

<http://www.romatoloji2014.org/>

TRD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

XV. Ulusal
Romatoloji
Kongresi

29 Ekim-2 Kasım 2014

Kaya Palazzo Otel,
Belek-Antalya

BİLDİRİ KİTABI



KONGRE SEKRETERYASI

Türkiye Romatoloji Derneği
Kore Şehitleri Caddesi Onurgil İş Merkezi No:35/6 Esentepe Şişli - İstanbul
Faks: +90 212 589 08 08
sekretery@romatoloji.org



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

D Event Turizm Organizasyon
Küçükbakkalköy Mah. Dilek Sabancı Cad. No:33
Tasarım Kent E Blok Daire:4 Ataşehir, İstanbul
Tel: 0 216 573 1836
Faks: 0 216 573 8318
www.devent.com.tr



GRAFİK TASARIM ve UYGULAMA

BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 30/31, Kızılay, Ankara
Tel: 0312 431 3062
Faks: 0312 431 3602
www.bayt.com.tr

BASKI

Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
İvedik Organize Sanayi Bölgesi, 560 Sk. No. 27, Yenimahalle, Ankara
Tel: 0312 395 2128
Faks: 0312 395 2349

İÇİNDEKİLER

4	KONGRE DÜZENLEME KURULLARI
5	HEMŞİRELİK PROGRAMI
10	BİLİMSEL PROGRAM
19	SÖZEL BİLDİRİLER
39	POSTER TURU
53	POSTER BİLDİRİLER
197	YAZAR DİZİNİ

KURULLAR**KONGRE DÜZENLEME KURULU**

Kongre Başkanı	: Prof. Dr. Eren ERKEN
Başkan Yardımcısı	: Prof. Dr. Ahmet Mesut ONAT
Genel Sekreterler	: Prof. Dr. Mehmet SAYARLIOĞLU Doç. Dr. Bünyamin KISACIK
Üyeler	: Prof. Dr. Süleyman ÖZBEK Prof. Dr. Hüseyin T. E. ÖZER Doç. Dr. Didem ARSLAN TAŞ

TRD YÖNETİM KURULU

Yönetim Kurulu Başkanı	: Prof. Dr. İhsan ERTENLİ
Başkan Yardımcısı	: Prof. Dr. Yaşar KARAASLAN
Genel Sekreter	: Prof. Dr. Ender TERZİOĞLU
Sayman	: Doç. Dr. Ömer KARADAĞ
Üyeler	: Prof. Dr. Murat TURGAY Prof. Dr. Sedat KIRAZ Doç. Dr. Timuçin KAŞİFOĞLU

<http://www.romatoloji2014.org/>

TRD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

XV. Ulusal
Romatoloji
Kongresi

29 Ekim-2 Kasım 2014

Kaya Palazzo Otel,
Belek-Antalya

BİLİMSEL PROGRAM

HEMŞİRELİK BİLİMSEL PROGRAMI

30 Ekim 2014, Perşembe	
13:30-13:45	AÇILIŞ KONUŞMALARI Kongre Başkanı: Dr. Eren Erken RHD Başkanı: Yük. Hem. Dilşen Çevirgen
13:45-15:45	PANEL Romatolojik Hastalıklara Genel Bakış I Oturum Başkanları: Dr. Gülümser Argon, Dr. Selda Öktem
13:45-14:15	<i>Romatolojik Hastalıkların Toplumumuzdaki Sıklığı</i> Konuşmacı: Dr. Cemal Bes
14:15-14:45	<i>Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Yenilikler</i> Konuşmacı: Dr. Metin Özgen
14:45-15:15	<i>Doktor Gözüyle Hastalıkların Seyri ve Düzenli Takip/Skorlama</i> Konuşmacı: Dr. Muhammet Çınar
15:15-15:45	<i>Romatoloji Hemşireliğinde Bakıma Güncel Yansımalar</i> Konuşmacı: Dr. Serap Özer
15:45-16:15	KAHVE MOLASI
16:15-18:15	PANEL Vaskülitler ve FMF: Tanı, Tedavi ve Bakım Yönetimi Oturum Başkanları: Dr. Aşkın Ateş, Yük. Hem. Deniz Delikkaya
16:15-16:45	<i>Vaskülitler</i> Konuşmacı: Dr. Mehmet Derya Demirağ
16:45-17:15	<i>Vaskülitlerde Hemşirelik Girişimleri</i> Konuşmacı: Yük. Hem. Sefa Üçbaş
17:15-17:45	<i>FMF ve Diğer Otoinflamatuar Hastalıklar</i> Konuşmacı: Dr. Salim Dönmez
17:45-18:15	<i>FMF'de Hemşirelik Girişimleri</i> Konuşmacı: Dr. Hicran Yıldız

HEMŞİRELİK BİLİMSEL PROGRAMI


31 Ekim 2014, Cuma	
08:30-09:30	PANEL Romatolojik Hastalıklara Genel Bakış II Oturum Başkanı: Dr. Esra Oksel
08:30-09:00	<i>Romatoloji Hastasının Acele-Acil Sorunları</i> Konuşmacı: Dr. Figen Yargucu Zihni
09:00-09:30	<i>Romatoloji Hastalarında Sık Görülen Semptomlar ve Hemşirelik Yaklaşımları</i> Konuşmacı: Dr. Aynur Esen
09:30-10:30	PANEL Ağrıyı Nasıl Gideririz? Oturum Başkanları: Doç. Dr. Veli Yazısız - Doç. Dr. Yasemin Tokem
09:30-10:00	<i>Kortikosteroid ve NSAİİ' lar: Doğru Kullanım Esasları</i> Konuşmacı: Dr. Mustafa Özmen
10:00-10:30	<i>Romatoloji Hastasında Ağrıyı Tanımlama ve Doğru Yaklaşım</i> Konuşmacı: Yük. Hem. Bediha Güzel Aktaş
10:30-10:45	KAHVE MOLASI
10:45-11:30	PANEL Romatolojik Hastalıklarda Olgularla Hemşirelik Yönetimi Oturum Başkanları: Dr. Zeynep Özbalkan Aşlar, Yük. Hem. Şükran Yüksel Fındıkoğlu Olgu Sunumları
10:45-11:00	<i>SLE</i> Konuşmacı: Yük. Hem. İlayda Türkoğlu
11:00-11:15	<i>Behçet</i> Konuşmacı: Araş. Gör. Filiz Özel
11:15-11:30	<i>Skleroderma</i> Konuşmacı: Yük. Hem. Derya Fikir
11:30-12:30	PANEL Kadın Sağlığı ve Romatolojik Hastalıklar Oturum Başkanları: Dr. Nurşen Düzgün, Dr. Hatice Mert
11:30-12:00	<i>Fertilite, Gebelik ve Laktasyonda Romatolojik Tedavi Yönetimi</i> Konuşmacı: Dr. Ayten Yazıcı
12:00-12:30	<i>Romatolojik Hastalıklarda Kadın Olmak</i> Konuşmacı: Dr. Melahat Kostak
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30-15:30	PANEL Romatolojik Hastalıklarda Hemşirelik Yönetimi: Psikososyal Konular Oturum Başkanları: Dr. Emine Kıyak, Yük. Hem. Gülden Toker
13:30-14:00	<i>Romatoloji Hastasında Yorgunluk ve Depresyon</i> Konuşmacı: Öğr. Gör. Seda Pehlivan
14:00-14:30	<i>Romatoloji Hastasında Beden İmaji</i> Konuşmacı: Öğr. Gör. Ayşe Özkaraman
14:30-15:30	<i>Romatoloji Hastasında Aile/Bakım Veren Yüğü</i> Konuşmacı: Dr. Yeliz Akkuş
15:30-16:00	KAHVE MOLASI
16:00-17:30	PANEL Romatolojik Hastalıklarda İlaç Yönetimi Oturum Başkanı: Dr. Kemal Üreten, Yük. Hem. Dilek Nakas
16:00-16:30	<i>Biyolojik İlaç Kullanımında Hasta Yönetimi</i> Konuşmacı: Dr. Gözde Yıldırım Çetin
16:30-17:30	<i>Biyolojik İlaç Kullanımında Hemşirelik Uygulamaları Yasal ve Kurumsal Perspektif</i> Konuşmacı: Yük. Hem. Serap Korkmaz

HEMŞİRELİK BİLİMSEL PROGRAMI


01 Kasım 2014, Cumartesi

09:00-12:00	MİNİ KURS / Allerji - Anafilaksi Oturum Başkanı: Dr. Mehmet Derya Demirağ
09:00-09:45	<i>Anafilaksiye Acil Yaklaşım: Anestezi Gözüyle</i> Konuşmacı: Dr. Levent Şahin
09:45-10:15	<i>Biyolojik Tedavilerde Görülen Allerjik Reaksiyonlara Yaklaşım</i> Konuşmacı: Dr. Döndü Üsküdar Cansu
10:15-10:45	KAHVE MOLASI
10:45-11:15	Oturum Başkanları: Yük. Hem. Dilşen Çevirgen, Yük. Hem. Mine Batumlu <i>Allerjik Reaksiyonlara Yaklaşım: Hemşirelik Yönetimi</i> Konuşmacı: Yük. Hem. Ayten Yüksek
11:15-12:00	<i>Hasta Eğitimindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri (İnteraktif)</i> Konuşmacı: Uzm. Hem. Yasemin Özer
12:00-13:00	KAPANIŞ
	Düzenleme Kurulu Dilşen Çevirgen Şükran Yüksel Fındıkoğlu Mine Batumlu Esra Oksel Yasemin Tokem Seda Pehlivan
	İletişim Koordinatörü Nazmiye Çıray Gündüzoğlu

XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

29 Ekim 2014, Çarşamba	
08:00-17:30	KURSLAR VE NESNEL TIP GÜNÜ INTERMEDIATE ULTRASONOGRAFİ KURSU <ul style="list-style-type: none"> • Romatolojide Kantitatif Görüntüleme: Radyolojik Skor Sistemlerine Güncel Yaklaşım • Çocuk Romatojisinde Hastalık Ölçüt ve Ölçeklerinin Değerlendirilmesi • Romatolojide Genetik: Tanı Testleri ve Yorumlaması
17:30-18:15	UYDU SEMPOZYUMU  Biyolojik Tedavide Yeni Çağ: Dünyanın İlk Onaylı Biyobenzer Monoklonal Antikoru Moderatör: Dr. Hasan Yazıcı Konuşmacı: Dr. Daehyun Yoo
18:15-19:00	AÇILIŞ
18:15-18:30	Kongre başkanı: Dr. Eren Erken Dernek Başkanı: Dr. İhsan Ertenli
18:30-19:00	<i>Cumhuriyetle Kazandıklarımız ve İsmail Hakkı</i> Dr. Hasan Yazıcı


XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

30 Ekim 2014, Perşembe		
	A SALONU	B SALONU
08:00-09:00	SEMPOZYUM <i>Romatoid Artrit Güncellemesi</i> Oturum Başkanları: Dr. Eren Erken, Dr. Hüseyin T.E Özer <i>RA Patogenezindeki Yenilikler</i> Konuşmacı: Dr. Mark Genovese <i>Romatoid Artrit Tedavisinde Yenilikler</i> Konuşmacı: Dr. Gerd Burmester	
09:00-09:45	UYDU SEMPOZYUMU  <i>RA Tedavisinde Yeni Bir Dönem: Tofacitinib</i> Moderatör: Dr. İhsan Ertenli Konuşmacı: Dr. Marc Genovese	
09:45-10:30	KAHVE MOLASI VE SEÇİLMİŞ POSTER TURLARI Poster Başkanları: Dr. Ahmet Gül, Dr. Vedat Hamuryudan	
10:30-11:30	KONFERANS Romatoid Artrit Tanı ve Tedavisinde Akılcı Yaklaşım Oturum Başkanları: Dr. Şebnem Ataman, Dr. Gonca Karabulut <i>Erken RA' da Tanı</i> Konuşmacı: Dr. Ahmet Mesut Onat <i>RA Tedavisinde Doğru Yaklaşım İlaçlardan Daha Etkilidir</i> Konuşmacı: Dr. Daniel Aletaha	10:30-11:30
		KONFERANS Küçük ve Orta Çaplı Damar Vaskülitleri Oturum Başkanları: Dr. Nurşen Düzgün, Dr. Soner Şenel <i>Patogenezdeki Gelişmeler</i> Konuşmacı: Dr. Ömer Karadağ <i>Tanı ve Takipte Biyobelirteçler</i> Konuşmacı: Dr. Sevil Kamalı
11:30-12:30	SÖZLÜ BİLDİRİLER Oturum Başkanı: Dr. Sebahattin Yurdakul	11:30-12:30
		SÖZLÜ BİLDİRİLER Oturum Başkanı: Dr. Emire Seyahi
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
12:30-13:15	UZMANINA DANIŞ	
	SALON 1 <i>Böbrek Yetmezlikli Hastada Romatolojik Tedavi Yönetimi</i> Dr. Sedat Kiraz	
	SALON 2 <i>Romatoid Artrit'te Akciğer Hastalığının Tedavisi</i> Dr. Zeynep Özbalkan Aşlar	
	SALON 3 <i>Jüvenil İdiyopatik Artritte Tedavi</i> Dr. Özgür Kasapçopur	
	SALON 4 <i>Viral Hepatitli Bir Hastanın Romatolojik Tedavi Yönetimi</i> Dr. Hüseyin T.E. Özer	
	SALON 5 <i>Romatoloji Pratiğinde İmmün Yetmezlik Sendromlarının Tanı ve Tedavisi</i> Dr. Nurşen Düzgün	



XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

30 Ekim 2014, Perşembe			
A SALONU		B SALONU	
13:30-14:30	KONFERANS Romatoid Artritte Tanı, Takip ve Değerlendirme Oturum Başkanları: Dr. Göksal Keskin, Dr. Ali Taylan <i>Görüntüleme-EULAR Kılavuzu</i> Konuşmacı: Dr. Sibel Zehra Aydın <i>RA'nın Doğru Ölçme Metotları ile Takibi</i> Konuşmacı: Dr. Yusuf Yazıcı	13:30-14:30	KONFERANS Romatolojik Hastalıklarla Karışan Durumlar Oturum Başkanları: Dr. Aşkın Ateş, Dr. Bünyamin Kısacık <i>Cilt Lezyonları ve Romatolojik Hastalıklar</i> Konuşmacı: Dr. Nilgün Atakan <i>Romatolojik Hastalıklarla Karışan Nörolojik Durumlar ve Hastalıklar</i> Konuşmacı: Dr. Aslı Kurne
14:30-15:15	UYDU SEMPOZYUMU  Romatoid Artrit Tedavisinde Anti-TNF Ajanları Ne Zaman Başlamalı? Moderatör: Dr. Ahmet Gül Konuşmacı: Dr. Gerd R. Burmester		
15:15-15:45	KAHVE MOLASI		
15:45-16:30	UYDU SEMPOZYUMU  RA' da Kişiselleştirilmiş Tedavi ile Daha İyi Sonuçlara Doğru Konuşmacılar: Dr. İhsan Ertenli, Dr. Murat İnanç, Dr. Salih Pay, Dr. Vedat Hamuryudan		
16:30-18:00	KONFERANS Ailesel Akdeniz Ateşi Oturum Başkanları: Dr. Şeminur Haznedaroğlu, Dr. Ömer Karadağ <i>FMF Genetiğinde Yenilikler</i> Konuşmacı: Dr. Isabelle Tuitou <i>Heterozigot FMF Hastalarını Nasıl Okumalıyız?</i> Konuşmacı: Dr. Seza Özen <i>FMF ve Diğer Otoinflamatuvar Hastalıklarda Amiloidoz</i> Konuşmacı: Dr. Eren Erken <i>FMF Tedavisine Güncel Bakış</i> Konuşmacı: Dr. Huri Özdoğan	16:30-18:00	KONFERANS Romatolojide Vasküler Bilinmezler Oturum Başkanları: Dr. Murat Turgay, Dr. Arif Kaya <i>İnflamasyon ve Tromboz İlişkisi</i> Konuşmacı: Dr. Abdurrahman Tufan <i>Antifosfolipid Sendromunda Tanı ve Gebelikte Yönetimi</i> Konuşmacı: Dr. Ender Terzioğlu <i>Romatolojik Hastalıklarda Kardiyovasküler Morbidite ve Mortalite</i> Konuşmacı: Dr. İsmail Şimşek
18:15-20:15	TULIP TOPLANTISI		

XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI



31 Ekim 2014, Cuma		
	A SALONU	B SALONU
08:00-09:00	SEMPOZYUM Spondiloartrit Güncellemesi Oturum Başkanları: Dr. Nurullah Akkoç, Dr. Pamir Atagündüz <i>Spondiloartrit Patogenezinde İmmün Biyoloji</i> Konuşmacı: Dr. Dirk Elewaut <i>AS' de Hastalık Progresyonu Gerçekten Önlenebilir mi?</i> Konuşmacı: Dr. Joachim Sieper	
09:00-09:45	UYDU SEMPOZYUMU  Teoriden Pratiğe Ankilozan Spondilit' te Yenilikler Moderatör: Dr. Ender Terzioğlu Konuşmacı: Dr. Dirk Elewaut	
09:45-10:30	KAHVE MOLASI VE SEÇİLMİŞ POSTER TURLARI Poster Başkanları: Dr. Cengiz Korkmaz, Dr. Ayhan Dinç	
10:30-11:30	KONFERANS Büyük Damar Vaskülitleri Oturum Başkanları: Dr. Müge Bıçakçığıl, Dr. Sema Yılmaz <i>Patogenez</i> Konuşmacı: Dr. Kenan Aksu <i>Takayasu Arteritinde Takip ve Tedavi</i> Konuşmacı: Dr. Haner Direskeneli	10:30-11:30
		KONFERANS Sjögren Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Soy, Dr. Şükran Erten <i>Ağız Kuruluğu Her Zaman Sjögren midir?</i> Konuşmacı: Dr. Gülay Kınıklı <i>Tedavisinde Zor Durumlar</i> Konuşmacı: Dr. Yasemin Kabasakal
11:30-12:30	SÖZLÜ BİLDİRİLER Oturum Başkanı: Dr. Orhan Aral	11:30-12:30
		SÖZLÜ BİLDİRİLER Oturum Başkanı: Dr. Necati Çakır
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
12:30-13:15	UZMANINA DANIŞ	
	SALON 1 <i>Kortikosteroid Kullanımının İncelikleri</i> Dr. Veli Çobankara	
	SALON 2 <i>Romatolojide Laboratuvarın Rasyonel Kullanımı</i> Dr. Süleyman Özbek	
	SALON 3 <i>Çocukluk Çağı Otoenflamatuvar Hastalıklarında Genetik Tanı ve Zamanlaması</i> Dr. Erkan Demirkaya	
	SALON 4 <i>Gebelikte Romatolojik Hastalık Tedavisi</i> Dr. Berna Göker	
	SALON 5 <i>Erişkin Still Hastalığı</i> Dr. Ayşe Çefle	

XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

31 Ekim 2014, Cuma			
A SALONU		B SALONU	
13:30-14:30	KONFERANS Spondiloartritlerde Gri Alanlar Oturum Başkanları: Dr. Hatice Bodur, Dr. Fatoş Önen <i>Periferik ve Eklem Dışı Spondiloartrit Tutulumunun Tedavisi: Olgularla</i> Konuşmacı: Dr. Pamir Atagündüz <i>Aksiyal Spondiloartrit Tedavisinde Anti-TNF Tedaviler ve Ötesi</i> Konuşmacı: Dr. Nurullah Akkoç	13:30-14:30	KONFERANS Vakalarla 3 Bilmece Oturum Başkanı: Dr. Mehmet Sayarlıoğlu <i>Olgu1</i> Konuşmacı: Dr. Didem Arslan Taş <i>Olgu2</i> Konuşmacı: Dr. Yavuz Pehlivan <i>Olgu3</i> Konuşmacı: Dr. Neslihan Yılmaz
14:30-15:15	UYDU SEMPOZYUMU  Spondiloartritlerde Yeni Ufuklar: Non-Radyografik Aksiyel SpA Moderatör: Dr. Pamir Atagündüz Konuşmacı: Dr. Joachim Sieper		
15:15-15:45	KAHVE MOLASI		
15:45-16:30	UYDU SEMPOZYUMU  Bristol-Myers Squibb www.bmsturkey.com Romatoid Artrit Tedavisinde Erken, Etkin ve Sürdürülebilir Tedavi: Orencia Moderatör: Dr. Sedat Kiraz Konuşmacılar: Dr. Haner Direskeneli, Dr. Sevil Kamalı, Dr. Servet Akar		
16:30-18:00	KONFERANS Behçet Hastalığı Oturum Başkanları: Dr. Feride Göğüş, Dr. Hamide Kart Köseoğlu <i>Patogeneizde Güncelleme</i> Konuşmacı: Dr. Ahmet Gül <i>Dirençli Hastalık ve Tedavisi</i> Konuşmacı: Dr. Gülen Hatemi <i>Vasküler Hastalık ve Tedavisi</i> Konuşmacı: Dr. Vedat Hamuryudan	16:30-18:00	KONFERANS Çocuk Romatolojisinde Zor Olgular ve Yönetimi Oturum Başkanı: Dr. Erbil Ünsal Konuşmacılar: Dr. Kenan Barut, Dr. Özge Altuğ Gücenmez, Dr. Mustafa Çakan, Dr. Serap Zehra Arıcı

XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

01 Kasım 2014, Cumartesi

A SALONU		B SALONU	
08:00-09:00	SEMPOZYUM Sistemik Lupus Eritematozus Güncellemesi Oturum Başkanları: Dr. Lale Öcal, Dr. Burak Erer <i>SLE Patogenezi: Otoimmünite ve Doku Hasar Mekanizmaları</i> Konuşmacı: Dr. George Tsokos <i>SLE Tedavisinde Yenilikler</i> Konuşmacı: Dr. Ömer Nuri Pamuk		
09:00-09:45	UYDU SEMPOZYUMU  Romatoid Artrit Hastası Beklentileri ve RAHAT Moderatör: Dr. Haner Direskeneli Konuşmacı: Dr. Gökhan Keser		
09:45-10:30	KAHVE MOLASI VE SEÇİLMİŞ POSTER TURLARI Poster Başkanları: Dr. Timur Pırıldar, Dr. Taşkın Şentürk		
10:30-11:30	KONFERANS Romatoloji Pratiğinde Akılcı İlaç Kullanımı Oturum Başkanları: Dr. Refik Ali Sarı, Dr. Mehmet Şahin <i>Biyolojik Tedavilerde Yeni Tüberküloz Korunma Kılavuzu</i> Konuşmacı: Dr. Umut Kalyoncu <i>Kanser ve Tüberküloz Sonrasında Biyolojik Tedavi Kullanımı</i> Konuşmacı: Dr. Nevsun İnanç <i>DMARD Kullanımının Az Bilinen Komplikasyonları</i> Konuşmacı: Dr. Ediz Dalkılıç	10:30-11:30	KONFERANS Sistemik Sklerozis'te Çıkmaz Sokaklar Oturum Başkanları: Dr. Melike Melikoğlu, Dr. Vedat İnal <i>PAH Tedavi Güncellemesi</i> Konuşmacı: Dr. Marco Matucci Cerinic <i>İnterstisyel Akciğer Tutulumunda Tedavi Güncellemesi</i> Konuşmacı: Dr. Ali Akdoğan
11:30-12:15	UYDU SEMPOZYUMU  AS' de Hasta Merkezli Yaklaşım Moderatör: Dr. Sedat Kiraz Konuşmacı: Dr. Servet Akar		
12:15-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ		

XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

01 Kasım 2014, Cumartesi

A SALONU		B SALONU	
12:30-13:15	UZMANINA DANIŞ		
	SALON 1		
	<i>Skleroderma Dijital Ülseri Tedavisi</i> Dr. Marco Matucci Cerinic		
	SALON 2		
	<i>Kemiğin Az Bilinen Metabolik Hastalıkları</i> Dr. Timuçin Kaşifoğlu		
	SALON 3		
	<i>CK Yüksekliğine Yaklaşım</i> Dr. Şule Apraş Bilgen		
13:30-14:30	SALON 4		
	<i>Behçet Göz Tutulumu ve Tedavisi</i> Dr. İzzet Fresko		
	SALON 5		
	<i>Romatoloji Pratiğinde Grafi Değerlendirmenin İpuçları</i> Dr. Merih Birlik		
13:30-14:30	KONFERANS	13:30-14:30	KONFERANS
	Oturum Başkanları: Dr. Süleyman Özbek, Dr. Ayten Yazıcı		Oturum Başkanları: Dr. Tunay Sarpel, Dr. Cemal Bes
	<i>SLE Trombositopenik Hasta Yönetimi</i> Konuşmacı: Dr. Şule Yavuz		<i>İnflamatuvar Olmayan Bel Ağrıları</i> Konuşmacı: Dr. Alp Çetin
	<i>SLE Böbrek Tutulumu ve Tedavisi</i> Konuşmacı: Dr. Murat İnanç		<i>Bel Ağrısı Tedavisinde FTR ve Algoloji Yaklaşımı</i> Konuşmacı: Dr. Osman Hakan Gündüz
14:30-15:15	KONFERANS	14:30-15:15	KONFERANS
	Gut Hastalığı		Fibromiyalji ve D Vitamini Gerçeği
	Oturum Başkanları: Dr. Nurdan Kotevoğlu, Dr. Ali Şahin		Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Işık, Dr. Gözde Yıldırım Çetin
	<i>Patogenez ve Tanı Güncellemesi</i> Konuşmacı: Dr. Mehmet Akif Öztürk		<i>Fibromiyalji; Tanı ve Tedavide Ne Kadar Başarılıyız?</i> Konuşmacı: Dr. Murat Uludağ
	<i>Tedavide Neredeyiz?</i> Konuşmacı: Dr. A. Eftal Yücel		<i>D Vitamini Eksikliği; Gerçek mi, Moda mı?</i> Konuşmacı: Dr. Yaşar Karaaslan
15:15-15:45	KAHVE MOLASI		
15:45-17:00	KONFERANS	15:45-17:00	KONFERANS
	İnflamatuvar Myopatiler		Cerrahi Bakış Açısı
	Oturum Başkanı: Dr. Recep Tunç, Dr. E. Figen Tarhan		Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Subaşı, Dr. Ayşen Tan Akıncı
	<i>Yeni Miyozit Sınıflandırma Kriterleri</i> Konuşmacı: Dr. Hakan Erdem		<i>Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Omurga Cerrahisi</i> Konuşmacı: Dr. Çağrı Köse
	<i>İnflamatuvar Miyozitlerde Tedavi</i> Konuşmacı: Dr. Süleyman Serdar Koca		<i>Romatolojik Hastalıklarda El Cerrahisi</i> Konuşmacı: Dr. Mustafa Kürklü
	<i>Çocukluk Çağı Miyozitleri</i> Konuşmacı: Dr. Özgür Kasapçopur		<i>Romatoloji Hastasının Cerrahi Öncesi Tedavi Planlaması</i> Konuşmacı: Dr. Şenol Kobak

XV. ULUSAL ROMATOLOJİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

01 Kasım 2014, Cumartesi

A SALONU		B SALONU	
17:00-18:20	KAPANIŞ		
17:00-17:15	Oturum Başkanı: Dr. Eren Erken		
17:15-18:00	<i>2014 Yılında Romatolojideki Yenilikler</i> Konuşmacı: Dr. Maurizio Cutolo		
18:00-18:20	<i>Romatolojide Nereden Nereye Geldik ?</i> Konuşmacı: Dr. Gürbüz Gümüşiş		

<http://www.romatoloji2014.org/>

TD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

XV. Ulusal
Romatoloji
Kongresi

29 Ekim-2 Kasım 2014

Kaya Palazzo Otel,
Belek-Antalya

SÖZEL BİLDİRİLER

Romatoid Artrit

Abstract:0120

SS-01

ROMATOİD ARTRİTTE KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ: GELENEKSEL RİSK DEĞERLENDİRME İNDEKSLERİNDE NE EKSİK?Gülşen Özen¹, Murat Sünbül², Pamir Atagündüz¹, Haner Direskeneli¹, Kürşat Tigen², Nevsun İnanç¹¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Romatoid artrit (RA) kardiyovasküler hastalıkların (KVH) arttığı iyi bilinmesine rağmen hala yüksek riskli hastaların nasıl belirleneceği net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada RA hastalarında hangi KV risk değerlendirme indeksinin daha iyi olduğunu saptamak ve yüksek riskli hastaların belirlenmesinde katkısı olabilecek diğer faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya KVH ya da diyabetes mellitusu olmayan ardışık 214 RA hastası (K/E= 171/43, ortalama yaş 52,4±11,4, hastalık süresi 11,2±7,1 yıl, RF/anti-CCP[+] %78) dahil edildi. Hastaların 10 yıllık KVH riski "Systematic Coronary Risk Evaluation" (SCORE), 2013 "American College of Cardiology/American Heart Association" aterosklerotik KVH risk (ASCVD), QRisk II indeksleri ile değerlendirildi. EULAR önerilerine göre risk indekslerinin modifiye versiyonları da (mSCORE, mASCVD, mQRisk II) hesaplandı. Hastalar karotis ultrasonografisi (US) ile değerlendirildi. Karotis intima-media kalınlığı >0,90 mm ± karotis plak varlığı (US+) subklinik ateroskleroz ve yüksek KV riskli hasta tanımı için altın standart kabul edildi. Hastalık özellikleri, tüm izlem boyunca her vizitteki ESH, CRP ve DAS28 değerleri kaydedildi. Ortalama DAS28, ESH, CRP düzeyleri ve yüksek hastalık aktivitesinde kaldıkları ziyaret oranları belirlendi. KV riski belirlemede etkili olabilecek faktörler multivariate binary lojistik regresyon analizi ile belirlendi.

Bulgular: Çalışmadaki 214 hastadan 51'i (%23,8) US(+) idi. mSCORE, mASCVD and mQRisk II indeksleri sırasıyla 12 (%5,6), 62 (%29) ve 81 hastayı (%37,9) yüksek KV riskli olarak tanımlandı. mASCVD ve mQRisk II indeksleri US(+) hastaları mSCORE'dan daha iyi saptamakta idi (P<0,0001). US(+) olan 30 hasta (%58,8) mASCVD'ye göre, 31 hasta (%60,8) ise mQRisk II'ye göre yüksek riskli gruptaydı. mSCORE ise US(+) sadece 8 hastayı (%15,7) belirleyebildi. Ancak mASCVD ve mQRisk II bile US(+) hastaların sırasıyla %41,1 ve % 39,2'sini düşük-orta riskli göstermekteydi. US(+) hastaların yaşı, ortalama DAS28, ortalama ESH ve CRP değerleri ve prediyabet sıklığı US(-) hastalardan daha yüksekti. Her iki grubun NSAII/steroid kullanım oranları benzer iken US(+) hastalarda anti-TNF kullanım oranı daha düşüktü (Tablo 1). Multivariate analizde prediyabet (OR=2,33; CI:95% 1,0-5,3, P= 0,045), anti-TNF kullanmamak (OR=0,48; CI:95% 0,24-0,95, P= 0,037) ve ESH>20mm/s olması (OR=2,5; CI:95% 1,2-5,1, P= 0,013) RA'da subklinik ateroskleroz için risk olarak saptandı.

Sonuçlar: RA'da, SCORE risk modeli EULAR'ın önerdiği modifikasyon sonrası dahi KV risk değerlendirme için yeterli değildir. QRisk II ve ACC/AHA 10-yıllık ASCVD risk indeksleri RA'da KV risk değerlendirmede daha iyi olmasına rağmen hala ilave modifikasyonlara ihtiyaç vardır. Kümülatif hastalık

aktivitesini ve inflamasyonu yansıtacak belirteçler yanında anti-TNF kullanmamış olmak ve prediyabet varlığı bu modifikasyonlar arasında yer alabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kardiyovasküler risk değerlendirmesi

Tablo 1. US (+) ve US (-) RA hastalarının özellikleri*

	US(+) (n=51)	US(-) (n=163)	P
Kadın cinsiyet, n (%)	34 (66,7)	137 (80,1)	0,007
Yaş (yıl)	59,0±8,4	50,4±11,4	<0,0001
Tanıyaşı (yıl)	48,7±9,1	39,1±12,1	<0,0001
Hastalık süresi (yıl)	10,3±7,6	11,4±6,9	0,33
RF ya da Anti-CCP pozitifliği, n(%)	41 (80,4)	126 (77,3)	0,64
Ekstra-artiküler tutulum, n (%)	11 (21,6)	45 (27,6)	0,39
Ortalama DAS28 [¶]	4,04±1,1	3,59±0,96	0,005
HDA vizi/Toplam vizi [†]	24,3±26,7	15,6±21,2	0,017
Ortalama ESH (mm/h) [¶]	32,8±14,3	24,2±12,0	<0,0001
Ortalama CRP (mg/L) [¶]	14,3±12,2	8,8±8,0	<0,0001
Değerlendirme esnasında E SH (mm/h)	26,6±18,0	20,0±14,4	0,008
Değerlendirme esnasında CRP (mg/L)	12,6±16,9	10,0±18,4	0,37
HAQ skor	0,49±0,49	0,59±0,65	0,30
Hipertansiyon, n (%)	19 (37,3)	54 (33,1)	0,58
Hiperlipidemi, n (%) [‡]	39 (76,5)	92 (56,4)	0,010
Prediyabet, n (%) [‡]	13 (25,5)	20 (12,3)	0,023
Sigara, n (%)	23 (45,1)	43 (26,4)	0,012
Total kolesterol/HDL-kolesterol	3,97±1,63	3,52±1,09	0,022
mSCORE	2,9±2,7	1,2±2,3	<0,0001
mASCVD	9,3±8,1	4,7±6,5	<0,0001
mQRisk II	15,0±11,3	8,3±8,6	<0,0001
Kortikosteroid tedavisi, n (%)	30 (58,8)	85 (52,1)	0,40
Biyolojik tedavi, n (%)	23 (45,1)	94 (57,7)	0,11
Anti-TNF ajanlar	18 (35,3)	86 (52,8)	0,029
Anti-TNF dış ajanlar	4 (7,8)	6 (3,7)	0,21

*Değerler ortalama±SD olarak verilmiştir. [¶] Ortalama DAS28, ESH ve CRP tüm vizitlerdeki değerlerin ortalamasıdır.; [†] Yüksek hastalık aktivitesinde geçen vizi sayısının tüm vizitlere oranıdır. [‡] Hiperlipidemi LDL-kolesterol > 100mg/dL olarak tanımlanmıştır.; [‡] Prediyabet bozulmuş açlık glukozu ya da bozulmuş glukoz toleransı olarak tanımlanmıştır.

Abstract:0309

SS-02

BİYOLOJİK TEDAVİ ALAN RA HASTALARINDA ARTMIŞ MORTALİTE ORANI VARDIR: HUR-BİO GERÇEK YAŞAM VERİLERİAbdulsamet Erden¹, Umur Kalyoncu¹, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Emre Bilgin², Hakan Babaoğlu², Murat Torgutalp², Ali Akdoğan¹, İhsan Ertenli¹¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Romatoid artrit (RA) hastalarında genel popülasyonla kıyasla mortalite artmıştır (1). Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi kullanan RA hastalarının mortalite oranını hesaplamaktır.

Yöntem: Lokal biyolojik veri tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. Bu inceleme Mayıs 2014 tarihinde yapılmıştır. Veri tabanında hastaların demografik özellikleri, DMARD öyküsü, ilk başlanan biyolojik ilaç (etanersept, infliksimab, adalimumab, golimumab, rituksimab, abatasept, tosilizumab), biyolojik ilaçta değişim, anti-CCP, RF, akut faz yanıtları, DAS-28 skoru, HAQ skoru, şiş ve hassas eklem sayısı, VAS global, ağrı ve yorgunluk kaydedilmiştir. Hastanemizde olan ölümler ve ölüm nedenleri bilinmekteydi, hastane dışından ölümlere sosyal güvenlik kurumu veritabanı üzerinden ulaşıldı. Biyolojik ilaçların kullanım süresi ve ölüm oranları 1000 hasta/yılı (kaba ölüm hızı) olarak hesaplanmıştır. Ülkemizin yaş gruplarına ve cinsiyete göre ölüm oranları www.tuik.gov.tr'den alınmıştır (1).

Sonuçlar: HUR-BİO 815 RA hastasını içermektedir (96 77,9 kadın). Ortalama yaş 51±13 ve ortalama hastalık süresi 11±8 yıldır. Biyolojik ilaç kullanım süresi 2,7±2,6 yıldır ve 176 (%21,5) hasta ise 5 yıldan uzun süre biyolojik ilaç kullanmıştır.

Pozitif ACPA ve RF oranı sırasıyla 297/465 (%63,9) ve 454/740 (%61,3) olarak tespit edildi. İlk kullanılan biyolojik ilaçların dağılımı şu şekildedir; etanercept 321 (%39,4), adalimumab 223 (%27,4), infliksimab 115 (%14,1), rituksimab 92 (%11,3), abatecept 43 (%5,3), golimumab 20 (%2,5) ve tosilizumab 1 (%0,1). 262 (%32,1) hastada biyolojik ilaçlar arasında değişim yapılmıştır. Toplam 815 hastanın, 2235 hasta/yıl izlem süresinde (ortalama 2,7 yıl, ortanca 1,8 yıl) 21 hasta ölmüştür. Ölüm görülen hastaların yaş grupları ile ülkemizde yaş gruplarına göre mortalite hızları Tablo 1 de karşılaştırılmıştır. Tüm nedenlere bağlı mortalite hızı 1000 hasta-yılı başına 9,4 olarak hesaplandı [1000 hasta yılı için etanercept 7,1, adalimumab 7,9, infliksimab 11,2, rituksimab 34,4]. 21 hastanın 5 tanesi hastanemizde öldü (3 hasta akciğer enfeksiyonu, 1 hasta tüberküloz ve 1 hasta akut koroner sendrom nedeniyle). Yaş (60,1±10,9 vs 51,1±13,1, p=0.004), biyolojik ilaç kullanım süresi (2,7±2,7 vs 0,6±0,9 yıl, p<0.001), bazal eritrosit sedimentasyon hızı (53±18 vs 40±25 mm/saat, p=0.018), pozitif RF (%89,5 vs %60,6, p=0.039) ve RF seviyesi (median 103 (0-2500) vs 44 (0-2710), p=0.032) ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptandı.

