bilmekteyiz. Ancak rituksimab tedavisi sonrası psöriazis olguları sık değildir. Biz burada kliniğimizin rituksimab tedavisi sonrası psöriazis gelişen 2. RA olgusunu sunmak hedefledik.

Olgu: On bir yıldır RA tanısı ile izlenen 44 yaşındaki kadın hasta medikal tedavi olarak metotroksat 20 mg/hafta prednizolon 10 mg/gün, sulfasalazin 2 gr/gün, tosilizumab 162 mg/hafta tedavisi kullanmasına rağmen hastalık aktivitesi yüksek seyrettiğinden hastaya 15 gün ara ile 2 kez/6 ayda bir rituksimab 1000 mg tedavisi verildi. Hastanın tedavisinden 3 gün sonra her iki palmar ve plantar bölgede ve saçlı deride deri lezyonları gelişmesi üzerine polikliniğimize başvurdu ve önerimiz ile dermatoloji tarafından değerlendirildi. Hasta; dermatolojik değerlendirme sonrası palmoplantar psöriazis tanısı aldı. Hastanın rituksimab tedavisi kesildi. Hastanın bu dönemde yapılan fizik muayenesinde her iki el bilek ve sol dizde artriti mevcuttu. TA: 120/80 mm. Hg, nabız: 80 vurum/dakika, S1-S2 doğal, mitral kapak dinleme odağında 2/6 sistolik üfürüm, aksiller ateş: 36,5 °C idi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 5,500/ pL, Hb: 11,4 g/dL, Plt: 450.000/pL; ESR: 48 mm/saat, CRP: 22,7 mg/L, kreatinin 1,0, BUN=28 olarak sonuçlandı. Hastanın aktif artriti ve psoriazisi olduğundan sulfasalazin tedavisi leflunamid 20 mg 1x1/ gün po. ile değiştirildi. Tedavinin 2. ayında psöriazis lezyonlan tamamen geriledi.

Sonuç: Anti-TNF tedavileri ile indüklenen psoriasis olguları sıklıkla tanımlanmış olsa darituksimab sonrası da psoriasis olguları nadir olarak literatürde yayımlanmıştır. Bizde burada uzun yıllardır RA tanısı ile izlenirken rituksimab tedavisi sonrası psöriazis gelişen hastasını sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artritli, rituksimab, psöriazis

PS-248

Gut tofüsünü taklit eden nadir bir hastalık melorheostozis: Olgu sunumu

Ali Karakaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Melorheostozis, kemik korteksinin bir sklerotomal dağılımda genişlediği ve hiperdens hale geldiği non-genetik tıbbi bir gelişimsel bozukluk ve mezenkimal displazidir. Bu olgu raporunda uzun süredir vücudun sol tarafındaki eklemlerde ağrı, şişlik olan ve görsel olarak gut tofüsü ile karışabilecek, radyografik görünümü ile melorheostozis tanısı konulan 57 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta vücudun sol yarısındaki omuz, kalça, el parmaklar, diz ve sol ayak bilekte uzun süredir olan ağrı, kızarıklık, şekil değişikliği ile romatoloji polikliniğine gut hastalığı açısından yönlendirildi. Hastanın romatizmal sorgulamasında tipik özellik yoktu. Gut açısından ataklar halinde gelen ağrı şişlik öyküsü yoktu. Hastanın yakınmaları uzun yıllardır olan, eklemlerde progresif bir büyüme, ağrı, şekil değişikliği yakınması mevcuttu (Resim 1). Hastanın rutin tetkikleri ve grafileri istendi. Hastanın tetkiklerde akut faz reaktanları ve ürik asit düzeyi normal saptandı. Grafilerde ise melorheostozis ile uyumlu damlayan mum şekilde kemik kalınlaşmaları görüldü (Resim 2).

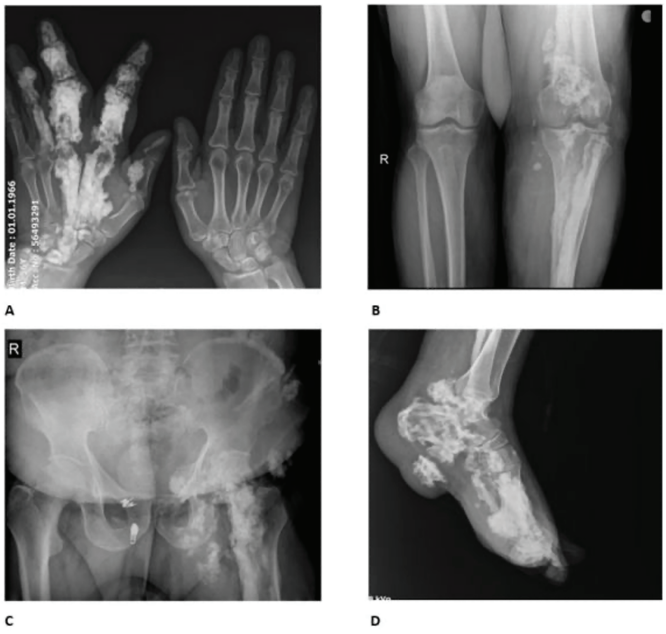
Sonuç: Melorheostozis, damlayan mum görünümü veya akan mum mumu görünümü bölgeleri olarak kendini gösteren non-genetik bir mezenkimal displazidir. Etiyolojisi bilinmemektedir. Hastalar herhangi bir yaşta prezente olabilirler ve her iki cinsiyet eşit olarak etkilenmektedir. Başlangıcı genellikle sinsidir, etkilenen bölgelerde ağrı, sertlik ve hareket kısıtlılığı ile ortaya çıkar. Bozukluk, kemik korteksinin "damlayan mum" benzeri kalınlaşması nedeniyle radyografi ile tespit edilebilir. Pycnodysostosis ve osteopoikilosis dahil olmak üzere gelişimsel kemik displazileri spektrumunda yer almaktadır. Bozukluk tek taraflı ve monostotik (yani tek bir kemiği etkileyen) olma eğilimindedir ve tipik olarak sadece bir uzuv etkilenir. Bununla birlikte birden fazla uzuv, kaburga ve kemik tutulumu olan olgular da bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da sadece sol taraflı tutulum mevcuttu. Hastalık ilerleyicidir ve semptomların nihai şiddeti genellikle başlangıç yaşına bağlıdır. Tedavide semptomatik olarak analjezik ve fizik tedavi yöntemlerinden yararlanılabilir. Şiddetli olgularda konservatif önlemler etkisiz kaldığında ampütasyonlar da bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gut, melorheostozis



Resim-1 Hastanın el ve ayaklarda gut tofüsüne benzer klinik resimleri

Resim 1.



Resim-2 Hastanın radyografik görüntüleri (A) Bilateral el-el bilek AP grafi, (B) Bilateral diz AP grafi, (C) Pelvis AP grafi, (D) Sol ayak lateral grafi

Resim 2.

PS-249

Adalimumab kullanımı sonrasında gelişen lenfoma öyküsü

Zübeyde Uğurlu[1], Mehmet Şahin[1], Atalay Doğru[1], Serpil Demirci[2], Melike Doğan Ünlü[2], Demircan Özbalcı[3], Kevser Özen[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Üveit gözün üvea bölümünün enflamasyonudur. Yüksek oranda üveit, otoimmün bir kökene sahiptir ve kortikosteroidler ve immünosüpresanlar ile tedaviye iyi yanıt verir. Bu tedavilere rağmen üveitin görsel prognozu kötü olabilir, hatta körlüğe bile yol açabilir. Dirençli olgular da anti-tümör nekroz faktörü (TNF) ajanlar kullanılabilir. Anti- TNF ajanlarının, immün sistem üzerine etkilerinden dolayı malign lenfoma riskini artırdığı düşünüldü. Ancak bazı çalışmalarda artış gözlenirken, bazı çalışmalar ise bu riski doğrulamamıştır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında kadın hasta. Bilinen total tiroidektomi öyküsü olan hasta romatoloji polikliniğine göz hastalıkları polikliniği tarafından panüveit etiyolojisi açısından konsülte edildi. Hasta tarafımızca panüveit etiyolojisi için araştırıldı. Hastanın iki yıl önce geçirilmiş intermediate üveit öyküsü mevcut. İntermediate üveit geçirdiğinde romatoloji tarafından etiyoloji araştırıldı. Romatolojik sorgusunda herhangi bir semptom bulunmadı. Fizik muayenesinde herhangi patolojik bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar tahlillerinde viral markerlar (herpes simpleks virüs tip 1ve 2, sitomegalovirüs, toksoplazma, rubella, parvovirüs) negatif olarak sonuçlandı. İmmünolojik tahlillerinde anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif, anti nükleer antikor (ANA) yoğun ince benekli (DFS-70) bir pozitif, anjiyotensin konverting enzim (ACE) düzeyi normal (8 U/L) olarak bulundu. Behçet için yapılan genetik taramada HLA-B51 negatif olarak sonuçlandı. Nöroloji tarafından da hasta etiyoloji için araştırıldı. İstenilen beyin ve torakal manyetik rezonans (MR) görüntülerinde patoloji saptanmadı. Hastaya göz hastalıkları tarafından göze topikal steroid tedavisi uygulandı ve hasta takibe alındı.

Hasta iki yıl sonra tekrar sağ gözde panüveit nedeniyle göz hastalıklarından tarafımıza konsülte edildi. Romatolojik sorgusunda herhangi bir semptom bulunmadı. Fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tahlillerinde viral markerlar tekrarlandı (herpes simpleks virüs tip 1ve 2, sitomegalovirüs, toksoplazma, rubella, parvovirüs) ve negatif olarak sonuçlandı. İmmünolojik tahlilleri tekrarlandı ve ANCA negatif, ANA yoğun ince benekli (DFS-70) bir pozitif, otoimmün tarama kiti negatif olarak bulundu. Hastaya tekrarlayan üveit nedeniyle azatiyoprin 50 mg/gün olarak başlandı. TNF ajanlardan olan adalimumab açısından hazırlık yapıldı. İstenilen quantiferon testi pozitif geldi ve hastaya göğüs hastalıklarının önerisiyle izoniazid tedavisi başlandı. Bir ay izoniazid tedavisi aldıktan sonra mevcut tedaviye adalimumab tedavisi eklendi ve takibe devam edildi.

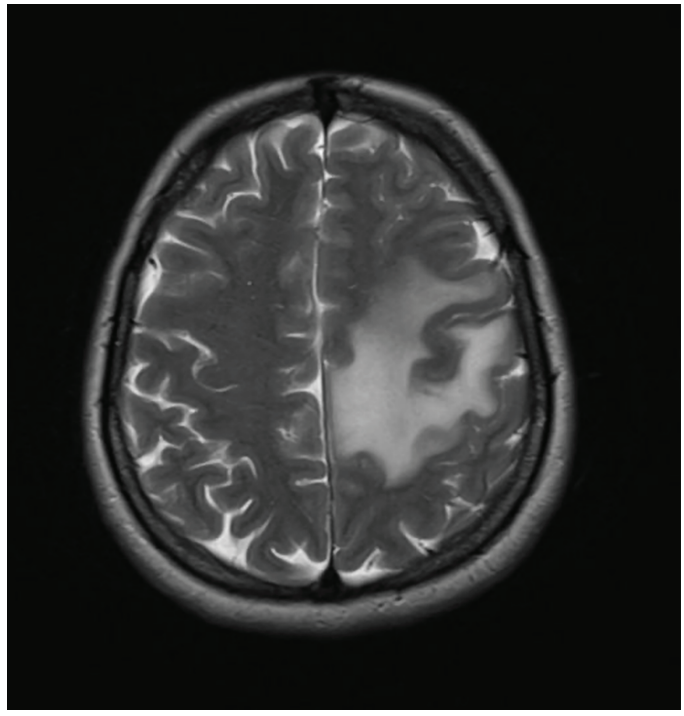
Hasta üç ay boyunca tedaviyi düzenli kullandı. Ancak üç ay sonra tarafımıza üç haftadır olan gidererek ilerleyen sağ tarafta güçsüzlük, sağ üst ve alt ekstremite ile gövde ve yüzün sağ tarafında uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde hastanın kas gücü sağ üst ektremite 4/5, sağ alt proksimal fleksiyon 4/5, distal fleksiyon 4/5, ektansiyon 4/5, ayak dorsifleksiyon 2/5 olarak değerlendirildi. Sol taraf kas gücü tamdı. Serebellar testler bilateral üst ekstremitelerde becerikli idi. Derin tendon refleksi sağ tarafta hiperaktif idi. Göz muayenesinde de sağ vitrit, sol vitreada dejenerasyon saptandı.

Hastanın bu şikayetleri üzerine dış merkezde çekilen ilk beyin MR görüntülemesi; sol frontoparietalde ve verteks düzeyinden geçen kesitlerde sol frontalde parafaksiyel yerleşimli, diffüzyon ağırlıklı serilerde bu bölgelerde diffüzyon kısıtlanması gösteren, etrafında ödeme ait T2A sinyal artışları izlenen yaklaşık 1 cm ölçülen dört adet lezyon izlenmiştir ve öncelikle metastaz odakları lehine değerlendirilmiştir şeklinde raporlanmıştır. Ayırıcı tanıda enfektif-enflamatuvar süreçlerde bulunmaktadır. Dört gün sonra çekilen kontrol görüntülemesinde; hastanın önceki tetkikinde sol frontoparietalde ve verteks üzerinden geçen kesitlerde sol frontalda parafaksiyel yerleşimli olarak izlenen, etrafında ödeme ait T2A sinyal artışlarının izlendiği lezyonların güncel tetkikte etrafındaki ödem alanlarında artışlar izlenmiş olup hastaya malignite etiyolojisi için pozitron emisyon tomografisi (PET) çekildi. Çekilen PET görüntülemesinde serebrumda sol da frontoparietal bölgede net sınırlandırılamayan asimetrik hipometabolizma izlenen alan görülmüş olup sonuçlarla hasta tarafımıza yönlendirilmiştir.

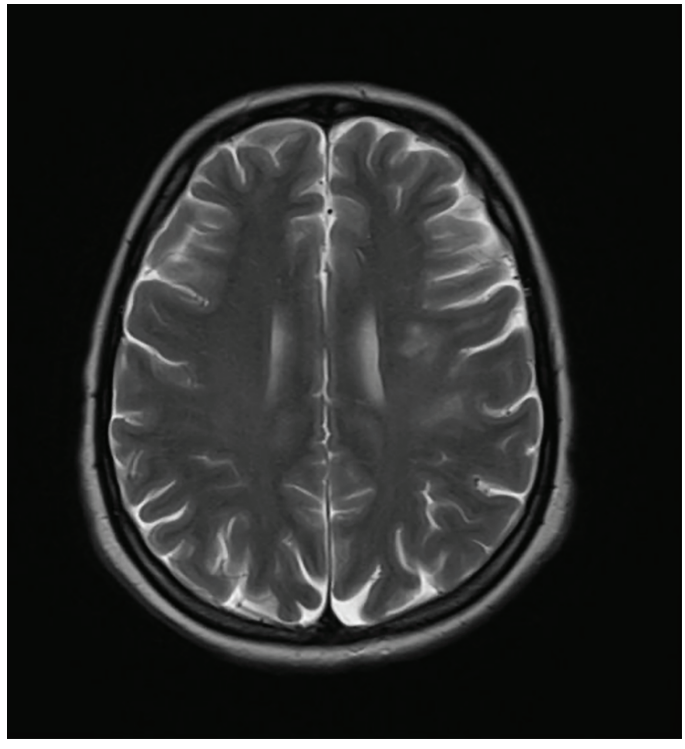
Hasta bu bulgular üzerine nöroloji anabilim dalına konsülte edildi. Nöroloji tarafından kontrol beyin MR çekildi. Hasta MR çekimi sırasında fokal nöbet geçirdi. Çekilen beyin MR sonucu; verteks düzeyinde sol frontopariyetalde falks tabanlı 18x12 mm, supraventiküler düzeyde büyüğü sol frontopariyetalde 16x14 mm boyutlarında olmak üzere dağınık yerleşimli birkaç adet çevresinde beyaz cevher alanlarında yaygın vazojenik ödemin eşlik ettiği multipl lezyonlar saptandı. Ayrıca sağ oksipitotemporalde parafalsin lokalizasyonlu 5 mm çapında diffüz kontrastlanan diğer tanımlanan lezyonlara benzer özellikte lezyon dikkati çekmiştir. İmmünosüpresif tedavi alan hastada tanımlanan lezyonlar öncelikle fırsatçı enfeksiyöz proçesler, progresif multifokal lökoensefalopatinin atipik tutulumu ve daha düşük ihtimalle lenfoma ayırıcı tanıda düşünülmelidir şeklinde yorumlandı (Resim 1). Hasta nöroloji tarafından etiyoloji araştırmak için yatırıldı. Etiyoloji için hastaya beyin cerrahisi tarafından lezyondan biyopsi yapıldı. Biyopsi raporu; santral sinir sisteminin diffüz büyük b hücreli primer lenfoması olarak sonuçlandı. Hasta hematoloji bölümü tarafından devir alınarak tedavisine başlanıldı. Hastanın verilen kemoterapi sonrası lezyonu geriledi (Resim 2).

Sonuç: Birçok çalışmada TNF ajanları ile lenfoma arasındaki bağlantı araştırılmıştır. Ancak kısa takip süresi, olgu sayısının azlığı ve öncesinde kullanılan immünosüpresif ilaçlar nedeniyle net bir veriye ulaşılamamıştır. Son yedi yılda yapılan çalışmaları içeren bir derlemede sadece bir çalışmada lenfoma riskini artmış olarak tespit edilmiştir. Yapılan ilk gözlemsel çalışmada da TNF ajanları ile tedavi sonrası gelişen lenfomaların çoğunun ilk sekiz hafta içinde çıktığı görüldü. Bu da bizim olgumuzla uyumlu idi. Ancak olguda lenfoma gelişiminin bireysel risk faktörlerinden dolayı mı yoksa ilaca bağlı olarak mı geliştiğini net olarak söylemek mümkün değildir. Bunun için daha büyük ve uzun vadede çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, üveit, lenfoma



Resim 1.



Resim 2.

PS-250

Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı varlığında immünosüpresif tedavi ile beraber nintedanib kullanan olgu sunumu

Bengisu Aslan, Merve Akyüz Sarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Giriş: Romatoid artrit; özellikle küçük eklemleri tutan simetrik periferik poliartrit ile karakterize enflamatuvar bir hastalıktır. Kemiklerde ve kıkırdakta erozyona yol açarak eklem destruksiyona yol açmaktadır. Ciddi eklem tutulumu ile seyreden hastalarda non-artrikuler organ tutulumu da gözlenmektedir. Ekstraartrikuler tutulum genellikle şiddetli hastalık varlığında ve serpozitif hastalarda daha sık gözlenmektedir. Akciğer tutulumu hastalığın seyrinde önemli bir organ tutulumudur. İnterstisyel akciğer hastalığı; en sık gözlenen pulmoner tutulumlardan biridir. Bizde bu olgu sunumunda interstisyel akciğer hastalığı bulundan romatoid artrit tanılı hastada nintedanib ve anti-enflamatuvar tedavinin etkinliğini sunmak istedik.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek hasta 20 gündür devam eden nefes darlığı olması nedeni ile göğüs hastalıkları kliniğine başvurmaktadır. Fizik muayenesinde bilateral akciğer bazallerinde ral saptanmıştır. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasitesi (FVC) %65 (1650 mL/dk) ve zorlu ekspiryumun 1. saniyesinde çıkarılan hava hacmi (FEV1) %75 (2100 mL/dk) ölçülmüştür. Bunun üzerine hastaya yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) çekilmiştir. YRBT'de "Her iki akciğerde özellikle üst loblarda alt lob posterobazal kesimlerde yaygın sentilobüler nodüler görünümler özellikle alt loblarda daha belirgin olmak üzere bal peteği akciğer ile uyumlu bulgular hafif septal kalınlaşmalar ve bal peteği alanlarına komşu buzlu cam dansite artışları ve hafif retiküler dansiteler dikkati çekmektedir. Bu görünümlerin öncelikle olası UİP paterni ile uyumlu olabileceği düşünülmekle birlikte hipersensivite pnömoniside ekarte edilememiştir" olarak raporlanmıştır. Hastanın o dönemde başka sistemik semptomu olmaması nedeni ile idiopatik pulmoner fibrozis olarak değerlendirilmiş ve nintedanib tedavisi başlanmıştır. Tedavisinin 3. ayında yapılan değerlendirmesinde solunumsal yakınmalarında yeterli düzelme olmayınca kontrol YRBT çekilmiş olup ılımlı progresyon saptanmıştır. Hasta tekrar sistemik olarak değerlendirildiğinde ara sıra olan eklem ağrıları ve sabah tutukluluğu olması nedeni ile romatoloji konsültasyonu istenmiştir. Hastanın romatolojik muayenesinde her iki dirsek ekleminde hareket kısıtlılığı ve her iki elde kronik sinovit bulguları mevcuttu. Laboratuvar bulgularında CCP >200 u/mL ve RF 166 u/mL olarak saptanmıştı. Hasta seropozitif romatoid artrit ve akciğer tutulumu olarak değerlendirildi. Akciğer tutulumuna yönelik mevcut nintedanib tedavisine mikofenolat mofetil 2x1000 mg eklendi. Fizik muayenesinde aktif artrit olmadığı için eklem tutulumuna yönelik sadece hidroksiklorakin tedavisi verildi. Nintedanib ve mikofenolat mofetil tedavisinin 3. ayında hasta tekrar değerlendirildi. Mevcut solunumsal yakınmalarında belirgin azalma mevcuttu. Yeni yapılan solunum fonksiyon testinde FVC %70 (1900 mL/dk) ve FEV1 %75 (2100 mL/dk) olarak ölçüldü. YRBT bulgularında progresyon saptanmamıştı.

Sonuç: Progresif fibrotik akciğer hastalığı varlığında nintedanib tedavisi ile beraber yıllık FVC'deki azalmanın daha az olduğu saptanmıştır. Otoimmün ilişkili interstisyel akciğer hastalığına bağlı progresif akciğer hastalığı varlığında nintedanib kullanımı ile beraber hastanın FVC sinde azalmayı yavaşlatmış olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, nintedanib, akciğer, immünosüpresif

PS-251

Soğuk aglütinin hastalığı ile prezente MDA5 ilişkili dermatomiyozit olgusu

Tahir Saygın Öğüt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Soğuk aglütininler, lenfoma, multipl miyelom ve önemi belirsiz monoklonal gamopati gibi lenfoproliferatif hastalıklara sekonder olarak gelişir. Soğuk aglütininler bazen eritrositleri hedef alır ve hemolitik anemiye neden olur. Romatoid artirit ve sistemik lupus eritematozus gibi otoimmün hastalıklarla birlikteliği gösterilmiş olsa da bu birliktelik nadirdir. Melanom differentiation-associated gen (MDA)-5 antikoru ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) nadir görülen bir dermatomiyozit alt tipidir. Bazı çalışmalarda progresif akciğer tutulumu nedeni ile 6 aylık sağkalım oranı %40 civarında olduğu belirtilmiştir. Her iki hastalık da malignitelerle ilişkili olarak görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda iki nadir hastalığın senkron olarak saptandığı bir olguyu tartışacağız.

Olgu: Altmış sekiz yaşında kadın hasta, acil servise halsizlik ve nefes darlığı nedeni ile başvurdu. Tam kan sayımında izole makrositer anemi (Hemoglobin: 5,6 gr/dL, MCV: 115 L) saptandı. Periferik yaymasında eritrositlerde yaygın aglünitasyon izlendi. Rutin biyokimya tetkiklerinde düzeltilmiş retikülosit sayımı %5,2 ve indirekt hiperbilirübinemi saptandı. Soğuk aglütinin antikor testi pozitif (+3) olarak geldi. Soğuk aglütinin ilişkili hemolitikanemi teşhisi ile metilprednizolon 1 mg/kg dozunda ve gün aşırı plazmaferez tedavisi (6 ünite taze donmuş plazma ile) başlandı. Malignite tetkik amacı ile çekilen toraks ve abdomen-pelvis tomografisinde her iki hemitoraksta bazal ve subplevral alanlarda ağırlıklı olmak üzere retiküler dansiteler, interlobüler septal kalınlaşmalar ve buzlu cam alanları izlendi. Mamografi ve diğer kesitsel görüntülemelerinde malignite düşündüren bulgu ve serum idrar immünelektroforez tetkiklerinde monoklonal bant saptanmadı. İmmünolojik marker testlerinden sadece antikardiyolipin IgM düşük titre pozitif olarak saptandı. Hemoglobin düzeyi 5 seans plazmaferez ve oral steroid tedavisi ile 8,9 gr/dL'ye yükseldi ve taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hematoloji departmanı tarafından dirençli soğuk aglütinin hastalığı nedeni steroid tedavisi kesildi ve rituksimab/bendamustin tedavisi başlandı (28 günde bir, 1. gün 600 mg rituksimab ve 150 mg bendamustin). Anti-kardiyolipin IgM düşük titre pozitif olması nedeni ile romatoloji konsültayonu istendi. Fizik muayenesinde periorbital heliotrop raş ve her iki el MKF/PIF eklemleri ekstensör yüzünde hiperemi ve gottron bulgusu (squamlı döküntü) saptandı.

Proksimal kas kuvveti her iki üst ve alt ekstremitede (4/5) azalmıştı. Serum biyokimya tetkiklerinde kas enzimleri normal sınırlarda idi. EMG'sinde ise proksimalkasları tutan miyopati ile uyumlu bulgular olarak izlendi. Miyozit panelinde anti-MDA-5 antikoru pozitif (+3) olarak saptandı. Bu bulgularlar hastada soğuk aglütinin hastalığı ile birlikte MDA-5 antikoru ilişkili dermatomiyozit tanısı konuldu. Tedaviye orta doz steroid 20 mg/gün metilprednizolon eklendi. 1,5 ay bu dozda devam edildikten sonra doz tedricen azaltıldı. Toplamda 4 kür rituksimab bendamustin kürü alan hasta solunum semptomları bulgularıstabil ve hemoglobin düzeyi 10 gr/dL civarında seyretmektedir. Altı ayda bir radyolojik olarak malignite takibi yapılması kararı verildi.

Sonuç: Malignite ile ilişkili olabilen iki farklı hastalığın senkron olarak saptandığı bir olgu sunulmuştur. Kesitsel görüntülemelerde malignite ile ilişkili olabilecek bir görüntü saptanmamıştır. Literatürde bu iki hastalığın beraber görüldüğü bir olgunun tiroid diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı aldığı görüldü. Soğuk aglütinin hastalığı otoantikorlar ile ilişkilidir ve immün etiyopatogenezinde daha çok B lenfositler yer almaktadır. Anti-MDA5 DM'li hastalardan alınan deri biyopsilerinin histolojisi dermoepidermal bileşkede CD8+ lenfositlerin infiltrasyonu ile karakterize edilen bir histopatolojik bir görünüm sergilemektedir. İmmün etiyopatogenezi farklı olan bu iki hastalığın radyolojik olarak saptanamamış bir malignitenin bağımsız paraneoplastik sendromu mu yoksa, soğuk aglütinin hastalığının dermatomiyozite sekonder otoimmün bir fenomen olduğu konusu ise tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyozit, soğuk aglütinin hastalığı, hemolitik anemi

PS-252

IGG4 ilişkili hastalık ve çoklu malignite birlikteliği olan 2 olgu sunumu

Rahime Duran, Abdulsamet Erden, Hamit Küçük

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

Giriş: IgG4 ilişkili hastalık tutulan organlarda kitle benzeri lezyonlar oluşturan heterojen, fibroenflamatuvar bir hastalıktır. IgG4 ilişkili hastalık olan olgularda özellikle lenfoma ve solid organ malignitelerinde artış olduğu gösterilmiştir. Literatürde maligniteler özellikle IgG4 ilişkili hastalık tanısından sonraki bir yıl içerisinde ve soliter kanser olarak bildirilmektedir. Burada IgG4 ilişkili hastalığa eşlik eden çoklu malignitesi olan ve merkezimizde takip edilen iki nadir olguyu bildireceğiz.

Olgu 1: Altmış üç yaşında erkek hasta 6 aydır olan halsizlik, kilo kaybı, gece terlemesi, kuru öksürük, nefes darlığı ile başvurdu. Laboratuvarında tam kan sayımı, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Sedimentasyon ve C reaktif protein düzeyleri yüksekti (56 mg/dL ve 73 mm/sa sırasıyla). Antinükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF), anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) serolojisi negatifti. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) arkus aorta ve inen aorta etrafında yumuşak doku kitleleri, sol taraflı plevral efüzyon, bilateral perirenal kitleler ve retroperitoneal fibrozis görüldü. PET-BT'de periaortik ve perirenal kitlelerde artmış FDG tutulum saptandı. Perirenal kitleden yapılan biyopside yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, storiform fibrozis ve IgG4/IgG>%40 görülen hastada 2019 ACR/EULAR IgG4 ilişkili hastalık sınıflama kriterlerine göre IgG4 ilişkili hastalık tanısı konuldu. Hastaya 0,5 mg/kg/gün oral metilprednizolon ve 15 mg/hafta oral methotreksat tedavisi başlandı. Klinik ve laboratuvar yanıt alınan hastanın steroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Tanıdan 4 ay sonra sağ yan ağrısı ve gross hematüri ile başvurusunda yapılan sistoskopi ve punch biyopsi sonucu mesane ürothelyal karsinoma *in situ* ile uyumlu geldi. Evreleme amaçlı çekilen PET-BT'de bilateral renal kitlede, karaciğer ve tiroid bezinde artmış FDG tutulumu görüldü. Böbrek biyopsisi skuamoz hücreli karsinom ve tiroid ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu hurthle hücreli neoplazi ile uyumlu gelen hasta medikal onkoloji bölümü tarafından takibe alınarak kemoterapi başlandı.

Olgu 2: Altmış bir yaşında kadın hasta sol memede ele gelen kitle nedeni ile yapılan biyopsi sonucu invaziv lobüler karsinom ile uyumlu geldi. Modifiye radikal mastektomi sonrası sistemik kemoterapi başlandı. Tedavi sonrası remisyonda izlenen hastanın 4 yıl sonrasında yapılan kolonoskopide inen kolonda şüpheli lezyon görüldü. Biyopsi sonucu adenokanser ile uyumlu gelen hastaya sol hemikolektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Adjuvan kemoterapi başlandı. İki yıl sonrasında kontrol mamografide sağ memede BIRADS-4 lezyon ve aksiller lenfadenopatiler saptandı. Lenf nodundan yapılan tru-cut biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz enflamasyon görüldü. ARB boyama negatifti. Ancak takipte lenf nodlarının sebat etmesi ve malignite şüphesinin yüksek olması nedeni ile segmental sağ mastektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, IgG4/IgG >%40 görüldü. Serum IgG4 düzeyi: 1140 mg/dL (referans aralık, 0-125 mg/dL). Hastada IgG4 ilişkili sklerozan mastit düşünüldü. Medikal onkoloji takibine devam eden ve remisyonda izlenen hastanın 1 yıl önce sol gözde proptozis ve görme bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Orbita BT'de sol superior rektus, superior oblik ve lateral rektus kaslarında enflamatuvar infiltrasyon görülen hastaya yaplan orbita biyopsi sonucunda IgG4 ilişkili hastalık ile uyumlu olarak lenfoplazmasiter infiltrasyon ve yoğun IgG4 (+) plazma hücreleri görüldü. Hastaya 0,5 mg/kg/gün oral metilprednizolon ve methotreksat 15 mg/hf başlandı. Oftalmolojik semptomlarında belirgin iyileşme olan hastanın steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi.

Sonuç: Burada IgG4 ilişkili hastalık ve çoklu malignitenin bir arada görüldüğü 2 nadir olguyu bildirmeyi amaçladık. Bu bağlamda genetik faktörler ve tümör supresör mekanizmalardaki defekt hastalık patogenezinde rol oynayabilir. IgG4 ilişkili hastalığı olan hastalarda tanı anında ve takibinde kanser taraması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, malignite, paraneoplastik sendrom

PS-253

Fetal bradikardi ile tanı alan ve ek komplikasyon gelişmeden 34. haftaya ulaşan neonatal lupus olgusu: Olgu sunumu

Mustafa Cem Bülbül[1], Oğuz Çelebi[1], Elif Er Gülbezer[2]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Neonatal lupus sendromu, annede bulunan otoantikorların fetüse geçmesi sonucu oluşan, sıklıkla kalp ve deri bulguları ile ortaya çıkan otoimmün bir hastalıktır. Anti-Ro ve La antikorları ile ilişkilidir ve fetüste gelişen tam kalp bloğu hastalığın en ciddi komplikasyonudur. Neonatal lupus olgularında deksametazon, hidroksiklorokin, IVIG ve plazmaferez tedavileri kullanılabilir. Tam kalp bloğu düzelmeyen olgularda ise kalp pili implantasyonu gerekmektedir. Asemptomtomatik anne bebeğinde, fetal bradikardiyle fark edilen, IVIG tedavisiyle kalp yetmezliği gelişmeden 34. haftaya ulaşabilen, tam kalp bloklu neonatal lupus olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 24 haftalık gebe (G1P0), izleminde fetal bradikardi (AV tam blok, ventriküler hız 57/dk) saptanması üzerine romatolojik olarak değerlendirildi. Annenin sorgulamasında romatolojik patoloji saptanmazken, testlerinde ANA+++ benekli, anti-Ro 52+++, anti-Ro60+++ ve anti-La++ pozitifliği saptandı. Neonatal lupus sendromu tanısıyla, anneye deksametazon 2x1 mg ve hidroksiklorokin 2x200 mg başlandı. Tedavi altında fetal bradikardinin kötüleşmesi nedeniyle 0,4 mg/kg/gün IVIG, 5 gün süreyle uygulandı. Anne ve bebeğin yakın takip edildiği olguda, fetal bradikardide kötüleşme izlenmeden ve fetal kalp yetmezliği gelişmeden 34. haftaya ulaşıldı ve doğumdan sonra tam AV blok nedeniyle kalp pili takıldı.

Sonuç: Neonatal lupus sendromu, fetal bradikardi ve tam AV blokla birlikte ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen otoimmün bir hastalıktır. Fetal kalp bloğunun yönetimi hala tartışmalı olup, konu hakkında net öneriler bulunmamaktadır. Annede bilinen otoantikorlar varlığında süreç daha iyi yönetilebilirken, otoantikor varlığından habersiz olduğumuz durumda tanı çoğunlukla fetal kalp bloğu geliştikten sonra konmaktadır. Tam blok geliştikten sonra, geri dönüşünün mümkün olmadığı düşünülmekte, bu noktada da ek komplikasyonların önlenmesi kıymetli hale gelmektedir. Olgumuzda; konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, tromboembolik olaylar ve ani intrauterin ölüm gibi komplikasyonlar olmadan 34. haftada sağlıklı doğum gerçekleştirilebilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Neonatal lupus, fetal bradikardi

PS-254

İzole IgG4 ilişkili akciğer hastalığı: Nadir bir olgu

Sarvan Aghamuradov, Khadija Gudretli

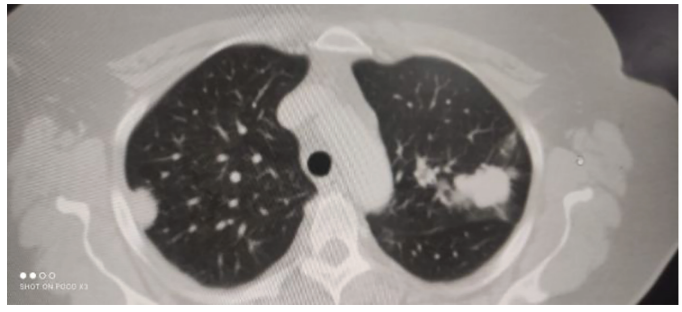
Ege Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Giriş: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-IH), hedef organlarda plazma hücrelerinin IgG4 ile önemli ölçüde infiltrasyonu ile karakterize bir otoimmün bozukluktur. Histolojik olarak, IgG4-IH, bir lenfoplazmasitik infiltrat, storiform fibroz, obliteratif flebit ve değişken doku eozinofilisi ile karakterizedir. Akciğer bulguları ağırlıklı olarak enflamatuvar psödotümör, interstisyel pnömoni, organize pnömoni ve lenfomatoid granülomatozis olarak ortaya çıkar. IgG4 ilişkili akciğer hastalığı (IgG4-IAH) nadir bildirilmekle beraber, izole akciğer tutulumu ile tespit edilmiş IgG4-İH son derece nadirdir. Bu nedenle sunulmayı uygun bulduk.

Olgu: Bilinen kroniki hastalığı, ilaç kullanma öyküsü ve belirgin şikayeti olmayan 53 yaşında kadın hastaya rastgele çekilen akciğer grafisinde şüpheli opasiteler saptandı. Torax BT'de: sol AC'de plevraya doğru uzanan 3,5 cm, sağ AC'de yaklaşık 1,5-2 cm civarında 2 adet nodül saptandı. Laboratuvarında biyokimya ve hemogam normaldi. Tümör belirteçleri (-). ESH: 52,6/sa, CRP: 14,5 mg/L (<5). PET-BT'de sol AC üst lobda 42x30 mm, suvmax 6,1, sağ AC'de büyüğü 24x16 mm ve SUV_{maks} 3,5 olan nodüller saptandı. Akciğer tru-cut biyopsi: Malignite (-). Amiloid boyama (-). Lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu:IHK çalışmada: CD 138 ile çox sayıda plazma hücre izlenmektedir. IgG4/IgG oranı %30. RF: 10,7 (0-18), ANCA IFA(-), IgG: 14,8 g/L (7-16), IgG4: 2,94 g/L (0-1,25). IgG4 ilişkili akciğer hastalığı düşünülen hastaya 32 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı.

Sonuç: IgG4-IAH ilk olarak 2004 yılında bildirilmiştir. IgG4-IAH başlıca dört klinik pulmoner sendromdan oluşmaktadır: Enflamatuvar akciğer psödotümörü, merkezi hava yolu hastalığı, interstisyel pnömoni ve plörit. Akciğerdeki karakteristik radyolojik bulgular arasında nodüller, buzlu cam opasiteleri, alveolar ve interstisyel hastalık ve bronkovasküler demet kalınlaşması bulunur. Bizim olgumuzun doku biyopsisinde IgG4/IgG oranı tam olarak tanı kriterlerini karşılamasa da, diğer kriterlerin olması ve dışlama kriterlerinin olmaması sebebi ile muhtemel IgG4-İH tanısı konuldu. Daha önceki olgu bildirilerinde kortikosteroid (KS) tedavisine iyi yanıt sebebi ile hastaya KS tedavisi başlandı.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-IH), IgG4 ilişkili akciğer hastalığı (IgG4-IAH), otoimmün hastalıklar



Resim 1. Toraks KT'de her iki akciğerde konsolidasyonlar

PS-255

Disfaji ile prezente olan hasta: MDA-5 ilişkili dermatomyozit

Engin Çeşmeci[1,2], Gül Sandal Uzun[3], Umut Kalyoncu[3], Sedat Kiraz[3]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Düzce Yığılca İlçe Devlet Hastanesi, Düzce

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Giriş: Dermatomiyozit, kas iltihabına neden olan nadir bir durumdur. Simetrik proksimal kas güçsüzlüğü, deri döküntüsü ve özofagus disfonksiyonu ve interstisyel akciğer hastalığı gibi ekstra musküler belirtilerle kendini gösterebilir. Bu şikayetlerin tanınması klinisyenlere destek olsa da bu şikayetlerin diğer romatolojik hastalıklarda görülebilmesi ve patognomonik bulguların görülmediği varyantların varlığı hastalığın tanınmasını geciktirebilmektedir.

Olgu: Biz bu olguda uzun süreli ankilozan spondilit öyküsü mevcut olan bir hastada yutma güçlüğü ile prezente olan bir dermatomyozit olgusunu paylaşacağız. Bilinen 20 yıla yakın ankilozan spondilit öyküsü mevcut olan ve DMARD kullanmakta olan 54 yaşında erkek hasta 3 aydır devam etmekte olan yutma güçlüğü ve bu şikayete eşlik eden şekilde kilo kaybı olması üzerine dış merkezden tarafımıza refere edildi. Tarafımızca ilk değerlendirmesinde boyun bölgesinde hassasiyet ve boyun fleksiyonunda kısıtlılık görülen hastada derin boyun enfeksiyonunun dışlanmasına yönelik görüntüleme testleri planlandı. Derin boyun enfeksiyonu dışlanması sonrasında yutma testinde katı ve sıvı kıvamlı gıdalarda yutma hızının yavaşladığı görüldü. İlk değerlendirmesinde sağ dirsek proksimalinde ülsere karakterli palpasyonda ağrılı önkol hareketlerini kısıtlayan lezyon ve proksimal 4/5 kas güçsüzlüğü fark edildi. Geriye dönük sorgulandığında lezyonların 2 aya yakın süredir mevcut olduğu, palpasyon haricinde hastalık günlük yaşantısını kısıtlamadığı ve lezyon boyutunda belirgin değişiklik görülmediği öğrenildi. Ülsere lezyonlardan kas biyopsisi ve kas güçsüzlüğüne yönelik EMG değerlendirmesi planlanan hastanın kas biyopsi sonucu dev hücre reaksiyonu içeren iltihabi granülasyon dokusu ve nekroz ile birlikte aktif kronik enflamasyon bulguları izlenen çizgili kas dokusu olarak raporlandı. Kas biyopsi raporu sonrasında otoimmün miyozit paneli çalışılan hastaya romatoloji bölüm önerileri doğrultusunda 5 gün IVIG tedavisi ve sonrasında mikofenolat mofetil tedavisi planlandı. EMG sonucu belirgin duyusal-motor etkilenimi olan aksonal sensorimotor polinöropati olarak raporlanması ve geniş myozit panelinde MDA-5 pozitifliği görülmesi üzerine hasta klinik ve laboratuvar parametreler eşliğinde MDA-5 ilişkili dermatomyozit ön tanısı ile takip edilmeye başlandı. Malignite değerlendirmelerinde deramtomyozite eşlik eden malignite görülmeyen hastada 5 gün ardışık IVIG tedavisi ve sonrasında MMF tedavisi ile yutma güçlüğü gerileyen ve kas güçsüzlüğünün 5-/5 düzeyine ilerlediği görülen hasta uzun dönem düşük doz prednizon tedavisi planlanarak taburculuğuna karar verildi.

Sonuç: Dermatomyozit sıklıkla malignitelere eşlik eden bir paraneoplastik sendrom olarak görülebilmenin yanı sıra hastamızda olduğu gibi spontan olarak da ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla Uzak Doğu popülasyonlarında görülen bir mutasyon olan MDA-5 pozitifliği hızlı ilerleyici amiyopatik kas güçsüzlüğü, akciğer bulguları ve yaygın deri/damar tutulu ile birlikte karakterize görülmektedir. Hastamızda erke dönemde deri bulguları ile oluşan şüphe doğrultusunda tanı koyulması ve erken tedavi başlanması hızlı ilerleyici tablonun ve olumsuz sonlanımların önüne geçmiş olmuştur. Hastanın romatolojik hastalık öyküsünün olması ve malignite tablosunun olmaması dermatomyozit dışı hastalıklara yönelik düşündürücü olsa dahi hastanın klinik tablosunun bir bütün olarak değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıda hastalıkların atipik prezentasyon gösterebileceği hususunda klinisyen olarak farkındalık önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyositis, myositis, idiopathic inflammatory myopathies, MDA5

PS-256

Vaskülit ile karışabilen nadir bir durum; prolidaz enzim eksikliği

Hale Hilal Bozkurt[1], Merve Nazlı Bozer[1], Derya Yıldırım[2], Abdülsamet Erden[2], Hamit Küçük[2]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Giriş: Prolidaz enzim eksikliği, otozomal resesif, alt ekstremitelerde kronik, ağrılı, tedaviye dirençli deri lezyonları, ellerde ve yüzde telenjiektazi, rekürren enfeksiyonlar, dismorfik yüz morfolojisi, mental retardasyon, organomegali, sitopeniler ile karakterize bir durumdur. Bu olgu sunumunda prolidaz enzim eksikliği ile takipli edilen 2 kardeş hastanın olgu sunumu yapılacaktır.

Olgu 1: Kırk iki yaş erkek hasta kliniğimize her iki ayak ve ayak bileğinde olan akıntılı ülsere lezyonlar ile başvurdu (Resim 1). On dört yaşında ayak, ayak bileği, bacaklarının ön ve arka yüzünde lokal başlayan giderek büyüyen ve derinleşen ağrılı ülserler nedeni ile tetkik edilirken prolidaz enzim eksikliği tanısı aldı. Ülserlerin başlangıcında olan koyu renkli kötü kokulu akıntılar zamanla yerini deformatif skar dokulara bıraktı. Hastanın klinik yatışında vital bulguları stabildi. Tam kan sayımında anemi ve trombositopenisi, otoantikorlarının negatif olduğu görüldü. Fizik muayenede yüzünde dismorfik olarak kız kardeşi ve teyzesi ile benzer olan görünüm olup ayrık ve küçük diş yapısı, hipertelorizm, kemer burun, sert damakta yarık, diz kapaklarında hiperkeratotik ve hiperpigmente alan gibi fenotipik özellikler dışında ek bulgu saptanmadı (Resim 2). Vaskülit ön tanısı ile çekilen anjiyografik tomografi görüntülerinde vasküler yapıda stenoz ya da anevrizma lehine bulgu saptanmadı. Alt ekstremite MR görüntüsünde kronik osteomyelit saptanması ve doku kültürlerinde *P. aeruginosa* üremesi olması nedeni ile antibiyotik tedavisi planlandı.

Olgu 2: Olgu 1 ile benzer özelliklere sahip 40 yaş kadın hasta 14 yaşında prolidaz enzim eksikliği tanısı aldı. Olgu 1'den farklı olarak kadın hastanın alt ekstremitedeki lezyonlar eklem deformitesine sebep olmuş (Resim 1). Her iki ayak dorsumunda yaygın kötü kokulu pürülan akıntı ve deformite nedeni ile takip edilmeye başlanan hastanın alt ekstremite MR görüntüsünde kronik

osteomiyelit bulgusu ve doku kültüründe *P. aeruginosa* üremesi olması üzerine uygun süre antibiyotik alması planlandı.

Sonuç: Prolidaz enzimi hücre döngüsünde, enflamasyonda, anjiyogenez ve karsinogenezde kilit enzimdir; bu durum dermatolojik lezyonlar, dismorfik yüz bulguları, sitopeniler, rekürren enfeksiyonlar ile yakından ilişkilidir. Prolidaz enzim eksikliğinin tanısı eritrosit, lökosit, fibroblastlardaki düşük prolidaz enzim seviyelerinin ya da idrarda artmış prolin seviyesinin saptanması ile konur. Prolin içerikli oral destekler (supplementler), askorbik asit, hiperbarik oksijen tedavisi yara yeri iyileşmesine katkıda bulunabilir. Aferez ve kemik iliği transplantasyonu ile enzim replasman tedavileri yapılabilir fakat henüz kanıtlanmış tedavi yöntemleri arasında değildir.

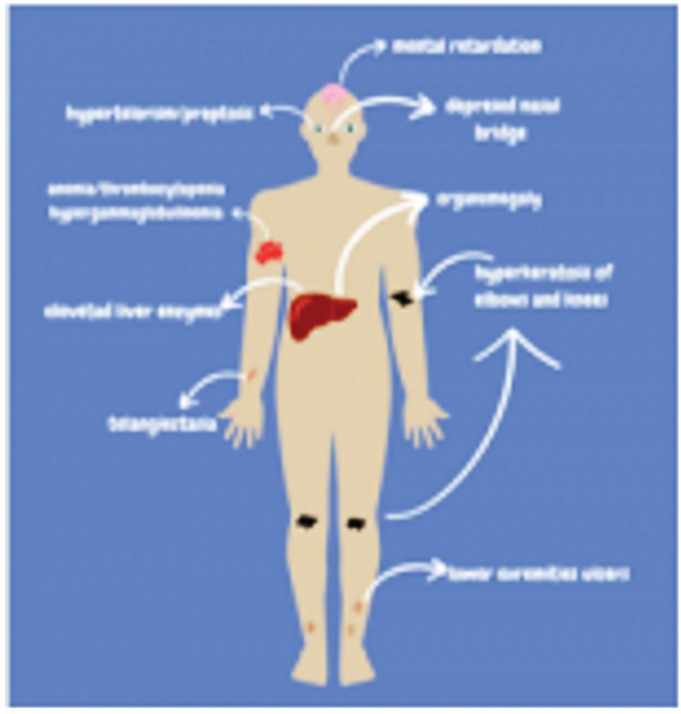
Anahtar Kelimeler: Prolidaz enzim eksikliği, alt ekstremite ülseri



Resim 1. İki hastada da benzer görünümde olan alt ekstremitede ülserler, skar doku ve deformasyon



Resim 2. Dismorfik yüz bulguları



Resim 3. Prolidaz bulguları

PS-257

Kalsiyum pirofosfat dihidrat hastalığı maligniteye sekonder gelişebilir

Ruveyda Sak İnal, Hakan Apaydın, Melih Pamukçu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

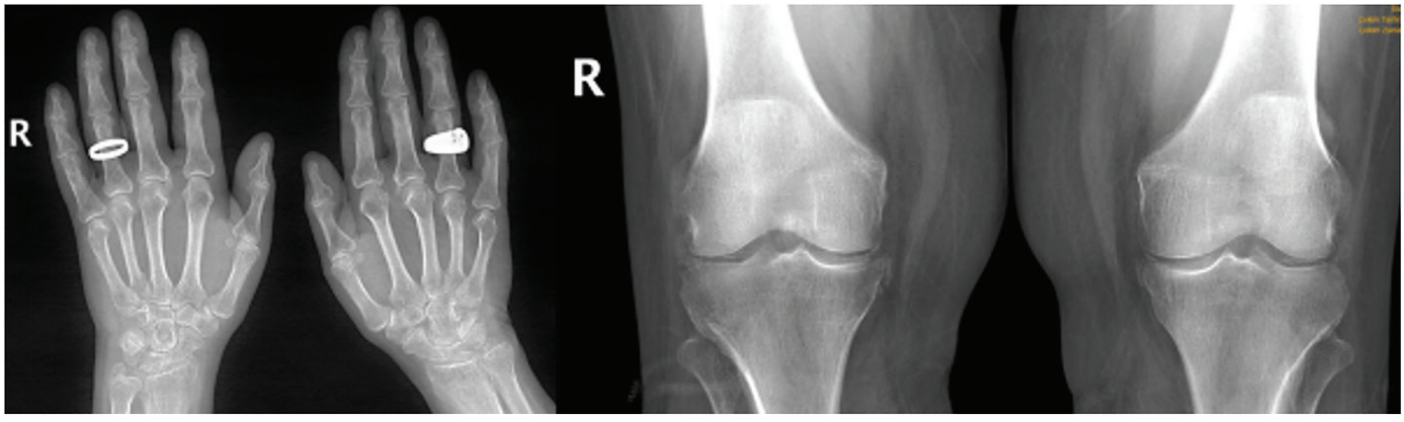
Giriş: Kalsiyum pirofosfat hastalığı, kalsiyum pirofosfat dihidrat (CPPD) kristallerinin eklem (özellikle fibrokartilaj ve hiyalin kıkırdak) ve eklem çevresindeki yumuşak dokularda birikmesi ile seyreden, genellikle yaşlı popülasyonu etkileyen enflamatuvar bir artropatidir. Klinik pratikte asemptomatik olabileceği gibi akut ve kronik olarak da karşımıza çıkabilir. Eklem tutulumları monoartiküler, oligoartiküler, migratuar, aditif ve poliartiküler şekilde olabilir. Tutulum sıklıkla diz, el ve ayak bileği gibi büyük eklemlerde olur ancak diğer eklemleri de etkileyebilir. Tanı klinik, radyografik/laboratuvar bulgulardan şüphelenilerek konulur. Kesin tanı için sinovyal sıvıda zayıf çift kırılımlı rod veya romboid CPPD kristallerinin gösterilmesi gerekir. Bu olgu sunumunda akut poliartrit kliniği ile başvuran ve altta yatan primer hastalık olarak malignite saptanan olguyu sunuyoruz.

Olgu: Altmış sekiz yaşında kadın hasta kliniğimize 3-4 aydır her iki dizde ve sağ el bileğinde olan şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın sistem sorgulamasında özellik yoktu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus tanısı olup metformin kullanıyordu. Fizik muayenede: Sağ el 2-3-4. metakarpofarengeal eklemlerde, sağ el bileğinde ve sağ ayak bileğinde artrit bulguları mevcuttu. Sağ dirsekte fleksiyon kontraktürü ve sıcaklık artışı vardı. Sağ faber ağrılı ve kısıtlı, sol dizde krepitasyon mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 73 mm/h (0-20), CRP: 150 mg/L (0-5), ferritin: 361, ANA, romatoid faktör ve anti-CCP

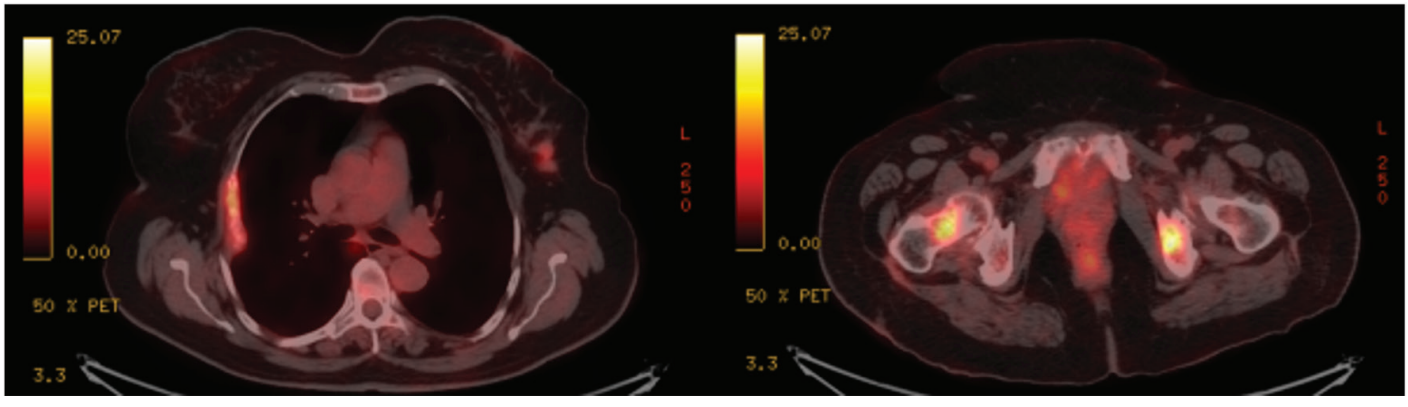
negatif saptandı. Prokalsitonin değeri normal aralıktaydı. Hastaya reaktif artrit, CPPD, paraneoplastik artrit ve undiferansiye artrit ön tanıları ile ileri tetkikler planlandı. Direkt grafilerde her iki diz, el bilekleri ve MKF eklemlerde kondrokalsinozis ile uyumlu görüntüler izlendi (Şekil 1). Eşlik edebilecek maligniteler için tarama tetkikleri planlandı. Çekilen toraks bt de sol akciğer üst lobta 16 x 15 mm boyutlarında spiküler uzanım izlenen solid nodül, sağda plevral mayi ve 3. kosta lateralinde 43 x 25 mm boyutlarında kostada ekspansiyon ve yaygın dekstrüksiyona neden olan lezyon izlendi. Yapılan pet bt görüntülemesinde sol akciğer üst lobta yer alan spikule uzanımlı nodülde belirgin F-18 FDG tutulumu izlenmezken, mediastende özellikle sağ paratrekeal alanda artmış F-18 FDG tutulumlu, hipermetabolik lenfadenopatiler izlendi. Sol meme dış kadranda artmış F-18 FDG tutulumlu yaklaşık 13 mm çapında hipermetobolik yumuşak doku lezyonu (primer tümör? metastaz? lenf nodu?) ve iskelet sisteminde de artmış FDG tutulumlu multipl hipermetabolik litik lezyonlar mevcuttu (Şekil 2). Hastanın sağ plevral mayisinden yapılan örneklemede enfeksiyon ve tüberküloz tanıları dışlandı. Sağ akciğerdeki plevral tabanlı kitleden yapılan tru-cut biopsi, akciğer adenokarsinomu; memeden yapılan biyopsi ise invaziv duktal karsinom olarak rapor edildi. Hasta metastatik akciğer adenokarsinomu, meme invaziv duktal karsinomu ve bunlara sekonder CPPD artropatisi olarak düşünüldü. Hastanın artritine yönelik olarak kolşisin 2x1 tablet/gün ve prednizolon 10 mg/gün başlandı. Artrit semptomları geriledi ve akut faz reaktanları normale döndü. Malignitesine yönelik planlanan KT ve RT tedavilerini almakta olan hasta şu anda romatolojik açıdan remisyonda seyretmekte olup, kolşisin 1x1 tedavisini almaya devam etmektedir.

Sonuç: CPPD artropatisi genellikle 60 yaşın üzerindeki hastalarda bulunur ve gelişimi için ilerleyen yaş birincil risk faktörüdür. Primer hiperparatiroidizm, hemokromatozis, hipomagnezemi, hipofosfatemi gibi birçok metabolik durum ve etkilenen eklemde osteoartrit gibi durumlar da CPPD artropatisi gelişme riskini artırır. Bahsedilen faktörlere ek olarak CPPD artropatisinin nadiren de olsa malign hastalıkların seyrinde de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kondrokalsinozis, artrit, akciğer adenokarsinomu



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-258

Romatoid artritte takipte saptanan lenfoma olgusu

Burcugül Kaya, Abdülsamet Erden

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

Giriş: Romatoid artritli hastalarda lenfoma gelişme riski genel popülasyona göre daha yüksektir. Non-Hodgkin lenfoma bu hastalarda Hodgkin lenfomadan daha sık görülür ve diffüz büyük B hücreli lenfoma en sık gözlenen alt tiptir. RA'da lenfomanın klinik seyri sıklıkla agresif olmasına rağmen, bu olgulardaki prognoz genel popülasyondakine benzerdir.

Olgu: Üç yıl önce eklem ağrısı ve sabah tutukluğu gelişen, bağ doku hastalığı bulgusu olmayıp akut faz reaktanları yüksek olan 64 yaşında kadın hastada ANA, RF ve anti-CCP antikorları negatif saptanmış olup dış merkezde seronegatif romatoid artrit tanısı kondu. Farklı dönemlerde methotreksat, leflunamid, hidroksiklorokin, metilprednisolon ve azatiopurin kullandı. Takibinde eklem ağrıları gerileyen hastanın anemisi derinleşmiş ve akut faz reaktanları tedrici olarak artmıştı. Tanı zamanında mamografi, kadın doğum muayenesi ve torakoabdominal BT'de malignite bulgusu saptanmayan hastaya kontrol görüntüleme tetkikleri yapıldığında hepatomegali, reaktif karakterde mediastinal LAP, perikardiyal ve plevral effüzyon saptandı. Efüzyon örneği eksuda olarak değerlendirildi. Pansitopenisi de gelişmesi üzerine yapılan kemik iliği biyopsisi hipersellüler olarak rapor edildi. Sitopenileri azatiopurin ile ilişkili bulunup ilacı kesildi. Steroid dozu artırıldı. Bu aşamada halsizlik, kas güçsüzlüğü ile tarafımıza başvuran ve yalnızca metilprednizolon kullanan hastada muayenede epitroklear, aksiller lenfadenomegaliler, bisitopeni ve 10 katın üzerinde CRP yüksekliği olması üzerine etiyoloji araştırılması amacıyla servise interne edildi. Klinik olarak aktif enfeksiyon bulgusu olmayan, ancak geçmişte mediastinal LAP ve efüzyon öyküleri olan hastanın kontrolünde efüzyon ve mediastinal LAP'lerin gerilediği saptandı. EMG'de miyopati ya da nöropati bulgusu yoktu. CK normaldi. Hastanın LDH sonucu 2.000'di. Epitroklear ve aksiller bölgedeki LAP'ler meme USG ve mamografi ile birlikte değerlendirildi. Hastanın görüntülemelerinde sağ aksiller bölgede kalın septasyonlar ve solid elemanlar içeren "ileri derecede şüpheli" kompleks kistik lezyon, sol memede bir adet vaskülarizasyon gösteren solid eleman içeren kompleks kistik lezyon saptandı ve lezyonlardan biyopsi alındı. Her iki biyopsi sonucu da diffüz büyük B hücreli lenfoma ile uyumlu bulundu.

Sonuç: İleri yaş popülasyonda artrit ve artralji ile başvuran hastalarda paraneoplastik durumlar ve malignite akılda bulundurulması gereken olgulardır. Yeni tanı hastada yaşa uygun malignite taraması ve özellikle seronegatif olgularda hastaların yeni gelişebilecek semptomlar ve muayene bulguları açısından kontrolleri önem arz etmektedir. Bu olgu, tanı zamanı malignite taramasında patoloji saptanmayan bir romatoid artrit olgusunun takipte değişen klinik ve laboratuvar bulguları ile muayenede saptanan lenfadenomegali de olması üzerine tekrar değerlendirilmesi sonucu lenfoma tanısı alması ve bu olgularda malignite açısından her zamanda tetikte olunmasını vurgulamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, lenfoma, lenfadenomegali

PS-259

Acil trakeostomiye giden subglottik stenozlu granulomatöz polianjiitis olgusu

Muhammet Emin Kutu, Selda Çelik

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

Giriş: Subglottik stenoz, granülomatöz polianjiitisli (GPA) hastaların %8-23 kadarında görülebilen ciddi bir trakeabronşiyal bulgudur. Hayatı tehdit edici olabildiğinden ve diğer organlarda hastalık aktivasyonu olmadan da gelişebildiğinden erken tanınması yüksek şüphe ile akla getirilmeyi gerektirmekte ve acil tedavisi hayat kurtarıcı olmaktadır.

Olgu: Pulmono-renal tutulumlu GPA tanısı alan ve siklofosfamid tedavisine rağmen aktif seyrettiği için Ağustos 2021'de ilk kür 2 doz rituksimab tedavisi verilen hasta, kasım 2021'de 2. doz COVID-19 mRNA aşısından 3 hafta sonra dispne, ses kısıklığı ve yeni gelişen stridor şikayeti ile başvurdu. Sedim, CRP, renal fonksiyonlar ve idrar tahlili normal sınırlar içindeydi. Anti-proteinaz-3 değeri 17 Ü (N <5) saptandı. Toraks BT'de eski bulgularında progresyon yoktu. Boyun BT ve MR incelemesinde anlamlı bulgu yoktu ancak laringoskopide subglottik bölgede ileri derecede darlık gözlendi. Subglotik stenozla seyreden aktif laringeal tutulum ve hastalık aktivasyonu düşünülerek 400 mg/kg 5 gün IVIG ve 3 gün 1 gr/gün intravenöz metil prednizolon verildi ve ardından 1 mg/kg/gün prednizolon tedavisi ile devam edildi. Rituksimab tedavisinin 2. kürü bir önceki dozdan 4 ay kadar sonra olmak üzere öne çekildi ve 2 hafta ara ile 1 gr olarak verildi. Tedavi sonrası laringoskopik incelemede darlıkta anlamlı bir değişiklik olmamakla birlikte, klinik rahatlama sağlanmıştı. Hasta yoğun immünosüpresif tedavisinin devamı ile kulak burun boğaz ve romatoloji kliniğimizde yakın takibe alındı. Takiplerinde ani gelişen dispne ve stridorunda artış olması üzerine acil servise başvuran hastaya acil trakeostomi açıldı ve takip açısından yatırıldı.