Tablo 1. HUR-BİO ve TÜİK mortalite verilerinin karşılaştırılması

	TÜİK 2012 mortalite oranı	HUR-BİO mortalite oranı	TÜİK 2012 erkeklerde mortalite oranı	HUR-BİO Anti-TNF alan erkeklerde mortalite oranı	TÜİK 2012 kadınlarda mortalite oranı	HUR-BİO Anti-TNF alan kadınlarda mortalite oranı
30-34	1,1	5,85	1,3	0	0,8	7,61
45-49	2,8	8,26	3,4	0	2,1	10,66
50-54	4,1	2,55	5,2	0	2,8	3,07
55-59	0	12,72	7,6	24,67	4,2	9,61
60-64	7,4	7,33	9	25,57	5,3	4,29
65-69	8,8	18,13	10,1	51,96	7,3	10,98
70-74	11,7	34,73	12,3	103,52	11	11,6
75+	46,2	43,36	38,2	0	56	45,42
toplam	4,9	9,3				

Ölüm oranları 1000 hasta/yılı (kaba ölüm hızı) olarak hesaplanmıştır

Tartışma: Biyolojik veritabanımıza göre hesaplanan kaba mortalite hızı literatür ile (5,3 ile 16,8 arasında) uyumludur (2). Elde edilen kaba mortalite hızı, ülkemizin 2013 yılı genel popülasyonun mortalite hızına göre bir miktar daha fazladır [9,3/1000 kişi-yıl vs 4,9/1000 kişi-yıl] (1). Mortalite oranındaki artışın biyolojik ilaçtan mı hastalığın kendisinden mi kaynaklandığını belirlemek amacıyla DMARD kullanan hastalarda da mortalite oranları en kısa sürede belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, mortalite

Abstract:0315

RA HASTALARINDA ANTI-TNF SONRASI MALİGNİTE RİSKİNDE ARTIŞ SAPTANMAMIŞTIR: HÜR-BİO/RA GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

Murat Torgutalp¹, Saadettin Kılıçkap², Hakan Babaoğlu¹, Ömer Karadağ¹, Levent Kılıç¹, Abdulsamet Erden¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ali Akdoğan¹, Sedat Kiraz¹, İhsan Ertenli¹, Umut Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Anti-TNF tedavi sonrasında malignite gelişimi ile ilgili halen tartışmalı veriler bulunmaktadır. Bu ilaçların etkisinin ülkemizde de gösterilmesi önemlidir. Bu çalışmada RA hastalarında anti TNF kullanımının kanser gelişimi riskini arttırıp arttırmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2005 yılında oluşturulan Lokal Biyolojik Veri Tabanında anti-TNF (adalimumab, etanercept, infliksimab ve golimumab) kullanan 679 hastanın verisi bu çalışma kapsamında değerlendirildi. Veri tabanında anti-TNF öncesi malignite öyküsü tüm hastalarda kaydedildi. Takip süresince hastalarda malignite gelişip gelişmediğine, lokal veri tabanı kullanılarak ulaşıldı. Takiplerine başka merkezlerde devam eden veya takibe gelmeyen hastaların kanser verilerine ise Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı Kanser Daire Başkanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu verileri incelenerek ulaşıldı. Takip sırasında kanser gelişimi toplam hasta yılı maruziyeti hesap edilerek değerlendirildi. Bu sonuçlar 2005 Türkiye kanser verileri ile karşılaştırılarak Standardize İnsidans Ratio (SIR) belirlendi (1). SIR; gözlenen kanser sayısının beklenen kanser sayısına oranlanarak 100 ile çarpılması ile hesaplandı.

Sonuçlar: Anti-TNF kullanan 679 (%77,8 kadın) hastanın yaş ortalaması 50,4 (13,1) ve ilaç kullanım süresi 1623,75 hasta yılı olarak saptandı. Hastaların 223'ü (%32,8) adalimumab, 321'i (%47,3) etanercept, 115'i (%16,9) infliksimab ve 20'si (%3,0) golimumab kullanmaktaydı. 373/679 (%55,2) hasta ilk başlanan anti-TNF veya diğer bir anti-TNF ilacı kullanmaya devam ediyordu. Anti-TNF başlanmadan önce hastaların 2'sinde meme, 1'inde prostat kanseri öyküsü vardı. Takip sırasında hastaların 2'sinde meme (influximab 15 ay ve adalimumab 42 ay sonra), 1'inde diffüz büyük B hücreli lenfoma (etanercept, 18 ay sonra), 1'inde overde atipik neoplazi (etanercept, 14 ay sonra), 1'inde ise onkositom (influximab, 64 ay sonra) gelişti. Kanser tipi ve anti-TNF ilaçlara göre dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Anti-TNF sonrası malignite gelişmiş hastalarda SIR 1,26 (malignite tanısı almış olan hasta sayısının azlığı nedeniyle güven aralığı elde edilemedi) olarak hesaplandı.

Tartışma: RA hastalarında malignite sıklığında artış olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, normal popülasyona göre yapılan karşılaştırmada bile anti-TNF tedavi sonrası malignite sıklığı muhtemelen güven aralığı içinde kalmaktadır. Sonuç olarak anti-TNF sonrasında malignite gelişiminde artış saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Romatoid Artrit

Tablo 1. Kanser tipi ve ilaçlara göre değerlendirilmesi

Kanser Adı	Kanser öncesi son kullanılan Anti-TNF	Kanser ve anti-TNF arasındaki Süre (ay)	Kanserin Seyri
Overde atipik lenfoid hiperplazi	Etanercept	14	Rituximab ile remisyonunda
Onkositom	Infliximab, Rituximab	64	Oper ve kür
Meme CA	Infliximab	15	Radyoterapi ve kemoterapi sonrası hormonoterapi ile takipte
Meme CA	Adalimumab, Abatacept	42 (meme Ca öncesi 18 ay abatacept almış)	Kemoterapi sonrası remisyonunda
Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma	Etanercept	18	Kemik iliği nakli sonrası kür

Abstract:0406

SS-04

SEKONDER AMİLOİDOZ TEDAVİSİNDE BİYOLOJİK İLAÇLAR ETKİLİ Mİ?: ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA SONUÇLARI

Ömer Nuri Pamuk, Umut Kalyoncu, Kenan Aksu, Ahmet Omma, Salim Dönmez, Yavuz Pehlivan, Yonca Çağatay, Orhan Küçükşahin, Gözde Yıldırım Çetin, Ayşe Çeçle, Özün Bayındır, Fatih Yıldız, Ayşe Balkarlı, Levent Kılıç, Necati Çakır, Bünyamin Kısacık, Mustafa Ferhat Öksüz, Veli Çobankara, Ahmet Mesut Onat, Nurullah Akkoç, Mehmet Sayarlıoğlu

Tulip Study Grup

Giriş-Amaç: Sekonder amiloidoz romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilitin geç dönem bir komplikasyonudur. Çalışmamızda retrospektif olarak ülkemizdeki farklı merkezlerden aldığımız RA veya AS'li olup klinik semptomatik sekonder amiloidozu olan ve biyolojik tedavi kullananlar değerlendirildi.

Gereç ve Yöntemler: Ülkemizde çoğunluğu üniversite hastanesi olan 11 bölümde retrospektif olarak incelendi ve RA, AS li klinik belirgin amiloidozlu olanlar çalışmada değerlendirildi. Klinik özellikler ve hastaların tedavileri hastane kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya 27 RA (17K, 10E, ort yaş: 52.2), 42 AS (11K, 31E, ort yaş: 45.6) hastası alındı.

RA lilerin 24 ünde (%88.9%) RF pozitifliği. RA lilerin 25 inde amyloidosis proteinüri ile prezante olurken 1 inde hematüri, 1 olguda ise sadece böbrek fonksiyon bozukluğu bulguları vardı. Proteinürili hastaların 8 inde ayrıca böbrek fonksiyon bozukluğu saptanmıştı.

RA lilerin amiloidoz öncesi hastalık süresi 127.9+83 ay, biyolojik tedavi süreleri 47.9+28 aydı. İlk biyolojik tedavide RA lilerin 21 ine TNF blokleri, 2 sine rituximab ve abatacept, 1 ine ise tocilizumab verildi. 1 hastada yan etki, 8 hastada ise etkisizlik nedeniyle ikinci biyolojige geçildi (2 TNF blokleri, 4 RTX, 2 tocilizumab, 1 abatacept). 4 hastada ise üçüncü biyolojik verildi.

Renal fonksiyonlar ve/veya proteinüri 7 sinde düzelirken, 7 hastada kötüleşti, 13 hastada ise stabil kaldı. Düzeltilen hastaların özellikleri diğerleri ile karşılaştırıldığında bu grupta kadın cins

(100% vs 50%, p=0.026) ve biyolojik tedavi süresinin anlamlı uzun olduğu gözlemlendi. Biyolojik alan 2 olguda tb gelişirken izlemde 3 hasta ilaç ilişkisiz nedenle öldü. RA li 5 hastada renal replasman ihtiyacı oluştu.

AS lilerin 38 i proteinüri, 2 si hematüri, 4 ü ise izole böbrek fonksiyon bozukluğu ile prezante oldu. Amiloidoz tanısı esnasında 13 olguda ayrıca renal fonksiyon bozukluğu vardı. AS lilerin amiloidoz öncesi tanı aldıklarından sonraki hastalık süresi 101.2+100.4 ay, toplam amiloidoza dek semptom süresi ise 160.3+78.5 aydı. Hastaların hepsine ilk biyolojik olarak anti-TNF verilmişti (infliximab, 13, etanercept 19, adalimumab 7, golimumab, 3). 10 olguda (2 ciddi yan etki, 8 etkisizlik) nedeniyle ikinci anti-TNF ye geçiş yapıldı. Proteinüri ve/veya böbrek fonksiyonları 11 olguda düzelirken, 14 hastada kötüleşti, 9 hastada ise anti-TNF sonrasında stabil kaldı. 8 hastada sonuç değerlendirilemedi. Anti-TNF ile düzelme elde edilen olguların ilk tanıdaki CRP düzeyleri diğerlerine göre anlamlı yüksek bulundu (p=0.007). AS lilerden ölen hasta gözlenmedi. 11 olguda renal replasman tedavi endikasyonu oluştu.

Sonuçlar: RA ve AS de ortalama 10 yıl civarında amiloidoz gelişirken genel prezantasyon proteinüri ve/veya renal fonksiyon bozukluğu idi. RA te biyolojik cevap süresinin uzaması ve kadın cinsiyet olumlu biyolojik cevabı ile ilişkili bulunurken AS lilerde amiloidoz tanısında yüksek CRP si olmak anti-TNF cevabı ile ilişkili bulundu.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Ankilozan spondilit, Sekonder amiloidoz

Spondiloartropatiler

Abstract:0180

SS-05

ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA TÜMÖR NEKROZ İNHİBİTÖR TEDAVİLER İÇİN BİR YILLIK İLAÇDA KALMA ORANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ: TURKBIO VERİTABANI SONUÇLARI

İsmail Sarı¹, Umut Kalyoncu², Ahmet Mesut Onat³, Ömer Nuri Pamuk⁴, Ömer Karadağ², Bünyamin Kısacık³, Soner Şenel⁵, Fatih Sarıtaş⁴, İhsan Ertenli², Sedat Kiraz², Pınar Çetin¹, Fatoş Önen¹, Nurullah Akkoç¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Gaziantep Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁴Trakya Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

⁵Erciyes Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Gereççe: Yakın zamana kadar ülkemizde romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının tedavisi için ruhsat almış üç farklı tümör nekroz inhibitor (TNFi) ajanı vardı; infliximab (INF), etanercept (ETN) ve adalimumab (ADA). Bu ilaçların inflamatuvar romatizmal hastalıkların tedavisindeki etkinlikleri hem randomize kontrollü çalışmalarda hem de yurtdışındaki kayıt kütüklerine dayanan bir çok gözlemsel çalışmada gösterilmiştir. Birkaç çalışmada değişik tanılar için karşılaştırmalı ilaçta kalım analizleri yayınlanmışsa da bu konuda Türk popülasyonunda yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın esas amacı

Türkiye biyolojik veritabanında (TURKBIO) kayıtlı RA ve AS hastalarında bir yıllık ilaçta kalma oranlarını karşılaştırmaktır.

Yöntem: TURKBIO biyolojik veritabanı Ekim 2011'de kullanıma giren ve şu an Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden 10 farklı merkezin kullanmakta olduğu ulusal bir veritabanıdır. Aralık 2013 itibarıyla RA (n:1355, %40.1) ve AS (n:2025, %59.9) olmak üzere toplam 3380 hasta veritabanına kayıtlıdır. Fakat bu çalışma her bir merkezin TURKBIO veritabanına katılma tarihinden sonra biyolojik tedavi başlanan 789 hastayı içermektedir. Yaş, cinsiyet, semptom süresi, hastalık süresi gibi demografik ve klinik verilerin yanı sıra güncel DMARD kullanımını ve biyolojik kullanım süresi gibi veriler sistemde kayıt altına alınmaktadır. Demografik ve deskriptif veriler medyan ve çeyrek değerler genişliği (interquartile range) olarak verilmiştir. Gruplar non-parametrik testler (eşleşmemiş veriler: χ^2 ve Mann-Whitney testi) ile karşılaştırılmıştır. İlaçta sağ kalım için Kaplan-Meier analizi kullanılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan 789 hastadan 386'sı (%48.9) RA ve 403'ü (%51.1) AS nedeniyle tedavi edilmektedir. İki grup arasında yaş, cinsiyet dağılımı, başlangıçta ve son vizitte DMARD kullanımı gibi veriler arasında beklendiği üzere anlamlı fark bulunmuştur (Tablo). Tercih edilen anti-TNF tedaviler de iki grup arasında değişiklik göstermekteydi. INF, ETN ve ADA tedavileri RA hastalarında sırasıyla %11.7, %28.2 ve %25.1 oranlarında kullanılmakta iken, bu oran AS hastalarında sırasıyla %26.3, %32.8 ve %32.8 idi. AS hastalarında tanı süresi RA hastalarından kısaydı. İlk başlanan biyolojik ilaçta bir yıllık devam oranı RA hastalarında %60.8 iken AS hastalarında ise %78.3 olarak bulundu (p:0.0007).

Tartışma: TURKBIO veritabanındaki RA ve AS hastalarında bulunan 1 yıllık ilaçta kalım oranları literatürde bildirilenlere benzer olup, anti-TNF ilaçlara 1 yıllık devam oranı AS hastalarında daha yüksek gözükülmektedir.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, ankilozan spondilit

Tablo 1. Romatoid Artrit (RA) ve Ankilozan Spondilit(AS) hastalarının başlangıçtaki demografik ve klinik özellikleri ve 1 yıllık ilaçta kalma oranları

	RA (n=386)	AS (n=403)	p
Yaş (yıl)	49 (38-58)	39 (30-46)	<0.00001
Kadın cinsiyet (%)	73.1	41.7	p>0.05
Hastalık süresi (yıl)	7 (3-13)	7 (3-13)	0.09
Tanı süresi (yıl)	4 (2-10)	2 (0.75-6)	<0.00001
Biyolojik kullanım süresi (ay)	9 (5-13)	10 (5-13)	p>0.05
Önceki DMARD kullanımı(%)	82.4	73.9	0.005
Kullanılan DMARD sayısı	4 (2-6)	2 (1-3)	<0.00001
Son vizitte DMARD kullanım oranı (%)	67.4	21.6	<0.00001
TNFi tedavide 1 yıllık kalım oranı (%)	60.7	78.3	0.0007

Diğer

Abstract:0401

SS-06

TNF-ALFA ANTAGONİSTİ TEDAVİSİ BAŞLANACAK HASTALARDA LATENT TÜBERKÜLOZ TARAMASI SONUÇLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ayşe Hacıoğlu¹, Yeşim Özgüler¹, Şermin Börekçi², Vedat Hamuryudan¹, Melike Melikoğlu¹, Serdal Uğurlu¹, Emire Seyahi¹, İzzet Fresko¹, Huri Özdoğan¹, Sebahattin Yurdakul¹, Gül Öngen², Gülen Hatemi¹

¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: TNF-alfa antagonisti başlanacak hastalar için latent tüberküloz taramasında BCG aşısının yanlış pozitifliğe, kortikosteroidler gibi ilaçların ise yanlış negatifliğe neden olduğu düşünüldüğünden, PPD testi yerine Quantiferon testinin kullanılmasını önerenler vardır. Ayrıca PPD ile tarandığında çok sayıda hastaya INH başlandığı ve INH'nın bu hasta grubunda zor tolere edildiği öne sürülmektedir. Bu çalışmanın amacı, bu önermeleri tüberkülozun sık olduğu bir ortamda, TNF-alfa antagonisti başlanacak büyük bir hasta grubunda, bir arada sınamaktır.

Yöntem: Ocak 2011 ve Aralık 2012 tarihleri arasında ilk defa TNF-alfa antagonisti başlanan tüm hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Önceden tüberküloz tanısı almış olan hastalar çalışmaya alınmadı. PPD pozitifliği (≥ 5 mm) ile ilişkili değişkenleri saptamak için (BCG skarı varlığı, kortikosteroid, metotreksat, sulfasalazin, hidroklorik, azatioprin, leflunomid, siklosporin, siklofosfamid, yaş, cinsiyet, tanı, hastalık süresi) regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: 961 hastaya (503 erkek, 458 kadın, ortalama yaş 41.28 ± 13.10 yıl, hastalık süresi 6.54 ± 6.80 yıl) TNF-alfa antagonisti başlanmıştı. Daha önce TNF-alfa kullanmış olan 75 ve tüberküloz geçirmiş 33 hasta çalışmaya alınmadı. Geri kalan 853 hastanın 671'inde PPD sonucuna güvenilir olarak ulaşılabildi. Hastaların 592'sinde en az bir BCG skarı mevcut idi. Lojistik regresyon analizi sonucunda BCG ile aşılınmış olmak (OR=3.45, 95%CI 2.51-4.75, p<0.0001) ve ankilozan spondilit tanısı (OR=1.79, 95%CI 1.21-2.65, p=0.003) pozitif PPD ile; kortikosteroid kullanımı ise negatif PPD ile ilişkili bulundu (OR=1.96, 95%CI 1.09-3.51, p=0.023). Diğer ilaçlarla PPD arasında bir ilişki saptanmadı. 525 hastaya INH başlanmıştı ve bunların 391'inde INH kullanımına ilişkin güvenilir veriye ulaşıldı. Bu hastaların 22'si kesintilerle olmak üzere, 346'sı (87%) 9 aylık tedaviyi tamamlamıştı. INH 45 hastada ortalama 3.85 ± 2.46 aylık kullanım sonrasında kesilmişti. Erken kesilme nedenleri 26 hastada hepatotoksisite, 10'unda istememe, 2'sinde alerjik cilt reaksiyonu, 2'sinde bulantı, 2'sinde baş dönmesi, 1'inde gebelik, 1'inde nefes darlığı ve 1'inde pankreatit idi. Transaminaz yüksekliği nedeniyle INH kullanımı kesilen 26 hastanın 13'ü eş zamanlı metotreksat kullanmaktaydı. Üç yıllık takip süresi boyunca hastaların hiçbirinde tüberküloz gelişmemişti.

Sonuç: Normal popülasyonda olduğu gibi, TNF-alfa antagonisti aday kişilerde de BCG aşısı PPD testinde yanlış pozitifliğe sebep olabilir. Bu grup hastada kullanılan ilaçlardan kortikosteroidler yanlış negatifliğe neden olabilir, ancak diğer ilaçlar ile böyle bir ilişkili gözlenmemiştir. INH profilaksisi, eş zamanlı metotreksat kullanımına rağmen, genel olarak iyi tolere edilmiştir. TNF-alfa antagonisti başlanacak hastaların PPD ile taranması

sonucunda hastaların %55'ine INH başlama endikasyonu konulmaktadır. Bu oran yüksek görünmekle birlikte, INH bu grup hastada iyi tolere edilmektedir

Anahtar Kelimeler: PPD, TNF-alfa antagonist tedavisi, tüberküloz

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0301

SS-07

WNT/B-KATENİN SİNYAL YOLAĞININ PARİKALSİTOL İLE İNHİBİSYONU BLEOMİSİN İLE OLUŞTURULMUŞ DENEYSEL SKLERODERMA MODELİNDE DERMAL FİBROZU AZALTMAKTADIR

Fikret Duran¹, Ahmet Yıldırım¹, Servet Yolbas¹, Ebru Önalın², İbrahim Hanifi Özercan³, Süleyman Serdar Koca¹

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

³Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Wingless-type MMTV integration site (Wnt)/ β -katenin sinyal yolağının fibrotik sürece fibroblastların miyofibroblastlara dönüşümü ve hatta non-fibroblastik hücrelerin fibroblastik hücrelere dönüşümü aşamasında skleroderma patogenezinin katkı sağladığı düşünülmektedir. 1,25(OH)2D3, ligand-aktive vitamin D reseptörü (VDR) aracılığı ile, transkripsiyon faktörlerinden T-cell factor-4 (TCF-4)'ün β -katenine bağlanmasını yarışmalı olarak inhibe eder ve böylece Wnt/ β -katenin sinyal yolağı aktivitelerini engeller. Çalışmamızın amacı, BLM ile oluşturulmuş deneysel skleroderma modelinde Wnt/ β -katenin sinyal yolağının sentetik vitamin D analogu olan parikalsitol ile inhibisyonunun profilaktik ve teröpatik etkinliklerinin belirlenmesidir.

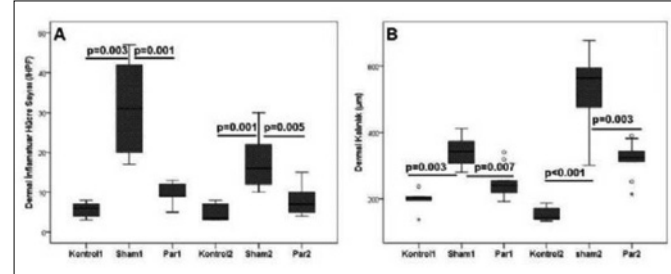
Materyal-Metod: Çalışmaya 60 adet Balb/c dişi fare alındı ve erken evre grupları (grup I [kontrol grubu], II [plasebo grubu], III [parikalsitol grubu]) ve geç evre grupları (grup IV [kontrol grubu], V [plasebo grubu], VI [parikalsitol grubu]) olarak 6 grup oluşturuldu. BLM uygulanmayacak olan kontrol grubu farelere (grup I ve IV), tıraş edilmiş bölgeden, her gün sc fosfat ile tamponlanmış salin (FTS) uygulandı. 1 mg BLM, 1 mL FTS içerisinde çözündürülerek II. ve III. gruplardaki farelere 3 hafta, V. ve VI. gruplardaki farelere 6 hafta boyunca 100 μ L (100 μ g) dozunda daha önce tanımlandığı şekilde her gün sc uygulandı. BLM'e ek olarak, IV. gruptaki farelere ilk 3 hafta, VIII. gruptaki farelere ise 21. günden başlayarak çalışma sonuna kadar her gün 0.3 μ g/kg parikalsitol sc yol ile enjekte edildi.

İlk üç grup üç haftanın sonunda; kalan gruplar 6 haftanın sonunda sakrifiye edildi. Doku örnekleri histopatolojik inceleme ve real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) analizleri için toplandı. Doku TGF- β 1, axin-1 ve wnt-2 mRNA ekspresyonları real-time PCR ile belirlendi.

Sonuçlar: BLM uygulamaları artmış dermal inflamatuvar hücre infiltrasyonu (Şekil 1A), dermal fibroza ve dermal kalınlıkta artışa (Şekil 1B) yol açtı. Benzer şekilde, TGF- β 1, axin-1 ve wnt-2 mRNA ekspresyonları artmıştı. Parikalsitolün hem profilaktik hem de teröpatik uygulamalarında TGF- β 1, axin-1 ve wnt-2 mRNA ekspresyonları belirgin azalmıştı. Ek olarak, histopatolojik olarak dermal nekroinflamasyonu ve dermal fibrozu geriletmişti (Şekil 1).

Tartışma: BLM ile uyarılmış dermal fibroz modelinde axin-1 ve wnt-2 mRNA ekspresyonlarının artması Wnt/ β -katenin sinyal yolağının dermal fibrozda aktif olduğunu desteklemektedir. Ek olarak, parikalsitol anti-fibrotik potansiyele sahiptir ve bu etkisi Wnt/ β -katenin sinyal yolağı üzerine etkisi ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Deneysel skleroderma, Wnt/ β -katenin sinyal yolağı, parikalsitol



Şekil 1. Çalışma gruplarında inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve dermal kalınlıklar

Abstract:0320

SS-08

BLEOMİSİN İLE OLUŞTURULMUŞ DENEYSEL SKLERODERMA MODELİNDE OKTREETİD TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Sibel Okuyucu Orhan¹, Servet Yolbas¹, Ahmet Yıldırım¹, Ahmet Tekdemir², İbrahim Hanifi Özercan³, Ebru Önalın², Süleyman Serdar Koca¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

³Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: İnsülin benzeri büyüme faktörü-I (IGF-I), güçlü bir büyüme ve differansiasyon faktörüdür. Pulmoner fibrozlu skleroderma hastaların bronkoalveolar sıvılarında IGF-I düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir. Benzer şekilde, Morfea hastalarında doku ve serum IGF-I düzeyler yüksek bulunmuştur. Bleomisin (BLM) ile uyarılmış pulmoner fibroz modelinde ve IPF hastalarında oktreotidin anti-fibrotik etkinliği ortaya konulmuştur. Çalışmamızın amacı, BLM ile oluşturulmuş deneysel skleroderma modelinde oktreotid uygulamalarının profilaktik ve teröpatik etkinliklerinin belirlenmesidir.

Materyal-Metod: Çalışmaya 60 adet Balb/c dişi fare alındı ve erken evre grupları (grup I [kontrol grubu], II [plasebo grubu], III [profilaktik oktreotid grubu]) ve geç evre grupları (grup IV [kontrol grubu], V [plasebo grubu], VI [teröpatik oktreotid grubu]) olarak 6 grup oluşturuldu.

BLM uygulanmayacak olan kontrol grubu farelere (grup I ve IV), tıraş edilmiş bölgeden, her gün sc fosfat ile tamponlanmış salin (FTS) uygulandı. 1 mg BLM, 1 mL FTS içerisinde çözündürülerek II. ve III. gruplardaki farelere 3 hafta, V. ve VI. gruplardaki farelere 6 hafta boyunca 100 μ L (100 μ g) dozunda daha önce tanımlandığı şekilde her gün sc uygulandı.

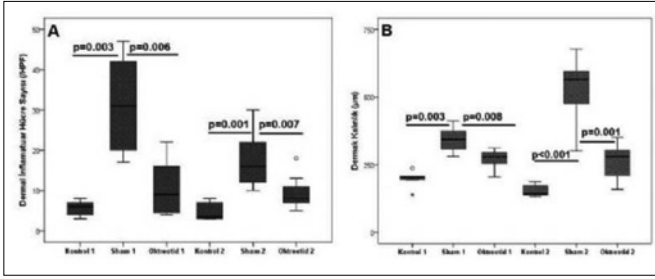
BLM'e ek olarak, III. gruptaki (profilaktik oktreotid) farelere çalışmanın ilk gününden başlayarak, VI. gruptaki (teröpatik oktreotid) ise 21. günden başlayarak, çalışma sonuna kadar her gün sc oktreotid (100 μ g/kg dozunda) enjekte edildi.

İlk üç grup üç haftanın sonunda; kalan gruplar 6 haftanın sonunda sakrifiye edildi. Doku örnekleri histopatolojik inceleme ve real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) analizleri için toplandı. Dermal doku TGF- β 1, fibronektin-1, IGFBP3 ve IGBP5 mRNA ekspresyonları RT-PCR ile belirlendi.

Sonuçlar: BLM uygulamaları artmış dermal inflamatuvar hücre infiltrasyonu (Şekil 1A), dermal fibroza ve dermal kalınlıkta artışa (Şekil 1B) yol açtı. Benzer şekilde, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BLM uygulanan plasebo gruplarında, TGF- β 1, fibronektin-1, IGFBP3 ve IGBP5 mRNA ekspresyonları artmıştı. Plasebo grupları ile karşılaştırıldığında, TGF- β 1 ve fibronektin-1 mRNA ekspresyonları hem profilaktik hem de teröpatik oktreotid gruplarında azalmıştı. Ancak, IGFBP3 ve IGBP5 mRNA ekspresyonları sadece teröpatik okterotid grubunda belirgin azalmıştı. Diğer taraftan, oktreotid hem profilaksi hem de tedavi grubunda histopatolojik olarak dermal nekroinflamasyonu ve fibrozu azaltmıştır (Şekil 1).

Tartışma: Sonuç olarak, IGF-I'in dermal fibroza katkısının olduğu ve oktreotidin anti-fibrotik potansiyele sahip olduğu ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, insülin benzeri büyüme faktörü-I, oktreotid



Şekil 1. Çalışma gruplarında inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve dermal kalınlıklar.

Abstract:0414

SS-09

JUVENİL BAŞLANGIÇLI VE ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'DA HASTALIK ÖZELLİKLERİ VE ORGAN HASARININ KARŞILAŞTIRMASI

Bahar Artım Esen¹, Özgür Kasapçopur², Sezgin Şahin², Kenan Barut², Ahmet Omma¹, Yasemin Şahinkaya¹, Sevil Kamalı¹, Lale Öcal¹, Murat İnanç¹

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

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) farklı klinik ve immünolojik bulgulara neden olabilen multisistemik bir hastalıktır. Hastalık başlangıç yaşının SLE'de klinik seyir ve prognoza etkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada iki referans merkezinde izlenen juvenile başlangıçlı (jb-SLE) ve erişkin başlangıçlı SLE (eb-SLE) hastalarındaki hastalık karakterleri ve organ hasarını karşılaştırmayı hedefledik.

Yöntem: Çalışmamıza dahil edilen 935 hastanın 846'sı 1975-2012 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Lupus Polikliniği'nden, 89'u ise 2004-2013 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji polikliniği'nden takip edilen hastalardı. Çalışmaya alındıkları sırada tüm hastalar ACR SLE sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Veriler takip dönemini kapsayan klinik ve serolojik bulguların kümülatif sonuçlarıdır. jb-SLE Pediatrik Romatoloji Uluslararası Çalışmalar Organizasyonu (PRINTO) tanımına göre hastalık başlangıç yaşı 18 ve altı olanlar olarak tanımlandı. Erişkin başlangıçlı 719 hasta (% 76.9) ve juvenile başlangıçlı 216 (% 23.1) hasta değerlendirildi.

Demografik veriler, klinik özellikler, otoantikör profili ve hastalık hasarı (SLICC hasar indeksi) gruplar arasında karşılaştırıldı. İstatistik analiz SPSS 17. versiyon kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Demografik verilerin karşılaştırması jb ve eb grupları arasında hastalık başlangıç yaşı (13.5 ± 3.5 vs 34 ± 11.3 yıl) ve hastalık süresinin (86.5 ± 96.2 vs 111.6 ± 83.9 ay) anlamlı derecede farklı olduğunu gösterdi ($p < 0.05$). Klinik bulgulardan fotosensitivite (% 71.6 vs 56.5), malar raş (% 73.6 vs 45.6) ve oral ülser (% 23.1 vs 15.4) jb-SLE'de daha sıkı ($p < 0.05$). Daha önce bildirildiği gibi renal tutulum jb-SLE'de (% 53.2) eb-SLE'ye göre (%28.9) daha sıkı. ($p < 0.05$). Otoimmün hemolitik anemi (OIHA) sıklığı da jb-SLE grubunda plörit ise eb-SLE grubunda anlamlı derecede yüksek idi (sırasıyla % 33.3 vs 9.5 ve %11.6 vs 18.4; her iki karşılaştırmada $p < 0.05$). Otoantikörlerden anti-dsDNA (% 78,7 vs 69), antikardiolipin IgG (% 31.9 vs 21) ve IgM (% 36.6 vs 19.3) prevalansı jb-SLE grubunda anlamlı derecede fazla idi. Eb-SLE grubunda ise anti-Sm pozitifliği (% 19.6 vs 10.2, $p < 0.05$) olan hasta sayısı anlamlı derecede yüksekti. SLICC hasar indeksine göre renal hasar jb-SLE grubunda (% 22.8) eb-SLE grubundan (% 8.4) sıkı ($p < 0.05$). eb-SLE'de ise iskelet-kas sistem hasarı-avasküler nekroz-prevalansı anlamlı derecede fazla idi (% 14.1 vs 8.4, $p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmamız jb ve eb-SLE grupları arasında klinik ve serolojik farklılıklar olduğunu desteklemektedir. jb-SLE'de renal tutulumun ve hasarın yanı sıra kutanöz bulgular, oral ülser, OIHA ve anti-dsDNA pozitiflik prevalansı daha fazla idi. SLE'de prognoz ve seyirin en önemli prediktörlerinden biri renal tutulum olduğu için bu çalışma SLE başlangıç yaşının dikkate alınmasının önemini ve bu alt grubun yakın takibinin gereğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: sistemik lupus eritematozus, juvenil başlangıç, erişkin başlangıç

Abstract:0171

SS-10

OTOİMMÜN ROMATOLOJİK HASTALIK VE VASKÜLİTLERDE SİKLOFOSFAMİD TEDAVİSİ SONRASI MALİGNİTE SIKLIĞI

Neslihan Yılmaz¹, Hakan Emmungil², Sercan Gücenmez², Gülsen Özen³, Fatih Yıldız⁴, Ayşe Balkarlı⁵, Gezmiş Kimyon⁶, Belkis Nihan Coşkun⁷, İsmail Doğan⁸, Ömer Nuri Pamuk⁹, Şule Yaşar¹⁰, Gözde Yıldırım Çetin¹¹, Ayten Yazıcı¹², Serpil Ergülü Eşmen¹³, Yonca Çağatay¹, Sema Yılmaz¹³, Ayşe Cefle¹², Mehmet Sayarlıoğlu¹¹, Timuçin Kaşifoğlu¹⁰, Ömer Karadağ⁸, Yavuz Pehlivan⁷, Ediz Dalkılıç⁷, Bünyamin Kısacık⁶, Veli Çobankara⁵, Eren Erken⁴, Haner Direskenel³, Kenan Aksu², Şule Yavuz¹

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

⁵Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

⁶Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁷Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁸Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

¹⁰Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

¹²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmit

¹³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya.

Giriş: Otoimmün hastalıklarda malignite sıklığının arttığı bilinmektedir. Romatolojik hastalıkların ciddi organ tutulumlarının tedavisinde sıklıkla kullanılan siklofosfamid (SF) uzun dönemde önemli yan etkileri olabilmekte ve malignite sıklığını

da arttırabilmektedir. Çalışmamızın amacı SF ile tedavi edilen otoimmün hastalık ve vaskülit hastalarında malignite sıklığını araştırmaktır.

Metod: Retrospektif çalışmamıza, Türkiye'nin 13 farklı Romatoloji kliniğinde "otoimmün romatolojik hastalık" veya "vaskülit" tanılarıyla izlenmekte olup, ciddi organ tutulumu nedeniyle SF tedavisi alan 881 (Kadın:638, Erkek:243) hasta dahil edildi. Çalışmaya alınma kriterleri; en az 3 ay SF tedavisi almış olmak, tedavi sonrası en az 1 yıl süre ile izlenmiş olmak ve 18 yaş üstü olmak olarak belirlendi. Tanı öncesi ya da tanıdan sonraki 1 yıl içerisinde malignite tanısı almış olmak dışlanma kriteri olarak kabul edildi. Malignite sıklığına etkili faktörler Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Hasta (n:881)	SLE (304)	SSc (295)	Diğer otoimmün hastalıklar (45)	Vaskülit (237)
Yaş (yıl) (Mean ±SD)	38.6±12.3	52.0±11.9	51.8±15.0	42.6±12.9
Takip süresi (yıl) Median (IQR)/ Hasta yılı	7 (4-11) 2472	5.4 (3-10) 2279	5 (2.5-7.5) 288	5.5 (2.2-10) 1642
SF sonrası takip süresi (yıl) Median (IQR)	4.3 (2-8)	3 (1.6-5)	2.3 (1.3-3.9)	3.3 (1.8-6.1)
Toplam SF dozu (gram)Median(IQR)	9 (6-15)	12 (7-15)	11 (6-15)	12 (6-14)
Toplam SF süresi (ay) Median (IQR)	12 (6-18)	12 (9-22)	12 (7-18)	12 (8.5-17)
Malignite (n)	6	8	1	3
	Hematolojik (2) Akciğer (1) Böbrek (1) M.melanom (1) Bazal hc ca (1)	Akciğer (6) Tiroid (1) Mesane (1)	Sarkom(1) (RA)	Kolon (1) (Behçet) Mesane (1) (PAN) Böbrek (1) (TAK)
Malignitenin ortaya çıkma zamanı (yıl) median (min-max)	7.5 (1.3-18)	6 (1.4-9)	1.8	10 (3-10.9)

Diğer otoimmün hastalıklar; RA:18, Sjögren:14, İnflamatuvar miyozit:9, Mixt bağ dokusu hastalığı:4 Vaskülitler; Behçet:115, ANCA ilişkili vaskülitler (66) (GPA:52, MPA:9, EGPA:5), Büyük damar vaskülitleri (40), PAN (13), Tek organ vaskülitleri (4)

Sonuçlar: Otoimmün romatolojik hastalık (SLE:306, Skleroderma:296, diğer:45) ve vaskülit (238) tanılarıyla izlenmekte olan toplam 886 hasta, 6698 hasta yılı süresince incelendi. Ortanca takip süresi, 6 (IQR: 3-10) yıl idi. 5 hasta tanı öncesi ya da tanıdan sonra 1 yıl içinde malignite saptanmış olması nedeniyle değerlendirme dışı bırakıldı. 881 hastada toplam 18 malignite tespit edildi. Malignitenin ortanca ortaya çıkma zamanı 6 (1.3-18) yıl idi (Tablo). Malignite sıklığı, SLE hastalarında; 6 (%1.97), Skleroderma (SSc) hastalarında; 8 (%2.71), diğer otoimmün hastalıklarda; 1 (%0.45) ve vaskülit hastalarında; toplam 3 (%1.26) olarak saptandı (tablo). Malignite sıklığının SF süresi (p<0.001) ve hastalık süresi (p<0.001) ile ilişkili olduğu saptandı.