Sonuç: GPA olgularının subglottik stenoz dahil hastalık alevlenmeleri açısından yakın takip edilmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Granülamatöz polanjitis, subglottik stenoz

PS-260

Ailesel Akdeniz ateşine eşlik eden enfekte sakroileit olgusu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

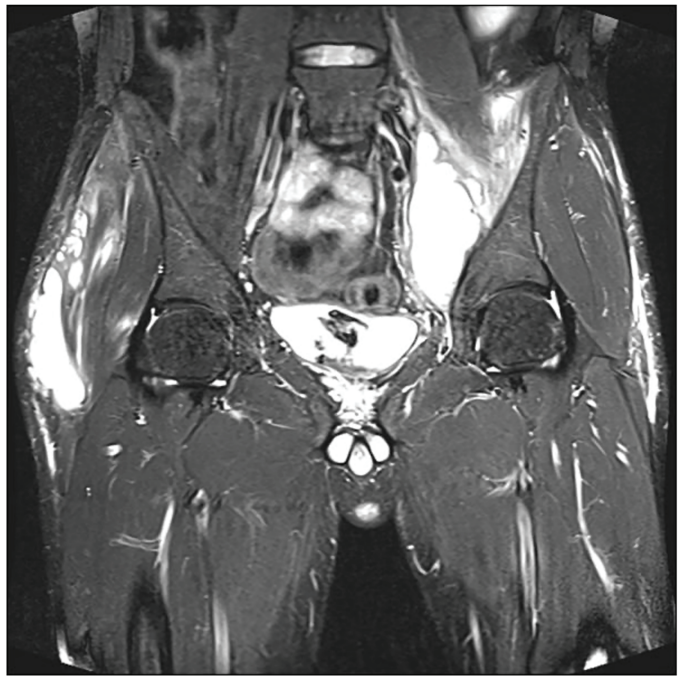
Giriş: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA), serozit ve tekrarlayan ateş atakları ile karakterize, otozomal resesif oto-enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavi edilmeyen hastalarda böbrek yetmezliği ve buna bağlı morbidite ve mortalite ile sonuçlanan AA tipi amiloidoz gelişebilir. Alt ekstremitelerin büyük eklemlerinin kendi kendini sınırlayan monoartriti, AAA'da kas-iskelet tutulumunun en yaygın özelliklerinden biridir. Ancak bazı hastalarda yüzde beş oranında

sakroileit görülebilir. Bu çalışmada da AAA'ye eşlik eden eden enfektif sakroileit ve piyojenik apse olgusu sunulmaktadır.

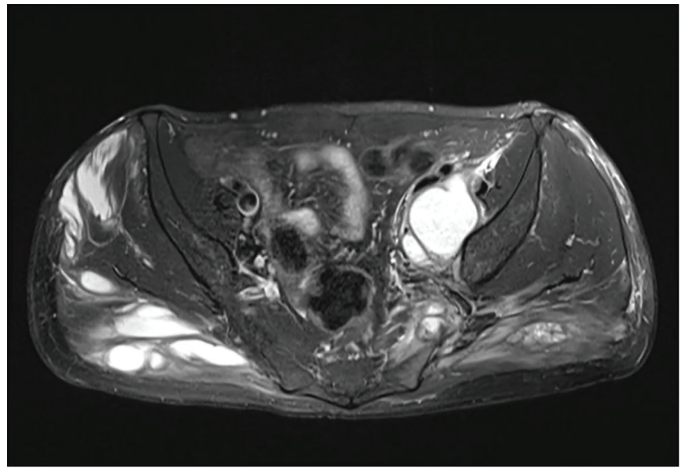
Olgu: Bilinen beş yıldır FMF ile takipli yirmi dokuz yaşında erkek hasta hasta tarafımıza şiddetli kalça ağrısı ile başvurdu. Hastanın düzenli olarak 3 mg/gün kolşisin kullanımı altında karın ağrısı ve ateş atakları devam etmekteydi. Hastanın maksimum doz altında atakları devam ettiği için, hastaya anakinra tedavisi planlanlandı. Bu dönemde hastanın son üç aydır olan günlük aktivitelerini kısıtlayan on üzerinden sekiz şiddetinde kalça ve bel ağrısı mevcuttu. Hasta bu şikayetlerle beyin cerrahi polikliniğine başvurdu. Çekilen lomber ve sakroiliak manyetik rezonans görüntülemede (MR) diskopati ve sakroiliak eklemde yaygın ödematöz sakroileit ile uyumlu görüntü tespit edildi. Tespit edilen diskopati mevcut kliniği açıklamaması üzerine sakroileit nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın iki haftalık non-steorid anti enflamatuvar tedavi ve depo steroid intramuskuler tedavisine rağmen şikayetleri gerilemedi. Hastanın bu şikayetleri nedeniyle AAA eşliğinde sakroileit ön tanılarıyla yatışı yapıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde şiddetli kalça ağrısı mevcut olup romatolojik muayeneye koopere olamadı. İnspeksiyonda sol gluteus maksimus ve uyluk üst tarafında kenarları keskin kızarık yaklaşık 5x4x6 cm boyutunda bir döküntü ve ısı artışı mevcuttu. Palpasyonda femur lateralinde ağrısı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde biyokimya değerleri normal aralıkta, beyaz küre (12.300/mm^3), nötrofil (10.000/mm^3), eritrosit sedimentasyon hızı 75 mm/saat ve c-reaktif protein (CRP: 121 mg/dL) yüksekti. Hastanın her iki gluteus maksimus bölgesine yüzeyel doku ultrasonunda sol gluteal bölgede kas içinde yaklaşık 26x54 mm boyutlarında yoğun içerikli koleksiyon alanı ve büyüğü solda 20x40 mm boyutlarında olmak üzere her iki gluteal bölgede kas içi yaygın yoğun içerikli koleksiyon alanı saptandı. Hastaya çekilen pelvik MR görüntülemede sol enfekte sakroileit ve eşlik eden sağ gluteus maksimus ve iliak kanatlara kadar ulaşan apse görünümü saptandı (Resim 1-2). Hasta ortopedi tarafından acil cerrahi operasyona alındı. Cerrahi sırasında yaklaşık 50-60 cc miktarında püy karakterinde sıvı boşaltıldı. Cerrahi sonrasında intravenöz antibiyoterapiye devam edildi. Hastanın kontrol görüntülemesinde rezidü apse ve 1 cm boyutunda yeni apse görünümü saptandı. Hasta girişimsel radyoloji tarafından değerlendirildi ancak apse ulaşılabilecek lokalizasyonda değildi. Hasta antibiyoterapi altında takip ediliyor. Kontrolde hastanın kliniği geriledi.

Sonuç: AAA ile takipli hastamızda kalça ağrısı görüldüğünde öncelikle ilk önce AAA eşliğinde gelişen sakroileit akla gelmektedir. Ancak yapılan ayrıntılı tetkikler neticesinde enflamatuvar sakroileit değil enfekte sakroileit olduğunu ve bu duruma yaygın apse formasyonunun eşlik ettiğini saptadık. Bu olgu da görüldüğü üzere hastanın anamnezi ve fizik muayenesi, hastanın tanısı net olsa bile tekrar gözden geçirilmeli ve hastanın şikayetleri ayrıntılı olarak dinlenilerek uygun tetkikler mutlaka istenmelidir. AAA eşliğinde enfekte sakroileit ve piyojenik apse olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, sakroileit, piyojenik apse



Resim 1.



Resim 2.

PS-261

Ailesel Akdeniz ateşi ve multipl skleroz birlikteliği: Olgu sunumu

Betül Dikkanoğlu Demirok, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

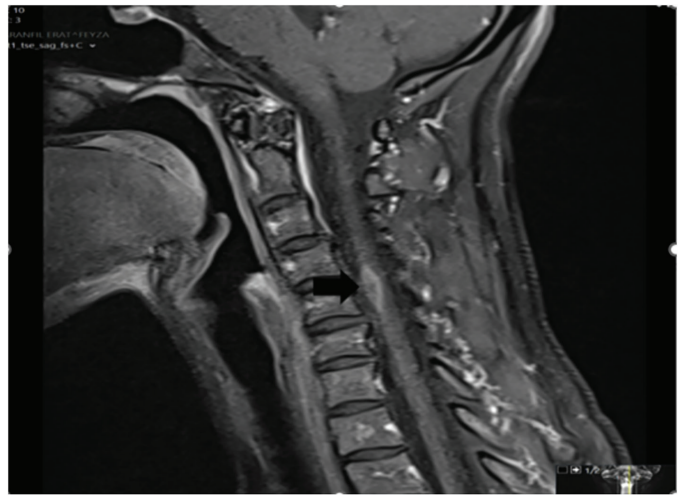
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) akut, tekrarlayan kendi kendini sınırlayan ateş ve serozit ataklarıyla karakterize, genetik, otoenflamatuvar bir hastalıktır. AAA 16. kromozomun kısa kolunda yer alan *MEFV* (pyrin) geni ile otozomal resesif geçiş gösterir. Multipl skleroz (MS) genetik ve çevresel faktörlerin etkin olduğu santral sinir sisteminin kronik, nörodejeneratif, otoimmün, demiyelinizan bir hastalığıdır. Yapılan çalışmalar AAA hastalarında genel popülasyona göre kıyaslandığında MS sıklığının 2-4 kat arttığını göstermiştir. FMF tanısı ile takip edilirken multipl skleroz tanısı konulan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta 2-3 gün sürüp geçen aralıklı ayak bileklerinde ağrı ve şişlik şikayeti ile Romatoloji Polikliniğimize başvurdu. Hastanın ayak bileğindeki ağrı ile birlikte ara ara subfebril ateşi olmaktaydı. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın ilk kez 16 yıl önce ayak bileğinde şişlik, ağrı ve kızarıklık şikayeti olmuş ve selülit tanısı konulup antibiyotik tedavisi verilmiş. Hastanın fizik muayenesinde ve sistem sorgusunda özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde otoantikorları (RF, anti-CCP, ANA, ENA, anti-dsDNA) negatif saptandı. Akut faz belirteçleri normal sınırlardaydı. Biyokimyasal testleri ve hemogramında anormal bulgu yoktu. Bel ağrısı şikayeti ile çekilen sakroiliak grafi ve MR normal geldi. Hastanın memleketinin Bilecik olması, soy geçmişinde annesinde ve kız kardeşinde AAA saptanması üzerine AAA gen mutasyonu istendi. AAA gen mutasyonu M694V heterozigot saptandı. Tekrarlayan artrit atakları, öyküsünde erizipel benzeri eritem ve gen mutasyonu (M694V heterozigot) sonucu anlamlı olması üzerine hastaya AAA tanısı konuldu. Kolşisin tedavisi (3x1/gün) başlandı. Takiplerinde kolşisine bağlı ishal şikayeti olması nedeniyle kolşisin licraya geçildi. Kolşisin tedavisi altında tekrarlayan artritleri olmayan hasta yaklaşık 1 yıl sonra bacaklarda uyuşma şikayeti başlaması üzerine Nöroloji Polikliniğine başvurdu. Kraniyal MR'de C4-C5 servikal vertebra ve her iki hemisferde MS ile uyumlu demyelinizan plaklar saptanması nedeniyle MS tanısı konuldu. (MR görüntüsü-1,2) 5 gün 1g/gün IV pulse metilprednizolon tedavisi başlandı ve devamında dimetil fumarat ile takip edildi. Hastanın takiplerinde AAA atağı olmadı ve MS açısından stabil seyretti.

Sonuç: AAA hastalarında MS sıklığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Genel olarak AAA hastalarında MS sıklığının 2-4 kat arttığı bildirilmiş olmakla birlikte MS hastalarında AAA mutasyonunun normal popülasyona göre daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur. AAA hastalarında MS sıklığının sebebini açıklamak mümkün olmasa da her iki hastalığın patofizyolojisinde IL-1 yolağının rol aldığı bilinmektedir. Alpaycı ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada AAA'da ateş atakları nedeniyle atak esnasında oluşan yüksek ısının kan beyin bariyerinin bozulmasına, miyelin ve mitokondri protein hasarına yol açmasına ve tüm bunlar nedeniyle miyelinizasyondaki protein hasarına ve demiyelinizasyona sebep olabileceği belirtilmiştir. Özellikle düzenli kolşisin kullanmayan AAA hastalarında MS bulgularının ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür. AAA ve MS patofizyolojik ilişkisi halen tartışılmakla birlikte nörolojik bulguları olan AAA hastalarında ayırıcı tanıda MS'in akılda tutulması yararlıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, multipl sclerosis



Resim 1. MR görüntüsü 1



Resim 2. MR görüntüsü 2

PS-262

Nekrotizan diskoid lupus volgusu

Sevil Yiğit

Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik

Giriş: Diskoid lupus eritematozis (DLE) kronik, otoimmün bir deri hastalığıdır. Genellikle kadınlarda, 20-40 yaşları arasında ortaya çıkar; yüz, kafa derisi ve kulağı etkiler. Bu yazıda lokalize DLE'si bulunan 38 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında bir kadın hasta sırtında, bacaklarda akıntılı yaralar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hasta daha önce oral antibiyotik kullanmıştı, ancak yakınması geçmemişti. Sistemik hastalık öyküsü yoktu. İlaç kullanım öyküsü yoktu. Ailede öyküsü doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinden hemogram, rutin biyokimya, sedimentasyon, tam idrar tetkiki, normal sınırlardaydı. Hastanın muayene bulguları alt ekstremitede ve sırtta en büyüğü 2x3 cm, iyi sınırlı akıntılı nekrotize açık yaralar mevcuttu. Tanı için biyopsi yapıldı: Deri eklerini ve vasküler elemanları da çevreleyen diffüz karakterli yoğun ve matür lenfositlerin hakim olduğu kronik enflamatuvar infiltrasyon vardı. Direkt immünofloresan incelemede özellik saptanmadı. Örneklenen alanlarda granulomatöz reaksiyon lehine bulgular mevcut değildir. Vasküler elemanlarda endotelyal hasar bulguları ve damar dışı eritrositler mevcut değildi, enflamatuvar hücrelerin deri ekleri çevresinde yoğunlaşması; ön tanılardan DLE olasılığını destekler niteliktedir şeklinde raporlanmıştı. Rutin hemogram, kan biyokimya incelemeleri ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Serolojik incelemede CD3, CD4, CDS, CD19, CD4/CD8 düzeyleri normaldi. CRP ve RF negatifti. ANA ve diğer antikorlar (anti-ds DNA, anti-SS-A, anti-SS-E) negatifti. Sistemik incelemede böbrek tutulumu yoktu ve SLE bulguları saptanmadı. Prednol 64 mg başlandı ve azaltılarak devam edildi. Seftriakson 2x1 gr eklendi. Tekrarlayan oral aft öyküsü olan hastaya yapılan Paterji testi negatifti. Deltacortril idamede 25 mg'ye kadar düşürüldü. Lezyonları gerileyen iyileşme eğiliminde olan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Diskoid lupus eritematoziste lezyonlar lokalize veya yaygın olabilir. Yaygın DLE'nin %20'si, lokal DLE'lerin %5'i SLE'ye ilerler. DLE olgularında kalıcı skar nedeniyle ciddi morbidite oluşma riski de bulunmaktadır. Bizim olgumuzda da nekrotizan yaralar DLE için sıklıkla karşılaşılan lezyonlardan değildi. Olgumuz erken dönem teşhis alıp tedaviye iyi yanıt verdiği için herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Diskoid lupus eritematozis genellikle selim bir seyir göstermesine rağmen nekroze gidebileceği ve hastaların bir bölümünde SLE gelişebileceğinden; hastalar olası SLE açısından uzun süre izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diskoid lupus, nekroz, skar



Resim 1. Nekrotizan yaralar

PS-263

Romatoid artrite eşlik eden IgG4 ilişkili hastalık olgusu

Çetin Ergül[1], Burak Okyar[2], Esen Saba Öktem[2], Fatih Yıldız[2], Gözde Yıldırım Çetin[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

[2]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş: İmmünoglobulin G4 ile ilişkili hastalık (IgG4-RD), yaklaşık insidansı 100.000'de 1'den düşük olan sistemik fibroenflamatuvar bir patolojik durumdur. IgG4-RD vücutta her organı etkileyebilir. Romatoid artrit (RA) Dünya nüfusunun %1'inde görülebilen, dünya çapında en sık görülen enflamatuvar artritdir.

Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta, 26 yıl önce poliartrit olması, akut faz yüksekliği ve antikor pozitifliği nedeni ile hastaya RA tanısı konularak prednizolon ve metotreksat (MTX) başlanmıştır. Yeterli yanıt alınamayınca sırası ile etanercept, adalimumab, golimumab, infliksimab, abatacept vb biyolojik ajanlar verilmiştir. Tedaviye dirençli kabul edilerek tocilizumab ve rituksimab (RTX) tedavisi de uygulanmıştır. Parenteral kortikosteroid'e klinik yanıtı çok daha iyi olan hastada RA'ya bağlı eklem deformiteleri mevcuttu (Resim 1). Akciğer grafisinde nodülü saptanan hastaya çekilen toraks BT'de: "Her iki aksiller bölgede multipl lenf nodları, sağ akciğer de büyüğü 3,5 mm çapta iki adet parankimal solid nodül, sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob süperiorda periferal plevral alanlarda çizgisel dansite artımları ve eşlik eden buzlu cam şeklinde dansite alanları, sağ akciğer de subplevral nodül izlendiği" belirtildi (Resim 2). Yapılan diğer tetkiklerde; malignite, parasiter ve mantar enfeksiyonu hastalıkları, vaskülitlere yönelik herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. IgG4 düzeyi 3,47 mg/dL (üst sınırı 1,25), immünoglobulin E (IgE) düzeyi 1.680 IU/mL eozinofilisi %59,5 (%2-4) idi (Tablo 1). Kompleman C3: 0,84 mg/dL, C4: 0,073'idi. ANA, p-ANCA ve c-ANCA normal saptandı. Protein elektroforezinde gama bandı %31,6 idi. Hipereozinofili, yüksek serum IgE düzeyi, kompleman düşüklüğü, serum IgG4 düzeyi yüksekliği, hipergamaglobülinemi, tipik akciğer tutulumları ve

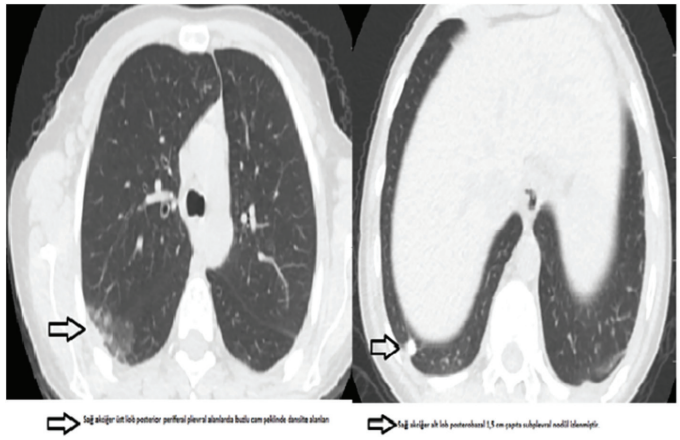
lenfadenopatileri olması üzerine IgG4-RD olabileceği düşünüldü. Lenf nodu eksziyonel biyopsi yapıldı. Eozinofillerin eşlik ettiği IgG4 ile pozitif boyanan plazma hücrelerinin yoğun varlığı nedeniyle histomorfolojik bulgular "IgG4 ilişkili hastalık" lehine yorumlandı (Resim 3). Serum IgG4 düzeyi yüksek, LAP biyopsisi IgG4-RD ile uyumlu, klinik bulguları olması ve BT bulguları da IgG4-RD ile uyumlu olması sonucunda IgG4-RD olarak kabul edildi. RTX tedavisi sonrası allerjik reaksiyon gelişen hastaya mepolizumab 300 mg ayda bir tedavisi verildi. Mepolizumab tedavisi sonrası klinik olarak yanıt elde edilen hastanın hipereozinofilisinin RA aktivasyonu olduğu dönemlerde artması, hipereozinofilik sendromlardan ziyade hipereozinofilinin IgG4-RD için uyarıcı bir bulgu olduğunu düşündürmektedir. IgG4-RD'de görülen; lenfadenopati, eozinofili özellikle yüksek hastalık aktiviteleri ile ilişkili bir fenotipi oluşturmaktadır.

Sonuç: IgG4-RD'de tek başına patolojik bulgular tanı koymada yeterli değildir, klinik, laboratuvar ve patolojik bulgular multisistemik olarak değerlendirilmelidir. IgG4-RD oldukça nadir görülen bir hastalık olup RA gibi enflamatuvar romatolojik hastalıklara eşlik edebilir.

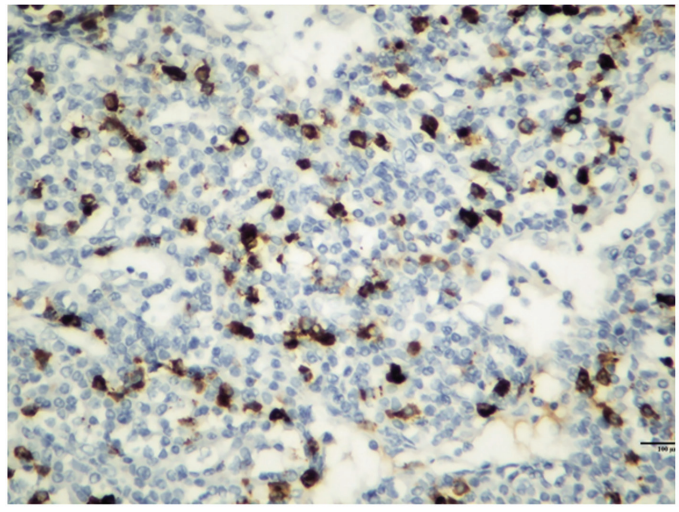
Anahtar Kelimeler: İmmünoglobulin G4-related disease, rheumatoid arthritis, plasma cells



Resim 1.



Resim 2. Buzlu cam alanları ve subplevral nodül



Resim 3. Yoğun IgG4 (+) plazma hücreleri (IgG4 immünoperoksidaz boyama)

PS-264

Eşlik eden eozinofili ve Ig A nefropatisi olan romaroid artrit olgusu

Nurhan Güven, Bledjan Çuni, İsmihan Sunar, Şebnem Ataman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Romatoid artrit (RA) primer olarak synovial eklemleri etkileyen kronik otoimmün bir hastalıktır. Özellikle seropozitif hastalarda ve şiddetli hastalıkta ekstraartiküler tutulumlar olabilmektedir. Biz de bu olgumuzda yaygın romatoid nodülleri, hastalık aktivasyonuna eşlik eden kronik eozinofilisi ve immünoglobin A (Ig A) nefropatisi olan bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: Otuz iki yıldır seropozitif RA tanısıyla takipli 61 yaş erkek hasta kliniğimize başvurdu. Ek olarak kalp yetmezliği ve hipertansiyonu mevcuttu tanıları vardı. Daha önce sülfasalazin, metotreksat, hidroksiklorokin ve uzun süreli düşük doz kostikosteroid tedavisi almış, 2 yıl önce sertolizumab tedavisi başlanmış ve sekonder yanıtsızlık nedeniyle kesilmişti. Eski tetkikleri incelendiğinde 3 yıldır devam eden eozinofilisi olan ve eklemleri aktif olan

hasta tetkik ve tedavi amaçlı romatoloji servisine yatırıldı. Fizik muayenede ellerde ve ayaklarda kronik RA tutulumları vardı. Bilateral metakarpofalangeal (MKP) eklemlerde şişlik hassasiyet mevcuttu. Hastanın ekstansör bölgelerde olekranonda MKP, PİP eklemlerde ve ayakta yaygın romatoid nodülleri mevcuttu. Hastanın ayak ultrsonunda aşil tendonu üzerinde romatoid nodül ile uyumlu görüntü mevcuttu (Resim 1). Akciğer bazallerde solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb 11,3 mg/dL, BK 7680, eozinofil 3900, trombosit 132000, TİT'de 6 eritrosit 2 lökosit 1+protein mevcuttu. İdrar kültüründe üreme olmadı, 24 saatlik protein 666 gr, ESR 41 mm/st, CRP 28 g/L, RF 34, ccp 2248, ANA -, ANCA -, Ig G 21 olarak sonuçlandı. Eozinofili yönünden bakılan parazit taramaları ve allerji taramaları negatifti. Kemik iliği biyopsisi %60 selülarite eozinofil lökositlerde artış, malignite açısından negatif olarak raporlanmış, PGFRA, PDGFRB ve FGFR mutasyonları saptandı. Boyun ve torako abdominopelvik BT'de sol akciğer alt ve orta lobda bronşiolektazik değişiklikler, milimetrik nodüller, amfizem, bilateral plevral effüzyon, şüpheli plevral kalınlaşma intraabdominal yerleşimli çok sayıda LAP olarak raporlandı. PET/BT'de yaygın servikalde aksillada, abdomende mediastende lenf nodlarında SUV_{maks} 2,6-8,3 arasında değişen patolojik tutulumlar olarak raporlandı. İnguinalden yapılan LAP biyopsisi reaktif olarak sonuçlandı. Hastanın kardiyak MR sonucu EF %38 bazal-orta kesimde inferior duvarda incelme (RCA infarktına sekonder?) olarak geldi. Böbrek biyopsi sonucu Ig A nefropatisi ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya ramipril 5 mg başlanarak takibe alındı. Mevcut durumda eozinofili bulguları ve LAP tutulumları hastalık aktivitesine bağlanan hastaya rituksimab tedavisi başlandı takipte akut faz yanıtlarında, eozinofilide, proteinüde ve klinik bulgularda gerileme izlendi (CRP: 4,8, ESR: 21 eozinofil: 2,9).

Sonuç: RA'da eozinofili hastalık aktivitesine bağlı çok nadir olsa da gözlenebilir. Hastalarda eozinofili açısından sekonder nedenler dışlandıktan sonra bizim olgumuzda olduğu gibi yaygın ekstraartiküler tutulumları olan ve tedavi dirençli olgularda görülebileceği unutulmamalıdır. Yine literatürde RA'ya eşlik eden İg A nefropatisi olguları mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, eozinofili, IgA nefropatisi

PS-265

Kronik Lyme artritine eşlik eden Chlamydia enfeksiyonlu olgu

Feyza Ak

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Lyme hastalığı spiroket Borrelia'nın neden olduğu kene kaynaklı bir hastalıktır. Hastalığının klinik belirtileri üç aşamaya ayrılabilir: erken lokalize, erken yaygın ve geç dönem. Geç dönemde tedavisiz hastaların %10'u genellikle diz eklemini etkileyen kalıcı monoartrit veya olgoartrit geliştirmektedir.

Olgu: Kırk yaş kronik hastalığı olmayan erkek hasta Aralık 2021'de Romatoloji polikliniğimize dizlerde bir aydır süren şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Bize başvurusundan önce, ortopedi poliklinik muayenesinde diz eklem effüzyonu örneklemesi yapılmış ve kültürde üremesi olmayıp hasta romatolojiye yönlendirildi. Romatoloji muayenesinde her iki diz artriti dışında patolojik bulgusu yoktu. Sorgulamada oral aft, genital ülser, fotosensitivite, sedef, bel ağrısı, karın ağrısı, ishal ve ateş olmayıp RF, CCP, ANA, dsDNA ve Brusella tetkikleri negatifti. Yakın zamanda geçirilmiş üriner enfeksiyon, gastrointestinal enfeksiyon, şüpheli cinsel ilişki öyküsü alınmasa da Chlamydia Ig M (+), Ig G (-), HBs Ag (+), Borrelia Burgdorferi IgG yüksek titrede ve IgM düşük titrede pozitif tespit edildi. Anamnez derinleştirildiğinde Mart 2020'de hastayı sol aksilla bölgesinden kene ısırdığı, kenenin acil serviste çıkarıldığı öğrenildi. Keneden 17 gün sonra aksiler bölgede kırmızı büyük yuvarlak halka şeklinde döküntü çıktığı ve topikal ilaçlarla tedavi edildiği öğrenildi. Sonrasında uzunca süre dirseklerde ağrı ve hassasiyeti olmuş. Tarafımızca yapılan değerlendirmede hasta Lyme hastalığına bağlı artrit, eşlik eden Chlamydia enfeksiyonu olarak kabul edilip enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıklarında 28 günlük doksisiklin tedavisi verilerek Hepatit B için kontrole çağrıldı. Kontrol Borrelia serolojisi henüz sonuçlanmamış olup artritine yönelik şimdilik steroid tedavisi altında izlenmektedir.

Sonuç: Post-enfeksiyöz Lyme artrit patogenezinin temel özelliği enfeksiyon sırasında ve enfeksiyon sonrası dönemde devam eden aşırı proenflamatuvar yanıtın gelişmesidir. Bizim olgumuzda da görüldüğü gibi Eritema Migranslı tüm hastalar Lyme hastalığı için tedavi edilmelidir. Tedavinin amacı erken hastalık semptomlarının süresini kısaltmak ve Lyme hastalığının sonraki aşamalarına ilerlemesini önlemektir. Antibiyoterapiye rağmen kalıcı, proliferatif sinoviti olanlarda hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) veya artroskopik sinoviektomi düşünülebilir. Hastamızın enfeksiyona yönelik tedavisinden sonra başta sulfasalazin olmak üzere DMARD tedavisi verilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lyme, artrit, kene, Chlamydia

PS-266

Kardiyak tutulum ile seyreden bir eozinofilik granülomatöz polianjitis olgusu

Gizem Sevik, Seda Kutluğ Ağaçkıran, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli

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

Giriş: Eozinofilik granülomatöz polianjitis (EGPA) astım ve eozinofili ile karakterize sistemik nekrotizan bir vaskülittir. Semptomatik kardiyak tutulumun %27-47 oranlarında görüldüğü ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Burada kardiyak tutulum ile prezente olan bir EGPA olgusu sunulacaktır.

Olgu: Bilinen astım tanısı olan 30 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayetlerinin eklenmesi üzerine dış merkeze başvurdu. Tetkiklerinde troponin yüksekliği ve ekokardiyografide global hipokinezi ve ejeksiyon fraksiyonunun %25 saptanması üzerine yapılan koroner anjiyografisinin normal saptanması üzerine miyokardit ön tanısıyla tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hastanın takiplerinde solda düşük ayak saptanması üzerine yapılan EMG'sinde peroneal sinirin ön planda tutulduğu aksonal hasar- mononöritis multipleks saptanmış ve hasta tarafımıza

yönlendirildi. Hastanın sorgusunda 2 yıl önce astım tanısı aldığı, son dönemde inhaler tedaviye rağmen astım ataklarının olduğu, son 6 ayda 10 kg kilo kaybı ve halsizlik şikayetinin olduğu öğrenildi. Hemoptizi hematüri sinüzit öyküsü yoktu. Tetkiklerinde WBC: 16000 Eosinofil: 11900 (%41), sedimentasyon 88 mm/sa CRP 165 mg/L kreatinin 0,6 mg/dL tam idrar tetkiki normal anti-MPO ve anti-PR3 negatif saptandı. Periferik yaymasında atipik hücre yoktu. KBB muayenesinde özellik saptanmadı. Toraks BT'sinde bilateral periferik ve santral yamasal nodüler infiltrasyonlar görüldü. Hipereozinofilik sendrom ve myeloproliferatif hastalıklara yönelik istenmiş olan bcr-abl ve PDGFRA-B mutasyonları negatif saptandı. Hastada astım, hipereozinofili, miyokardit, mononöritis multipleks ve akciğerde yamasal infiltrasyon bulgularıyla ön planda EGPA düşünülerek 3 gün 1000 mg pulse ve sonrasında 1 mg/kg dozunda metilprednizolon başlandı. Siklofosfamid 1000 mg 3 kür verilmesi planlandı. Tedavi sonrasında hastanın klinik bulguları, eozinofilisi ve akut faz reaktanları geriledi, ekokardiyografide EF %50 saptandı. Steroid dozu tedrici azaltılan hastanın idame tedavisine rituksimab ile devam edilmesi planlandı. Son kontrolünde aktif şikayeti olmayan ve eosinofil sayısı normal saptanan hastanın poliklinik izlemlerine devam edilmektedir.