Tartışma: Literatürde Türkiye'deki romatolojik hastalıklarda görülen malignite sıklığına ilişkin geniş ölçekli veri

bulunmamaktadır. Çalışmamızda romatolojik hastalıklarda görülen kanser sıklığı genel toplumda beklenenden yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda malignite sıklığının hastalık süresi ve SF tedavi süresi ile korele olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar, otoimmün hastalıkların malignite sıklığını arttırması ile ilişkilendirilebileceği gibi, SF yan etkisi ile de bağlantılı olabilir. Bu nedenle romatolojik malignite sıklığının ortaya koyulması için SF kullanmayan hasta grubunu içeren geniş ölçekli çok merkezli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Siklofosamid

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0220

SS-11

D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ FİBROMYALJİ HASTALARINDAKİ HALSİZLİK VE HASTALIK AKTİVİTESİNE KATKIDA BULUNUYOR OLABİLİR

Dilek Solmaz¹, Mustafa Oran², Sonat Pınar Kara²

¹Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

²Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, İzmir

Gerekeç: Fibromyalji sendromu (FMS) yaygın ağrı ve en az 11/18 anatomik bölgede hassasiyetle karakterize kronik bir kas iskelet sistemi bozukluğudur. Diğer önemlisemptomları arasında halsizlik, uyku düzensizliği ve kognitif bozukluklar sayılabilir. Yaygın ağrı ve halsizlik semptomlarına D vitamini eksikliği olan hastalarda da rastlanılmaktadır. Düşük 25-hidroksi (OH) D vitamini ve fibromyalji sendromunu da içeren nonspesifik kas iskelet sistemi ağrıları arasındaki ilişki tartışmalıdır.

Amaç: İzole FMS, izole D vitamini eksikliği ve FMS ile birlikte D vitamini eksikliği olan hastalarda halsizlik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.

Hastalar ve Metod: Çalışmaya ACR 2010 kriterlerine göre FMS olarak sınıflandırılan romatoloji kliniğinde takip edilen hastalar dahil edildi. D vitamini eksikliği serum 25-OH Vit D düzeyinin <20 ng/ml olması şeklinde tanımlandı. Çalışma grupları 1. Grup izole FMS, 2. Grup izole D vitamini eksikliği ve 3. Grup FMS ve D vitamini eksikliği olan hastalar olarak belirlendi.

Bilinen kalsiyum anormallikleri, hiperparatiroidi ve osteomalazi durumları olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Halsizlik düzeyi 0-100 arasındaki görsel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastaların fonksiyonel değerlendirmeleri BASFI ve HAQ kullanılarak yapıldı. Rutin laboratuvar verileri kaydedildi.

Yaygın ağrı indexi (WPI) 0-19 arasında ağırlı noktalar değerlendirilerek, semptom ciddiyet skoru (SS) 0-12 arasında halsizlik, uyku ve kognitif bozukluklar ile genel somatik semptomların toplamı ile elde olundu.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen hastaların gruplara göre dağılımları ve özellikleri tabloda özetlenmiştir. Beklenildi üzere 3 grupta da hastaların çoğunluğu kadındı. İzole D vitamini eksikliği olan grup ile izole FMS olan grupta halsizlik düzeyleri benzerken FMS ve D vitamini eksikliği olan grupta halsizlik düzeyi her iki gruptan daha yüksek olarak saptandı. Halsizlik düzeyi ile D

vitamini düzeyi arasında orta derecede ve negatif bir korelasyon saptandı ($r = -0.313$, $p = 0.002$). Yaygın ağrı indeksi ve semptom ciddiyet skoru ile D vitamini düzeyi arasında da negatif ilişki saptandı (sırasıyla $r = -0.266$, $p = 0.023$; $r = -0.266$, $p = 0.037$). FMS hastalarında HAQ ve BASFI değerleri D vitamini eksikliği olan grupta daha yüksek olarak tespit edildi (sırasıyla $p = 0.018$ ve $p < 0.001$).

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları; D vitamin eksikliğinin FMS'li hastalarda hastalık ciddiyeti, yaşam kalitesi ve halsizliğe katkıda bulunuyor olabilir. Bu nedenle FMS hastalarında D vitamini düzeylerinin gözden geçirilerek düzeltilmesi semptom kontrolünde yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromyalji, D vitamini

Tablo 1.

	Grup 1: İzole D vitamini eksikliği (n: 37)	Grup2: İzole FMS (n: 21)	Grup3: FMS ve D vitamini eksikliği (n: 43)
Yaş, ortalama \pm SD	49 \pm 13.0	45 \pm 6.6	47 \pm 9.9
Cinsiyet, kadın %	32, 86.5	21, 100	43, 100
ESH mm/h; ortalama \pm SD	15 \pm 8.8	19 \pm 10.5	18 \pm 9.5
CRP mg/L; ortalama \pm SD	2.3 \pm 2.4	3.9 \pm 3.1	4.1 \pm 1.8
25-Hidroksi D vitamini, ng/ml; ortalama \pm SD	11.6 \pm 5.3	34.6 \pm 12.0	11.3 \pm 4.7
Ca mg/dl; ortalama \pm SD	9.7 \pm 0.3	9.6 \pm 0.2	9.6 \pm 0.3
P mg/dl; ortalama \pm SD	3.3 \pm 0.4	3.4 \pm 0.5	3.6 \pm 1.1
PTH pg/ml; ortalama \pm SD	54 \pm 20.0	52 \pm 9.9	52 \pm 25.1
ALP IU/L; ortalama \pm SD	74 \pm 21.2	69 \pm 19.2	83 \pm 24.5
BASFI; ortalama \pm SD	2.0 \pm 0.9	2.6 \pm 1.5	4.5 \pm 1.8
HAQ; ortalama \pm SD	0.6 \pm 0.9	0.8 \pm 0.4	1.2 \pm 0.3
VAS halsizlik; ortalama \pm SD	54 \pm 22	59 \pm 10	76 \pm 15
WPI skoru; ortalama \pm SD	N/A	10 \pm 1.5	12 \pm 2.1
SS skoru; ortalama \pm SD	N/A	6 \pm 1.2	8 \pm 1.5

Romatoid Artrit

Abstract:0311

SS-12

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA ETANERCEPT İLE İLAÇTA KALIM MONOKLONAL ANTİKORA GÖRE DAHA İYİ MİDİR? HÜR-BIO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

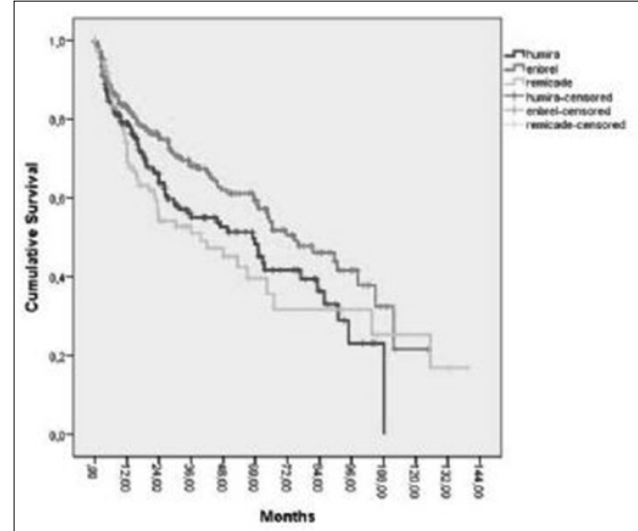
Umur Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli

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

Gerekeç: Anti-TNF ilaçta devamlılık oranları ilaçların etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek için geçerli ölçüm parametrelerinden birisidir. Bu çalışmada anti-TNF ilaçların rutin pratikte devam etme oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. Bu inceleme Mayıs 2014 tarihinde yapılmıştır. Bu çalışmaya üç anti-TNF ilaç (etanercept, adalimumab ve infliximab) kullanan 653 hasta dahil edilmiştir. İlaçta devamlılık için lokal veri tabanı kullanılmıştır. Hastaların demografik bilgileri, hastalık

süresi, komorbiditeleri (hipertansiyon, diabetes mellitus, amiloidoz, hepatit B-C, KAH, SVO ve operasyon öyküleri), ilk biyolojik başlama tarihi, ilk başlanan biyolojik ajan, DMARD öyküsü kaydedilmiştir. Hastaların tedavi öncesi ESH, CRP, RF, anti-CCP değerleri varsa kaydedilmiştir. Anti-TNF tedavi öncesi ESH %89, CRP %88, DAS28 %26 ve HAQ skoru %23 hastada kayıtlıydı. Anti-TNF ilacın kesilme zamanı ilk başlanan ilacın kesilme ve/veya bir başka biyolojik ilaca değişim tarihi veya son reçetelendiği tarih göz önüne alınarak hesaplanmıştır. Tüm anti-TNF ilaçlar için ilaçta kalım Kaplan-Meier yöntemiyle hesaplanmıştır.



Şekil 1. Anti-TNF'lerin yıllara göre ilaçta kalma oranları

Sonuçlar: 653 hastanın (%77,7 kadın), ortalama yaşları 50 (13), ortalama hastalık süresi 11 (8) yıl, ortalama anti-TNF süresi 3,2 (2,8) yıldır, RF pozitifliği %59,1, anti-CCP pozitifliği %60,4'dür. Hastaların 318'i etanercept (48,7%), 219'u adalimumab (33,5%) ve 116'sı infliximab (17,8%) kullanıyordu. 653 hastanın 455'i (%69,7) herhangi bir biyolojik tedaviyi, 265/653'ü (%40,6) ilk başlanan anti-TNF ilacı devam ediyordu. Anti-TNF ilaçlar arasında yıllara göre aynı ilaçta kalma oranları şekil 1'de gösterilmiştir. Buna göre etanercept'in, monoklonal antikorlara göre daha iyi ilaçta kalım sağladığı görüldü (Log-Rank $p = 0.014$). Çok değişkenli analizde ilaçta kalımı etkileyen faktörler steroid kullanıyor olmak OR 2,60 (%95 GA 1,62-4,19), birlikte kullanılan DMARD sayısı [0 vs 1 DMARD için OR 2,53 (%95 GA 1,19-5,36)] ve komorbid hastalığın bulunması OR 0,47 (%95 GA 0,29-0,76) olarak hesaplandı. İlk biyolojik tedavinin kesilme nedeni 203 hastada biliniyordu [%49,8'inde etkisizlik, %7,9'unda hasta/doktorun isteği veya gebelik, %42,3'ünde yan etki]. Yan etkilerin %5,5'inde yaşamı tehdit eden enfeksiyon, %0,8'inde ise malignite vardı. Üç anti-TNF ilaç arasında etkisizlik veya yan etki nedeniyle kesilme açısından fark saptanmadı.

Tartışma: RA hastalarında etanercept'in monoklonal antikorlara göre ilaçta kalımı daha uzun görülmektedir. Ancak başlangıçtaki eksik veriler yanıltıcı faktör olabilir. Birlikte kullanılan steroid, DMARD kullanıp kullanmama ve ko-morbid hastalıklar ilaçta kalımdan sorumlu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Etanercept

Spondiloartropatiler

Abstract:0334

SS-13

PSÖRİATİK ARTRİTTE DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER: ULUSAL PSÖRİATİK ARTRİT VERİ TABANINDA 210 HASTANIN SONUÇLARI

Umut Kalyoncu¹, Barış Yılmaz², Ediz Dalkılıç³, Ahmet Mesut Onat⁴, Meryem Can⁵, Gezmiş Kimyon⁴, Orhan Küçükşahin⁶, Ahmet Omma⁷, Emine Duygu Ersöz⁸, Bünyamin Kısacık⁴, Şenol Kabak⁹, Timuçin Kaşifoğlu¹⁰, Emel Gönüllü¹¹, Mustafa Ferhat Öksüz³, Seval Pehlevan¹², Muhammet Çınar¹³, Levent Kılıç¹⁴, Fatih Yıldız¹⁵, Servet Akar¹⁶, Abdulsamet Erden¹, Esen Kasapoğlu Gunal¹⁷, Fatoş Arslan¹⁸, Cem Özişler¹⁹, İsmail Doğan²⁰, Gözde Yıldırım Çetin²¹, Sema Yılmaz²², Cemal Bes², Ali Şahin²³, Sibel Zehra Aydın²⁴

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

²Bakırköy Sadı Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁵Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁶Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Adana

⁹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁰Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Eskişehir Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Eskişehir

¹²Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹⁴Yenimahalle Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁵Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van

¹⁶Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁷Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁸Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

¹⁹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

²⁰Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Çorum

²¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

²²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

²³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

²⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Romatolojik hastalıklarda farklı genetik ve çevresel etkenler hastalıkların yapısında ve seyrinde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu nedenle tüm romatizmal hastalıklar için ülkemiz için tasarlanmış veri tabanlarına gereksinim vardır. Bu çalışmada web tabanlı ulusal psöriatik artrit (PsA) veri tabanındaki hastaların ilk verilerinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çok merkezli çalışma platformu (TULİP) sekreteryası tarafından 2013 Ekim ayında ulusal PsA veri tabanı oluşturulması kararlaştırılmıştır. İlk etapta PsA veri tabanında mutlaka olması gereken girdilerin belirlenmesi amacıyla literatür taraması yapılmıştır (BY). Daha sonra üç romatoloji uzmanı tarafından veri tabanı oluşturulmuştur (UK, SZA, BY). Veri tabanı web temelidir (<http://favorsci.org/>) ve mayıs 2014 tarihinde tüm TRD üyelerine duyurusu yapılmıştır ve bu tarihten başlayarak 60 üye sisteme kayıt yaptırmıştır ve 29 üye en az bir PsA hastasını sisteme

kaydetmiştir. Üyelerden poliklikte rutinde görülen ve onay veren tüm hastaların sisteme girilmesi istenmiştir. Veri tabanında PsA hastaların demografik özellikleri, PsA tipi, psöriazis-PsA arasındaki süre, PsA'nın klinik özellikleri, ko-morbiditeler ve hastalık ölçüm parametreleri yer almaktadır. Bu analiz 15 Ağustos 2014 tarihine kadar girilen 210 PsA hastası üzerinden yapılmıştır.

Sonuçlar: 210 PsA hastasının 124'ü (%59) kadın ve ortalama yaşları 43,4'tür (SD: 12,6). Eğitim durumları şu şekildedir: <=5 yıl; 68 (%34,7), 6-11 yıl; 55 (%28,1), >=12 yıl; 73 (%37,2). Psöriazis ile PsA arasındaki ortalama süre 64 (-240 ve 510 ay) aydır. 14'ünde (%6,7) artrit ilk bulguyken, 19'unda (%9,0) psöriazis ve PsA tanısı aynı zamanda konulmuştur. PsA tiplerinin dağılımı şöyledir; monoartrit 6 (%3,0), oligoartrit 48 (23,8), poliartrit 101 (50,0), aksiyel 23 (%11,4), DIF 23 (%11,4) ve artritis mutilans 1 (%0,5). PsA takip süresi ortancası 42 aydır (0-408) ve 28'inde (%13,3) PsA tanısı yeni konulmuştur. Psöriazis aile öyküsü 70 (%33,5) ve PsA aile öyküsü 8 (%3,8) hastada bulunmaktadır. PsA klinik bulguları şu şekildedir; İBA 48 (%23,2), daktilit 38 (%18,8), son vizite daktilit 18 (%8,6), entezit 32 (%16,4), pitting 44 (%21,0), onikolizis 61 (%29,0). BMI ortalaması 28,3 (5,5) hesaplandı. Sigara içme %25,5 ve bırakma %18,6 hastada bulunmuştur. Ko-morbid hastalık dağılımı şöyledir: DM %12,4, HT %20,5, dislipidemi %21,6, depresyon %15,9, KAH %4,3, SVO %1,4 ve kanser %1,4. Hastalık ölçüm parametrelerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Psöriatik artritte hastalık ölçüm parametrelerinin dağılımı

Ölçüm Parametreleri	Değerler
Şiş eklem sayısı ortanca (min-max)	2,0 (0-27)
Şiş eklem=0 n (%)	59/188 (%31,4)
Hassas eklem sayısı ortanca (min-max)	2,0 (0-32)
Hassas eklem=0 n (%)	61/186 (32,8)
Ağrı VAS ortalama (SD)	43 (27)
Ağrı VAS > 40 mm n (%)	107/178 (%60,1)
Hasta Global VAS ortalama (SD)	43 (25)
Hasta Global VAS > 40 mm n (%)	101/174 (%58)
Doktor Global VAS ortalama (SD)	35 (21)
Doktor Global VAS > 40 mm n (%)	69/148 (%46,6)
Yorgunluk Global VAS ortalama (SD)	44 (27)
Yorgunluk Global VAS > 40 mm n (%)	109/178 (%61,2)
Sabah tutukluğu süre ortalama (SD)	38 (41)
Sabah tutukluğu süre > 30 dakika n (%)	56/190 (%29,5)
BASDAI ortalama (SD)	44 (52)
BASDAI > 40 mm n (%)	83/155 (%53,5)
BASFI ortalama (SD)	33 (33)
BASFI > 40 mm n (%)	54/148 (%36,5)
HAQ ortalama (SD)	0,91 (0,80)
HAQ > 0,5 N (%)	90/145 (%62,0)
ESH mm/saat ortanca (min-max)	17 (2-99)
ESH > 20 mm n (%)	79/186 (%42,5)
CRP mg/lt ortanca (min-max)	3 (0,1-203)
CRP > 5 mg/lt n (%)	73/200 (%36,5)
Deri vücut yüzey alanı > %5	29/77 (%37,6)

Tartışma: Web tabanlı ulusal PsA veri tabanına ülkemizin hemen tüm bölgelerinden hastalar kaydedilmiştir. Rutin poliklinik takibinde olan PsA hastalarından bir kesit sunan bu çalışmada oldukça yüksek oranlarda saptanan aktif hastalık durumu düşündürücüdür. 3 ay içerisinde 28 yeni tanı konulan PsA hastasının verisi kaydedilmiştir. Özellikle bu hastaların uzun dönemli kayıtlarının değerli sonuçlar vereceği öngörülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, demografik, klinik özellikler

Abstract:0188

SS-14

ANKILOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA CİDDİ SPİNAL HASTALIK VE/VEYA BAMBOO KAMIŞI GELİŞMESİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ VE ANTI-TNF İLAÇTA KALIM ORANLARI: HÜR-BİO/SPA GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, İhsan Ertenli, Şule Apraş Bilgen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Gerekeç: Ankilozan Spondilit (AS) hastalarında gelişebilen spinal ankiloz fonksiyonel kaybın önemli sebeplerinden birisidir. Bu çalışmanın amacı biyolojik tedavi almakta olan göreceli ciddi bir AS alt grubunda ciddi spinal hastalık ve/veya tipik Bamboo kamışı gelişmesi için gerekli risk faktörlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. HÜR-BİO/SpA'da hastaların demografik özellikleri, hastalık ve semptom süresi, üveit, psöriasis, İBH sorgulaması, sigara kullanımı, ilk başlanan anti-TNF ilaçlar, anti-TNF'ler arasında değişimler, son anti-TNF tarihi, BASDAI, BASFI ve akut faz yanıtları bulunmaktadır. Ocak 2014'de 690 AS'linin 530'unda PACS'da kayıtlı lumbal spinal radyografi bulunmaktaydı. Grafiler bir romatoloji uzmanı tarafından (UK) spinal ankiloz açısından yeniden değerlendirilmiştir. En az iki intervertebral bölgede köprüleşme olan hastalar ciddi spinal hastalık olarak tanımlanmıştır [1]. Tipik bamboo görüntüsüne sahip olan hastalar ise ayrıca not edilmiştir. Spinal ankiloz risk faktörleri tek ve çok değişkenli analiz ile test edilmiştir. Her üç anti-TNF ilaç için ilaçta kalım oranları, ciddi spinal hastalık olması durumuna göre Kaplan Meier yöntemiyle hesaplanmıştır.

Sonuç: 530 AS hastasının (%65.9 erkek) ortalama yaşı 41±11, ortalama hastalık süresi 9,7±7,2 yıldır. Ortalama anti-TNF kullanma süresi ise 37±30 aydır. Anti-TNF'lerin dağılımı; etanercept 199 (%37,5), infliximab 192 (%36,2), adalimumab 117 (%22,1) ve golimumab 22 (%4,2) şeklindedir. En az bir sindesmotit 248'inde (%46,8) saptandı. 99/530 (%18,7) hastada ciddi spinal ankiloz vardı (60'ında Bamboo kamışı, 39'unda ciddi spinal hastalık). Ciddi spinal ankiloz risk faktörleri tablo 1'de gösterilmiştir. Çok değişkenli analizde erkek cinsiyet OR 4,3 (%95 GA 1,9-9,8), yaş OR 1,1 (%95 GA 1,07-1,14) ve hastalık süresi 1,1 (%95 GA 1,05-1,15) ciddi spinal hastalık gelişmesi için bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Anti-TNF öncesi akut faz, BASDAI ve BASFI sonuçları arasında fark yokken, son vizitlerinde ciddi spinal ankiloz olanların CRP (1,94±3,57 vs 1,08±1,62 mg/dl, p=0.003) ve BASFI (3,99±2,51 vs 2,43±2,18, p<0.001) değerleri daha yüksekti. Ciddi spinal ankilozu olan hastalarda anti-TNF ilaçta kalım, olmayanlara göre daha iyiydi (log-rank p=0.020), anti-TNF ilaçlar arasında fark yoktu (şekil 1).

Tartışma: Ciddi spinal ankiloz gelişimi için risk faktörleri literatürle uyumlu biçimde erkek cinsiyet, yaş ve hastalık süresidir. Spinal ankiloz'dan bağımsız olarak tedaviyle hastalık aktivitesi (BASDAI) benzer oranlarda baskılanabilirken, fonksiyonel kısıtlılık (BASFI) devam etmektedir. Ciddi spinal ankilozu olan hastalarda fonksiyonel kısıtlılığın devam etmesine rağmen daha iyi düzeyde anti-TNF ilaçta kalma ilk defa gösterilmiştir ve diğer biyolojik veri tabanlarında da doğrulanmalıdır. Bizim sonuçlarımızı değerlendirmeye alınırken eksik verilerin varlığı da dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Bamboo Kamışı

Tablo 1.

	Ciddi Spinal Hastalık (+) n=99	Ciddi Spinal Hastalık (-) n=431	p
Yaş (yıl)	51±9	39±10	<0.001
Hastalık Süresi (yıl)	16±9	8±6	<0.001
Erkek (%)	84.8	61.0	<0.001
Ağırlık (kg)	79±13	74±14	0.002
Radyolojik Kalça tutulumu n (%)	39/91 (42.8)	54/376 (14.3)	<0.001
Ciddi radyolojik kalça tutulumu n (%)	17/91 (18.7)	25/376 (6.6)	<0.001
Üveit n (%)	17/80 (21.2)	37/329 (11.2)	0.018
Hipertansiyon n (%)	20/80 (25.0)	33/329 (10.0)	<0.001
Amiloidoz n (%)	6/80 (7.5)	5/330 (1.5)	0.001
Sigara (paketxyıl)	11.7±13.8	6.5±9.5	<0.001
Başlangıç BASDAI	5.7±1.6	5.7±1.7	
Başlangıç BASFI	5.2±2.5	4.5±2.5	
Başlangıç ESH mm/saat	35±21	32±23	
Başlangıç CRP mg/dl	3.4±4.6	3.1±3.0	

Veriler ortalama (SD) olarak verilmiştir. BASDAI 272, BASFI 139, ESH 388, CRP 381, üveit 409, kilo 399, sigara bilgisi 361 hastada değerlendirilmiştir

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0390

SS-15

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİNE SEKONDER GELİŞEN AA AMİLOİDOZ TANILI HASTALARDA TOCİLİZUMAB ETKİSİ

Huri Özdoğan, Serdal Uğurlu, Ayşe Hacıoğlu, Yasaman Adibnia, Vedat Hamuryudan

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

Amaç: Ailesel akdeniz ateşi'ne (AAA)sekonder gelişen konvansiyonel tedaviye dirençli AA amiloidoz tanılı hastalara başladığımız TCZ ile ilgili deneyimimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: AA amiloidozun histolojik olarak kanıtlanmış olduğu AAA tanılı hastalara ayda bir 8mg/kg TCZ tedavisi uygulandı. Hastaların poliklinik takiplerinde tedavi öncesi ve sonrası kreatinin, kreatinin klirens, 24 saat idrar protein miktarı, sedimentasyon

ve C-reaktif protein (CRP) değerleri takip edildi. İlaça bağlı yan etkiler yakından izlendi.

Bulgular: TCZ AAA'ya bağlı AA amiloidozu olan 13 (8 kadın, 5 erkek) hastaya verildi. Bütün hastalar kolşisin (ortalama en yüksek doz 2.11 ± 0.41 mg/gün) kullanmakta idi. İki hastada ek olarak ankilozan spondilit, bir hastada sistemik lupus eritematosus ve bir diğerinde crohn hastalığı mevcut idi. Hastaların ortalama yaşı 36.46 ± 9.96 yıl iken, ortalama AAA hastalık süresi 23.76 ± 6.97 yıl ve ortalama amiloidoz süresi 4.41 ± 4.79 yıl idi. Ortalama TCZ kullanım süresi 8.76 ± 5.59 ay olan hastaların ortalama kreatinin değeri 1.23 ± 0.89 mg/dl'den 1.07 ± 0.63 mg/dl'ye ($p = 0.001$) geriledi, ortalama kreatinin klirensi ise 98.62 ± 53.36 ml/dk'dan 105.18 ± 59.35 ml/dk'ya ($p = 0.001$) yükseldi. Üç hastanın tedavinin başlangıcında renal fonksiyon kaybı mevcuttu ve TCZ tedavisiyle anlamlı düzelme saptandı (ortalama kreatinin 2.64 ± 0.57 mg/dl'den 1.97 ± 0.46 mg/dl'ye gerilerken, $p = 0.015$; ortalama kreatinin klirensi 36.2 ± 4.51 ml/dk'dan 45.3 ± 5.55 ml/dk'ya yükseldi, $p = 0.005$). Onüç hastanın median 24 saatlik idrardaki protein miktarı 5546.98 ± 6275.29 to 3304.93 ± 4749.27 ($p = 0.008$) geriledi. Akut faz reaktanlarında da anlamlı gerileme saptandı. Ortalama CRP değeri 22.36 ± 20.83 mg/dl'den 4.68 ± 5.44 mg/dl'ye ($p = 0.002$) geriledi ve ortalama sedimentasyon değeri 49.69 ± 29.83 mm/saat'ten 35.91 ± 40.01 mm/saat'e (< 0.001) geriledi.

Hastaların 12'sinde TCZ tedavisi altında AAA atağı gelişmedi, erizipel benzeri cilt döküntüsü şeklinde atakları olan 1 hastanın ise yakınmalarında gerileme olmaması ve proteinüri miktarında azalma saptanmaması nedeniyle TCZ tedavisi kesilerek canacinumab'a geçildi. AAA ve ankilozan spondilit tanılı hasta ise takip sırasında 2 defa akut sakroileit atağı geçirdi, 1 hastanın kan basıncı ilk doz TCZ'den sonra yükseldi ve hipertansif ensefalopati geçirdi, 1 hastanın SLE tanısıyla da ilişkilendirilebilecek akut koroner sendrom benzeri yakınmaları oldu ve 1 hastanın ise dört doz TCZ sonrasında çift görme yakınması ve iki gün sonrasında yakınmaları spontan geriledi.

Sonuç: TCZ tedavisi, AAA'ya sekonder amiloidoza bağlı akut faz yüksekliği ve renal fonksiyon kaybı üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Bu hasta grubunda TCZ ciddi yan etkilerle ilişkilendirilmemekte ve iyi tolere edilmektedir. Ancak etkinliğin ve güvenilirliğin gösterilmesinde ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, Amiloidoz, Tocilizumab

Abstract:0134

SS-16

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİNDE S100 PROTEİNİ, CHİTOTRİOSİDASE İLE RESOLVİNLERİN YERİ VE ÖNEMİ

Ali Taylan¹, Oğuz Gürler², Burak Toprak³, İsmail Sarı⁴, Hülya Yalçın³, Ayfer Çolak³

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Ünitesi

²Medikal Park Samsun Hastanesi Romatoloji Ünitesi

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Bölümü

⁴9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi(AAA), periyodik ateş ve serosit ataklarıyla karakterize, patogenezi doğal bağışıklık sistemin hücrelerinden nötrofil ve makrofajların aşırı uyarılması, pro inflammatuar sitokinlerin etken olduğu oto inflammatuar bir hastalıktır. AAA hastalarında pro inflammatuar S100 proteinleri, nötrofil-monosit kökenli chitotriosidase ile omega-3 yağ asitlerinden sentezlenen biyoaktif anti inflammatuar düzenleyici resolvinler hastalık

aktivitesi, klasik inflammatuar belirteçler ve mutasyonlar açısından incelenmiştir.

Materyal ve metot: Klinik ve genetik olarak AAA tanısı almış 29 hasta(15E/14K) ve 30 sağlıklı kontrol(15E/15K) çalışmaya alındı. Hastalar düzenli kolşisin kullanırken, kan numuneleri aktif ve sessiz hastalık dönemlerinde toplandı. Örneklerden highly sensitive C-reactive protein (hs-crp), Serum Amiloid A(SAA), IL-1, S10012A, resolvin, chitotriosidase ölçüldü.

Sonuçlar: Yaş, Cins, Vücut Kitle İndeksi(VKI) ve serum lipid paneli hastalar ve sağlıklı kontroller arasında benzer bulundu($p > 0.05$).AAA hastalarının aktif ve sessiz dönemlerindeki hs-crp, SAA, S10012A, resolvin, chitotriosidase değerleri sağlıklı kontrollerden atak dönemlerinde daha belirgin olmak üzere, yüksek bulundu($p > 0.05$). IL-1 seviyesi her üç grupta benzerdi($p < 0.05$). AAA hastalar aktif ve sessiz dönemlerinde karşılaştırıldığında ise hs-crp, SAA, S10012A, chitotriosidase aktif dönemde sessiz döneme göre yüksek bulundu ancak resolvin seviyesinde anlamlı farklılık bulunmadı(Tablo-1).Korelasyon analizinde aktif AAA döneminde S100A12 ile hs-crp, SAA ve chitotriosidase arasında ilişki bulundu ($p < 0.05$; $r = 0.7, 0.6$ ve 0.4).

Tartışma: Çalışmamızda AAA inde hastalık aktivitesini gösteren klasik belirteçlerden hs-crp, SAA ile birlikte kronik nörofil-monosit uyarılması ile ilişkilendirilen S100 proteini ve chitotriosidase seviyesi aktif AAA hastalarında klasik belirteçlerle paralel bir şekilde yüksek bulundu. İnflamasyon düzenleyici yada sınırlayıcı resolvinler ise AAA de hem aktif hem de sessiz dönemde sağlıklı kontrollere göre yüksek bulundu. Serumda ölçülen IL-1 seviyesi ise her üç grupta benzerdi. Ancak IL-1 hariç, bakılan tüm inflammatuar belirteçlerin sessiz dönem AAA hastalarında sağlıklı kontrollerden farklı bulunması, düşük hastalık aktivitesi ve inflamasyonun düzenli kolşisin tedavisine rağmen sürdüğü tezini desteklemektedir. S100 proteini ve chitotriosidase, AAA de hastalık aktivitesini gösteren yeni belirteçler olarak önemlidir. Resolvinler, inflamasyon sınırlayıcı bioaktif moleküller olarak AAA hastalığının aktif ve sessiz dönemlerinde tedavide yararlanılacak bir hedef olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, Resolvin

Tablo 1. AAA hastalarında aktif ve sessiz dönem çeşitli inflammatuar belirteçlerin karşılaştırması.

	FMF aktif	FMF sessiz	P
Chitotriosidase (pg/mL)	30336 (17731-47507)	25816 (14237-41403)	0.026
IL-1 (pg/mL)	100.1 (87.6-113.3)	103.8 (91.9-112.0)	0.420
SAA (mg/L)	204(155)	45(24)	<0.03
hs-CRP(mg/L)	44.0 (9.4-100.0)	4.2 (0.6-15.8)	<0.001
Resolvin(pg/mL)	2112 (640)	1909 (523)	0.066
S-10012A(ng/mL)	4880 (2010)	370 (240)	<0.001

Normal dağılan veriler [ortalama \pm SD]. Normal dağılmayan veriler[ortanca (interquartile range)]. Gerekli yerlerde, Paired sample t test ve Wilcoxon signed-rank testleri kullanılmıştır.

Spondiloartropatiler

Abstract:0209

SS-17

EKSİK BASDAI VERİLERİ OLMASI DURUMUNDA ASDAS HESAPLAMASI

Pınar Çetin¹, Sedat Çapar², Gökçe Kenar¹, Handan Yarkan¹, Berrin Zengin¹, İsmail Sarı¹, Merih Birlik¹, Fatoş Önen¹, Nurullah Akkoç¹¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü, İzmir

Gerekeç: Ankilozan Spondilit (AS) hastalık aktivite skoru (ASDAS) ASAS tarafından AS hastaları için yeni geliştirilen bir hastalık aktivite skorudur; C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ile hesaplanan iki ayrı versiyonu bulunmaktadır. Hesaplama BASDAI'nin 2. (bel ağrısı şiddeti), 3.(periferik eklem tutulumu şiddeti) ve 6. (sabah tutukluğunun süresi) soruları kullanılmaktadır. Bu verilerden herhangi birinin eksik olması durumunda ASDAS hesaplanamamaktadır. Ancak bir çok klinikte hasta kayıtlarında yalnızca ortalama BASDAI skoru kayda geçirildiği için geçmişe yönelik ASDAS skoru hesaplanamamaktadır. Bu nedenle biz bu çalışmada farklı BASDAI soruları ile ilgili veriler eksik olduğu takdirde, bunların yerine ortalama BASDAI skoru ile imputasyon yapılarak ASDAS skorlarının hesaplanıp hesaplanamayacağını ve bu imputasyonlu ASDAS skorları ile orjinal ASDAS arasındaki uyumluluğu araştırdık.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimizdeki AS veritabanında kayıtlı olan ve ASDAS ve BASDAI verileri eksiksiz olan hastalar alındı. ASDAS hesaplamasında kullanılan BASDAI komponentlerinin her biri için hastanın gerçek skoru yerine ortalama BASDAI skoru konularak imputasyonlu ASDAS skoru hesaplandı. Aynı analiz tüm BASDAI komponentleri için ortalama BASDAI skoru konularak ta tekrar edildi. Yeni versiyonlar ile orjinal skor arasındaki uyum kappa istatistiği kullanılarak hesaplandı; ayrıca ASDAS-CRP ve ESH arasındaki uyum da analiz edildi. Değişik versiyonlarını hesapladığımız ASDAS ile orjinal ASDAS arasındaki uyumluluk alt ve üst limitlerini saptamak için Bland-Altman analizi uygulandı.

Sonuçlar: Ortalama hastalık süresi 9.7 ± 8 olan 403 (297 E; 44.4 ± 11.8) AS hastası çalışmaya alındı. Hastaların ortalama BASDAI, ASDAS CRP ve ASDAS ESH değerleri sırasıyla 3.55 ± 2.3 , 3.13 ± 1.1 and 3.11 ± 1.06 idi. İmputasyonla hesaplanan ASDAS skorları ile orjinal skor arasındaki uyumluluk oldukça yüksekti; kappa değerleri 0.84 ve 0.96 arasında bulundu. (Tablo-1). ASDAS daki tüm BASDAI skorları eksik kabul edildiğinde hesaplanan yeni skor ile gerçek ASDAS arasındaki uyumun ($k=0.84$), ASDAS-CRP ve ASDAS-ESH arasındaki uyumdan ($k=0.69$) daha iyi olduğu görüldü.