Sonuç: EGPA ilişkili kardiyak tutulumda erken tanı ve tedavi kardiyak disfonksiyonun ve mortalitenin önlenmesinde oldukça önemlidir. Miyokardit ve eozinofilinin birlikte görüldüğü olgularda EGPA ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik granülomatöz polianjitiis, kardiyak tutulum, miyokardit

PS-267

Dirençli deri tutulumlu sistemik skleroz olgusu

Taylan Kaplan

İstanbul Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Deri tutulumu sistemik skleroz (SSK) en sık tutulan ve neredeyse evrensel organ tutulumudur. Değişken yaygınlıkta ve şiddette, deri kalınlaşması ve sertleşmesi ile karakterizedir. Genellikle ödematöz şişlik deri sertleşmesinden önce görülür. Parmaklar, el ve yüz erken dönemde tutulan bölgelerdir. Bu olgu sunumunda progresif deri tutulumu olan bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk yaşında, ev hanımı olan hasta 3-4 aydır olan her iki el, ayak ve parmaklarında ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurup, romatolojik sorgusunda 5-10 dakika süren sabah tutukluğu ve raynaud saptandı. Fizik muayenesinde her iki el, ayak bilek, metakarpofalangeal, metatarsofalangeal eklemleri hassas olup şişlik, kızarıklık sıcaklık eşlik etmiyordu. El ve ayak derisi diffüz şiş ve ödemli görünümdeydi. Sağ el 2. parmakta dijital ülser skarı görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimya ve idrar tetkikleri normal, ANA 1/1000-1/3200 titrede homojen pozitif, ENA'da anti scl-70 pozitif, RF ve CCP antikorlar negatif saptandı. Kapilleroskopide dev kapiller ve hemoraji izlendi. İlk değerlendirmede intersitisyel akciğer hastalığı ya da pulmoner hipertansiyon saptanmadı. Hastaya limitli skleroderma tanısıyla benidipin, hidroksiklorakin ve mikofenolat mofetil (MMF) başlandı. Takiplerinde deri bulgularında düzelme olmaması nedeniyle MMF doz artırıldı; ancak gastrointestinal intoleransı nedeniyle hasta kullanamadı. Hastanın deri tutulum yaygınlığında artış ve tuz-biber görünümü olup, hastanın deri tutulumu diffüz sklerodermaya progrese olması üzerine siklofosfamid 1 gram/ay tedavi değişikliği yapıldı. Altı gram siklofosfamid (scf) sonrasında mmf yanıtsızlık ve intolerans olması nedeniyle metotreksat tedaviye geçildi. Deri semptomlarının artması nedeniyle toclizumab ve yeni gelişen dijital ülser nedeniyle iloprost infüzyon ve devamında bosentan tedavi başlandı. Hastanın son kontrolünde 1 yıldır tocilizumab tedavi almakta iken deri semptomlarında, ödem ve tuz-biber görünümünde azalma izlendi.

Sonuç: Tocilizumab'ın *in vitro* güçlü antifibrotik aktiviteye sahip olduğu gösterilmiştir, glikoprotein 130 trans-sinyalizasyon sistemi aracılığıyla bu etkiyi gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Ssc deri tutulumunda tocilizumabın anlamlı etkinliği gösterilememiş olup bu hastada olduğu gibi yanıt alınan olgular mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: sistemik skleroz, deri tutulum, tocilizumab

PS-268

Sklerodermada LGK-974 ve ETC-159 fibrozisi baskılar

Ayşe Koçak[1], Semih Gülle[2], Merih Birlik[2]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kütahya
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Sistemik sklerozis ya da skleroderma (SSc) iç organ ve deride tutulum gösteren fibrozisle karakterize, otoimmün ve nadir bir hastalıktır. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olan bu hastalıkta dermis kalınlaşması, enflamasyon ve kontrol edilemeyen ekstrasellüler matriks (ECM) artışı görülmektedir.

Olgu: Skleroderma için kesinleşmiş tedavi protokolü bulunmamaktadır. LGK974 ve ETC-159 yeni nesil, WNT sinyal yolağını hedefleyen küçük moleküllerdir. Son çalışmalar, TGF-β ve WNT sinyal yolaklarının birlikte çalışarak pro-fibrotik genlerin transkripsiyonundan sorumlu olduğunu işaret etmektedir. Bu yolakların birlikte çalıştığına dair hipotezler arasında; birbirlerini pozitif ve paralel olarak etkiledikleri ya da diğer sinyal yolakların transkripsiyonel aktivitesini etkileyen bir negatif geri besleme döngüsü oluşturduğu bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, skleroderma ve akciğer akciğer fibroz karakterdeki fibroblast hücrelerinde LGK-974 ve ETC-159 PORCN inhibitörlerinin anti-fibrotik etkilerinin incelenmesidir. Bu amaca ulaşmak amacıyla, canlılık (MTS), Hoechst boyama, q-PCR, western blotting deneyleri tamamlanmıştır.

Deney sonuçlarına göre, LGK-974 ve ETC-159 PORCN inhibitörlerinin güçlü antifibrotik etkilere sahip olduğunu ve skleroderma ve akciğer fibroz karakterdeki fibroblast hücrelerinde TGF-ß sinyal yolağını etkileyerek fibrozu azalttığını göstermektedir.

Sonuç: LGK-974 ve ETC-159 PORCN inhibitörlerinin ayrı ayrı ya da birlikte kullanımının; SSc hastalarında özellikle kollajen birikimine ve fibrozise etkilerinin olacağı ön görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, WNT sinyal yolağı, WNT sinyal yolağı inhibitörü

PS-269

İnfliksimab tedavisi ile tedavi edilen granülomatöz mastit olgusu

Mehmet Emin Derin

Sivas Numune Hastanesi, Sivas

Giriş: Granülamatöz mastit (GM) nadir görülen, tekrarlayan kronik ve tekrarlayan karekterde enflamasyonun görüldüğü etiyolojisinin tam olarak aydınlatılmadığı bir hastalıktır. Patolojisi, tipik olarak meme lobüllerinin merkezinde yer alan, lenfositler, nötrofiller ve çok çekirdekli dev hücreler içeren kazeifiye olmayan granülomatöz lezyonlar olarak kendini gösterir. Tedavisinde net olarak bir konsensüs yoktur. Biz de kortikosteroid ve klasik immünosüpresif tedavilere dirençli olan ancak infliksimab tedavisi ile yanıt aldığımız bir olguyu paylaşmak istiyoruz.

Olgu: Kırk iki yaşında kadın hasta sağ memesinde oluşan kızarık ve ağrılı ele gelen lezyonlar sonrasında genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan ultrasonografisinde mastit ile uyumlu bulgular olması üzerine biyopsi yapıldı. Biyopsi granülamatöz mastit ile uyumlu, non-kazeifiye granülomlar olarak yorumlandı. Tedavi planı amaçlı romatoloji polikliniğine başvuran hastanın laboratuvar incelemesinde yüksek akut faz reaktanları mevcuttu. Otoantikorları negatifti. İmmünoglobulin G4 düzeyi normaldi. Hastaya prednol 32 mg/gün tedavisi başlandı. Yaklaşık 1 ay aynı dozda ilaç kullanan hastanın lezyonlarında gerileme olduğu ancak cushingoid yüz görünümü ve aşırı akneiform döküntüler olması üzerine prednol dozu hızlı azaltılarak tedaviye metotreksat eklendi. Ancak şiddetli gastrointestinal yan etkilerinden dolayı hasta tolere edemeyince azatiyopürin tedavisine başlandı. Yaklaşık iki ay azatiyopurin 150 mg/gün kullanan hastanın akut faz reaktanları yüksek seyredip lezyonlarında gerileme olmaması üzerine T.C. Sağlık Bakanlığı yetkili kurullarından endikasyon dışı onam alınarak infliksimab 5 mg/kg olarak başlandı. Tedavinin 2. dozundan sonra lezyonlarında belirgin gerileme olan ve akut fazları normale dönen hasta remisyonda ve idame tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: GM etiyolojisinde ve tedavisinde net algoritmaların oluşturulmadığı bir hastalıktır. Tanı ve takibinde özellikle genel cerrahi, patoloji radyoloji ve romatoloji bölümlerinin multi disipliner olarak rol oynaması önem arz etmektedir. Ayırıcı tanılar, olabilecek eş hastalıklar açısından dikkatli incelemeler gereklidir. Büyük bir kısmı glukokortikoid tedavisine yanıt veren GM olgularında bizim olgumuzda olduğu gibi daha ileri tedavi gerektiren bir kısım da mevcuttur. Anti-Tnf grubu ilaçlar konvansiyonel tedavi dirençli GM de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-Tnf, granülomatöz mastit

XXIII. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri
11-15 Ekim 2023
Poster Turu Sunumları
(PS-270 — PS-286)

PS-270

Radyografik ve radyografik olmayan aksiyel spondiloartrit: Treasure veri tabanından elde edilen sonuçlar

Levent Kılıç[1], Gizem Ayan[1], Pamir Atagündüz[2], Servet Akar[3], Nazife Şule Yaşar Bilge[4], Ediz Dalkılıç[5], Yavuz Pehlivan[5], Orhan Küçükşahin[6], Cemal Bes[7], Muhammet Çınar[8], Hakan Emmungil[9], Duygu Ersözlü[10], Aşkın Ateş[11], Rıdvan Mercan[12], Gezmiş Kimyon[13], Süleyman Serdar Koca[14], Emel Gönüllü[15], Veli Yazısız[16], Nilüfer Alpay Kanıtez[17], Abdülsamet Erden[18], Belkıs Nihan Coşkun[5], Burcu Yağız[5], Timuçin Kaşifoğlu[4], Sedat Kiraz[1], Umut Kalyoncu[1], Ali İhsan Ertenli[1]

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

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

[3]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

[5]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

[6]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[9]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[10]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

[11]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[12]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

[13]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

[14]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

[15]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

[16]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

[17]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

[18]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Aksiyel spondiloartrit, başlangıçta Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) tarafından hastalığın farklı evreleri olarak önerilen radyografik (r-axSpA) ve radyografik olmayan (nr-axSpA) formları içeren şemsiye bir terimdir. Zaman içinde, çalışmalar bu iki oluşumun farklı özellikleri temsil edip etmediğini yanıtlamaya çalışmıştır ve tartışma halen devam etmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, büyük bir ulusal kayıt verisi kullanarak r-AxSpA ve nr-AxSpA hastalarının benzerliklerini ve farklılıklarını tanımlamaktır. TReasure, 2017 yılında Türkiye'de başlatılan ulusal, çok merkezli, uzunlamasına ve gözlemsel bir veri tabanıdır. Bu veri tabanı, biyolojik tedavinin ilk defa uygulandığı tarihten itibaren takip edilen romatoid artrit, aksiyel ve periferik SpA hastalarını içermektedir. Bu analiz sırasında veri tabanında 7015 SpA hastası mevcuttur. Veri tabanına kayıtlı tüm hastalar

2009 ASAS sınıflandırma kriterlerini karşılamaktadır. Bu analiz için hastalar r-AxSpA ve nr-AxSpA olarak kategorize edilmiş ve hastaların demografik ve klinik özellikleri belirlenmiştir. Hastaların 4629'u (%86,7) r-AxSpA, 707'si (%13,3) nr-AxSpA hastasıydı.

Demografik farklılıklar; r-AxSpA grubu daha yaşlı [45 (16) vs. 41 (14), p<0,001] ve erkek ağırlıklı (%59,6 vs. %46,0, p<0,001), bDMARD başlandığında hastalık süresi daha uzun [3,0 (6,9) vs. 1,1 (3,4) yıl, p<0,001] ve daha fazla sigara içen (%61,4 vs. %50,4, p<0,001) hastalardı.

SpA klinik/genetik farklılıkları; r-AxSpA grubunda daha az artrit (%7,7'ye karşı %27,5, p<0,001), topuk ağrısı (%11,1'e karşı %40,8, p<0,001), daktilit (%3,4'e karşı %8,1, p<0,001), psoriasis (%10,2'ye karşı %14,5, p<0,001), SpA aile öyküsü (%28,2 vs. %40,8, p<0,001), İBH (%4,5 vs. %7,4, p=0,001) ve daha fazla HLA-B27 pozitifliği (%58,2 vs. %51,4, p<0,001), benzer üveit oranı (%13,2 vs. %14,8) gözlendi.

SpA sonlanım ölçümleri (bDMARD başlangıç düzeyi) farklılıkları; r-AxSpA grubu sırasıyla BASFI [5,0 (3,0) vs. 4,0 (3,9), p<0,001], HAQ-DI 0,63 (0,40) vs. 0,55 (0,65), p=0,029 ile ölçülen daha kötü işlevsellik ve yaşam kalitesine sahipti. BASMI ile daha kötü metroloji 3,2 (2,6) vs. 1,7 (2,1), p<0,001 ve ASDAS-CRP ile yüksek hastalık aktivitesi [3,64 (1,28) vs. 3,24 (1,33), p<0,001] ve daha yüksek CRP [12 (21,8) vs. 7,3 (15,0) p<0,001] gözlendi.

SpA görüntüleme farklılıkları; r-AxSpA grubunda daha yüksek oranda "herhangi bir sindesmofit" (%26,6'ya karşı %5,4, p<0,001), kalça tutulumu (%24,6'ya karşı %4,5, p<0,001), kalça protezi (%2,3'e karşı %0,3, p<0,001), MRG yapısal lezyonları (%63,6'ya karşı %37,3, p<0,001) ve daha az aktif MRG lezyonu (%74,6'ya karşı %87,0, p<0,001) vardı. Başlangıçta b-DMARD seçimine ilişkin hekim kararında anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0,673).

Sonuç: bDMARD başlanan SpA hastalarının önemli bir kısmında r-SpA vardır. İki oluşum birbirinin devamı olarak görülse de, demografik, klinik, genetik, fonksiyonel, metroloji, aktivite ve görüntüleme özellikleri açısından önemli farklılıklara sahiptir. Öte yandan, bDMARD başlama aşamasında tedavi seçimlerinde bir fark yoktur.

Anahtar Kelimeler: Radyografik, non-radyografik, SpA

PS-271

Behçet hastalığında cinsiyetin klinik bulgulara etkisi

Burcu Ceren Uludoğan[1], Mustafa Dinler[1], Reşit Yıldırım[1], Yasemin Sağlan[2], Nazife Şule Yaşar Bilge[1], Timuçin Kaşifoğlu[1]

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

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Eskişehir

Amaç: Behçet hastalığı (BH); oral ve genital aftlar, artrit, deri bulguları, üveit, gastrointestinal sistem ve santral sinir sistem tutulumuyla karakterizedir. Erkeklerde daha şiddetli seyrettiği bilinse de literatürde cinsiyet ve klinik bulguların dağılımı ile ilişki farklı sonuçlara sahip çalışmalar vardır. Bu çalışmanın amacı Behçet hastalarında klinik bulgular ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi incelemek ve sonuçlarımızı literatürle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Uluslararası Çalışma Grubu'nun sınıflama kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı almış 506 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, laboratuvar ve klinik bulguları retrospektif olarak hastane kayıtlarından elde edilmiş, klinik bulguların cinsiyete göre dağılımı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 280 erkek (%55,3), 226 kadın (%44,7) hasta dahil edilmiştir. Hastaların ilk semptom yaşı 23,00±10,23, ortalama tanı yaşı 29,00±9,62 yıl idi. Kadın ve erkek hastaların arasında tanı yaşı açısından anlamlı fark yoktu (p=0,662). Genital ülser (%47,6 vs %52,4, p=0,011), yüzeyel tromboflebit (YTF) (%20,9 vs. %79,1, p=0,002), üveit (%33,7 vs %66,3, p=0,02), derin ven trombozu (DVT) (%22,5 vs. %77,5, p=0,00) ve pulmoner arter anevrizması (PAA) (%11,1 vs. %88,9, p=0,046) erkeklerde daha sık idi. Diğer klinik bulgularda cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). Erkek hastalarda sigara kullanımı kadınlara göre daha yüksek idi (p=0,00). Ailede oral aft ve Behçet hastalığı öyküsü her 2 cinsiyette benzerdi (p=0,310 ve p=0,858, sırasıyla). HLA B5 ve paterji testi pozitifliği de cinsiyetler arası fark göstermemekteydi (p=0,783 ve p=0,234, sırasıyla). BH genç erişkinlerde ortaya çıkan multi-sistemik bir vaskülittir ve cinsiyetin klinik bulgular üzerine etkisi vardır. Kadın-erkek oranı literatüre benzer şekilde çalışmamızda da 1,23'tür. Genital ülser, YTF, üveit, DVT ve PAA erkek hastalarda kadınlara göre daha sıktı ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Diğer vasküler tutulum şekilleri de (Budd Chiari, vena cava superior ve inferior sendromu, pulmoner trombüs ve koroner arter anevrizması) erkeklerde daha sık idi ancak hasta sayısı az olması nedeni ile fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamaktaydı. Vasküler tutulumun mortaliteye etkisi de göz önünde bulundurulduğunda erkeklerde daha şiddetli seyrettiği sonucuna varılabilir. Literatürde kadınlarda genital ülser ve eklem bulgularının ön planda olduğu, göz, deri ve vasküler tutulumun erkeklerde daha sık görüldüğüne dair çalışmalar da mevcuttur. Erkeklerde genetik riskin daha fazla, genetik faktörlerin hastalığın farklı prezentasyonunda rolü olduğunu gösteren çalışmalar olsa da bizim hasta popülasyonumuzda cinsiyet ile HLA B5 pozitifliği arasında bir ilişki gösteremedik.

Sonuç: Özetle, BH klinik bulguları üzerine cinsiyetin etkisi vardır ve hasta takibinde göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak

heterojen seyirli bir hastalık olduğundan klinik bulgularının ortaya çıkmasında başka faktörlerin de etkisi olabileceği mutlaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, cinsiyet, vasküler tutulum

PS-272

Enflamatuvar bağırsak hastalıklarında enteropatik artrit sıklığı

Barış Çabuk[1], Dilara Bulut Gökten[2], Rıdvan Mercan[2]

[1]Tekirdağ Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ

[2]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Spondiloartritler (SpA), ailesel ve genetik ilişkinin yanı sıra benzer klinik, radyolojik ve serolojik özelliklere sahip bir takım hastalık grubunun genel adıdır. İBH ve SpA arasında yakın bir ilişki olduğu iyi bilinmektedir. Enteropatik artrit, kronik enflamatuvar bağırsak hastalıkları ile ilişkili bir artrit şeklidir. Gelişmiş ülkelerde SpA prevalansı hakkında çok sayıda yayın mevcuttur. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde SpA ile ilgili çalışmalar azdır. Ülkemizde enteropatik artrit sıklığı ile ilgili literatüre giren sadece bir çalışma bildirilmiştir. Mevcut çalışmalara göre dünya genelinde İBH hastalarında SpA sıklığının %17 ile %39 arasında olduğu tahmin edilmektedir. SpA grubundaki hastalıkların teşhis edilemeyip ve yeterince tedavi edilememesinin sonuçları kronik ağrı ve yorgunluk olup yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu açıdan, çalışmamızda İBH hastalarının fizik muayene, anamnez ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak enteropatik artrit açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada, romatoloji ve gastroenteroloji polikliniğine 2019-2021 yılları arasında İBH tanısıyla başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. On sekiz yaş üstü olan ve İBH tanısı ile takip edilen 62 hasta dahil edildi. Hastalar ASAS sınıflama kriterlerine göre aksiyel SpA ve periferik SpA açısından değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, İBH ve SpA tanı yaşı, enflamatuvar bel ağrısı bulguları, daktilit, periferik artrit, üveit öyküsü, HLA-B27 analiz sonuçları, pelvis grafisi, sakroiliak eklem MRG sonuçları, BASDAİ skorlarına poliklinik anamnez notları ve hastane elektronik veri sistemi incelenerek ulaşıldı. Başvurularında bakılan ESH, CRP ile BASDAİ anket formları doldurtularak skor değerleri kaydedildi. Hastalık aktivitesi için ASDAS-ESH ve ASDAS-CRP değerleri hesaplandı. SpA tanılı hastaların hastalık aktiviteleri ASDAS ≥2,1 ve BASDAİ ≥4,0 dikkate alınarak aktif hastalık açısından değerlendirildi.

Bulgular: İBH tanılı 62 hastadan 41 tanesi ÜK, 21 tanesi CH tanılıydı. İBH tanılı 62 hastanın 18'i (%29) SpA tanılıydı. SpA tanılı hastaların 9'u erkek, 9'u kadındı. ÜK tanılı 41 hastanın 9'u (%21,9), CH tanılı 21 hastanın 9'u (%42,8) SpA tanılıydı. SpA'nın eşlik ettiği İBH hastalarının 9'u kadın (%50), SpA tanısı bulunmayan hastaların 20'si (%45,5) kadındı. Kadın-erkek oranında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0,964). Hastaların 25'inde (%40,3) enflamatuvar bel ağrısı olduğu, 2'sinde (%3,2) periferik SpA, 16'sında (%25,8) aksiyel SpA, 1'inde (%1,6) daktilit olduğu tespit edildi. Hiçbir hastada psöriazis, üveit, üretrit/servisit saptanmadı. SpA'nın eşlik ettiği İBH hastalarının 9'unda (%50), SpA tanısı bulunmayan hastaların 2'sinde (%4,5) aile öyküsü mevcut idi. Aile öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Sigara içme açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. SpA tanısı ile enflamatuvar bel ağrısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi (p<0,05) (Tablo 1). SpA ve İBH birlikte olduğu hastaların 3'ünde (%16,7) SpA tanısı olmayan İBH hastalarının ise 1'inde (%2,3) ilk başlangıç semptomu olarak periferik artrit mevcuttu. Topuk ağrısı sadece SpA'lı hastalarda gözlenmiş olup, 5 hastada görüldü. MRG çekilen 30 hastanın 13'ünde sakroileit saptandı. MRG'de sakroileit görülen hastaların hepsi SpA tanılıydı. HLA-B27 bakılan 5 hastanın 1'inde pozitiflik saptandı. ÜK/CH tanısı ile genel SpA grubu ve SpA tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05) (Tablo 2). Hastaların ESH ortalaması 21,53±19,43 mm/saat, CRP ortalaması 10,08±23,32 mg/dL idi. SpA tanılı hastaların BASDAI ortalaması 3,67±1,77, ASDAS-CRP 2,49±0,84, ASDAS-ESH 2,54±0,83 olarak saptandı. Enteropatik artrit tanılı 18 hastanın 12'si (%66,6) ASDAS-CRP ve ASDAS-ESH'ye göre yüksek ve çok yüksek hastalık aktivitesi olan gruba dahildi. BASDAİ skoruna göre 7 hasta (%38,8) yüksek hastalık aktivitesi göstermekteydi.

Sonuç: ASAS sınıflandırma kriterlerine göre, İBH hastalarımız SpA açısından değerlendirildiğinde, İBH tanılı hastaların %29'unda SpA tanısı saptadık. İBH hastalarında aksiyel SpA sıklığını periferik SpA sıklığına göre daha yüksek oranda saptadık (%25,8-%3,2). Aksiyel SpA sıklığı %25,8 oranı ile literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlandı. Çalışmamızdaki periferik SpA sıklığı ise %3,2 oranı ile daha önceki çalışmalara göre dikkate değer bir farklılık gösterdi. İBH'li hastaların önemli bir bölümünün SpA ile birliktelik gösterdiği unutulmamalıdır. Enteropatik artritin erken teşhisiyle optimal tedavi mümkün olabilmektedir. Bu nedenle İBH tanılı hastalar enflamatuvar tipte bel ağrısı, artrit, daktilit, entezit gibi SpA düşündürebilecek bulgular açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enteropatik artrit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, spondiloartropati

PS-273

Psöriyazis hastalarında TurPAS'ın (turkish psoriatic arthritis screening tool) validasyonu

Şeyma Kılıç[1], Murat Bektaş[2]

[1]Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Aksaray

[2]Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Aksaray

Amaç: Sedef hastalığı (PsO) deri, tırnak, eklem, tendonları etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Psöriyatik artrit (PsA) PsO ile ilişkili heterojen enflamatuvar bir hastalıktır. PsO hastalalarında PsA varlığını taramada kullanılan birçok tarama araçları PEST, PASE, EARP, STRIPP, SIPAS, TOPAS gibi geliştirilmiş ve valide edilmiştir. Bu çalışmada PsO hastalarında yeni bir tarama aracı olarak geliştirilen TurPAS'ın validasyonu ve EARP ile performansının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

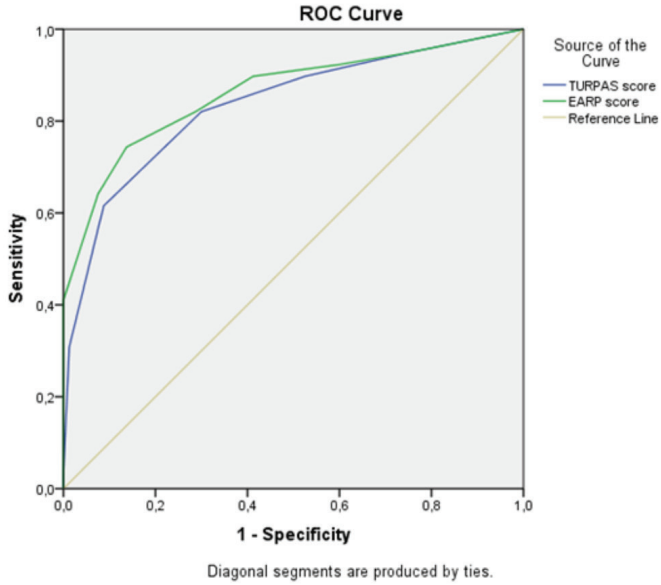
Yöntem: Bu kesitsel çalışma Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi dermatoloji ve romatoloji klinikleri iş birliği ile yürütülmüştür. Tüm PsO hastaları dermatoloji uzmanı tarafından (ŞK) değerlendirildi

ve hastaların demografik özellikleri, PsO tipi, hastalık yaşı ve komorbiditeleri kaydedildi. Hastalara aynı dermatoloji uzmanı tarafından TurPAS ve EARP anketleri uygulandı. Daha sonra tüm hastalar anket skorları ve semptom varlığına bakılmaksızın romatolojik muayeneye gönderildi. Romatoloji muayenesi uzman bir romatolog (MB) tarafından yapıldı. Tüm hastalara romatolojik öykü ve muayene yanında akut faz reaktanları, RF, anti-CCP, direkt grafiler (el, ayak, diz) uygulamasının yanı sıra semptomatik eklemler için de direkt grafi yanında gerektiğinde MR incelemesi yapıldı. Aksiyel sistem taraması direkt grafi ile birlikte MR ile yapıldı ve ASAS kriterlerine göre aksiyal tutulum varlığı kabul edildi. PsA tanısı için CASPAR kriterlerini karşılama şartı koşuldu.

Bulgular: Çalışmamıza 119 (n=72; %60,5 kadın) PSO hastası dahil edildi. Ortalama ± standart sapma (SS) hastalar 44,9±14,3 (aralık; 18-83) yıl ve medyan (IQR) PsO süresi 10 (14) yıldı. Medyan (IQR) TurPAS ve EARP puanları sırasıyla 2 (3) ve 3 (5) idi. Toplamda 39 hasta (%32,8) CASPAR kriterlerini karşıladı ve PsA olarak sınıflandırıldı. Bu hastalar içerisinde mono- oligoartrit 19 hastada (%48,8), poliartrit 10 (%25,6), izole DİF artriti 5 (%12,8) ve pür aksiyel tutulum 5 (%12,8) hastada saptandı. Entezit 25 hastada (%64) ve daktilit 10 hastada (%25,6) gözlendi. Tek değişkenli analizde ailede pozitif PsA öyküsü [4 (10,5) - 1 (1,3); p=0,037; odds ratio (OR): 5,5], CRP düzeyleri [16,5 (17) - 3,5 (8) mg/L; p=0,003], medyan (IQR) TurPAS ve EARP skorları [4 (2) vs. 2 (3); p<0,001) ve [6 (4) vs. 2 (4); p<0,001] PsA hastalarında olmayanlara göre daha yüksek saptandı. Çok değişkenli analizde sadece TurPAS skoru PsA gelişimi ile ilişkili bulundu [p=0,003, OR: 3,8; %95 güven aralığı (GA): 1,56-9,4]. ≥1 pozitif öge için duyarlılık ve özgüllük TurPAS ve EARP da aynı olup %94,9 ve %25 [pozitif prediktif değer (PPD): %38,1, negatif prediktif değer (NPD): %90,9] idi. En iyi tanı performansı TurPAS için %82 duyarlılık, %70 özgüllük ile ≥3 pozitif kriterde gözlendi [PPD: %57,1, NPD: %89, likelihood ratio (LR): 2,7, doğruluk: %74] ve EARP için ≥4 öğe %74,4 duyarlılık ve %86,3 özgüllük ile (PPV: %72,5, NPV: %87,3, LR: 5,4, doğruluk: EARP için %82,4) gözlendi. ROC analizi TurPAS için Eğri altı alan (EAA): 0,834, p<0,001, %95 GA: 0,751-0,917) ve EARP için EAA: 0,862, p<0,001, %95 GA: 0,784-0,940) ortaya koydu. Duyarlılık ve özgüllük S1 (1. soru) için %94,9 ve %36,3, S2 için %46,2 ve %93,8, S3 için %35,9 ve %80, S4 için %66,7 ve %57,5, S5 için %84,6 ve %56,3, S6 için %35,9 ve %100 saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda dermatoloji kliniğinde PsO tanısıyla takipli hastaların yaklaşık üçte birine PsA tanısı koyuldu. PsO hastalarında TurPAS tarama aracının performansı kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte EARP'ye yakın bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, TurPAS, EARP, tarama aracı



Figür 1. Psöriyazis hastalarında TurPAS ve EARP skorlarının ROC analizi

PS-274

Entezit ilişkili artrit tanılı hastalarda uzun dönem takip sonuçları: Tek merkez deneyimi

Mehmet Yıldız, Hakan Demir, Fatih Haşlak, Aybüke Günalp, Elif Kılıç Könte, Esma Aslan, Oğuzhan Tin, Amra Adrovic, Sezgin Şahin, Kenan Barut, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Entezit ilişkili artrit (EİA), jüvenil idiyopatik artrit (JİA) hastalığının 7 alt tipinden birisi olup, erkeklerde kızlardan daha sık görülmesi ve aksiyel iskelet tutulumu riskinin bulunması nedeniyle diğer JİA alt tiplerinden ayrılmaktadır. Hastalık ile ilgili uzun dönem takip sonuçları ve hangi hastalarda aksiyel iskelet gelişimi riskinin daha yüksek olduğu ile ilgili veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada geniş bir EİA kohortunda uzun dönem takip sonuçlarının ve aksiyel iskelet tutulumuna etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen entezit ilişkili artrit tanılı 192 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ILAR entezit ilişkili artrit kriterlerini karşılamaktaydılar. Hastaların demografik özellikleri, başvuru anındaki ve son muayenede klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 192 hastanın tanı anında 112'sinde (%58,3) sadece periferik eklem tutulumu, 22'sinde (%11,5) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 58'sinde (%30,2) hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu bulguları vardı. Son muayenede hastaların 51'inde (%26,6) sadece periferik iskelet tutulumu, 16'sında (%8,3) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 125'inde (%65,1) ise hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu saptanmıştı (Resim 1). Başlangıçta sadece periferik iskelet tutulumu saptanan hastaların 61'inde (%54,4) takipte aksiyel iskelet tutulumu gelişmişti. Multivariate regresyon analizi başvuru anında topuk ağrısı [OR:

0,39, CI: 0,172-0,90, p=0,02] ve periferik entezit varlığının [OR: 0,349, CI: 0,125-0,975, p=0,04] aksiyel iskelet tutulumu riskini azaltan bağımsız faktörler olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Geniş bir entezit ilişkili artrit kohortunun uzun süreli takip sonuçlarını sunduğumuz çalışmamızda başvuru anında topuk ağrısı ve/veya periferik enteziti olan hastalarda aksiyel iskelet tutulumu riskinin daha düşük olduğunu bildirmekteyiz.