Tartışma: BASDAI komponentlerinde eksik verileri olan hastalarda eksik BASDAI değerinin yerine ortalama BASDAI skoru kullanılarak ASDAS hesaplanabilir. Bu şekilde hesaplanan imputasyonlu skor ile orjinal ASDAS arasındaki uyum en az ASDAS CRP ve ESH arasındaki uyum kadar iyidir.

Anahtar Kelimeler: BASDAI eksik veri, ASDAS hesaplama

Tablo 1. Eksik varsayılan BASDAI verileri ortalama BASDAI skoru ile değiştirildikten sonraki skor ile orjinal ASDAS arasındaki uyum

	Kappa (95% CI)	Ağırlıklandırılmış kappa (95% CI)	Ort. Fark (95% CI)	Uyumluluk alt sınırı (95% CI)	Uyumluluk üst sınırı (95% CI)
ASDASCRP-ASDASESR	0.62 (0.56 - 0.69)	0.69 (0.63 - 0.74)	0.02 (-0.02 - 0.07)	-0.96 (-1.04 - -0.87)	1.0 (0.92 - 1.08)
ASDAS CRP -BASDAI tüm sorular eksik kabul edilerek	0.8 (0.74 - 0.85)	0.84 (0.79 - 0.88)	0.07 (0.04 - 0.09)	-0.4 (-0.44 - -0.36)	0.53 (0.49 - 0.57)
ASDAS CRP- BASDAI 2. soru eksik kabul edilerek	0.8 (0.75 - 0.85)	0.84 (0.8 - 0.88)	0.17 (0.15 - 0.19)	-0.25 (-0.28 - -0.2)	0.59 (0.55 - 0.63)
ASDAS CRP- BASDAI 3. soru eksik kabul edilerek	0.88 (0.84 - 0.92)	0.96 (0.87 - 0.93)	-0.09 (-0.1 - -0.07)	-0.38 (-0.4 - -0.35)	0.2 (0.17 - 0.22)
ASDAS CRP- BASDAI 6. soru eksik kabul edilerek	0.83 (0.78 - 0.88)	0.86 (0.82 - 0.90)	-0.02 (-0.03 - -0.01)	-0.02 (-0.31 - -0.27)	0.26 (0.23 - 0.28)
ASDAS ESH -BASDAI tüm sorular eksik kabul edilerek	0.88 (0.84 - 0.92)	0.9 (0.87 - 0.94)	-0.02 (-0.04 - -0.003)	-0.02 (-0.31 - -0.27)	0.26 (0.23 - 0.28)
ASDAS ESH- BASDAI 2. soru eksik kabul edilerek	0.89 (0.85 - 0.93)	0.91 (0.88 - 0.95)	0.12 (0.1 - 0.13)	-0.16 (-0.18 - -0.14)	0.4 (0.372 - 0.42)
ASDAS ESH- BASDAI 3. soru eksik kabul edilerek	0.82 (0.78 - 0.88)	0.86 (0.82 - 0.9)	-0.12 (-0.13 - -0.09)	-0.49 (-0.52 - -0.46)	0.26 (0.23 - 0.29)
ASDAS ESH- BASDAI 6. soru eksik kabul edilerek	0.88 (0.84 - 0.93)	0.9 (0.88 - 0.94)	-0.02 (-0.03 - -0.002)	-0.34 (-0.37 - -0.32)	0.31 (0.28 - 0.33)

*ortalama fark ve %95 güven aralığında uyumluluk sınırları Bland- Altman analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Abstract:0178

SS-18

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ VE ANKİLOZAN SPONDİLİT BİRLİKTELİĞİ İLE İZOLE ANKİLOZAN SPONDİLİTİN KARAKTERİSTİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dilek Solmaz¹, Servet Akar¹, Bünyamin Kısacık², Şule Apraş³, Soner Şenel⁴, Ahmet Mesut Onat², Timuçin Kaşifoğlu⁵, Kenan Aksu⁶, İsmail Sarı¹, Mehmet Akif Öztürk⁷, Mehmet Sayarlıoğlu⁸, Ali Akdoğan³, Pınar Çetin¹, Nurullah Akkoç¹¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir²Gaziantep Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep³Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara⁴Erciyes Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri⁵Osmangazi Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir⁶Ege Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir⁷Gazi Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara⁸Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Gerekeç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) ile Ankilozan Spondilit (AS) arasında bir ilişki olduğuna dair pek çok makale yayınlanmıştır. Ancak AAA hastalarında gelişen AS'nin klinik özellikleri ile ilgili literatürde çok az veri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı sadece AS ile AS ve AAA birlikteliği görülen hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmada 8 ayrı romatoloji polikliniğinde izlenen AAA ile birlikte AS (AAA-AS) olan 73 hasta ile aynı merkezlerde takipli ardışık 81 AS hastasının demografik ve klinik özellikleri değerlendirilmiştir. AS hastalarının hepsi modifiye New-York, AAA hastalarının hepsi Livneh kriterlerini karşılamaktaydı.

Hastaların hastalık aktivitesi (BASDAI) ve fonksiyonel indeksleri (BASFI), ve varolan MEFV varyantları, HLA-B27 durumları, akut faz yanıtları ve radyografik özellikleri kaydedildi. Bağımsız iki grup arasındaki farklar t-testi ile analiz edilmiş ve gruplar arasındaki kategorik veriler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: AAA-AS grubundaki hastaların daha genç ve daha kısa hastalık süresine sahip olduğu görülmüştür. Hastalık başlangıç yaşı ve cinsiyet grupları arasında benzer olmakla birlikte, ailede spondilartroz (SpA) öyküsünün AS grubunda daha fazla ve tanı gecikme süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Periferik artrit ve topuk enteziti görülme sıklığı AAA-AS grubunda daha yükseken, HLA B27 ve sindezmozit varlığı AS grubunda daha sık gözlenmiştir. BASDAI, BASFI ve diğer SpA özellikleri grupları arasında benzerdi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo'da özetlenmiştir. M694V alleli AAA-AS hastalarının %78.7'sinde saptanmıştır.

Tartışma: AAA-AS hastalarının daha az omurga tutulum sıklığı gibi bazı klinik özellikleri izole AS olan hastalarinkinden farklılıklar göstermektedir. Yine de bu fark kısmen AAA-AS hastalarının daha kısa hastalık süresine sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine bu grup hastalarda M694V varyantı sıklığı FMF kohortlarında bildirilenden daha yüksektir. AAA-AS grubunda HLA-B27 sıklığının daha önce Türk AS hastalarında yapılan çalışmalardan daha düşük olması da bu grupta hastalık patogenezinde farklı genetik faktörlerin etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ailevi akdeniz ateşi, ankilozan spondilit

Tablo 1. Hasta gruplarının demografik ve klinik özellikleri

Özellikler	AS (n:81)	AAA-AS (n:73)	p
Yaş, ort± SD	45± 12.4	37 ± 11.9	<0.001
Erkek Cinsiyet n; (%)	54; (66.7)	49; (67.1)	Fark yok
Hastalık süresi, ort± SD	10 ± 8.2	6 ± 5.8	0.007
Bel ağrısı başlangıç yaşı, ort ± SD	24± 8.4	23 ± 9.9	Fark yok
AS tanı yaşı, ort ± SD	36± 12.2	30 ± 11.2	0.013
Tanıda gecikme süresi, ort± SD	11 ± 13.0	6 ± 6.0	0.002
Sigara içme, n1/n2; (%)	52/78; (66.7)	46/72; (63.9)	
Periferik artrit, n1/n2; (%)	20/79; (24.7)	49/71; (69.0)	<0.001
Topuk enteziti, n1/n2; (%)	32/79; (40.5)	43/72; (58.9)	0.018
Daktilit, n; (%)	1; (1.2)	3; (4.2)	Fark yok
Akut anterior üveit, n; (%)	10; (12.3)	11; (15.06)	Fark yok
Psöriyazis, n; (%)	1; (1.3)	2; (2.7)	Fark yok
Inflamatuvar barsak hastalığı, n; (%)	1; (1.3)	0	Fark yok
Aile öyküsü (SpA), n; %	32; 39.5	18; 24.7	0.02
BASFI, ort ± SD	3.1± 2.3	3.5 ± 2.5	Fark yok
BASDAI, ort ± SD	3.7± 2.5	4.2 ± 2.7	Fark yok
CRP mg/L, ort ± SD	11± 13.0	15± 29.0	Fark yok
HLA B27 pozitifliği, n1/n2; (%)	45/63; (71.4)	17/67; (25.4)	<0.001
Sindezmofit varlığı, n1/n2; (%)	31/55; (56.4)	18/54; (33.3)	0.016

n1: pozitif olgu sayısı n2: değerlendirilen olgu sayısı

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0383

SS-19

BEHÇET HASTALIĞINDA KIR3DL1/KIR3DS1 RESEPTÖRLERİNİN ROLÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sait Burak Erer¹, Elaine F Remmers², Masaki Takeuchi², Colleen Satorius², Duran Üstek³, İlknur Tuğal Tutkun⁴, Emire Seyahi⁵, Yılmaz Özyazgan⁶, Daniel L Kastner², Michael J Ombrello⁷, Ahmet Gül¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²National Human Genome Research Institute, Inflammatory Disease Section, Bethesda, MD

³İstanbul Üniversitesi, Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁷National Institute of Arthritis, Musculoskeletal and Skin Diseases, Translational Genetics and Genomics Unit, Bethesda, MD

Giriş-Amaç: Behçet hastalığı (BH) ile HLA-B*51 arasındaki ilişkili bilinen en güçlü genetik yatkınlık nedenidir, ama HLA-B*51 proteininin hangi yollarla BH gelişimini kolaylaştırdığı bilinmemektedir. HLA-B*51 proteini sitotoksik hücrelerde bulunan ve alelik polimorfizm gösteren *killer immunoglobulin-like reseptörünün* (KIR) de ligandıdır. Genetik açıdan korunmuş haplotipler olarak kalıtılan KIR alellerinden KIR3DL1 sitotoksik aktiviteyi inhibe ederken, KIR3DS1 alelinin uyardığı ve birbirlerine zıt fonksiyon gördükleri düşünülmektedir. Bu çalışmada KIR ile ilişkili sitotoksik mekanizmaların BH gelişimine olan katkılarını değerlendirmek amacıyla hasta ve kontrollerde KIR3DL1 ve KIR3DS1 alellerinin dağılımının ve HLA-B alelleri ile olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Metod: BH (n = 1,900) ve sağlıklı kontroller (n = 1,779) KIR3DL1 and KIR3DS1 alellerini saptamak amacıyla diziyeye özgü polimeraz zincirleme reaksiyonu (SSP) yöntemi kullanılarak genotiplendi. ImmunoChip (Illumina) kiti kullanılarak HLA bölgesine ait 6,994 tek nükleotid polimorfizminin (SNP) genotiplenmesi yapıldı. Bireylerin HLA tipleri SNP2HLA ve 5,225 Avrupalı bireye ait referans panel kullanılarak belirlendi. İlişki testleri için ki-kare testi kullanılarak KIR3DL1 ve KIR3DS1'in BH gelişimine olan katkıları değerlendirildi.

Sonuçlar: Tüm bireylerde klasik HLA tipleri imputasyon yöntemi ile belirlendi ve *posterior olasılık* değeri 0.9'un üzerine olan HLA tipleri analize katıldı. KIR3DL1 and KIR3DS1 genotiplenmesi 1799 hasta ve 1710 sağlıklı kontrolde belirlenebildi. Sitotoksik aktive eden KIR3DS1'in varlığı BH ve sağlıklı kontrollerde anlamlı bir farklılık göstermemekteydi (42.7% vs 41.0%, P = 0.29). Ayrıca KIR3DS1'in HLA-B alelleri ile de anlamlı bir etkileşim göstermediği gözlemlendi. KIR3DS1, HLA-B*51 pozitif olan hasta ve sağlıklı kontrollerde (44.3% vs 43.0%, P = 0.63), Bw4 pozitif hasta ve kontrollerde (43.0% vs 41.1%, P = 0.31) ve 80. pozisyonda izolösün taşıyan Bw4 pozitif hasta ve sağlıklı kontrollerde (43.7% vs 41.4%, P = 0.32) benzer sıklıkta saptandı. Aynı şekilde KIR3DL1 için yapılan ilişki incelemelerinde de hastalık gelişimine katkı sağladığını ortaya koyacak anlamlı bir ilişki gösterilemedi.

Tartışma: BH ile ilişkili HLA-B*51 ve diğer HLA sınıf I moleküllerine bağlanarak sitotoksik aktiviteyi birlikte düzenleyen KIR3DS1 ve KIR3DL1 reseptörlerinin BH ile anlamlı bir

ilişkisi saptanamadı. Ancak bu reseptörlerin yer aldığı lokusun sekans varyasyonları ya da gen kopya sayısı gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak oldukça kompleks olması ve sadece KIR3DS1/KIR3DL1 reseptörlerinin varlığı ile BH arasında bir ilişkinin gösterilememiş olması, KIR reseptörlerinin BH patogenezindeki muhtemel rolünü tümüyle dışlamamalıdır. Bu nedenle KIR3DS1/KIR3DL1 reseptör tiplerini ve kopya sayısı varyasyonlarını inceleyen ve bunun yanısıra diğer KIR reseptörlerinin de araştırılacağı ileri çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, killer immunoglobulin-like reseptörü, HLA-B alelleri

Diğer

Abstract:0337

SS-20

AVANOS VE GÜLŞEHİR İLÇELERİNDE ORAL AFT PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Sedat Kiraz¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Abdulsamet Erden¹, Hakan Babaoğlu², Murat Torgutalp², Levent Kılıç¹, Umur Kalyoncu¹, Şule Apraş Bilgen¹, İhsan Ertenli¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Oral aft, toplumda sık görülen bir lezyonu olup sıklığının %10-20 arasında olduğu bildirilmektedir. Etiyolojisi kesin bilinmemekle beraber immünolojik, genetik, allerjik, nutrisyonel ve mikrobiyal faktörler, bazı ilaçlar ve bazı kronik/romatolojik hastalıklar ilişkili görülmektedir. Bu çalışmada Türkiye'deki oral aft prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği tarafından kronik hastalıklar kohort çalışması planlanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'na göç oranı en düşük ve Türkiye demografik özelliklerini en iyi yansıttığı belirtilen Nevşehir İli Avanos ve Gülşehir ilçe merkezlerinde çalışma Ocak 2013 tarihinde başlatılmış ve halen devam etmektedir. Bu ilçe merkezlerinde yaşayan ≥ 18 yaş üzeri erişkin, katılım onayı veren (onam oranı %90), tüm kişiler dahil edilmiştir. Kronik hastalıklara yönelik anket uygulanırken oral aft resimleri gösterilerek varlığı sorgulandı. Oral aftı olan ve olmayan kişiler sosyodemografik ve tıbbi özellikler açısından karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışma kohortu yaş ortalaması $44,6 \pm 17,4$ yıl ve %56,1'i kadın olan 11049 kişiden oluşmaktaydı. Oral aft prevalansı tüm populasyonda %13,2 (Kadın/erkek: % 17,1/ 8,2) olarak saptandı. Oral aftı olan ve olmayan grupların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Oral aft oluşumuna etki eden risk faktörlerini belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet ($p < 0,001$; OR=1,441), herhangi bir romatizmal hastalık varlığı ($p = 0,001$; OR=2,364), eklemde şişlik öyküsü ($p < 0,001$; OR=1,755), bel ağrısı varlığı ($p < 0,001$; OR=1,727) risk faktörü olarak saptandı. Yaş ($p = 0,001$; OR=0,994), alkol kullanımı ($p = 0,033$; OR=0,744) ve sigara kullanımı ($p < 0,001$; OR=0,651) koruyucu faktörler olarak bulundu.

Tartışma: Kohort grubumuzda oral aft prevalansı %13,2 olarak saptanmıştır. Oral aft gelişimini azalttığı bilinen sigara kullanımı ve ileri yaşın yanı sıra alkol kullanımının da kişilerin ifadesine göre azaltıcı rolü olduğu belirlenmiştir. Oral aftı olan

kişilerin olası altta yatan kronik/romatolojik hastalıklar yönünden araştırılmalıdır. Oral aftı olan populasyonda Behçet hastalığı prevalansının araştırılan çalışmamız devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: oral aft, prevalans, risk faktörleri

Tablo 1. Oral aftı olan ve olmayan grupların özellikleri

	Oral Aft VAR (n=1462)	Oral Aft YOK (n=9587)	p
Cinsiyet			
Kadın	1063 (72,7)	5136 (53,6)	<0,001
Erkek	399 (27,3)	4451 (46,4)	
Yaş, yıl	45,07±16,51	44,55±17,52	0,131
Medeni Durum			
Evli	1104 (75,5)	6941 (72,4)	<0,001
Bekar	358 (24,5)	2646 (27,6)	
Sigara kullanımı	262 (17,9)	2877 (30,0)	<0,001
Alkol kullanımı	72 (4,9)	921 (9,6)	<0,001
Günlük uyku süresi, saat	7,56±1,65	7,66±1,49	0,074
Eğitim Düzeyi			
Okuma-yazma bilmiyor	138 (9,4)	584 (6,1)	<0,001
İlköğretim + lise	1101 (75,4)	7347 (76,7)	
Üniversite ve üzeri	222 (15,2)	1650 (17,2)	
Vücut Kitle İndeksi			
<25	457 (31,4)	3106 (33,9)	<0,001
25-<30	472 (32,4)	3250 (35,4)	
≥ 30	526 (36,2)	2812 (30,7)	
İnflamatuar romatolojik hastalık öyküsü	118 (8,1)	0 (0,0)	<0,001
Eklem şişliği varlığı	483 (33,0)	1701 (17,7)	<0,001
Bel ağrısı varlığı	873 (59,7)	3979 (41,5)	<0,001
Üç aydan uzun süreli bel ağrısı	518 (35,4)	1981 (20,7)	<0,001
Tekrarlayan ishal varlığı	138 (9,4)	300 (3,1)	<0,001
Romatolojik ilaç kullanımı	78 (12,2)	310 (10,1)	0,116
Kronik hastalık öyküsü varlığı	869 (59,4)	4363 (45,5)	<0,001
İlaç kullanımı	666 (45,6)	3201 (33,4)	<0,001

Değerler ortalama±standart sapma veya sayı (%) olarak gösterilmiştir.

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0402

SS-21

BEHÇET SENDROMU'NDA ALT EKSTREMİTE AKUT DERİN VEN TROMBOZUNUN PROSPEKTİF İZLEMİ

Yeşim Özgüler, Melike Melikoğlu, Fırat Çetinkaya, Serdal Uğurlu, Ethem Koray Taşçılar, Emire Seyahi, Vedat Hamuryudan, Hasan Yazıcı

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Behçet sendromu'nda (BS) vasküler tutulum %15-50 arasında değişen oranlarda görülmekte ve bunların yaklaşık %85'i venöz alanda oluşmaktadır. Derin ven trombozu (DVT) ise en sık görülen vasküler tutulum şekli olup, bütün vasküler olayların %70'ini alt ekstremitte DVT'leri oluşturmaktadır. Bu çalışmada

Behçet hastalarında alt ekstremitte akut DVT'nin prospektif olarak klinik ve radyolojik seyri incelenmiştir.