• Entezit ilişkili artrit (EİA), jüvenil idiyopatik artrit (JİA) hastalığının 7 alt tipinden birisi olup, erkeklerde kızlardan daha sık görülmesi ve aksiyel iskelet tutulumu riskinin bulunması nedeniyle diğer JİA alt tiplerinden ayrılmaktadır.

• Hastalık ile ilgili uzun dönem takip sonuçları ve hangi hastalarda aksiyel iskelet gelişimi riskinin daha yüksek olduğu ile ilgili veriler kısıtlıdır.

• Bu çalışmada geniş bir EİA kohortunda uzun dönem takip sonuçlarının ve aksiyel iskelet tutulumuna etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

• Kliniğimizde takip edilen entezit ilişkili artrit tanılı 192 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

• Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ILAR entezit ilişkili artrit kriterlerini karşılamaktaydılar.

• Hastaların demografik özellikleri, başvuru anındaki ve son muayenede klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

• Hastalar tanı anındaki eklem tutulum paternlerine göre sadece periferik eklem tutulumu olanlar, sadece aksiyel iskelet tutulumu olanlar ve kombine tutulumu olan olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

• Çalışmaya dahil edilen 192 hastanın (E: %70,3, K: %29,7) ortalama yaşı 18,4±4,03 idi.

• Hastaların tanı anında 112'sinde (%58,3) sadece periferik eklem tutulumu, 22'sinde (%11,5) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 58'inde (%30,2) hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu bulguları vardı.

• Bu 3 grup arasında yaş, semptom yaşı ve tanı anındaki yaş açısından anlamlı fark yoktu.

• Son muayenede hastaların 51'inde (%26,6) sadece periferik iskelet tutulumu, 16'sında (%8,3) sadece aksiyel iskelet tutulumu ve 125'inde (%65,1) ise hem periferik hem de aksiyel iskelet tutulumu saptanmıştı (Resim 1).

• 78,9±49 ay takip sonrasında başlangıçta sadece periferik iskelet tutulumu saptanan hastaların 61'inde (%54,4) takipte aksiyel iskelet tutulumu, başlangıçta sadece aksiyel iskelet tutulumu saptanan hastaların 6'sında (%27,3) periferik eklem tutulumu da gelişmişti.

• Takipte aksiyel iskelet tutulumuna etki eden faktörlerin değerlendirilmesi için sadece periferik iskelet tutulumu olan olgular değerlendirildiğinde: Multivariate regresyon analizi başvuru anında topuk ağrısı [OR: 0,39, CI: 0,172-0,90, p=0,02] ve periferik entezit varlığının [OR: 0,349, CI: 0,125-0,975, p: 0,04] aksiyel iskelet tutulumu riskini azaltan bağımsız faktörler olduğunu göstermiştir (Tablo 2).

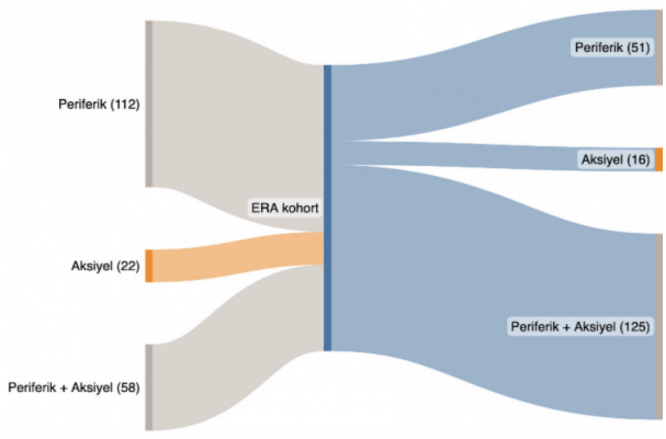
• Geniş bir entezit ilişkili artrit kohortunun uzun süreli takip sonuçlarını sunduğumuz çalışmamızda başvuru anında topuk ağrısı ve/veya periferik enteziti olan hastalarda aksiyel iskelet tutulumu riskinin daha düşük olduğunu bildirmekteyiz.

• Literatürde entezit ilişkili artrit tanılı hastalarda takip esnasında aksiyel iskelet gelişi açısından risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışması sayısı az, metodolojiler farklı ve sonuçlar uyumsuz.

• Çok merkezli, uzun süreli takip sonuçlarını içeren çalışmalara ihtiyaç var.

Anahtar Kelimeler: Entezit ilişkili artrit, jüvenil idiyopatik artrit

	Univariate Regresyon			Multivariate Regresyon		
	OR	CI (%95)	P value	OR	CI (%95)	P value
Diz artriti	0.35	0.161-0.775	**0.009**	0.45	0.171-1.196	0.11
Ayak bileği artriti	0.463	0.216-0.993	**0.048**	0.98	0.367-2.614	0.96
Topuk ağrısı	0.467	0.218-1.000	**0.051**	0.39	0.172-0.900	**0.02**
Entezit	0.317	0.128-0.789	**0.01**	0.34	0.125-0.975	**0.04**



Resim 1.

Tablo 1: Hasta grubunun başvuru anındaki bulgularının karşılaştırılması

	Tanı Anında			
	Periferik (n=112)	Aksiyel (n=22)	Periferik + Aksiyel (n= 58)	P değeri
Yaş (yıl)	18.4 ± 4.1	16.8 ± 4.1	19 ± 3.5	0.211
Semptom Başlangıç Yaşı (ay)	123.2 ± 45.6	136 ± 44.3	135.2 ± 45.5	0.07
Tanı yaşı (ay)	136.8 ± 45.7	149.8 ± 41.7	151.2 ± 44.8	0.057
Ağrı				
• Boyun	5 (4.5)	3 (13.6)	5 (8.6)	0.234
• Sırt	9 (8)	6 (27.3)	6 (10.3)	**0.03**
• Bel	13 (11.6)	17 (77.3)	47 (81)	**<0.01**
• Kalça	37 (33)	7 (31.8)	46 (79.3)	**<0.01**
• Topuk	64 (57.1)	3 (13.6)	18 (31)	**<0.01**
Ağrı Karakteri				
• Sabah tutukluğu (var/yok)	42/50	12/8	32/20	0.18
• Egzersizle azalma	23/15	7/5	22/9	0.600
• İstirahat ile artma	22/15	6/5	22/7	0.282
Aktif eklem sayısı	2 (0-8)	0 (0-2)	2 (0-8)	**<0.01**
Kronik eklem sayısı	0 (0-6)	0 (0-1)	0 (0-4)	**<0.01**
Artrit				
• Temporamandibular	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
• Boyun	2 (1.8)	0 (0)	1 (1.7)	0.820
• Omuz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
• Dirsek	12 (10.7)	0 (0)	3 (5.2)	0.16
• El bileği	10 (8.9)	0 (0)	0 (0)	**0.02**
• Metokarpofalangeal	3 (2.7)	0 (0)	0 (0)	0.341
• Proksimal interfalangeal	2 (1.8)	0 (0)	0 (0)	0.490
• Distal interfalangeal	1 (0.9)	0 (0)	0 (0)	0,701
• Kalça	17 (15.2)	0 (0)	23 (39.7)	**<0.01**
• Diz	48 (24.9)	0 (0)	14 (24.1)	**<0.01**
• Ayak bileği	61 (54.5)	0 (0)	13 (22.4)	**<0.01**
• Metotarsofalangeal	12 (10.7)	0 (0)	1 (1.7)	**0.03**
• Proksimal/Distal interfalangeal	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)	0.307
Entezit	27 (24.1)	0 (0)	10 (17.2)	**0.03**
HLA- B27 pozitifliği	70 (62.5)	5 (22.7)	22 (37.9)	**<0.01**
Sedimentasyon (mm/sa)	33 (3-130)	13.5 (2-77)	15 (2-112)	**<0.01**
C-Reaktif Protein (mg/L)	2.8 (0.01-130)	1.25 (0.05-103)	1 (0.02-110)	**<0.01**

PS-275

bDMARD kullanan spondiloartritlerde kronik böbrek hastalığı sürecine etki eden faktörler ve tedavi seçimi

Gül Sandal Uzun[1], Aslıhan Apaydın Rollas[2], Gizem Ayan[1], Zehra Özsoy[1], Mustafa Ekici[1], Erdinç Ünaldı[1], Büşra Fırlatan[1], Gözde Sevgi Kart Bayram[1], Buğu Bulat[1], Emre Bilgin[1], Levent Kılıç[1], Ömer Karadağ[1], Ali Akdoğan[1], Şule Apraş Bilgen[1], Sedat Kiraz[1], Ali İhsan Ertenli[1], Umut Kalyoncu[1]

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

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spondiloartrit (SpA) hastalarında kronik enflamasyon, ilaçlar ve eşlik eden komorbid hastalıklar böbrek fonksiyonları üzerinde olumsuz etkide bulunabilmektedir. bDMARD kullanan SpA hastalarında kronik böbrek hastalığı (KBH) varlığı tedavi seçimlerini etkileyebilir. Bu çalışmada bDMARD kullanan SpA hastalarında KBH sıklığı, buna eşlik eden faktörler ve tedavi seçimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hasta Seçimi ve Hastaların Özellikleri; Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kayıt Kütüğü (HUR-BİO), 2005 yılında kurulan b/ts-DMARD kullanan hastaların kaydedildiği prospektif, tek merkezli bir veri tabanıdır. Çalışmaya Ağustos 2023'e kadar HÜR-BİO kohortuna kaydedilen bDMARD tedavi kullanan 3207 SpA hastası dahil edilmiştir. Bunlardan 34'ü KBH geliştiren hastalar olup, KBH olmayan gruptan yaş ve cinsiyet eşleştirilerek seçilmiş 68 hastada karşılaştırma grubu olarak seçilmiştir.

Böbrek hastalığı tanımı; Hastaların kreatin değeri, yaş ve cinsiyet parametreleri göz önünde bulundurularak MDRD (modified Modification of Diet in Renal Disease) formülü ile glomerüler filtrasyon hızı (GFR) hesapland. GFR düzeyi 60'ın altında olan hastalar ve GFR düzeyi 60'ın üzerinde olan üç aydan uzun süre sebat eden 500 mg üzeri proteinürisi olan hastalar kronik böbrek hastalığı olarak adlandırılmıştır. Proteinüri için spot idrar protein/kreatin oranı ve 24 saatlik idrarda protein atılımına bakılarak revize edilmiştir.

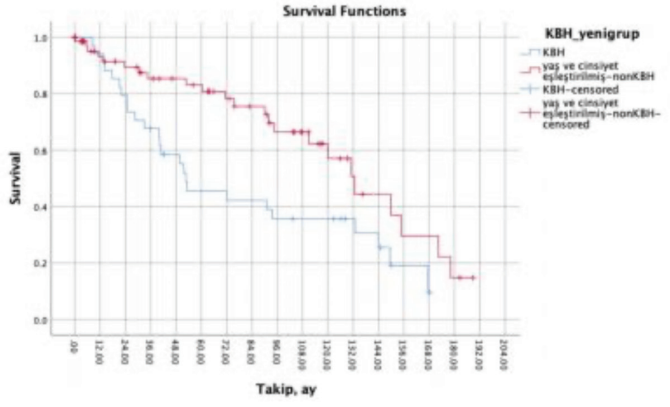
Değerlendirilen veriler; Demografik özellikleri, Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) varlığı, amiloidoz, hastalık aktivite (akut faz, ASDAS-CRP, BASDAI) ve fonksiyonları (BASFI), ekstra-artiküler tutulumlar, komorbid hastalıklar, varsa HLA-B27 sonuçları ve bDMARD öncesi ve sırasında kullanılmış olan tedaviler kayıt edilmiştir. Hastaların radyolojik görüntülemeleri 10 yıldan daha fazla deneyimli (LK) ve 5 yıldan az deneyimli iki romatolog (GSU) tarafından yeniden değerlendirilmiş ve sindezmofit varlığı, bambu spine, mSASSS skorlaması ve BASRI skorlamaları yeniden yapılmıştır.

bDMARD kullanan 3207 SPA hastasının 34'ünde (%1,06), bDMARD başlangıcında KBH tespit edilmişti. KBH olan hastalar daha yaşlı [49,5 (13,3) vs. 37,3 (11), p≤0,001], hastalık süreleri daha uzun (16,1'e karşı 11,4, p≤0,001) ve erkek cinsiyet daha sıktı [n=1636 (%52,8) vs. n=24 (%70,6), p=0,002]. KBH grubunda radyografik hasar daha belirgin, kalça tutulumu daha sıktır. Etanercept KBH olan grupta daha sık tercih edilmiştir. Kaplan meier analizinde KBH grubında 5. yılda bDMARD'ta kalım daha düşüktü %45'e karşı %80 (log-rank p=0,01) (Figür 1).

KBH grubunda AAA (%35,3'e karşı %2,9, p<0,001) ve amilodoz (%38,4'e karşı %0, p<0,001) eşleştirilmiş gruba göre daha sıktı. FMF olan KBH hastalarında olmayanlara göre farklılıklar Tablo 2'de gösterilmiştir. SpA hastalarında FMF varlığında daha erken dönemde KBH geliştiği görülmüştür (p=0,007).

bDMARD başlanan Spondiloartrit hastalarının sadece %1'i KBH sürecindeydi. AAA bu açıdan en önemli risk faktörü oluşturmaktadır. Bu hastalarda radyografik hasar ve kalça tutulumu da daha sıktır. SpA hastalarında KBH gelişmesi FMF varlığında yaklaşık 10 yıl daha erken olmaktadır. Bu açıdan hastaların daha yakın takip edilmesi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, kronik böbrek hastalığı, radyografik hasar, spondiloartropati



Figür 1. KBH ve yaş-cinsiyet eşleştirilmiş non-KBH hastalarında Kaplan-Meier survival analizi

PS-276

Potansiyel difficult-to-treat psöriatik artrit sıklığı ve katkıda bulunan faktörler

Gülay Alp[1], Mete Kara[2]

[1]*Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl*

[2]*İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir*

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), bir alandaki hastalık aktivitesini kontrol ettikten sonra bile bazılarının hala "aktif" olabildiği ve tedavi stratejisinde bir değişikliğe yol açan multidomain bir hastalıktır. Gözlemsel çalışmalarda PsA hastalarının yaklaşık %30'unun hedefe göre tedavi önerisiyle onaylanan hedefe ulaşamadığı saptanmıştır. Olası Difficult to treat Psöriatik artrit (D2TPsA) ile literatürde yayınlanmış tek çalışmada ise %33,9 D2TPsA saptanmış, fibromiyalji ve yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişki saptanmıştır. Olası D2TPsA'yı, EULAR romatoid artrit tanımına benzer olarak farklı etki mekanizmasına sahip 2 ve üstü biyolojik tedavi almasına rağmen halen DAPSA remisyon ya da düşük hastalık aktivitesine ulaşamayan hasta oranını ve ilişkili faktörleri faktörleri değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis (CASPAR) kriterlerine göre PsA tanısı almış en az 6 ay süre ile takip edilmiş 18 yaş ve üzeri hastalar retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikle özelleri kaydedildi. Aktiviteyi değerlendirmek için DAPSA kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 171 hastanın 74'ü (%67,3) kadın, ortalama yaş 48,16 (±11,23), ortanca psöriyazis süresi 2,5 yıl (20), PsA süresi; 13 yıl (20) idi. Hastaların diğer demografik verileri Tablo 1'de verildi. D2TPsA 33 hastada (%19,3) saptandı, ve bu grupta hastalık süresi [ortanca 9,5 (9) olmayan grupta 4 (9) yıl] uzun izlendi. DT2PsA olan grupta ortanca hassas, şiş eklem sayısı, hasta ve hekim global değerlendirmesi, sabah tutukluğu, CRP, ESR, DAPSA ve HLAB27 pozitifliği daha fazlaydı (Tablo 2). Sigara ve alkol kullanımı D2T grupta fazla olmasına karşı fark istatistiksel anlamlı farklı değildi. D2TPsA olan ve olmayan gruplar arasında cinsiyet, tanı yaşı, VKİ, medeni durum, eğitim durumu, RF, CCP, ANA pozitiflik oranları gruplar arasında benzerdi (Tablo 2). PsA alt tipleri D2T olma durumu açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark sadece poliartiküler tutulum, aksiyel ile karşılaştırıldığında (p=0,013) saptandı. Anti TNF alt gruplarının gruplar arasında karşılaştırmasında mevcut ya da şimdiye kadar kullanımları iki grup için benzer saptandı. Sekükinumab kullanımı D2T grupta anlamlı fazlaydı, steroid bu grupta fazla olmasına rağmen istatistiksel anlamlı değildi (p=0,051). Komorbiditelerden fibromyalji (FM), diyabetes mellitus (DM) ve medyan komorbidite sayısı D2TPsA'da anlamlı fazla iken diğer komorbiditeler ile bir ve üzeri, iki ve üzeri komorbidite sayısı gruplar arasında benzerdi (Tablo 2). Çoklu regresyon analizinde sekükinumab kullanımı, FM varlığı ve yüksek DAPSA potansiyel D2TPsA ile bağımsız ilişkilendirildi (Tablo 3).

Sonuç: Komorbiditeler ve hastalık yükü hastalık aktivitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir ve PsA değerlendirmesinde dikkate alınmalıdır. PsA farklı alt tiplerde hastalık kontrolünün güç olduğu refrakter ya da tedaviye dirençli hastalık tanımının yapılmasının gerekliliği öne çıkmaktadır. Komorbiditeler (DM, FM) nedeniyle tedavi hedeflerine ulaşılması zor olan hastalar ile gerçekten

tedaviye dirençli hastalar arasında ayrım yapabilmek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedavi, difficult-to-treat, komorbidite, psöriatik artrit

PS-277

Takayasu arteritinde vasküler kalsifikasyon; sol ventriküler kitle indeksi ve karotis intima-media kalınlığı ile ilişkisi

Hazan Karadeniz

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

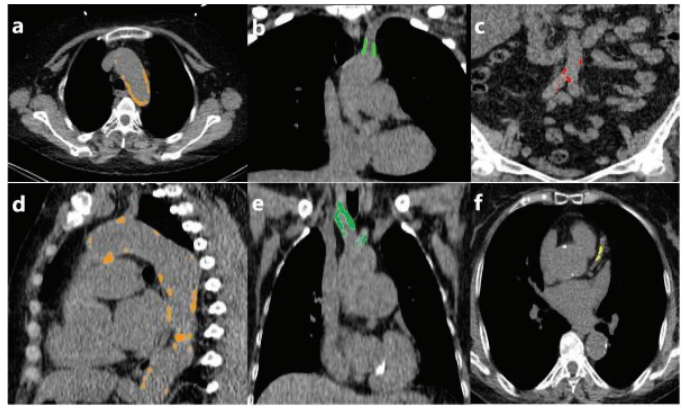
Amaç: Vasküler kalsifikasyon, büyük damar vaskülitlerinde sık görülen bir durumdur ve artmış kardiyovasküler morbidite/mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı Takayasu arteritinde (TA) vasküler kalsifikasyon sıklığını, risk faktörlerini belirlemek ve sol ventrikül kitle indeksi (SVKİ) ve karotis intima-media kalınlığı (KİMK) gibi aterosklerotik belirleyiciler ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: TA hastalarında kesitsel bir çalışma yürütüldü; hastalar metabolik sendrom varlığına ve yokluğuna göre 2 gruba ayrıldı. Metabolik sendrom (MS), ABD Ulusal Kolesterol Eğitim Programı/Yetişkin Tedavi Paneli III (NCEP/ATP III) kriterlerine göre tanımlandı. TA tanısı alan 49 hastaya [MS (+) n= 22 (%44,9), MS (-) n =27'si (%55,1)] ve 31 sağlıklı kontrole (SK) koroner arter, aort ve ana dallarındaki kalsifikasyonun ölçümü amacıyla kontrastsız bilgisayarlı tomografi uygulandı. Sol ventrikül kitle indeksi ekokardiyografi ile değerlendirildi ve karotis arter ve dallanmalarındaki intima-media kalınlığı B-mod ultrasonografi (US) ile değerlendirildi.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 1). Kırk yedi hasta (%95,9) kadındı ve yaş ortalaması 33,45±8,53 yıldı. Toplam kalsifikasyon skoru (ortalama ± SS; 5223,9±18041,1 AU vs. 35,87±72,70 AU (p=0,05)) ve KİMK değerleri [ortalama ± SS; 1,00±0,54 mm vs. 0,55±0,09 mm (p=0,05)] TA hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05) (Tablo 2). MS (+) TA hastaları ile MS (-) TA hastalarının toplam kalsifikasyon skorları arasında anlamlı fark bulunmazken; her iki grubun toplam kalsifikasyon skorlarının kontrollerden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (ortalama ± SS; 9209.6±26094.0 AU vs. 1851.3±3761.1 AU vs. 35.87±72.69 AU; sırasıyla, p=0,157, p>0,05) (Şekil). MS (+) ve MS (-) gruplarının KİMK değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, MS (+) hastalarının SVKİ değerleri MS (-) grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (117,68±33,13 g/m^2 vs. 88,39±29,22 g/m^2, p=0,003) (Tablo 3). MS (+) TA grubunda toplam kalsifikasyon skoru ile hastalık süresi ve KİMK arasında (r=0,634; p=0,002), (r=0,520; p=0,013) pozitif korelasyon bulundu. Regresyon analizinde sadece hastalık sürecinin kalsifikasyon artışının bağımsız bir belirleyicisi olduğu bulundu.

Sonuç: MS (+) veya MS (-) varlığına bakılmaksızın tüm TA hastalarında vasküler kalsifikasyon, KİMK ve SVKİ yükselir. Ancak bu artış hedefe yönelik tedaviler dışında geleneksel tedavi yöntemleri ile yavaşlatılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalsifikasyon, metabolik sendrom, tomografi, sol ventriküler kitle indeksi



Resim 1. Kontrastsız bilgisayarlı tomografi görüntüsü: MS (+) TA hastalarında çıkan aortada (a, turuncu), sol subklavian arterde (b, yeşil) ve abdominal aortada, iliak arterde (c, kırmızı) kalsifikasyon. MS (-) TA hastalarında aort arkı kalsifikasyonu (d, turuncu), sağ brakiyosefalik ve sol ana karotid arter kalsifikasyonu (e, yeşil), sol ön inen arter (LAD) kalsifikasyonu (f, sarı)

PS-278

Sjögren sendromlu hastaların yakın akrabalarındaki kanser sıklığı

Tuba Uğur Tuzcu, Rıza Can Kardaş, Berna Göker

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç: Sjögren sendromu (SS) tanılı hastalarda artmış hematolojik malignite riski vardır ve prediktif faktörler iyi bilinmektedir. Ailesel kümelenme ve HLA haplotip ilişkisi, immün sistemin regülasyonunu bozan genetik faktörlerin hem neoplazmalara hem de otoimmün hastalıklara yatkınlık oluşturması SS hastalarının yakın akrabalarında da kanser gelişim sıklığında artışa neden olabileceği düşündürmüştür. Kanser ve otoimmün hastalıkları ailesel yatkınlık açısından ortak bir paydada buluşturan birkaç çalışma mevcuttur. Örneğin romatoid artrit, SLE, Sjögren, skleroderma ve enflamatuvar miyoziti olan hastaların çocuklarının değerlendirildiği bir çalışmada, lenfoma sıklığının popülasyona göre yaklaşık 1,5 kat arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada SS tanılı hastaların yakın akrabalarındaki kanser gelişim sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli olan çalışmamızda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde aktif takipli olan 18 yaş ve üzeri, 2016 ACR-EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan Sjögren sendromu tanılı 323 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar ile birebir görüşme ve hastane sistemine kayıtlı olan telefon numaraları ile iletişim sağlandı. Sjögren hastalarında ve yakın akrabalarında görülen tüm kanserlerin ve organa spesifik kanserlerin gelişme riski, genel Türkiye popülasyonuyla karşılaştırılarak hesaplanmıştır. Genel Türkiye popülasyonundaki kanser insidansı verileri, Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın Küresel Kanser Gözlemevi'nden (GLOBOCAN) elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde SPSS v.23 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 323 hasta (K/E: 313/10, ortalama yaş: 56±11) alındı. Üç yüz yirmi üç Sjögren hastası içinde hastaların %9'unda (n=29) malignite öyküsü vardı. %5,9'unda (n=19) solid organ, %3,1'inde (n=10) hematolojik malignite vardı. %2,2 ile en fazla görülen kanser meme kanseri idi. Diğer kanserler de (mesane, rektum, serviks, endometrium, kolon kanseri) %1,5 görüldü. Ortanca takip süresi 3,58 yıl için tüm kanserlerde standardize insidans oranı (SIR) 3,3 olarak hesaplandı (%95 GA: 2,2-4,7, p<0,001). Toplam 10 lösemi veya lenfoma olgusu için SIR 22,5 olarak saptandı (%95 GA: 10,8-41,4, p<0,001). Üç yüz on üç kadında yedi meme kanseri görülmüş olup, meme kanseri için SIR 3,8 olarak hesaplandı (%95 GA: 1,5-7,9, p<0,001). Üç tiroid olgusu için SIR 5,5 saptandı (%95 GA: 1,1-16,2, p<0,01). Diğer kanser türleri için istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmedi. Sjögren sendromlu hastaların kendisinde malignite gelişimi yaş, cinsiyet, Sjögren tipi, sigara öyküsü, schirmer, anti-SSA, anti-SSB, ANA, ESSDAİ pozitif-negatiflik, kompleman düşük-yüksek olma ve fokus skoruna göre farklılık göstermedi. Sjögren sendromu tanılı hastaların %43,3'ünün (n=128) anne, baba, çocuk veya kardeşlerinden en az birinde kanser öyküsü mevcuttu. Toplam kanser görülen yakın akraba (anne, baba, çocuk, kardeş) sayısı 176 idi. Bu kanserlerin türünün dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Verisine ulaşılabilen 1750 yakın akrabada, toplam 176 kanser olgusu görülmüş olup, SIR 3,5 olarak hesaplandı (%95 GA: 3,0-4,1, p<0,001). Kırk bir akciğer kanseri olgusu için SIR 2,66 (%95 GA: 1,9-3,6, p<0,001), 24 meme kanseri olgusu için SIR 4,6 (%95 GA: 2,95-6,86, p<0,001), 20 kolon kanseri olgusu için SIR 3,7 (%95 GA: 2,3-5,7, p<0,001), 16 mide kanseri olgusu için SIR 4,3 (%95 GA: 2,5-7,1, p<0,001), 12 prostat kanseri olgusu için SIR 2,8 (%95 GA: 1,4-4,8, p<0,01), altı beyin tümörü olgusu için SIR 4,6 (%95 GA: 1,7-10, p<0,01), yedi larinks kanseri olgusu için SIR 7,8 (%95 GA: 3,1-16, p<0,001), yedi endometriyum olgusu için SIR 5,5 (%95 GA: 2,2-11,3, p<0,001), altı ALL olgusu için SIR 4,9 (%95 GA: 1,8-10,7, p<0,01), beş karaciğer kanseri olgusu için SIR 4,1 (%95 GA: 1,3-9,6, p<0,05) ve beş böbrek tümörü olgusu için SIR 4,6 (%95 GA: 1,5-10,8, p<0,05) olarak hesaplandı (Tablo 2). Hastaların kanser görülen yakınlarının yaşı ortalama 58±10 yıldı. Kanser teşhisi olan yakın akrabaların %56'sı erkek ve %7,4'ü aktif sigara içmekteydi. Yakınında kanser görülen ve görülmeyen SS hastaları kıyaslandığında, Sjögren tipi, Schirmer sonucu, fokus skoru, SSA, SSB, ANA, RF, kompleman düzeyleri, IgA, IgM, IgG düzeyleri ve ESSDAİ durumları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda Sjögren sendromlu hastaların yakın akrabalarında genel popülasyon ile karşılaştırıldığında tüm kanserlerin ve organa spesifik belirtilmiş olan kanserlerin gelişme riskinde artış olduğu belirlendi. Literatürde SS hastalarının yakın akrabalarındaki kanser sıklığını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu ilişkinin aydınlatılması için bu konu daha geniş popülasyon tabanlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kanser, yakın akraba

PS-279

Romatolojik hastalıklarda glukokortikoid ilişkili toksisitenin objektif ve prospektif takibi; glukokortikoid toksisite indeksi

Melda Bahap Kara[1], Emine Sarıyıldız[2],
Aygin Bayraktar Ekincioğlu[1], Ömer Karadağ[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Glukokortikoid toksisite indeksi (GTİ), glukokortikoid (GK) ilişkili morbiditenin zaman içerisinde sistematik olarak incelenebileceği, klinik sonuçlara dayalı yeni bir değerlendirme aracıdır. Bu çalışmanın amacı, romatoloji polikliniğinde GK tedavisi alan hastalardaki maruziyetin ve GK ilişkili toksisitenin değerlendirilmesi, yönetiminin sağlanması ve toksisitedeki değişimin takip edilmesidir.

Yöntem: Bu prospektif çalışmada, Ocak 2021-Haziran 2022 arasında romatoloji polikliniğinde romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus (SLE) veya vaskülit tanısı ile GK tedavisi verilen hastalar çalışmaya alındı ve prospektif olarak takip edildi. İlk kez GK başlanan hastalar yeni GK grubu, ≤2 yıldır GK alan hastalar eski GK grubu gruplandırıldı. İki yıldan uzun süredir GK alan hastalar, kümülatif doz hesabı güçlüğü nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Her hasta için GTİ verileri içinde yer alan; beden kitle indeksi (BKİ), kan basıncı, glukoz toleransı, lipid metabolizması, miyopati, deri toksisitesi, nöropsikiyatrik etkiler ve enfeksiyonlar ile birlikte, kümülatif GK maruziyeti başlangıçta (t_0), 3. (t_3) ve 6. ayda (t_6) kaydedildi. Her bir GTİ alanı için yalnızca klinik sonuçlardaki kötüleşmeyi yansıtan kümülatif kötüleşme skoru (KKS) (0 ila 439 puan) ve hem iyileşmeyi hem de kötüleşmeyi yansıtan toplam skor (TS) (-346 ila +439 puan) hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 156 hastanın yaş ortalaması (± SS) 49,1 (±17,1) yıl olup %57,7'si kadındır (Tablo 1). Hastaların 76'sı (%48,7) yeni GK grubundadır. Takip süresince her iki grupta en yaygın gözlenen toksisite; kan basıncı ve BKİ'de artış ile glukoz toleransında bozulma olarak saptandı (Şekil 1). GTİ kullanılarak yapılan 6 aylık takip süresinde; yeni GK grubunda 11 (%14,5) hastaya kalsiyum/D vitamini takviyesi [eski GK grubunda 12 (%15) hasta], 4 (%5,3) hastaya kemik dansitometrisi sonucu osteoporoz tedavisi [eski GK grubunda 11 (%13,8) hasta], 5 hastaya hipertansiyon tedavisi/tedavi dozunda düzenleme (eski GK grubunda 6 hasta), 5 hastaya dislipidemi tedavisi (eski GK grubunda 5 hasta), 1 hastaya diyabet tedavisi (eski GK grubunda 1 hasta) başlandı. Glikolize hemoglobin (HbA1c), kan basıncı veya lipid yüksekliği için 7 (%9,2) hasta (eski GK grubunda ise 4 hasta) bu açılardan takipli endokrin/dahiliye doktoruna yönlendirilerek hastaların tedavilerinde düzenleme yapılması sağlandı. Yeni GK grubunda GTİ-TS puanının 3. ayda 6. aya göre daha yüksek olduğu gözlendi ($p<0,001$), eski GK grubunda ise 3. ve 6. ay arasında anlamlı bir değişiklik gözlenmedi ($p=0,498$) (Tablo 2). Genelleştirilmiş lineer model ile GTİ-TS puanı üzerinde yaş, cinsiyet, başlangıçta hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, diyabet varlığı ile romatizmal hastalık türünün etkisinin olmadığı belirlendi. Buna karşın GTİ-TS puanı; yüksek kümülatif GK dozu ilişkili olmakla birlikte ($p<0,001$), 3. ay izleminde (6. aya göre) ve yeni GK grubunda (eski GK grubuna göre) daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Şekil 2).

Sonuç: Tedavi sürecinde GK toksisitesindeki değişiklikler, GTİ ile toksisite türlerine spesifik olarak tespit edilmiştir. Glukokortikoid tedavisi yeni başlanan hastalarda, özellikle erken dönemde kümülatif GK dozu ve GK ilişkili toksisitelerin daha fazla olduğu görülmüştür. Daha uzun süredir glukokortikoid kullanan hastalarda, toksisite parametrelerinde değişim sınırlı olsa da GTİ kullanımı osteoporoz, kan basıncı gibi sorunların saptanmasında avantaj sağlamıştır. GTİ'nin kliniklerde kullanılması, GK tedavisinin istenmeyen etkilerinin erken dönemde tespit edilerek tedavinin bireyselleştirilmesine ve daha hasta merkezli yönetimine izin verebilecektir.

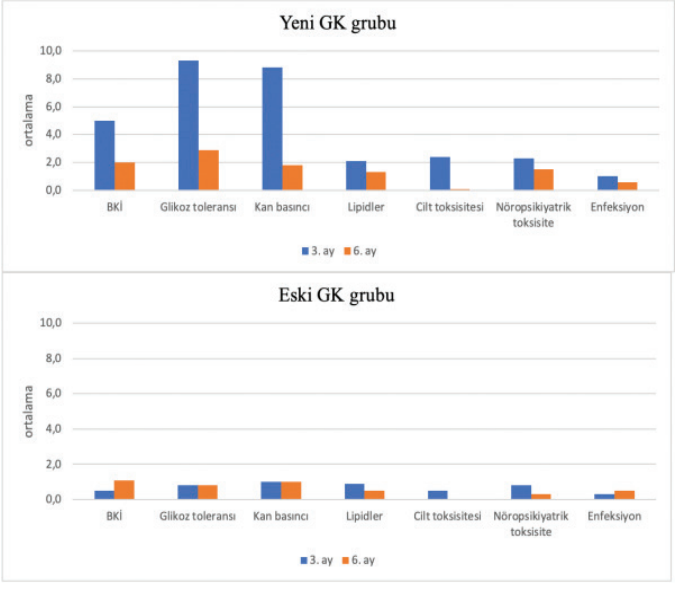
Anahtar Kelimeler: Glukokortikoid toksisite indeksi, romatoloji, istenmeyen etki, kümülatif maruziyet, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, vaskülit

Tablo 1. Demografik bilgiler ve tedavi detayları

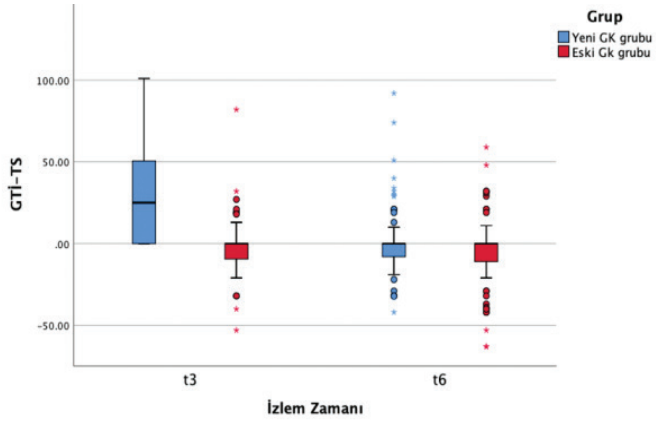
Değişkenler*	Yeni GK grubu n=76	Eski GK grubu n=80	*p* değeri
Yaş	51,1 (17,3)	47,1 (16,8)	0,149
Cinsiyet, Kadın	40 (52,6)	50 (62,5)	0,212
Romatolojik tanılar			
RA	20 (26,2)	18 (22,5)	
SLE	7 (9,2)	14 (17,5)	
GCA	5 (6,6)	8 (10,0)	
Takayasu Arteriti	8 (10,5)	8 (10,0)	
PAN	1 (1,3)	3 (3,8)	-
Anca-ilişkili vaskülit	11 (14,9)	13 (16,3)	
Diğer vaskülitler**	11 (14,5)	8 (10,0)	
Ig-G4 ilişkili hastalık	10 (13,2)	7 (8,8)	
Behçet hastalığı	3 (3,9)	1 (1,3)	
Kronik hastalıklar			
Hipertansiyon	20 (26,3)	31 (38,8)	0,098
Diyabet	17 (22,4)	16 (20,0)	0,717
Hiperlipidemi	6 (7,9)	10 (12,5)	0,343
Koroner arter hastalığı	5 (6,6)	6 (7,5)	0,822
Osteoporoz	2 (2,6)	4 (5,0)	0,682
t_0'dan önce prednizolon süresi, ay	0	14 (12,6)	-
t_0-t_3 arasındaki kümülatif prednizolon dozu (mg)	2142,5 (3308,8)	487,5 (577,5)	<0,001
t_0-t_3 arasındaki günlük prednizolon dozu (mg)	21,5 (34,4)	5 (5,7)	<0,001
t_3-t_6 arasındaki kümülatif prednizolon dozu (mg)	675 (960)	400 (434,7)	<0,001
t_3-t_6 arasındaki günlük prednizolon dozu (mg)	7,5 (8,7)	5 (3,6)	<0,001

*** Kategorik veriler için n (%), yaş hariç sayısal veriler için ortanca (çeyrekler arası dağılım genişliği); yaş için ortalam ± standart sapma.**

GK: Glukokortikoid, RA: Romatoid artrit, SLE: Sistemik lupus eritematozus, GCA: Dev hücreli arterit, PAN: Poliart nodosa, EGPA: Eozinofilik granülomatöz polianjit, GPA: Granülomatöz polianjit, MPA: Mikroskopik polianjit. **Diğer vaskülit: Lökositoklastik vaskülit, Primer SSS vaskülitli, kronik periaortit tanılarını içermektedir.



Şekil 1. Hastalarda 3. ve 6. ay takip sürecinde kümülatif kötüleşme skorunun (KKS) GK toksisite türlerine göre dağılımı



Şekil 2. t3 ve t6 izlem zamanlarında GTİ-TS puanları

PS-280

İlk muayenede vitreus hücresi olup posterior üveiti olmayan behçet sendromu hastalarında posterior üveit riski

Didar Uçar[1,2], Başak Ecem Bircan[3], Nigar Rustamli[3], Bilge Batu Oto[1], Vedat Hamuryudan[2,4], Sinem Nihal Esatoğlu[2,4], Gülen Hatemi[2,4]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Behçet sendromu (BS) hastalarının önemli bir kısmında tanı anındaki biyomikroskobik incelemede vitreus hücresi (VH) saptanmaktadır. Bununla birlikte, VH varlığının prognostik önemi ve immünosüpresif tedavi gerektiren posterior üveit (PÜ) gelişimi ile ilişkisi bilinmemektedir.

Yöntem: 2010 ile 2012 yılları arasında merkezimize ilk kez başvuran ve ISG kriterlerini karşılayan 572 ardışık BS hastasının dosyası incelendi. İlk vizitte 164 hastanın bilateral veya unilateral gözünde VH vardı. Geri kalan hastalardan 229'unda göz muayenesinde patoloji yoktu; 116 hastada bilateral pan veya PÜ vardı; 14 hastada unilateral pan veya PÜ varken diğer gözünde patoloji yoktu; 20 hastada bilateral veya unilateral anterior üveit (AÜ) veya unilateral AÜ ve diğer gözde pan veya PÜ vardı; 29 hastanın ise dosyasında yeterli veri yoktu. Bilateral veya unilateral gözünde VH saptanan 164 hastadan en az 2 yıllık takip süresine sahip 110 hasta çalışmaya dahil edildi (Şekil).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 110 hastanın (68 erkek, yaş ortalaması ± SD: 31±9 yıl) ilk vizitinde 61'inde bilateral VH, 34'ünde unilateral VH ve 15'inde tek gözünde VH ve diğer gözünde ise PÜ vardı. On üç hastada VH ile aynı gözde AÜ de bulunmaktaydı. Ortalama 1,9±1,1 yıl takip sürecinde 24 (%22) hastada PÜ gelişmişti. Bilateral VH olan 61 hastanın 9'unda bilateral olmak üzere toplamda 13'ünde (%21); bir gözünde VH bulunan ve diğer gözünde patoloji olmayan 34 hastanın 6'sında (%18) VH olan gözünde ve bir gözünde VH diğer gözünde ise PÜ olan 15 hastanın 5'inde (%33) PÜ gelişmişti (Şekil). Tek taraflı PÜ olan hastaların %33'ünde karşı gözde de PÜ gelişmesi, BS üveitinin bilateral olma eğiliminden olabilirdi. Bu nedenle, tek gözde pan veya PÜ olan ve diğer gözünde patoloji olmayan hastalara da baktık. Bu gruptaki 14 hastadan sadece birinde bilateral PÜ geliştiğini gözlemledik. PÜ gelişme oranı bir gözünde VH ve diğer gözünde PÜ olan hastalarda daha fazla olsa da aradaki fark anlamlı değildi (5/15 vs. 1/14, p=0,082). İlk muayenede göz muayenesinde VH olan hastalar arasında PÜ gelişen ve geliştirmeyenlerin demografik ve klinik özellikleri ile tedavileri Tablo 1'de sunulmaktadır. Yaş, cinsiyet ve BS belirtileri gruplar arasında benzerdi. İlk 5 yıl içinde immünosüpresif ilaç kullanmış olan 49 hastadan 13'ü PÜ geliştirmişti. Bu 49 hastadan 7'si göz tutulumu için 42'si ise diğer BS belirtileri için immünosüpresif ilaç kullanmıştı. İmmünosüpresif ilaç kullanımı olan ve olmayan hastaların PÜ geliştirme sıklığı benzerdi (13/49 vs. 11/61, p=0,28). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi, aynı gözde VH ile birlikte AÜ bulunmasının VH'li hastalarda PÜ gelişimi açısından bağımsız bir risk faktörü olduğunu gösterdi (OR: 3,80, %95 GA: 1,07-13,4). Tanı yaşı, cinsiyet ve ilk 5 yıl boyunca en az 1 yıl immünosüpresif ilaç kullanımı ve diğer gözde PÜ bulunması PÜ gelişimi ile ilişkilendirilmedi (Tablo 2).

Sonuç: VH'li hastaların %22'sinde 2 yıl içinde posterior üveit gelişmiş olması VH'li hastaların bu açıdan daha yakın takip edilmesi gerektiğini düşündürmüştür. VH olan gözde AÜ bulunması PÜ gelişim riskini 4 kat kadar artırmaktadır. Bu tarz hastalarda immünosüpresif tedavinin PÜ gelişimini önlemedeki yerine dair çalışma gerekmektedir.

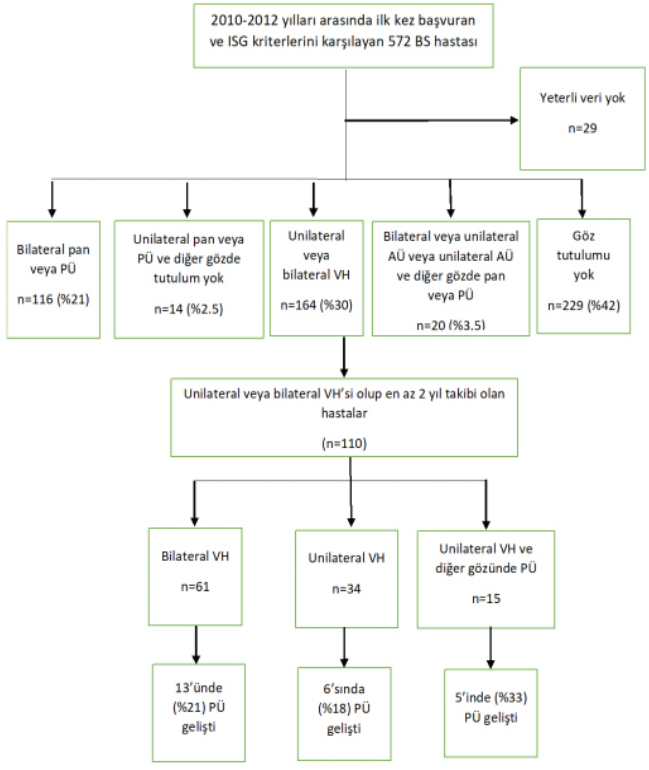
Kısıtlılıklar:

1. Geriye dönük bir çalışma olup göz muayene bulguları hastaların dosyalarından elde edilmiştir. Ancak incelediğimiz 572 hastadan sadece 29'unda eksik veri vardı. Diğer yandan tüm hastaların ilk muayenesi Behçet üvetinde deneyimli 2 göz hekiminden biri tarafından yapılmıştı.

2. İlk muayenede VH olan hastaların %33'ünün 2 yıldan az takibi olduğu için bu hastaları analize dahil edemedik.

3. VH olan hastaların ilk vizitlerinde FFA yapılmamış olup bazı hastalarda asemptomatik posterior segment tutulumunu atlamış olabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, üveit, göz tutulumu, vitreus hücresi, immünosüpresif



Şekil 1. İlk vizitte göz tutulumuna göre hastaların dağılımı ve vitreus hücresi bulunan hastalarda posterior üveit gelişimi

PS-281

ANTİ-MDA5 pozitif dermatomiyozit: Enflamatuvar miyopatiler arasındaki sıklığı, klinik özellikleri ve uzun dönem takip verileri

Ömer Uludağ[1], Gamze Kemeç[2], Shirkhan Amikishiyev[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Bahar Artım Esen[1], Ahmet Gül[1], Murat İnanç[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Anti-melanoma diferansiasyon ilişkili gen 5 (MDA5) pozitif dermatomiyozit (DM) deri ve akciğer tutulumu ön planda olan bir idiyopatik enflamatuvar miyopatidir (İİM). Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı İİM kohortundaki anti-MDA5 pozitif DM olgularının klinik ve laboratuvar özelliklerini, aldıkları tedaviler ve prognozlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: İİM kohortunda immunblot yöntemi ile miyozit spesifik antikor (MSA) paneli çalışılan 100 hasta arasında anti-MDA5 pozitif saptanan 9 hasta (%9) belirlendi. Hastalara ait demografik özellikler, fizik muayene bulguları, laboratuvar ve diğer otoimmün serolojik test sonuçları, elektromiyografi (EMG), görüntüleme verileri, histopatolojik bulgular retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan 9 hastanın 5'i erkekti. Ortalama tanı yaşı 41,4±15,9 ve ortalama takip süresi 5,3±4,6 yıldı. Hastaların tamamı 2017 EULAR/ACR İİM sınıflandırma kriterlerine göre "kesin" İİM olarak sınıflandırıldı. Ayrıca bir hasta aynı zamanda 2019 EULAR/ACR sistemik lupus eritematozus (SLE) sınıflandırma kriterlerini de karşılamaktaydı. Hastalar kas gücü, kas enzimleri, EMG ve manyetik rezonans (MR) görüntülemeleri ile incelendiğinde 3'ü (%33,3) aşikar miyopatik, 2'si (%22,2) amiyopatik, 4'ü (%44,4) ise hipomiyopatik DM olarak değerlendirildi. Tanıda hastaların 6'sında (%66,7) Raynaud fenomeni, 7'sinde (%77,8) artrit, 3'ünde (%33,3) ateş, 4'ünde (%44,4) kilo kaybı, 2'sinde (%22,2) disfaji vardı. Tüm hastalarda tipik DM deri bulguları mevcutken 3 hastada (%33,3) derin ("punched-out") deri ülserleri vardı ve 2 hastada (%22,2) kalsinozis gelişti. Dört hastada (%44,4) interstisyel akciğer hastalığı (İAH) saptandı ve bir hastada 9 ay içerisinde fonksiyonel kötüleşme ve radyolojik progresyon gözlendi. Hastaların 3'ünde (%33,3) hiperferritinemi (3600-5500 ng/mL) mevcuttu. Beş hastada (%55,6) eşlik eden antinüklear antikor (ANA) ve 4'ünde anti-Ro pozitifliği saptandı. Anti-Ro (+) 4 hastada da İAH vardı. Başlangıçta veya takip sırasında hastaların hiçbirinde malignite saptanmadı. COVID-19 pandemisi sonrası tanı konulan 4 hastanın 3'ünde tanı öncesinde (3-6 ay) COVID-19 enfeksiyonu öyküsü vardı. Hasta özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Bulgular: Tüm hastalarda başlangıçta glukokortikoid ve hidroksiklorokin tedavisi verilirken, 4'ünde metotreksat, 4'ünde azatioprin, 5'inde mikofenolat mofetil, 2'sinde takrolimus ve birer hastada siklofosfamid, tofacitinib ve rituksimab kullanılmıştır. Ayrıca 5 hastada takipte yüksek doz (2 gr/kg) intravenöz immünoglobulin gerekmiştir. Hastaların tamamının takibi sürmektedir.

Sonuç: İİM kohortumuzda anti-MDA5 pozitif DM sıklığı ABD ve Avrupa ile benzerlik göstermektedir. Bu hasta grubunda aşikar miyopati sıklığının düşük olması yanında derin deri ülserleri ve hiperferritinemi gibi hastalığa özgü bulgular gözlenmiştir. Malignite ile ilişki saptanmamıştır. COVID-19 enfeksiyonu ile zamansal ilişki dikkat çekmiştir. İİM hastalarında spesifik otoantikorların tayini, farklı alt grupların tanınması ve izlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, otoantikor, interstisyel akciğer hastalığı

PS-282

Sistemik sklerozlu hastaların solunum fonksiyon testlerine uyumu

Gül Sandal Uzun[1], Alper Sarı[2], Oğuz Karcıoğlu[3], Erdinç Ünaldı[1], Elif Naz Sancar[3], Büşra Fırlatan[1], Levent Kılıç[1], Ali Akdoğan[1]

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

[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarında ağız açıklığında azalma, göğüs derisinde sertleşme, malnütrisyon, azalmış kas kütlesi veya solunum fonksiyon testi (SFT) aparatının kavranmasındaki zorluk gibi nedenler solunum fonksiyonlarının ölçümünü etkileyebilir. Bu çalışmada SSk hastalarında SFT'nin Amerikan Toraks Cemiyeti'ne (ATS) kılavuzuna göre kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesi araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 18 Nisan 2023 tarihinden itibaren Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Kliniği'ne başvuran SSk tanılı hastalar dahil edildi. 77 SSk hastasının demografik ve klinik değerlendirmeleri detaylı olarak kaydedildi. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran yaş ve cinsiyetleri eşleştirilmiş 100 hasta kontrol grubu olarak dahil edildi. Ön kesici dişler arası mesafe (<40 mm=azalmış), göğüs ekspansiyonu (<2,5 cm=azalmış), ellerde kontraktür varlığı, üst ektremite kas gücü ve malnutrisyon durumu (MUST skoru) değerlendirildi. Hastalarda SFT testi kabul edilebilirliği ATS kılavuzuna göre değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubu kılavuza göre iki gruba ayrılarak analiz edildi (kabul edilebilirlik=A/B/C (Grup 1) ve kabul edilebilirlik =D/E/F/U (Grup 2).

Bulgular: Analize dahil edilen 77 SSk (%93,5 kadın) hastasının yaş ortancası 56,8 (21,4-76) idi. Hastaların 26'ünde (%33,8) diffüz SSk, 33'ünde (%42,9) interstisyel akciğer hastalığı vardı. SSk hastalarının SFT testinin kabul edilebilirliği kontrol grubuna göre daha düşüktü (Grup 1 oranı: %55,8'e karşı %80; p<0,001). Grup 2 SSk hastaları grup 1'e göre daha yaşlıydı; mRSS bu grupta daha yüksekti; ellerde kontraktür varlığı, göğüs ekspansiyonunda azalma, yapabilenlere göre daha sıktı (Tablo 1). Grup 2 hastalarda diffüz SSk ve İAH daha yüksek orada olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmıyordu. SFT'yi etkileyecek birden fazla risk faktörü varlığında kabul edilebilir ölçümleri olan hasta oranı artmaktaydı (Tablo 2).

Tartışma: Sistemik skleroz hastalarında diğer hastalıklara kıyasla SFT'nin kabul edilebilirlik oranı daha düşüktür. Deri tutulumu şiddeti, eklem kontraktürü varlığı bu ölçümlerin uygun yapılmasını engelleyen faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz hastalık, sistemik skleroz, solunum fonksiyon testi, Amerikan Toraks Cemiyeti (ATS) kılavuzu, SFT uyumluluğu

PS-283

B/TSDMARD kullanan romatoid artrit hastalarında subkondral radius kistlerinin sıklığı ve önemi

Umut Kalyoncu, Gizem Ayan

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

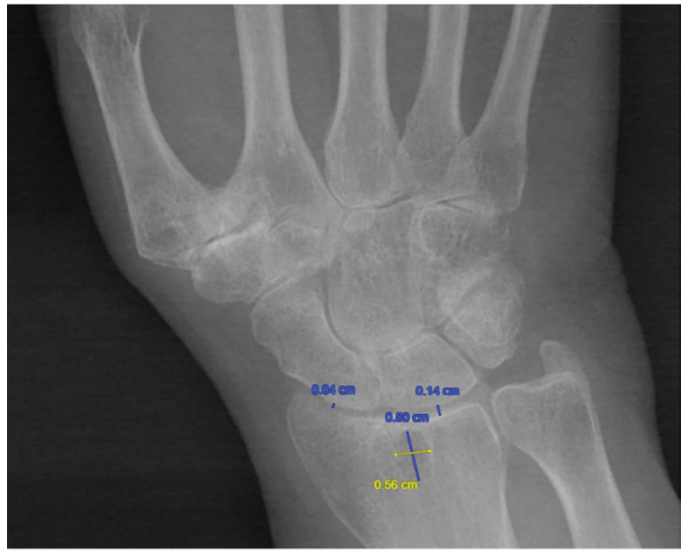
Amaç: Romatoid artritli (RA) hastalarda subkondral kistlerin varlığı uzun zamandır bilinmektedir. Jeolojide kullanılan "goede" kavramı, bu kistleri adlandırmak için kullanılabilecek en iyi terminolojidir. Bu değerlendirmede, bir biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç (bDMARD) kohortundaki RA hastalarında radiustaki goedelerin sıklığını, dağılımını ve özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: HÜR-BIO veri tabanı 2005 yılında kurulmuştur, Ocak 2023 itibariyle 2355 RA hastası kayıtlıdır. HUR-BIO'da en az bir el röntgeni olan ilk 500 hastanın en son çekilen ön-arka standart el röntgenleri değerlendirilmiştir. Goedelerin lokalizasyonu ve boyutu, radiusun distal kısmına olan mesafesi, goedelerden radiusa olan mesafe ve radius ile karpal kemik arasındaki mesafe ölçüldü. Radius ile skafoid arasındaki mesafe ve radius ile lunat kemik arasındaki mesafe en dar noktadan ölçüldü (Şekil 1). Karpal kemiklerin tutulumu modifiye Larsen skoruna göre değerlendirildi. Demografik, klinik özellikler değerlendirildi ve goede olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Beş yüz hastadan 28'inde (%5,6) radyografilerde goede varlığı veya yokluğu belirlenemedi. Yirmi dört (%4,8) hastada radiusta kistik-eroziv değişiklikler vardı, ancak radius korteksinin kemik bütünlüğü bozulduğu için bu hastalar analize dahil edilmedi. Bu hastaların 63/448'inde (%14,1) goede saptandı. El grafisi çekildiğinde ortalama (SD) yaş goede olan ve olmayan hastalarda sırasıyla 54,4 (12,4) ve 51,1 (12,9) idi. Goede olan ve olmayan hastaların karşılaştırılmasında erkek cinsiyet, anti-CCP pozitifliği ve hastalık süresi açısından farklılıklar vardı. Goede olan hastalarda karpal kemiklerdeki Larsen skoru daha kötüydü (Tablo 1). Altmış üç hastada 8 (%12,6) tek taraflı tek kist 37 (%58,7), tek taraflı çift kist 14 (%22,2), iki taraflı 12 (%19,0) olmak üzere toplam 98 kist saptandı. Sağda baskın kist 40 hastada ve ikinci kist 14 hastada bulunurken, solda baskın kist 35 hastada ve ikinci kist 9 hastada bulundu. Bu kistlerin etrafındaki skleroz dağılımı şu şekildeydi; yok 4 (%4,1), hafif 59 (%60,2), orta 33 (%33,7), belirgin 2 (%2,0). Kistin üst ucu ile radius arasındaki mesafe ortalama (SD) 1,7 (0,67) mm idi. Çoklu kisti olan 26 hastada anti-CCP antikor pozitifliği daha sıktı (%90,0'a karşı %64,3, p=0,043) ve Larsen skoru 2 veya daha yüksekti (%92,3'e karşı %67,6, p=0,020). 50 mm^2'den büyük subkondral kisti olan hastalar daha sık erkekti (%64,7'ye karşı %21,7; p=0,001), sigara kullanımı daha sıktı (%76,5'e karşı %43,2; p=0,02) (Tablo 2).

Sonuç: b/tsDMARD kullanması gereken RA hastalarından oluşan bir kohortta, hastaların %14'ünde radiusta goedeler bulunmuştur. Bu kistler genellikle tekti ancak hastaların beşte birinde iki taraflıydı. Kistlerin çapı ve sayısı ile anti-CCP pozitifliği ve cinsiyet arasındaki ilişki, bu hastaların daha eroziv seyirli bir alt grubu temsil edebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kist, radyus, radyografi



Şekil 1. Ölçümlerin şematik gösterimi

PS-284

Orbital enflamatuvar hastalık: Tanı, takip ve tedavisine multidisipliner yaklaşım

Zeynep Toker Dinçer[1], Mehmet Serhat Mangan[2], Serdar Arslan[3], Onur Erdem Şahin[4], Övgü Aydın Ülgen[5], Ahmet Murat Sarıcı[6], Emire Seyahi[1]

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

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sadık Eratik Göz Kliniği, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

[5]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[6]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

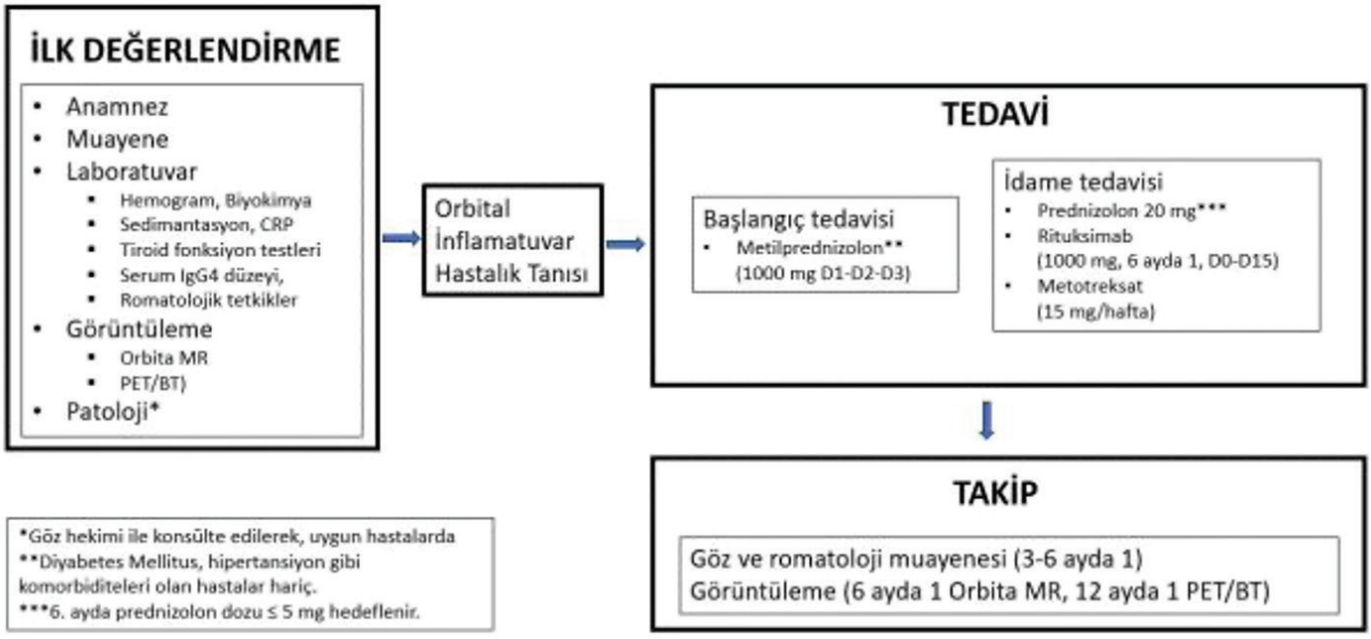
Amaç: Pseudotümör orbita olarak da bilinen orbital enflamatuvar hastalık (OİH), orbital dokuların (ekstraoküler kas, yağ, sklera, lakrimal bez ve göz kapakları) enflamasyonu ile karakterize, etiyolojisi belli olmayan bir hastalıktır. Tanı, takip ve tedavisi hakkında literatür verisi kısıtlıdır. Çeşitli enflamatuvar hastalıklar ile birlikte ya da idiyopatik olabilmektedir. Tanı, görüntüleme (orbita MR ve PET/BT) ya da mümkün olduğunda biyopsi ile konmaktadır. Birinci basamak tedavide glukokortikoidler (GK) kullanılmaktadır. Dirençli hastalardaki tedavi yaklaşımı kesinlik kazanmamakla beraber rituksimabın (RTX) etkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmamızda OİH tanısı almış hastaların klinik bulgularını, tedavi yaklaşımlarını ve prognozlarını retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Mart 2017 tarihinden itibaren İÜC, CTF göz hastalıkları kliniği ile ortaklaşa bir plan çerçevesinde OİH hastalarını standart bir şekilde izlemekte ve tedavi etmekteyiz (Şekil 1). Bu program çerçevesinde, hastalar hem romatoloji hem de göz kliniklerinden 3-6 ay aralıklı vizitler ile takip edilmektedir. İlk başvuru ve takipte görüntülemeler Orbita MR ve PET/BT ile yapılmaktadır. GK dirençli hastalara RTX ve metotreksat (MTX) tedavisi uygulanmıştır. Haziran 2023 itibariyle kohorta dahil olan toplam 51 (34 K/17 E) hastanın klinik özelliklerini, görüntülemelerini ve histopatolojik bulgularını dosya kayıtlarından inceledik.

Bulgular: Çalışmaya alınan 51 hastanın ortalama başvuru yaşı 45,6±12,9 yıldı (Tablo 1). Semptom başlangıcı ile romatoloji kliniğine başvuru zamanına kadar geçen süre medyan 13 (1-297) aydı. Kliniğimize başvurmadan önce göz hekimi tarafından 43 (%84,3) hastaya oral veya parenteral GK, 6 (%11,8) hastaya radyoterapi, 7 (%13,7) hastaya cerrahi, 1 hastaya intra-orbital GK uygulanmıştı. Başlıca yakınmalar ptozis (%90,2), göz kapağında şişlik (%84,3), göz ağrısı (%64,7) ve göz hareketlerinde kısıtlılıktı (%56,9) (Tablo 1). Hastaların 49'unda (%96,1) hastalık başlangıcında unilateral (sağ: n=24, sol: n=25) tutulum mevcuttu. Orbita MR bütün hastalarda yapılmıştı ve ekstra-orbital kas, periorbital deri, lakrimal gland, optik sinir tutulumlarına işaret etmişti (Tablo 2). PET/BT yapılan 50 hastanın 15'inde, MR bulgularıyla uyumlu olarak orbitada FDG tutulumu saptandı. Toplam 23 hastaya (%45,1) biyopsi yapılmıştı ve çoğunlukla lenfositten zengin eozinofillerin de eşlik ettiği hücre infiltrasyonu gözlendi. IgG4 çalışılmış 8 biyopsinin hiçbirinde IgG4 ilişkili hastalık gözlenmedi. Toplam 11 (%22) hastada geçmişte veya güncel tetkikler sırasında ortaya çıkan ek enflamatuvar hastalık olduğu gözlendi. Ayrıca, 3 hastada lenfoma (bir hastada eş zamanlı, iki hastada takip sırasında) saptandı (Tablo 1). Medyan izlem süresi 23 (min-maks: 3-83) aydı. Toplam 44 (%86,3) hasta RTX, 40 (%78,4) hasta ise MTX tedavisi almıştı. RTX kurs sayısı medyan 2 idi (min-maks: 1-6). En az 2 kurs RTX almış 33 hastanın 32'sinde klinik yanıt alındı. Bu 32 hastanın 21'inin kliniği tamamen düzeldi, 11 hastada ise göz hekimi tarafından sekel olarak düşünülen hareketle olan diplopi, ptozis, aralıklı, hafif şiddette ağrı, göz kapağında hafif şişlik şikayetlerinden biri veya birkaçı kaldı. Klinik remisyona giren hastalarda orbita MR ve PET/BT bulguları uyumlu bulundu. RTX tedavisi ile 24 (%47) hastada GK tedavisinin tamamen kesilebildiği görüldü. RTX tedavisine refrakter bir hastada ciddi hastalık nüksü üzerine siklofosfamid uygulandı.

Sonuç: Çalışmamız, histopatolojik veri eksikliğine rağmen önemli sonuçlar içermektedir. OİH; yalnızca gözün lokal enflamasyonu olarak düşünülmeyip, sistemik açıdan da detaylı bir şekilde irdelenmesi gereken, göz hastalıkları, romatoloji, radyoloji/nükleer tıp ve patoloji gibi çeşitli bilim dallarının multidisipliner iş birliği içerisinde çalışması gereken bir hastalıktır. Etiyolojiyi açıklayabilecek IgG4 ilişkili hastalık, lenfoma, sarkoidoz, tiroid oftalmopati gibi hastalıklar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayırıcı tanı ve takipte görüntülemede orbita MR ve PET kullanılmalıdır. Göz hekimi ile birlikte biyopsi alınabilirliğini değerlendirerek dirençli, kemik yapılara invazyon gösteren veya atipik görüntülemesi olan hastalarda biyopsi düşünülebilir. GK ile kombine RTX ve MTX kullanımı hem GK kullanım süresini azaltmakta hem de nükslerle giden bu hastalıkta alevlenme sıklığını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pseudotümör orbita, rituksimab, glukokortikoid



Şekil 1. Orbital enflamatuvar hastalık için tanı, takip ve tedavi algoritması

PS-285

Biyolojik DMARD tedavisi başlanılan psöriatik artrit hastalarında takip süresi 10 yılın üzerinde olanların klinik ve demografik özellikleri

Gözde Sevgi Kart Bayram, Büşra Fırlatan, Emre Bilgin, Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Gül Sandal Uzun, Mustafa Ekici, Erdinç Ünaldı, Buğu Bulat, Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

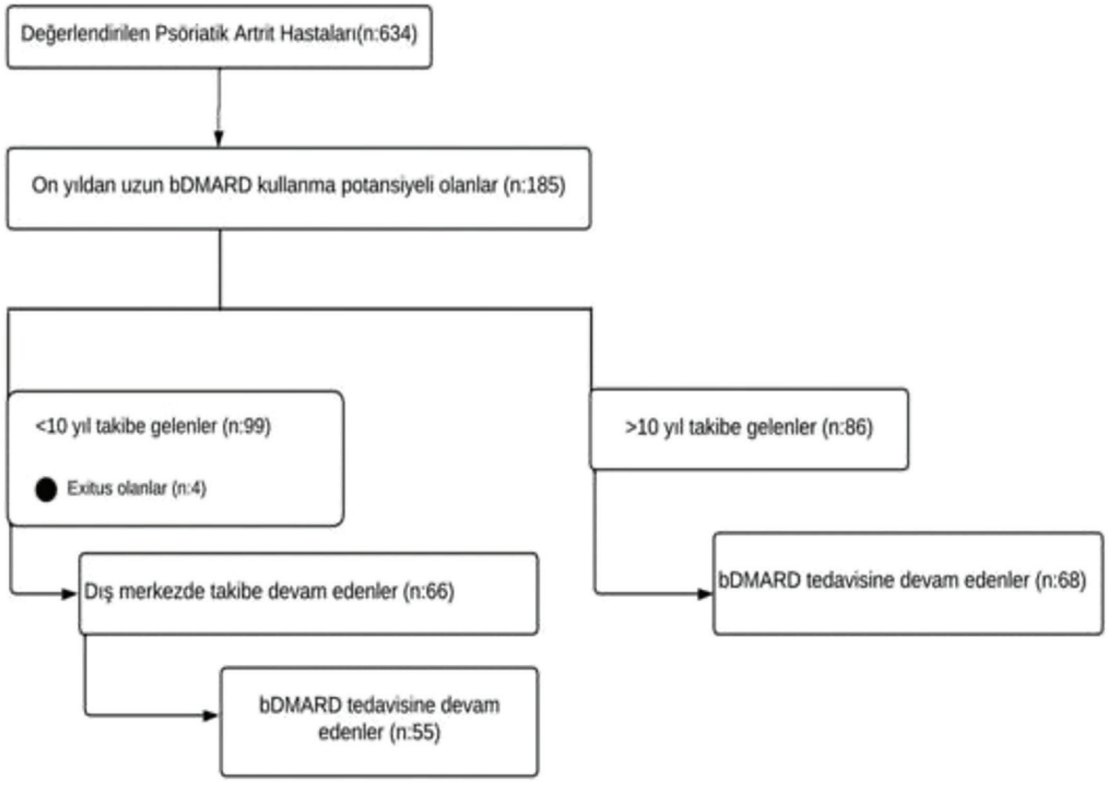
Amaç: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (bDMARD) psöriatik artrit (PsA) hastalarında 2 dekat kullanılmaktadır. Bu çalışmada on yıldan uzun süre bDMARD alma potansiyeli olan PsA hastalarının takibe gelme oranları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada 2005-2023 yılları arasında HUR-BIO'da (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik veri tabanı) kayıtlı 634 PsA hastası vardır. 2013 yılından önce bDMARD tedavisi başlanılan toplam 185/643 (%28,8) PsA hastası analize dahil edilmiştir. On yıldan uzun süre bDMARD kullanma potansiyeli olan hastalar 10 yıl ve üzerinde takibe devam edenler ve 10 yılın altında takibe gelenler olarak iki gruba ayırıldı. Hastaların klinik, demografik özellikleri, ilk başlanılan bDMARD özellikleri karşılaştırıldı. On yılın altında takibe gelenlerin dış merkezdeki son bDMARD rapor yenileme tarihleri değerlendirilerek dış merkezde 10 yılın üzerinde takibe devam edenler belirlendi.

Bulgular: Toplam 185 hastanın 86'sının (%46,4) takip süresi 10 yıl ve üzerindeyken, 99 hastanın (%53,5) takip süresi 10 yılın altındaydı. On yılın altında takipli olan 4 hastanın izlemde eksitus olması nedeni ile çalışmadan çıkarıldı. Takip süresi 10 yıldan uzun olan hastaların 56'sı kadındı (%65,1), 68/185 (%36,7) hasta son vizitte bDMARD tedavisine devam ediyordu. Hastaların demografik ve klinik özellikleri arasında belirgin fark yoktu. Ankara'da yaşayanlar daha sıklıkla on yıldan daha uzun süre takibe gelmişti (Tablo 1). Biyolojik DMARD'lar arasında değişim uzun süreli takip olan hastalarda daha sıktı (%83,7 karşı %50,5, p<0,001). İlk tedavi seçeneği olarak intravenöz (iv) yol tercih edilen hastaların on yılın üzerinde devamlılık oranı daha fazla saptandı (%40,6 karşı %26,3, p=0,04). Cinsiyet, başvuru yeri ve biyolojik DMARD'ın uygulama yolu değişkenleriyle oluşturulan çok değişkenli modelde, yalnızca başvuru yeri modelde istatistiksel anlamını korudu [OR 3,3 (1,8-6,1)]. Merkezimizin takibinden çıkan 95 hastanın 66'sının dış bir merkezde takip edildiği, 55'inin halen bir bDMARD tedavisi aldığı görüldü. Buna göre 10 yıldan daha uzun süre takip edilme potansiyeli olan PsA hastalarının 154'ü (%83,2) halen bir romatoloji merkezinde takipte, 123'ü (%66,4) halen bir gelişmiş tedavi almaktaydı.

Sonuç: Biyolojik DMARD kohortunda PsA hastalarında on yıldan uzun süreli aynı merkezde takip %46, herhangi bir merkezde takip edilme ise %83'tür. Bu oranlar bDMARD kullanan PsA hastalarının klinik durumunun ağırlığına işaret etmektedir. Hastaların üçte ikisi on yıldan uzun süreli takipte bir bDMARD'ı halen kullanmaktadır ancak hastaların çoğunluğunda bDMARD'lar arasında değişim yapılmıştır. Hastaların yaşadıkları merkeze yakınlıkları takip oranlarını artırmaktadır. Başlangıç tedavisi olarak iv tedavi seçilenlerin takiplere gelmesi daha sıktır. Bunun nedeni hastaların merkeze alışma süreci ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma bDMARD kullanan PsA hastalarının on yıldan uzun süreli takiplerindeki sonuçlarını göstermesi açısından oldukça yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, bDMARD, takip süresi



Şekil 1. Çalışma popülasyonunun seçiminde akış diyagramı

PS-286

İdiyopatik granülomatöz mastit hastalarında intralezyonel steroid tedavisi

Mesude Seda Aydoğdu[1], Ahmet Karataş[1], Hakan Artaş[2], Süleyman Serdar Koca[1], İbrahim Gündüz[1]

[1]Fırat Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Elazığ
[2]Fırat Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Elazığ

Amaç: İdiyopatik granülomatöz mastit (İGM), kronik enflamatuvar nadir bir meme hastalığıdır. Histopatolojisi non-kazeifiye granülomların varlığı ile karakterizedir. Etiyolojisinde oral kontraseptif kullanımı, gebelik, emzirme öyküsü, yüksek prolaktin seviyeleri, sigara ve kimyasal iritasyonlar suçlanmakla birlikte tam olarak aydınlatılamamıştır. Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi Romatoloji ve Radyoloji Bölümleri'ne yönlendirilen İGM hastalarının konversiyonel DMARD tedavilerinin yanında intralezyonel steroid uygulaması ile elde edilen yanıtları çalıştık.

Yöntem: Çalışmaya 2021 ile 2023 yılları arasında takip edilen 78 İGM tanılı kadın hasta dahil edildi. Ortalama yaşı 36,5±6,8 yıl olan hastaların patolojileri İGM ile uyumlu olarak geldi. Ayırıcı tanılar açından diğer granülomatöz mastit yapabilecek durumlar dışlandı. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle, SPSS 22 programı kullanılarak, analiz edildi. Yetmiş sekiz hastadan 1 tanesi takipleri sırasında tedavisini kendi isteği ile kesti. Hastaların vücut kitle indeks ortalamaları normalin üstünde 27±3,4 kg/m²'di. Hastaların tamamı doğum yapmıştı. Demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Çalışmamızda hastaların %41'i tanı öncesi veya sonrası antibiyotik tedavisi aldı, en sık kullanılan tedaviler ise oral steroid (%87,2) ve metotreksat (%84,6) olduğu görüldü. (Tablo 2). Hastaların %53,8'sinde (42 hasta) tam yanıt alındı. İL steroid yapılan hastaların %61,3'ü tam yanıtlıyken, yapılmayan hastaların sadece %28,6'ı tam remisyona ulaştı, istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p=0,026). Tam yanıt alınan hastaların almış olduğu tedaviler ile takipte olan hastaların almış olduğu tedaviler açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi (p=0,226). İL steroid enjeksiyon yapılan ve yapılmayan hastalar arasında almış oldukları tedavi açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi (p=0,789) (Tablo 3). Tam yanıt alınan hastalarda İL steroid enjeksiyon sayısı (p=0,03) ve total steroid dozu (p=0,054) daha düşük saptandı. Tanı sırasında bakılan CRP ile yapılan İL enjeksiyon sayısı (r=380, p=0,002) ve total İL steroid dozu (r=0,439, p=0,001) pozitif korelasyon bulundu.

Bulgular: İGM tanısı ve etiyoloji aydınlatılamamış yetim bir hastalık olup son zamanlarda immünosüpresif tedavilerden yanıt alınması nedeni ile romatolojinin ilgi alanına girmiştir. Gebelik sayısı arttıkça yapılan İL enjeksiyon sayısı artmış olduğundan (r=0,276, p=0,048), çoğul gebelik ve/veya çoklu sayıda emzirme şiddetli hastalık için risk faktörü olabileceğini düşündük. Tanı sırasında bakılan CRP düzeyi ile yapılan İL enjeksiyon sayı ve dozu arasındaki korelasyon, başlangıçta yüksek CRP değerine sahip hastalarda İL lezyonel steroide dirençli olacağından daha yüksek dozda steroid ya da alternatif tedavi düşünülmesi gerektiğini ön gördürebilir. İL steroid uygulama sayısı ve dozu remisyona ulaşmayan hastalarda daha çok olması, agresif seyreden hastaların tedavi ihtiyacının artması beklenen bir sonuç olarak yorumladık.

Sonuç: Son yıllarda yayınlanan literatürlerde İL steroid uygulama sıklığı artışı görülmektedir. Çalışmamızda İL steroid uygulanan ve uygulanmayan hastaların aldıkları tedaviler birbirine benzer olup remisyona ulaşması açısından İL steroid uygulanan hastalarda anlamlı fark görüldü. İL steroid uygulamanın tedavi yanıtı açısından olumlu katkısının olacağını düşündürdü. Ayrıca sistemik yan etki riskini azaltması ve tedavi yanıtını hızlandırması önemli bir avantaj olarak görüldü. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına duyulan ihtiyaç devam etmektedir.



Resim 1. Tedavi öncesi



Resim 2. Tedavi sonrası

A

Abbas Karakurt PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Abdulbaki Ağaçkıran SS-029
Abdulbaki Gaydan PS-092, PS-120, SS-031
Abdullah Sivrikaya PS-047
Abdullah Taylan PS-035, PS-066
Abdulsamet Erden SS-001, SS-010, PS-013, PS-014, PS-019, PS-020, PS-024, PS-050, PS-078, PS-087, PS-115, PS-154, PS-155, PS-187, PS-194, PS-229, PS-240, PS-252
Abdurrahman Can PS-215
Abdurrahman Soner Şenel PS-007, PS-084
Abdurrahman Tufan PS-007, PS-019, PS-051, PS-084, PS-110, PS-133, PS-155
Abdülsamet Erden SS-004, PS-051, PS-077, PS-082, PS-133, PS-214, PS-256, PS-258, PS-270, SS-028
Adalet Elçin Yıldız PS-235
Adem Ertürk PS-152, PS-207
Adem Özdemir SS-026
Afig Berdeli PS-219
Ahmed M. A. Abuassba PS-009
Ahmet Amma0 SS-005
Ahmet Burhan Ferhanoğlu PS-182
Ahmet Furkan Çolak PS-233
Ahmet Gül SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-186, PS-281
Ahmet İlbay PS-092, PS-120, SS-031
Ahmet Karataş PS-046, PS-286
Ahmet Kaya Bilge SS-008, SS-018
Ahmet Kıvanç Cengiz PS-205
Ahmet Merih Birlik SS-023, PS-052, PS-221
Ahmet Mesut Onat SS-010
Ahmet Murat Sarıcı PS-284
Ahmet Omma SS-010, PS-034, PS-040, PS-083, PS-110, PS-127, PS-133, PS-144, PS-148, SS-025
Ahmet Öz PS-022, PS-042
Ahmet Peker PS-241
Ahmet Sami Varol PS-237
Ahmet Sinan Cabi PS-097
Ahmet Uslu PS-120
Ahmet Usta PS-092, SS-031
Akif Kavga OS-003
Alba Pérez-linaza PS-122
Ali Akdoğan SS-011, PS-003, PS-004, PS-025, PS-031, PS-048, PS-055, PS-088, PS-100, PS-104, PS-117, PS-133, PS-142, PS-159, PS-165, PS-183, PS-231, PS-275, PS-282, PS-285, SS-030, SS-035
Ali Aykut Fidancı PS-104
Ali Ekin PS-196
Ali İhsan Ertenli SS-004, SS-011, PS-003, PS-055, PS-058, PS-082, PS-270, PS-275, SS-030
Ali Karakaş PS-248
Ali Ömer Acar PS-012
Ali Uğur Ünal SS-010
Alican Karakoç PS-075, PS-174
Alida Aliyeva PS-007, PS-086, PS-108, PS-130, PS-176
Alihan Özay PS-022
Aliyeva Numune PS-133
Alp Çetin PS-233
Alper Demirkol PS-046
Alper Sarı PS-004, PS-013, PS-014, PS-020, PS-025, PS-077, PS-088, PS-104, PS-110, PS-133, PS-159, PS-282, SS-028
Alptuğ Hekimcan Kaynar PS-004
Amra Adrovic PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Andrew Östör PS-026
Andris Kronbergs PS-010
Anıl Uğurlu PS-172
Ann Leung PS-010
Arzu Okyar Baş PS-068
Arzu Poyanlı SS-008
Asena Eken SS-026
Aslı Gürel Bedir PS-147
Aslıhan Apaydın Rollas PS-275
Aslıhan Avanoğlu Güler PS-050, PS-051, PS-115, PS-133
Aslıhan Uzun Bektaş PS-244
Aşkın Ateş SS-010, PS-033, PS-082, PS-092, PS-120, PS-224, PS-270, SS-004, SS-025, SS-031
Ata Murat Kaynar PS-004
Atalay Doğru SS-010, PS-162, PS-189, PS-222, PS-223, PS-249, PS-260
Atul Deodhar PS-010
Aybüke Günalp SS-012, PS-027, PS-102, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Aydan Köken Avşar PS-007, PS-084
Aydan Yekedüz Bülbül PS-202
Aygin Bayraktar Ekincioğlu PS-279

Aykut Ferhat Çelik SS-024, PS-042
Ayla Avcu PS-019
Ayla Şahin PS-017, PS-107
Aylar Poyraz OS-003
Aylin Canik PS-080
Aylin Heper SS-025
Aylin Somun Ocaklı PS-015
Aynur Aday PS-017, PS-107
Aynur Azizova PS-138
Aysu Kahraman PS-048, PS-072, PS-142
Aysun Aksoy SS-015, PS-002
Aysun Kapusuz PS-089
Ayşe Ayan PS-161, PS-195
Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer PS-074
Ayşe Balat OS-009
Ayşe Çefle SS-005, SS-012, PS-007, PS-045, PS-056, PS-073, PS-110, PS-113, PS-125, PS-170, PS-261, SS-010
Ayşe Çolak PS-052
Ayşe Elif Boncukçuoğlu SS-006, SS-015
Ayşe Ergüney Çefle PS-084
Ayşe Koçak PS-268
Ayşe Nur Bayındır Akbaş PS-096, PS-131
Ayşe Nur Turgut PS-009
Ayşe Özcan PS-009
Ayşe Özdede PS-001, PS-065, PS-075, PS-174
Ayşe Serra Artan PS-186
Ayşe Tana Aslan OS-003
Ayşegül Avcu PS-060
Ayşegül Karalezli PS-034, PS-148
Ayşegül Özdoğan Bircan PS-178
Ayşenur Paç Kısaarslan PS-128
Ayşenur Yalçıntaş Kanbur PS-067
Ayşenur Yılmaz PS-080
Aytekin Ödevci PS-004
Ayten Özkan PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210
Ayten Yazıcı SS-005, SS-012, PS-045, PS-056, PS-073, PS-084, PS-110, PS-113, PS-125, PS-170, PS-261
Ayten Yazıcı0 SS-010

B

Bahar Artım Esen SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-186, PS-281
Bahar Keleşoğlu SS-010
Bahar Özdemir Ulusoy PS-016, PS-040, PS-076, PS-144
Bahri Akdeniz PS-052
Balahan Makay PS-244
Banu Çelikel Acar PS-128
Banu Çiçek Yalçın Dulundu PS-245
Banu Yaman PS-209
Barış Çabuk PS-272
Başak Ecem Bircan PS-280
Başak Gülşah Kalaslıoğlu SS-003
Başak Yalıcı Armağan SS-009
Batuhan Küçükali OS-003
Baver Ordu PS-006
Bayram Farisoğulları PS-183
Beatriz Joven Ibañez PS-122
Bedrettin Yıldızeli PS-002, PS-231
Begüm Akar PS-131
Belde Kasap Demir PS-128
Belkıs Nihan Coşkun SS-004, SS-007, PS-007, PS-039, PS-043, PS-082, PS-097, PS-160, PS-270, SS-027
Bengisu Aslan PS-250
Bengisu Ünlü PS-132
Berivan Bitik SS-002, PS-067
Berkan Armağan SS-010, PS-013, PS-014, PS-020, PS-025, PS-034, PS-040, PS-076, PS-077, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148, SS-025, SS-028
Berna Göker SS-001, PS-019, PS-024, PS-051, PS-078, PS-084, PS-087, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214, PS-278
Betül Dikkanoğlu Demirok PS-261
Betül Öğüt SS-025
Betül Sözeri PS-128, PS-149
Bilge Arslan PS-209
Bilge Başakçı Çalık PS-096, PS-129, PS-131, PS-161, PS-173
Bilge Batu Oto PS-280
Bilge Çetinkaya Demir PS-043
Bilgin Arda PS-200
Bilgin Karaalioğlu SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119, PS-143, SS-032
Bledjan Çuni PS-264
Bora Uzuner PS-205

Bruno Fautrel PS-026
Buğu Bulat PS-041, PS-055, PS-117, PS-123, PS-153, PS-235, PS-275, PS-285
Burak İnce SS-005, PS-005, PS-028, PS-106, SS-032
Burak Okyar PS-007, PS-263
Burak Şahin PS-084
Burcu Balam Doğu PS-068
Burcu Ceren Uludoğan PS-064, PS-105, PS-121, PS-271
Burcu Gül Kaya PS-051
Burcu Yağız SS-004, SS-007, PS-082, PS-110, PS-160, PS-270
Burcugül Kaya SS-001, PS-024, PS-078, PS-087, PS-155, PS-187, PS-214, PS-258
Burçak Kılıçkıran Avcı PS-037, PS-174
Burçin Şener PS-015, SS-026
Bünyamin Kısacık SS-010
Bünyamin Polat PS-040, PS-076, PS-144
Büşra Fırlatan SS-011, PS-003, PS-055, PS-063, PS-088, PS-123, PS-165, PS-231, PS-275, PS-282, PS-285, SS-030
Büşra Özçimen PS-133
Büşra Sultan Cesur PS-015

C-Ç

Cafer Balcı PS-068
Can Ceylan PS-209
Can Karaca PS-246
Can Öner PS-158
Caner İncekaş SS-002
Cansu Akleylek PS-128
Cansu Arslantürk Güneysu PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Caroline Johnson PS-010
Catherine O'sullivan PS-057
Cemal Bes SS-004, SS-010, SS-012, SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-082, PS-106, PS-110, PS-119, PS-125, PS-143, PS-204, PS-270, SS-032
Ceren Demir PS-145
Ceyda Arslanoğlu PS-128
Cihat Burak Sayın SS-002
Claire T. Deakin PS-057
Concepción Fito Manteca PS-122
Cüneyt Özer PS-045
Çağatay Çimşit SS-015, PS-176
Çağdaş Şahap Oygür PS-067
Çağlar Çakır PS-225
Çağman Tan PS-180
Çağrı Turan PS-207
Çetin Ergül PS-092, PS-263, SS-031
Çisem Okur Maden PS-041

D

Damla Gürleyik PS-027
Damla Karataş PS-071, PS-177, PS-179, PS-185
Damla Karataş Kızıl PS-098, PS-114, PS-139
Damla Kızıl PS-192
Defne Özkoca PS-001
Demet Yalçın Kehribar PS-171
Demircan Özbalcı PS-249
Denis Poddubnyy PS-010
Deniz Gezgin Yıldırım OS-003
Deniz Gezgin Yıldırım0 PS-128
Deniz Özel PS-090, PS-132
Deren Esencan PS-118
Derya Akarken PS-157, PS-172, PS-199
Derya Baykız SS-008
Derya Kocakaya SS-015, PS-002, PS-176
Derya Yıldırım SS-001, PS-007, PS-019, PS-024, PS-051, PS-078, PS-087, PS-115, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214, PS-256
Désirée Van Der Heijde PS-010
Didar Uçar PS-022, PS-032, PS-042, PS-280
Didem Arslan PS-070, PS-239
Didem Karaduman PS-068
Didem Özkan PS-166, PS-193
Didem Şahin Eroğlu SS-031
Dilara Bulut Gökten PS-136, PS-190, PS-228, PS-272
Dilara Kaş SS-006
Dilek Gün Bilgiç PS-101
Dilek Solmaz SS-022, PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-061, PS-062, PS-069, PS-099, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210
Dilek Tezcan PS-047
Doruk Erkan PS-074
Döndü Üsküdar Cansu PS-110
Dursun Dorukhan Altınışık PS-001
Duygu Ersözlü SS-004

Duygu Ersözlü0 PS-082, PS-270
Duygu Eryavuz Onmaz PS-047
Duygu Kerim PS-238
Duygu Özgür PS-023, PS-125, PS-143
Duygu Sanem Kara PS-195
Duygu Sevinç SS-013, SS-032
Duygu Sevinç Özgür PS-005, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119
Duygu Şahin PS-012, PS-158, PS-188
Duygu Tecer PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, SS-028
Duygu Temiz Karadağ PS-045, PS-056, PS-073, PS-113, PS-170, PS-261

E

Ebru Atalar PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148
Ebru Öztürk PS-003
Ebru Yılmaz PS-135, PS-169
Ecenur İzzete Derelioğlu PS-027
Eda Cingöz SS-008
Eda Nuhoğlu Kantarcı PS-201
Eda Otman SS-022, PS-061
Eda Otman Akat PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-210
Eda Tonga PS-195
Edibe Ünal PS-048, PS-072, PS-126, PS-142
Edip Gökalp Gök PS-151
Ediz Dalkılıç SS-004, SS-007, SS-010, PS-007, PS-039, PS-043, PS-082, PS-084, PS-097, PS-110, PS-160, PS-168, PS-196, PS-270, SS-027
Eftal Ahmet Yücel SS-002, PS-067
Ege Sinan Torun PS-175, PS-225
Egemen Gökbolat PS-152
Elif Çelikel OS-004
Elif Durak Ediboğlu SS-005, PS-069
Elif Ediboğlu PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-156, PS-210
Elif Er Gülbezer PS-079, PS-137, PS-146, PS-241, PS-253
Elif Güngör PS-021, PS-181
Elif Gür Kabul PS-129, PS-131, PS-173
Elif Kaymaz PS-032
Elif Kılıç Könte SS-012, OS-005, PS-027, PS-102, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Elif Naz Altıngöz PS-089
Elif Naz Sancar PS-282
Elifnur Alkan SS-006
Emel Bülbül Başkan SS-007
Emel Gönüllü SS-004, PS-071, PS-082, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192, PS-270
Emel Oğuz Kökoğlu PS-007
Emil Aliyev OS-008
Emine Ayça Nalbantoğlu PS-146
Emine Büşra Ata SS-011, PS-058
Emine Duran PS-125
Emine Figen Tarhan PS-157, PS-172, PS-199
Emine Melda Akdağ Kaval PS-044, PS-228
Emine Öztürk PS-136
Emine Sarıyıldız PS-038, PS-279
Emine Şebnem Durmaz PS-174
Emine Uslu Yurteri PS-033, PS-092, PS-120, PS-224, SS-025, SS-031
Emire Seyahi PS-001, PS-006, PS-022, PS-032, PS-075, PS-174, PS-284
Emrach Chousein PS-116, PS-123
Emre Ali Acar PS-007, PS-101
Emre Bilgin SS-011, PS-003, PS-013, PS-055, PS-058, PS-077, PS-100, PS-123, PS-138, PS-275, PS-285, SS-028, SS-030
Emre Hafızoğlu SS-026
Enes Başaran PS-007, PS-170
Engin Çeşmeci PS-255
Enrique Raya PS-122
Erbil Ünsal PS-244
Erdem Bektaş SS-020, PS-080
Erdem Karabulut PS-013, PS-014, PS-020, PS-041, PS-077, SS-028
Erdinç Ünaldı SS-011, PS-003, PS-004, PS-018, PS-025, PS-055, PS-100, PS-123, PS-165, PS-231, PS-275, PS-282, PS-285, SS-030
Erhan Çapkın PS-038
Erhan Topal SS-006
Erkan Yılmaz PS-022, PS-035, PS-042, PS-066
Ertuğrul Çağrı Bölek PS-125, PS-128
Esen Kasapoğlu SS-010
Esen Saba Öktem PS-263
Esma Aslan PS-027, PS-102, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Esra Adışen PS-115, PS-154

Esra Bayram Sürmeli PS-052
Esra Çelik PS-043
Esra Erpek PS-007, PS-008, PS-029, PS-062, PS-150, PS-156, PS-210
Esra Erpek Karaova PS-054, PS-059, PS-109, PS-167
Esra Kardeş SS-029
Esra Kayacan Erdoğan PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148
Esra Özkaya PS-015
Esra Sevimli SS-021, PS-108
Esra Ürkmez Kılınç PS-009
Esranur Ünal PS-242
Esteban Rubio PS-122
Esvet Mutlu PS-015
Ezgi Deniz Batu Akal OS-008
Ezgi Kubur PS-021

F

Farida Fortune PS-089, PS-108
Fatih Alp Öztürk SS-023
Fatih Haşlak PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Fatih Kantarcı PS-022
Fatih Taştekin PS-238
Fatih Yıldırım SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119, PS-143, SS-032
Fatih Yıldız PS-110, PS-263
Fatma Alibaz Öner SS-005, SS-006, SS-010, SS-012, SS-015, SS-016, PS-002, PS-011, PS-110, PS-128, PS-243, PS-266, SS-029
Fatma Başıbüyük PS-208
Fatma Dülger Özer SS-017
Fatma Gonca Eldem OS-008
Fatma Rukiye Uysal PS-159
Fatma Taşkın PS-129
Fatma Temiz SS-016
Fatma Yalçınkaya PS-138
Fatma Zengin SS-033
Fatma Zülal Özek PS-225
Fatoş Önen SS-005, PS-007, PS-035, PS-066, PS-084, PS-125, PS-128, PS-208, PS-221, SS-010
Ferda Arı SS-007
Ferdanur Deniz PS-005, PS-106
Feyyaz Hazar Yağmur PS-080
Feyza Ak PS-232, PS-265
Feyza Şahan Gürpınar PS-232
Figen Çakmak SS-034
Figen Yargucu Zihni PS-246
Figen Yılmaz PS-038
Filiz Türe Özdemir PS-089
Fulya Coşan SS-014, PS-036
Fulya Çakalağaoğlu SS-022
Funda Erbasan PS-081, PS-085, PS-090, PS-132, PS-211
Furkan Çakmak SS-026
Füsun Özmen PS-041

G

Gamze Akkuzu SS-013, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-119, PS-143, SS-032
Gamze Dilek PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Gamze Durhan PS-031, PS-117
Gamze Kemeç PS-281
Gamze Nur Ahıskalı PS-072
Gamze Uçan Gündüz SS-027
Gamzenur Kaya SS-006
Geoffrey Littlejohn PS-057
Gerçek Can PS-084
Gerd R. Burmester PS-026
Gezmiş Kimyon SS-004, SS-005, PS-082, PS-270
Gizem Ayan SS-004, SS-009, SS-011, PS-003, PS-004, PS-013, PS-014, PS-020, PS-041, PS-055, PS-063, PS-077, PS-082, PS-100, PS-104, PS-159, PS-270, PS-275, PS-283, PS-285, SS-028, SS-030
Gizem Sevik SS-010, PS-086, PS-130, PS-266
Gizem Şirin Kalem PS-106
Gizem Tuğçe Alp PS-050
Gizem Varkal PS-178, PS-206
Gonca Erbaş OS-003
Gonca Karabulut PS-200
Gonca Mumcu SS-021, PS-060, PS-089, PS-108, PS-130, PS-176
Gökçe Kenar Artın PS-007, PS-208
Gökhan Keser SS-005, SS-010
Gökhan Sargın PS-145, PS-164
Gökhan Yavuzbilge PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192

Görkem Durak SS-018
Gözde Bayram Kart PS-123
Gözde Duygu İşbilir PS-187
Gözde Kübra Yardımcı SS-010, PS-093, PS-128, PS-183
Gözde Ongut PS-015
Gözde Sevgi Kart Bayram PS-003, PS-025, PS-055, PS-063, PS-088, PS-165, PS-275, PS-285, SS-030
Gözde Yıldırım Çetin SS-010, PS-007, PS-084, PS-263
Gül Güzelant Özköse PS-005, PS-028, PS-106, PS-204, SS-032
Gül Sandal Uzun PS-004, PS-055, PS-058, PS-100, PS-123, PS-153, PS-165, PS-255, PS-275, PS-282, PS-285, SS-025
Gülay Alp PS-008, PS-054, PS-059, PS-062, PS-099, PS-109, PS-124, PS-276
Gülay Kınıklı PS-033, PS-224
Gülay Koçak PS-175, PS-225
Gülcan Özomay Baykal OS-010, PS-149
Gülçin Aytaç PS-219
Gülçin Çelebi PS-200, PS-209, PS-246
Gülen Hatemi SS-019, SS-024, PS-022, PS-032, PS-037, PS-042, PS-075, PS-174, PS-201, PS-280
Gülfer Okumuş SS-018
Güllü Sandal Uzun SS-011, PS-003, SS-030
Gülşah Kılbaş PS-128, PS-230
Gülşah Pirim PS-149
Gülşen Kocaman PS-166
Gürkan Tarçın PS-112
Gürler Akpınar PS-045
Gürsel Yıldız SS-013
Güzide Aksu PS-219
Güzide Nevsun İnanç PS-060, PS-084

H

Habibe Hezer PS-034, PS-148
Hafize Emine Sönmez PS-128
Hakan Apaydın PS-007, PS-040, PS-076, PS-144, PS-257
Hakan Artaş PS-286
Hakan Babaoğlu PS-013, PS-014, PS-020, PS-034, PS-040, PS-076, PS-077, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148, SS-028
Hakan Demir PS-274
Hakan Emmungil SS-004, SS-005, PS-021, PS-082, PS-181, PS-270
Hakan Karataş SS-012
Hale Hilal Bozkurt PS-240, PS-256
Halide Özge Başaran OS-008
Halil İbrahim Yiğit Atlı PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-210
Halise Hande Gezer PS-038
Haluk Cinaklı PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-069, PS-103, PS-109, PS-156, PS-210
Haluk Vayvada SS-023
Hamit Küçük SS-001, SS-010, PS-019, PS-024, PS-050, PS-051, PS-078, PS-087, PS-115, PS-125, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-194, PS-214, PS-229, PS-240, PS-252, PS-256
Hande Öğün PS-174
Hande Turan PS-112
Haner Direskeneli SS-005, SS-006, SS-010, SS-012, SS-015, SS-016, PS-002, PS-011, PS-089, PS-110, PS-118, PS-128, PS-266, SS-029
Hasan Göğebakan SS-010
Hasan Karakaş PS-112
Hasan Kocaayan PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210
Hasan Satış PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104
Hasan Satış SS-028
Hasan Yazıcı PS-022, PS-042, PS-065
Hatice Bodur PS-038
Hatice Ecem Konak PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148
Hatice Koçak Eker PS-220
Hatice Kübra Zora OS-006
Hatice Melisa Kaçmaz OS-009
Hazan Karadeniz PS-050, PS-051, PS-133, PS-154, PS-277
Hikmet Akar PS-101
Hulusi Koçak OS-009
Hülya Köse PS-128
Hülya Vahedi PS-226
Hüseyin Akyol PS-030
Hüseyin Doğan PS-084
Hüseyin Doruk PS-067
Hüsnü Can Yaşar PS-130

I-İ

Işıl Ezelsoy PS-079, PS-241
Işıl Saatçi Çekirge OS-009
Işılsu Ezgi Uluışık SS-014, PS-036
İbrahim Adaletli PS-022, PS-042
İbrahim Beyhan PS-146

İbrahim Gündüz PS-286
İbrahim Hatemi SS-024, PS-042
İbrahim Öner Doğan PS-182
İbrahim Vasi SS-001, PS-024, PS-050, PS-051, PS-078, PS-087, PS-115, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214
İbrahim Yahya Çakır SS-030
İdil Kurut Aysin PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210
İhsan Ertenli PS-100, PS-285, SS-026
İlhan Nahit Mutlu PS-053
İlhan Sezer PS-038
İlhan Tezcan PS-180
İlker Eren PS-241
İlker İlhanlı PS-205
İlker Ünal PS-070
İlknur Aktaş PS-038
İlyas Aydın PS-219
İlyas Ercan Okatan PS-015
İmren Tatlı PS-089
İpek Türk PS-070, PS-178, PS-206
İrem Alkan Tekeş PS-033
İrem Kılavuz PS-137
İrfan Öcal SS-022
İrfan Yavaşoğlu PS-164
İsmail Doğan PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148
İsmail Hanta PS-070
İsmail Sarı SS-003, PS-035, PS-066, PS-084
İsmihan Sunar PS-264
İzel Özsavaş PS-200, PS-209, PS-246
İzzet Fresko PS-032

J

Jens Gerwien PS-026
Jonathan Thaler PS-074

K

Kader Karlı Oğuz PS-138
Kadir Ulu PS-128, PS-149
Kaniye Aydın PS-178
Kathryn A. Gibson PS-026, PS-057
Kemal Nas PS-115, PS-154
Kenan Aksu SS-005, SS-010, PS-209, PS-238
Kenan Barut SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Kerem Acabar PS-089
Kerem Yiğit Abacar SS-005, SS-015, PS-086, PS-091, PS-130
Kevser Gök PS-148
Kevser Orhan PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144
Kevser Öksüzoğlu PS-060
Kevser Özen PS-249
Khadija Gudretli PS-218, PS-254
Khai Jing Ng PS-026
Konul Mammadova SS-018
Koray Taşçılar PS-094
Kübra Kalkan PS-005, PS-028, PS-053, PS-106, SS-032
Kübra Uçak PS-027, PS-112

L

Lale Soltanova PS-017
Levent Kılıç SS-004, SS-009, SS-010, SS-011, PS-003, PS-004, PS-013, PS-014, PS-020, PS-041, PS-055, PS-058, PS-077, PS-082, PS-088, PS-093, PS-100, PS-117, PS-123, PS-128, PS-142, PS-159, PS-165, PS-183, PS-270, PS-275, PS-282, PS-285, SS-025, SS-026, SS-028, SS-030, SS-035
Liliana Zaremba-Pechmann PS-026
Luis Trancho PS-122

M

Macit Arıyürek PS-031, PS-058
Madina Abdullayeva PS-234
Marco Matucci-Cerinic PS-026
Mehmet Akif Eksin PS-040, PS-076
Mehmet Akif Ötegeçeli PS-039
Mehmet Akif Öztürk SS-001, SS-010, PS-019, PS-024, PS-050, PS-051, PS-078, PS-084, PS-087, PS-115, PS-133, PS-154, PS-155, PS-187, PS-214, SS-025
Mehmet Akif Topçuoğlu PS-018
Mehmet Ali Aşık PS-070, PS-178
Mehmet Ali Balcı SS-010
Mehmet Ali Durmuş PS-139
Mehmet Emin Derin PS-269
Mehmet Engin Tezcan SS-010, PS-012, PS-158, PS-227
Mehmet Gülengül PS-115, PS-154
Mehmet Haberal SS-002

Mehmet Kayaalp PS-133
Mehmet Nedim Taş PS-191
Mehmet Serhat Mangan PS-284
Mehmet Soy PS-030, PS-086, PS-166, PS-193
Mehmet Şahin SS-010, PS-162, PS-189, PS-222, PS-223, PS-249, PS-260
Mehmet Şakir Altuner PS-236
Mehmet Tuncay Duruöz PS-038
Mehmet Umut Çapar PS-011
Mehmet Yıldız SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-140, PS-163, PS-274
Mehtap Kalçık Unan PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Mehtap Tınazlı PS-226
Mehtap Yüksel Eğrilmez SS-023
Melda Bahap Kara PS-279
Melek Günindi Korkut PS-041
Melek Şahinoğlu PS-164
Melek Yalçın Mutlu SS-013
Melih Kızıltepe PS-125
Melih Pamukçu PS-257
Melike Doğan Ünlü PS-249
Melike Ersoy PS-157, PS-172, PS-199
Melike Melikoğlu PS-022, PS-032, PS-042, PS-075, PS-174
Melis Dilbil PS-081, PS-211
Meltem Alkan Melikoğlu PS-038, PS-213
Meltem Gülhan Halil PS-068
Meral Yay PS-089, PS-108
Mercedes Núñez PS-122
Merih Birlik SS-017, PS-268
Merve Akyüz Sarı PS-250
Merve Baykul PS-115, PS-154
Merve Durmuş PS-048
Merve Erdoğan Soysal PS-206
Merve Hafızoğlu PS-068
Merve Nalbant PS-216
Merve Nazlı Bozer PS-240, PS-256
Merve Şam SS-013
Merve Yazol OS-003
Meryem Aslı Tuncer PS-018
Meryem Şeyma Ak PS-128
Mestan Şahin PS-213
Mesude Seda Aydoğdu PS-007, PS-046, PS-133, PS-286
Mesut Buğra Hatipoğlu SS-002
Mete Kara PS-124, PS-276
Mete Pekdiker PS-197
Mete Soysal PS-206
Metin Özgen PS-171
Metin Sancaktar PS-015
Mine Nokay PS-081, PS-085, PS-211
Muhammed Abdulkerim Şahin PS-201
Muhammed Emin Kutu PS-193
Muhammed Furkan Daşdelen PS-023
Muhammed Mert Sonkaya SS-014, PS-036
Muhammed Okuyucu PS-171
Muhammed Şamil Aslan PS-006
Muhammet Çınar PS-082, PS-270
Muhammet Emin Kutu SS-005, PS-259
Muhlis Cem Ar PS-201
Muhsin Elmas PS-207
Murat Baloğlu PS-215
Murat Bektaş PS-273
Murat Çağlayan PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, SS-028
Murat İnanç SS-005, SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-133, PS-186, PS-281
Murat İrkeç PS-180
Murat Karabacak SS-012, PS-011, PS-110
Murat Kasap PS-045
Murat Özoğul SS-019
Murat Taşcı SS-010
Murat Yiğit PS-173
Musab Öztürk PS-042
Mustafa Aslıer PS-097
Mustafa Cankurtaran PS-068
Mustafa Cem Bülbül PS-079, PS-182, PS-253
Mustafa Dinler PS-064, PS-105, PS-121, PS-271
Mustafa Ekici SS-011, PS-003, PS-025, PS-031, PS-048, PS-055, PS-058, PS-068, PS-072, PS-088, PS-093, PS-100, PS-123, PS-125, PS-128, PS-142, PS-165, PS-275, PS-285, SS-026, SS-030, SS-035
Mustafa Ekici0 PS-015
Mustafa Ender Terzioğlu PS-081, PS-085, PS-090, PS-132, PS-151, PS-211
Mustafa Erdoğan PS-037
Mustafa Ferhat Öksüz SS-010

Mustafa Mahir Ülgü PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104, SS-028
Mustafa Okan Ayvalı PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104, SS-028
Mustafa Özmen PS-008, PS-029, PS-054, PS-061, PS-062, PS-210
Mustafa Sağlam SS-033
Mustafa Tuna PS-200, PS-246
Müçteba Enes Yayla PS-033, PS-092, PS-120, PS-224, SS-031
Müge Sezer OS-004
Müşerref Başdemirci PS-220
Müyesser Nergiz Yanmaz PS-094

N

Nagehan Dik Kutlu PS-198
Nail Zelyurt PS-078
Naim Ata PS-014, PS-104
Naim Ata0 PS-013, PS-020, PS-077, SS-028
Nargiz Rüstamova PS-180
Nazife Şule Yaşar Bilge SS-004, SS-005, PS-064, PS-082, PS-105, PS-121, PS-152, PS-270, PS-271
Nazife Tüzün PS-133
Nazlı Elif Nacar PS-072, PS-126, PS-142
Necil Kütükçüler PS-219
Necip İlhan PS-046
Nehir Şişman PS-090
Neslihan Abacı SS-020, PS-017, PS-107
Neslihan Gökçen PS-073, PS-113, PS-170
Neslihan Güneş Aydemir PS-151
Neslihan Yılmaz PS-084
Nesrin Şen PS-012, PS-158
Neşe Kaklıkkaya PS-015
Neval Uzun PS-158
Neval Yurttutan Uyar PS-015
Nevsun İnanç SS-021, PS-007, PS-089, PS-108, PS-130, PS-176
Nida Gürbüz PS-219
Nigar Rustamli PS-280
Nihal Karaçayır OS-003
Nihal Lermi PS-039, PS-097, PS-168, SS-027
Nihan Neval Uzun PS-012, PS-227
Nilay Erdik PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Nilay Şahin PS-038
Nilgün Göveç Gıynaş PS-092, PS-120, SS-031
Nilgün Kaşifoğlu PS-015, PS-152
Nilüfer Alpay Kanıtez SS-004, SS-005, SS-010, PS-079, PS-082, PS-137, PS-146, PS-182, PS-241, PS-270
Nilüfer Ecem Gezerer SS-035
Nilüfer Kanıtez PS-125
Nujin Uluğ PS-102
Numune Aliyeva SS-018, PS-186, PS-234
Nur Banu Karaca PS-048, PS-072, PS-126, PS-142
Nur İlayda Genç PS-079
Nur Sena Çoban PS-225
Nuran Belder OS-003
Nuray Aktay Ayaz OS-001, PS-128, SS-034
Nuray Kepil SS-024
Nurhan Güven PS-264
Nuri Çağatay Çimşit PS-002
Nursel Kara Ulu OS-003

O-Ö

Oğuz Çelebi PS-146, PS-182, PS-253
Oğuz Karcıoğlu PS-004, PS-282
Oğuzhan Akgün SS-007
Oğuzhan Tin PS-274
Oktay Bayraktar PS-094
Olcay Evliyaoğlu PS-112
Ongun Alanlı PS-118
Onur Erdem Şahin PS-284
Onur Taydaş PS-139
Orhan Küçükşahin SS-004, SS-010, PS-013, PS-014, PS-020, PS-034, PS-040, PS-077, PS-082, PS-083, PS-104, PS-127, PS-133, PS-144, PS-148, PS-270, SS-028
Orhan Zengin SS-010, PS-009, SS-033
Orkun Tüfekçi PS-048, PS-072, PS-142
Osman Aykan Kargın PS-042
Osman Başpınar PS-009
Osman Cüre PS-236
Osman Kızılkılıç SS-019
Oya Köker SS-012, OS-002, PS-110, PS-118
Oya Köker Turan PS-128, PS-163
Ömer Karadağ SS-010, SS-011, PS-003, PS-015, PS-055, PS-093, PS-100, PS-110, PS-125, PS-128, PS-235, PS-275, PS-279, PS-285, SS-025, SS-026, SS-030

Ömer Koçak OS-009
Ömer Uludağ PS-281
Övgü Aydın Ülgen PS-284
Öykü Şimşek PS-015
Özay Gököz SS-025
Özge Karakök PS-243
Özge Sönmez PS-032
Özge Yoğurtçu PS-008, PS-029, PS-054, PS-059, PS-062, PS-109, PS-150, PS-156, PS-210
Özgül Öztürk PS-012
Özgül Soysal Gündüz PS-007, PS-084, PS-101
Özgün Kaya Kara PS-195
Özgür Akgül PS-038
Özgür Çakır PS-045
Özgür Kasapçopur SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-128, PS-140, PS-163, PS-274
Özgür Kılıçkesmez PS-053
Özkan Urak PS-035, PS-066, PS-221
Özlem Akgün SS-034
Özlem Demircioğlu PS-002, PS-176
Özlem Dikmetaş PS-180
Özlem Doğan Ağbuga PS-239
Özlem Gülbahar PS-050
Özlem Karakaş SS-010, PS-040, PS-076, PS-144
Özlem Limoncu PS-209
Özlem Özdemir Işık PS-073
Özlem Özdemir Kumbasar SS-031
Özlem Şahan Güven PS-100
Öznur Sadioğlu PS-113, PS-125
Özün Bayındır SS-005, SS-010

P

Pamir Atagündüz SS-004, PS-082, PS-086, PS-270
Paul Bird PS-057
Pelin Petek Varol PS-157
Pelin Pınar Deniz PS-070
Peter Youssef PS-057
Pınar Akyüz Dağlı PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144
Pınar Özdemir PS-003
Pınar Tufanoğlu PS-015
Proton Rahman PS-010

R

Rabia Deniz SS-012, SS-013, SS-020, PS-005, PS-023, PS-028, PS-053, PS-106, PS-107, PS-119, PS-143, SS-032
Rabia Ergelen SS-006, SS-016
Rabia Gökçen Umurca Aydemir PS-021, PS-181
Rabia Hacer Deniz PS-186
Rabia Miray Kışla Ekinci PS-206
Rafi Haner Direskeneli PS-084, PS-243
Ragıp Ertaş PS-242
Rahime Aksoy PS-120
Rahime Duran SS-001, PS-024, PS-051, PS-078, PS-087, PS-155, PS-187, PS-214, PS-229, PS-252
Rahşan Göçmen PS-018
Ramazan Emre Yiğit PS-149
Ramazan Fazıl Akkoç PS-046
Rana İşgüder PS-244
Raquel Hernandez PS-122
Rebecca Bolce PS-010
Recep Yılmaz PS-033, PS-120
Reşit Yıldırım PS-064, PS-105, PS-121, PS-271
Reyhan Bilici PS-237
Reyhan Dedeoğlu PS-102
Rezan Koçak Ulucaköy PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148
Rıdvan Mercan SS-004, PS-044, PS-082, PS-136, PS-190, PS-228, PS-270, PS-272
Rıza Can Kardaş SS-001, SS-010, PS-024, PS-051, PS-078, PS-087, PS-125, PS-155, PS-187, PS-194, PS-214, PS-278, SS-025
Rieke Alten PS-026
Rosario García De Vicuña PS-122
Rukiye Berkem PS-015
Ruveyda Sak İnal PS-257
Rüya Torun OS-007, PS-244

S-Ş

Sabina Ciciriello PS-057
Sabriye Güner SS-024, PS-001
Sadettin Uslu PS-101
Sait Karakurt PS-002
Samed Önder PS-018
Samet Mutlu SS-013
Sami Hizmetli PS-038

Saniye Yardım PS-195
Sara Manrique-arija PS-122
Sara Şebnem Kılıç Gültekin PS-128, PS-147
Sarvan Aghamuradov PS-254
Sarvan Ağamuradov PS-218
Sebahat Dilek Torun SS-014, PS-036
Sebahat Yaprak Çetin PS-161, PS-195
Seda Çolak PS-110, PS-133
Seda Duman Öztürk PS-045
Seda Günay SS-021, PS-108
Seda Kutluğ Ağaçkıran SS-012, SS-016, PS-086, PS-266, SS-029
Sedat Kiraz SS-004, SS-011, PS-003, PS-048, PS-055, PS-058, PS-072, PS-082, PS-100, PS-142, PS-159, PS-255, PS-270, PS-275, PS-285, SS-030
Sedat Yılmaz SS-004, PS-133
Seher Küçükoğlu Cesur PS-030, PS-086, PS-166
Selahaddin Cevizbaş PS-244
Selahattin Alp Temiz SS-013
Selcan Demir PS-128
Selçuk Yüksel PS-128
Selda Çelik SS-005, PS-193, PS-259
Selda Hakbilen PS-047
Selen Duygu Arık OS-001
Selin Ardalı Düzgün PS-231
Sema Kaymaz-Tahra SS-005
Sema Nizam SS-027
Sema Sırma Ekmekçi SS-020, PS-017, PS-107
Sema Yılmaz PS-007, PS-047, PS-084
Semih Aşıkovalı PS-197
Semih Coşan PS-180
Semih Gülle SS-017, PS-268
Semiha Tokgöz OS-003
Semra Akkaya Turhan PS-130, PS-176
Semra Ayduran PS-230
Sena Tolu SS-013, PS-023
Senar Şan PS-056
Sercan Gücenmez PS-059, PS-061, PS-156
Serdal Uğurlu PS-022, PS-032
Serdar Arslan PS-284
Serdar Can Güven PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148
Serdar Esmer PS-040, PS-076, PS-144, PS-212
Serdar Sezer PS-033, PS-092
Serez İleri PS-088
Serkan Türkuçar PS-230
Serpil Demirci PS-249
Serpil Ergülü Eşmen PS-220
Sertaç Ketenci PS-203, PS-205
Servet Akar SS-004, SS-005, SS-022, PS-007, PS-008, PS-029, PS-038, PS-054, PS-059, PS-061, PS-062, PS-069, PS-082, PS-084, PS-099, PS-109, PS-150, PS-156, PS-167, PS-210, PS-270
Servet Güreşçi SS-025
Servet Yolbaş PS-007, PS-084
Sevcan Azime Bakkaloğlu OS-003, PS-128
Sevgi Gözde Kart Bayram SS-011
Sevil Yiğit PS-262
Sevilay Batıbay PS-184
Sevim Güler SS-024
Sevtap Acer Kasman PS-158
Sevtap Arslan PS-058
Sevtap Doğan PS-113
Seyfullah Halit Karagöz PS-075
Seyhan Hıdıroğlu PS-118
Seyyid Bilal Açıkgöz PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Seza Özen OS-008, PS-128
Sezgin Şahin SS-012, PS-027, PS-102, PS-110, PS-112, PS-128, PS-140, PS-163, PS-274
Shirkhan Amikishiyev SS-018, SS-020, PS-017, PS-107, PS-186, PS-281
Sıla Kalender SS-017
Sibel Doğan Günaydın SS-009
Sibel Kocabeyoğlu PS-180
Sibel Ösken PS-158, PS-188
Sibel Yılmaz Öner PS-158
Sibel Zaralı SS-008
Silvia Diaz PS-122
Simay Aksakallı PS-205
Sinan Buran PS-048, PS-072, PS-142
Sinem Burcu Kocaer PS-191
Sinem Burcu Kocaer0 SS-010
Sinem Kuru PS-173
Sinem Nihal Esatoğlu SS-019, SS-024, PS-022, PS-032, PS-037, PS-042, PS-065, PS-075, PS-174, PS-201, PS-280

Soner Şenel PS-125
Songül Çildağ PS-145
Soydan İnce PS-010, PS-122
Soyi Liu Leage PS-010
Sule Yasar Bilge SS-010
Sule Yavuz SS-010
Suzan Çınar SS-008
Süda Tekin PS-241
Süleyman İmamoğlu PS-219
Süleyman Özbek PS-206
Süleyman Serdar Koca SS-004, PS-007, PS-046, PS-082, PS-084, PS-133, PS-231, PS-270, PS-286
Sümeyra Başaran Çoban PS-149
Sümeyye Merve Türk PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-185, PS-192
Şaduman Balaban Adım SS-007
Şafak Parlak PS-138
Şebnem Ataman PS-038, PS-264
Şehsuvar Gökgöz PS-039
Şeminur Haznedaroğlu PS-084
Şengül Çağlayan PS-149
Şerife Asya Germe SS-009, PS-117
Şerife Şeyda Zengin Acemoğlu PS-070
Şevket Ali Ekmen PS-005
Şevket Girgin SS-006
Şeyma Çolakoğlu Özkaya PS-086
Şeyma Kılıç PS-273
Şeyma Tekeli PS-213
Şeyma Türkmen PS-149
Şuayip Birinci PS-013, PS-014, PS-020, PS-077, PS-104, SS-028
Şule Apraş Bilgen SS-011, PS-003, PS-048, PS-055, PS-072, PS-100, PS-142, PS-275, PS-285, SS-030
Şule Ketenci Ertaş PS-242
Şükran Erten PS-007, PS-034, PS-040, PS-083, PS-084, PS-127, PS-144, PS-148, PS-212
Şükrü Öztürk PS-017, PS-107
Şükrü Palanduz PS-017, PS-107

T

Tahir Saygın PS-090
Tahir Saygın Öğüt PS-081, PS-251
Tahsin Murat Turgay PS-033, PS-092, PS-120, PS-224, SS-031
Tamas Treuer PS-026, PS-057
Tamer Acat PS-071, PS-098, PS-114, PS-139, PS-177, PS-179, PS-192
Taner Çoşkuner PS-149
Tanju Yusuf Erdil PS-060
Taşkın Şentürk PS-145, PS-164
Taylan Kaplan PS-128, PS-267
Taylan Kav PS-159
Tegan Smith PS-057
Tekin Karslıgil SS-033
Tevfik Güzelbey PS-053
Timuçin Kaşifoğlu SS-004, SS-005, SS-010, PS-015, PS-064, PS-082, PS-105, PS-121, PS-152, PS-270, PS-271
Timur Pırıldar PS-084
Tuba Demirci Yıldırım SS-005, SS-017, PS-052, PS-125, PS-128
Tuba Kaya Karataş PS-046
Tuba Kurt PS-128
Tuba Uğur Tuzcu PS-278
Tuba Yüce İnel SS-023
Tuğba Kalaycı PS-017, PS-107
Tuğba Nergiz Kıssa PS-060
Tuğba Ocak PS-160
Tuğba Şişmanlar Eyüboğlu OS-003
Tuğçe Bozkurt SS-012
Tuğçe Çetin Arıkan PS-219
Tuğçe Kübra Güneş PS-011
Tuncay Aydın PS-244
Tunç Öneş PS-060
Turgay Demir PS-239
Tutku Taşkınoglu PS-015
Tülin Ergun SS-006, SS-012, SS-016, PS-011, PS-086

U-Ü

Ufkay Karabay SS-023
Uğur Nadir Karakulak PS-025
Uğur Uygunoğlu SS-019, PS-032
Umut Kalyoncu SS-004, SS-009, SS-011, PS-003, PS-013, PS-014, PS-018, PS-020, PS-031, PS-038, PS-041, PS-055, PS-058, PS-063, PS-068, PS-077, PS-082, PS-100, PS-104, PS-116, PS-123, PS-138, PS-142, PS-153, PS-180, PS-255, PS-270, PS-275, PS-283,

PS-285, SS-028, SS-030
Utku Mete PS-097
Uygar Levent Demir PS-097
Ümit Gül PS-102, PS-140, PS-163
Ümit Karaçaylı PS-089
Ümmügülsüm Gazel PS-110
Ümmüşen Kaya Akça PS-128
Ümran Yıldırım PS-151
Üstün Aydıngöz PS-235

V

Vedat Hamuryudan SS-019, PS-001, PS-032, PS-280
Vefa Guliyeva PS-128
Veli Çobankara SS-010, PS-096, PS-129, PS-131, PS-173
Veli Yazısız SS-004, PS-015, PS-081, PS-082, PS-085, PS-090, PS-132, PS-151, PS-211, PS-270
Veysel Çam OS-008

Y

Yağmur Bayındır OS-008
Yağmur Karaman PS-132
Yahya Ürkmez PS-009
Yaren Yıldız SS-007
Yasemin Kapucu PS-180
Yasemin Sağlan PS-121, PS-271
Yasemin Yalçınkaya SS-008, SS-018, SS-020, PS-017, PS-080, PS-107, PS-133, PS-186, PS-281
Yasin Durusoy SS-034
Yasin Kıran PS-159
Yasin Sarıkaya PS-058
Yavuz Pehlivan SS-004, SS-007, PS-039, PS-043, PS-082, PS-084, PS-097, PS-160, PS-198, PS-217, PS-270, SS-027
Yelda Bilginer OS-008, PS-128
Yelin Koçak Ünsal PS-021, PS-181
Yeliz Yağız Özoğul SS-019
Yeşim Erez PS-035, PS-052, PS-066
Yeşim Özgüler SS-019, PS-032, PS-075
Yeter Mahmutoğlu PS-092, PS-120, PS-224, SS-031
Yıldız Yenisoy PS-089
Yunus Durmaz PS-247
Yusuf Baytar PS-031
Yusuf Can Edek PS-115, PS-154
Yusuf Ziya Erzin SS-024
Yüksel Maraş PS-034, PS-040, PS-076, PS-083, PS-127, PS-144, PS-148

Z

Zafer Günendi PS-084
Zahra Karaman Ongun SS-031
Zehra Duman Aksoy SS-011
Zehra Karaman Ongun PS-092, PS-120
Zehra Kızıldağ PS-244
Zehra Özge Çandereli PS-089
Zehra Özsoy PS-003, PS-055, PS-068, PS-100, PS-116, PS-117, PS-123, PS-180, PS-275, PS-285, SS-026, SS-030
Zekayi Kutlubay PS-001, PS-032, PS-075
Zeki Soypaçacı SS-022
Zeliha Ademoğlu SS-005, PS-021, PS-181
Zeliha Emrence SS-020
Zeynep Altan Ferhatoğlu PS-001, PS-075
Zeynep Ertürk SS-010
Zeynep Eylül Özmen PS-026, PS-057
Zeynep Özge Öztürk PS-068
Zeynep Sarıbaş SS-026
Zeynep Şahiner PS-068
Zeynep Toker Dinçer PS-284
Zeynep Tüzün PS-178, PS-206
Zeynep Yılmaz Bozkurt PS-217
Zübeyde Uğurlu PS-162, PS-189, PS-222, PS-223, PS-249, PS-260
Zühre Kaya OS-003

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology

www.romatolojidergisi.org