Metod: Bu çalışmaya Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Behçet Sendromu Araştırma Merkezine başvuran akut ve/veya subakut alt ekstremitte DVT 'si saptanan hastalar alındı. Hastalar aynı radyolog tarafından alt ekstremitte derin- yüzeysel venöz sistem ve VCI dâhil olmak üzere tanı anı ile 1.,3.,6.,12.,18. ve 24. aylarda doppler ultrasonografi (US) ile incelendi. Klinik olarak alevlenme bulgusu saptanan hastalarda doppler ultrasonografi tekrarlandı.

Bulgular: 40 hasta (6K,34E) ortalama $33,2 \pm 10,8$ ay süre ile prospektif olarak izlendi. Hastaların yaş ortalaması $30,2 \pm 7,3$ ve ortanca hastalık süreleri 33,3 ay (çeyrekler arası aralık =8,0-60,8) idi. 27 hastada toplam 50 nöks gözlemlendi. 8 hastada izole yüzeysel ven trombozu ile 10 hastada izole DVT ile ve 9 hastada ise DVT+yüzeysel ven trombozu ile nöks gözlemlendi. Cox regresyon analizinde US ile ilk 3 ayda $\geq 50\%$ rekanalizasyon saptanan hastalarda daha düşük oranlarda nöks geliştiği saptandı (HR=0.23; %95 CI=0.092-0.59). 34 (%85) hastaya ilk basamak tedavide ılımlı doz steroid (0,5 mg/kg/gün) ile birlikte azatioprin (AZA) (2,5 mg/kg/gün) tedavisi verilirken, 4 hastaya interferon-alfa (IFN-alfa), 2 hastaya ise aynı zamanda pulmoner vaskülit tanılarını da olduğu için siklofosfamid tedavisi verildi. 34 hastanın 19'unun (%55) AZA tedavisi altında takibine devam edilirken, 10 hastada direnç veya nöks nedeniyle IFN-alfa tedavisine geçilmiştir. IFN-alfa tedavisine geçilen 10 hastanın 8'inde takipte nöks gelişmemiştir. Tüm takip süresi boyunca toplam 16 hasta IFN-alfa ile tedavi edilmiş olup 12 hastanın (%75) nöks gelişmeden IFN-alfa tedavisi altında izlemine devam edilmektedir.

Sonuç: BS'de alt ekstremitte derin ven trombozunda direnç ve nöks (%67,5) sık gözlenmekte olup önemli ölçüde ilk 3 aydaki rekanalizasyon ile ilişkilidir. AZA ve steroid tedavisine dirençli hastalarda ise IFN-alfa tedavisi etkili gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, derin ven trombozu, interferon-alfa

Abstract:0373

SS-22

GRANÜLOMATÖZ POLİANGİİTİS' TE (GPA) MORTALİTE VE BEŞ FAKTÖR SKORU

Ömer Karadağ¹, Levent Kılıç¹, Abdulsamet Erden¹, İsmail Doğan¹, Umur Kalyoncu¹, Saadettin Kılıçkap², Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz², İhsan Ertenli¹

¹Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Araştırma ve Uygulama Merkezi

²Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Preventif Onkoloji Anabilim Dalı

Gerekeç: Granüloamatöz poliangiitis (GPA) küçük-orta damarları tutabilen bir vaskülitir. GPA hastalarında mortalite oranları sistemik tutulum nedeniyle genel popülasyona göre artmıştır. Hastalığın nadir görülmesi nedeniyle bu konudaki çalışmalar sınırlı sayıdadır. Beş faktör skoru (Five factor score: FFS) sistemik vaskülitlerde mortalite oranı tahmin etmede kullanılan bir skorlama sistemidir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen GPA hastalarının mortalite oranları ve hastaların beş faktör skorlarının mortaliteyle olası ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizdeki veri tabanında kayıtlı 77 (K/E:41/36) GPA'lı hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Hastaların takip süreleri hesaplandı ve takibi olmayan hastalara

telefonla ulaşılmaya çalışıldı (n=14). Hastaların FFS skorlarına göre sağkalım analizi Kaplan-Meier yöntemi ile yapıldı.

Sonuçlar: Hastaların çalışma sırasındaki yaş ortalaması 50 ± 15 yılıdır. Organ tutulumlarının dağılımları Kulak Burun Boğaz (KBB): %81.7, pulmoner: %83.3, renal: %59.5, cilt: %32.4, kas iskelet: %68.6, göz:%23.3 şeklindedir. ANCA, hastaların %74'ünde pozitif (cANCA/pANCA:% 65/14.7) bulundu. Hastalık seyrinde remisyon indüksiyonda en sık steroid + siklofosfamid (%75.5) tedavisi kullanılmıştır. Toplam 12(%15.6) hastaya rituksimab verildiği belirlendi.

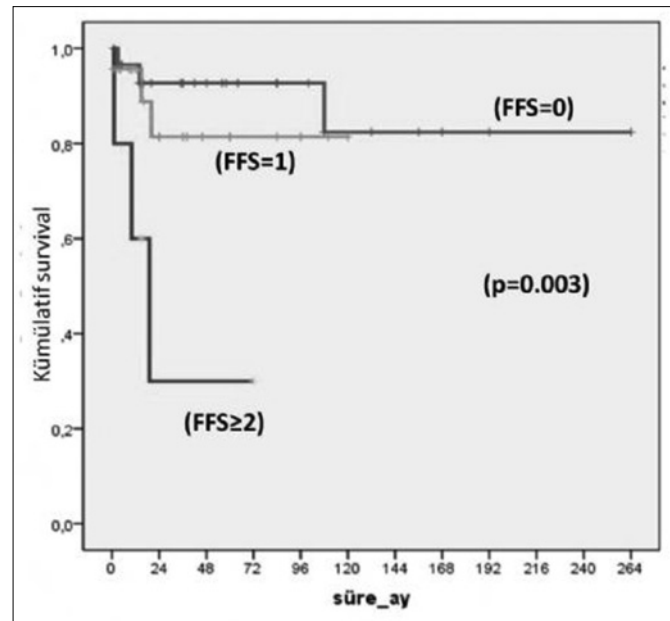
Beş faktör skoruna göre renal tutulumu olan 23 hastanın 7'si eksitus olurken, üçüne renal transplantasyon uygulanmış, dördü halen hemodiyaliz programındaydı.

Takipte 14 hastanın eksitus olduğu tespit edildi. Eksitus nedenleri kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden enfeksiyon (n=2), pulmoner hemoraji (n=3), pulmoner hemoraji ve enfeksiyon (n=2), infektif endokardit (n=1), gastrointestinal perforasyon (n=2), sebebi bilinmeyen (n=4) şeklindedir.

Sağkalım analizi, verileri tam olan 63 hasta üzerinden yapıldı. Ortanca izlem süresi 36 (1-264) aydır. Sağkalım analizi yapılan tüm hastaların 1- ve 3-yıllık sağkalım oranları %92 ve %81 olarak saptandı. Hastaların 23'ünde (%36,5) takip süresi 5 yıl ve üzeri idi. FFS skoruna göre analiz edildiğinde gruplar arasında sağkalım oranı istatistiksel olarak anlamlı farklı bulundu (p=0,003). FFS skoru arttıkça mortalite oranının belirgin şekilde arttığı görüldü (Tablo). KBB tutulumu olanlarda 3-yıllık sağkalım oranı, olmayanlara göre daha yüksek bulundu (%87 vs %58; p=0,052).

Tartışma: Merkezimizde takip edilen GPA hastalarının 3-yıllık sağkalım oranı %81 idi. FFS skoru yüksek olan GPA'lı hastalarda sağkalım oranı literatür ile uyumlu olarak daha düşük idi. İyi prognoz göstergesi olduğu kabul edilen KBB tutulumu olanlarda sağkalım daha yüksekti. GPA'lı hastaların tedavisi planlanırken FFS skorunun dikkate alınması rasyonel bir yaklaşım olabilir.

Anahtar Kelimeler: Granüloamatöz Poliangiitis, Beş Faktör Skoru



Şekil 1. GPA Hastalarının Beş Faktör Skoruna Göre Sağ Kalım Eğrisi

Tablo 1. GPA Hastalarının Beş Faktör Skoruna Göre Sağ Kalım Analizi

Beş Faktör Skoru	1.yıl sağ kalım, %	3.yıl sağ kalım, %	p
0	97	93	0,003
1	96	81	
2 ve üzeri	60	30	
KBB tutulum(+)	93	87	0,052
KBB tutulumu(-)	82	58	

KBB: Kulak Burun Boğaz

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0307

SS-23

KOLŞİSİNE DİRENÇLİ AİLEVİ AKDENİZ ATEŞLİ VAKALARDA IL-1 BLOKAJİ

Pınar Çetin¹, İsmail Sarı¹, Umut Kalyoncu², Sibel Öner³, Mustafa Ferhat Öksüz⁴, Metin Özgen⁵, Muhammet Çınar⁶, Orhan Küçükşahin⁷, Bünyamin Kısacık⁸, Abdulsamet Erden², Ömer Karadağ², Yavuz Pehlivan⁴, Mehmet Sayarlıoğlu⁵, Fatoş Önen¹, Sedat Yılmaz⁶, Salih Pay⁶, Nurullah Akkoç¹, Haner Direskeneli³, Servet Akar⁹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Marmara Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁴Uludağ Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁵On Dokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

⁶Gülhane Askeri Tıp Akademisi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Gaziantep Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁹Katip Çelebi Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Gerekeç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA); seröz membranların ateşli inflamasyon atakları ile karakterize, otozomal resesif kalıtılan, bir otoinflamatuvar hastalıktır. AAA'in en önemli komplikasyonu son dönem böbrek yetmezliğine de neden olabilen, sekonder amiloidoz gelişimidir. Kolşisin tedavisinde kullanılan tek ajan olmakla birlikte, %5-10 hasta kolşisine dirençli olabilir. Bu grup hastaların tedavisinde çeşitli ilaçlar denenmesine karşın en umut verici sonuçlar interlökin 1'i hedefleyen (anti-IL 1) ajanlarla elde edilmiştir. Ancak halen bu ajanlarla yapılmış sınırlı sayıda kontrollü çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Türkiye'de çok sayıda merkezde takip edilen anti-IL-1 tedavi uygulanan erişkin AAA hastalarındaki deneyimimizi paylaşmaktır.

Yöntem: Çok merkezli çalışma platformu (TULİP) sekreteryası tarafından 2014 Haziran ayında AAA-dirençli vakalarda IL-1 blokleri deneyimi isimli çalışmanın veritabanı oluşturulmuş ve ilk hasta 23 Temmuz 2014 tarihinde sisteme kaydedilmiştir. Bu çalışmaya Tel-Hashomer veya Sheba Medical Center kriterlerine göre AAA tanısı almış 9 ayrı romatoloji kliniğinde takip edilen ve en az 6 ay anti-IL1 tedavi alan 34 erişkin (anakinra=27, canakinimab=7 hasta) AAA hastası dahil edilmiştir. Hastaların verileri medikal

kayıtlardan retrospektif olarak taranmış eksik veriler hastalarla yüz yüze veya telefonla görüşülerek tamamlanmıştır. Hastaların demografik, klinik verileri, MEFV genotipleri, anti-IL1 tedavi sonrası klinik ve laboratuvar yanıtları değerlendirilmiştir. Tedavi sonrasındaki 6 ay boyunca hiç atak geçirmeyen hastalar tam, 1-3 atak geçiren hastalar kısmi remisyonunda olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastaların çalışmaya alındıklarında ortalama yaşları 29.5 (18-64), ortalama semptom başlangıç 9 (1-38) ve tanı yaşları 16 (5-50) olup hastaların %50'si (n:17) erkek idi. 19 (%56) hastada homozigot M694V mutasyonu mevcuttu. 23 (%67.6) hastanın ailesinde AAA öyküsü bulunmaktaydı. Anti-IL 1 tedavi hastaların 25'ine (%73.5) kolşisine dirençli hastalık, 2'sine (%6) amiloidoz gelişimi ve ilerlemesi ve kalan 7'sine (%20.5) birden fazla endikasyonla başlanmıştır. Tedavi sonrası atak sayıları ve akut faz yanıtlarında anlamlı azalma görülmüştür. (p<0.05) (Tablo). 25 (%73.5) hasta tedavi ile tam remisyona girerken, bir (%3) hastanın tedaviye yanıt vermediği ve kalan 6 hastada (%23.5) kısmi yanıt elde edildiği görüldü. Anti-IL1 alan hastaların 31'i (%91.2) beraberinde düzenli kolşisin almaktaydı (ortalama 1.5mg ve range 0-2.5). Tedaviler ile akut atak sıklığında belirgin azalma olmasına ek olarak amiloidozu olan 7 hastadan 6'sının proteinüri miktarında 150 mg/gün ile 6 gr/gün arasında değişen düşüşler gözlemlenmiştir. Diğer hastada ise atak sayısında azalmaya karşın proteinüri miktarında artış tespit edilmiştir.

Tartışma: Bu retrospektif çalışmanın sonuçları kolşisine dirençli AAA hastalarında anti-IL 1 tedavilerin dramatik klinik yanıt yanında proteinüri miktarında da azalmalara neden olabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: ailevi akdeniz ateşi, IL 1 blokajı

Tablo 1. Hastaların anti- IL 1 tedavi öncesi ve sonrası atak sıklıkları ve akut faz yanıtları

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
ESH mm/saat	41 (4-110)	10 (0-100)	<0.001
CRP mg/l	23.5 (1.7-195)	3 (0-53)	<0.001
Yıllık atak sayısı	16 (2-52)	0 (0-36)	<0.001
6 aylık atak sayısı	9 (0-26)	0(0-18)	<0.001

Abstract:0302

SS-24

PEDİATRİK AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Şirzat Yeşilkaya¹, Cengizhan Açık¹, Berna Eren Fidancı¹, Adem Polat¹, Betül Sözeri², Nuray Aktay Ayaz³, Balahan Bora Makay⁴, Doğan Şimşek¹, Nurver Akıncı⁵, Gül Özçelik⁵, Salih Kavukçu⁴, Sevinç Emre⁶, Osman Dönmez⁷, Ali Delibaş⁸, Selçuk Yüksel⁹, Afif Berdelli², Hakan Poyrazoğlu², Mehmet Saldır¹, Kürşat Fidancı¹, Nilgün Çakar¹⁰, Harun Peru¹¹, Sevcan Bakkaloğlu¹², Yılmaz Tabel¹³, Oktay Sarı¹, Ümit Aydoğan¹, Salim Özenç¹, Gökalp Başbozkurt¹, Erbil Ünsal⁴, Özgür Kasapçopur⁶

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, FAVOR, Ankara²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri³Kanuni Sultan Süleyman Üniversitesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, İzmir⁵Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri, İstanbul⁶İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul⁷Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Bursa⁸Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Mersin⁹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Denizli¹⁰S.B. Dışkapı Çocuk Hastanesi Pediatri, Ankara¹¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Konya¹²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri, Ankara¹³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nefroloji, Malatya

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) ataklarla karakterize bir hastalıktır ve kolşisin bu atakların yoğunluğunu ve sıklığını azaltmak için kullanılan en etkili ilaçtır. Tedaviye uyum sadece AAA semptomlarını yönetmek için değil aynı zamanda amiloidozu önlemek için oldukça önemlidir.

Amaç: Bu çalışmada kolşisin tedavisine uyumu değerlendirmek için "Pediatrik AAA Hastalarında Tedaviye Uyum Ölçeği" nin geliştirilmesi ve geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Bu çalışma Kolşisin kullanan pediatrik AAA hastalarında tedaviye uyumu değerlendirecek bir ölçek geliştirilmesi amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır. AAA tanısı almış, 2-18 yaş arasında, en az 6 aydır kolşisin kullanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak "Sosyodemografik ve tıbbi özellikler formu", "Pediatrik AAA Hastalarında Tedaviye Uyum Ölçeği" ve "Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği" kullanılmıştır. Eğer çocuk hasta 7 yaşından küçükse formları ebeveynleri doldurmuştur.

Bulgular: Ölçeğin validasyonu için çalışmaya kriterlere uyan 150 hasta alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalamaları 11.11 ± 4.02 (min.2.74-max.17.99) ve % 48.7'si erkektir. Ortalama atak sıklığı 11.00 ± 10.74 (min. 0-max 52) ve katılımcıların % 60.7'sinin atakları düzensizdir.

Ölçeğin güvenilirliği açısından Cronbach alfa 0.728 ve test-retest skorları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r: 0.843, p<0.001). Kapsam geçerliliği için 13 uzmanın görüşü alınmıştır. Yüzey geçerliliği için 15 hasta ile ön uygulama yapılmış ve işlemeyen, anlaşılmayan maddeler belirlenmiştir. Ölçüt geçerliliği için Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği ile korelasyon değerlendirilmiş olup yapı geçerliliği için faktör analizi ve Kaiser-Meyer-Olkin testi yapılmıştır. Tüm bu testler sonucunda "Pediatrik AAA Hastalarında Tedaviye Uyum Ölçeği" geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kabul edilmiştir.

Sonuç: Bu sonuçlara dayanarak kolşisin kullanan pediatrik AAA hastalarında tedaviye uyumun değerlendirilmesinde ve izleminde bu ölçeğin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca ileri çalışmalarla bu ölçek başka hastalıklarda da tedaviye uyumun değerlendirilmesinde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: FMF, ölçek, uyum

<http://www.romatoloji2014.org/>

TRD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

XV. Ulusal
Romatoloji
Kongresi

29 Ekim-2 Kasım 2014

Kaya Palazzo Otel,
Belek-Antalya

POSTER TURU

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0327

PT-01

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI (YETİŞKİN VERSİYONU)

Berna Eren Fidancı¹, Şirzat Yeşilkaya¹, Cengizhan Açıkkel¹, Aslan Özden¹, Doğan Şimşek¹, Fatih Yıldız², Bünyamin Kısacık³, Mehmet Sayarlıoğlu⁴, Servet Akar⁵, Soner Şenel⁶, Mehmet Tunca⁷, Şule Yavuz⁸, Abdurrahman Tufan⁹, Afif Berdeli¹⁰, Ahmet Mesut Onat³, Ahmet Gül¹¹, Berna Göker⁹, Timuçin Kaşifoğlu¹², Haner Direskeneli⁸, Şükran Erten¹³, Gül Özçelik¹⁴, Faysal Gök¹, Seza Özen¹⁵, Erkan Demirkaya¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, FAVOR, Ankara

²Çukurova Üni. Tıp Fakültesi, Romatoloji, Adana

³Gaziantep Üni. Tıp Fakültesi, Romatoloji, Gaziantep

⁴Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fakültesi, Romatoloji, Samsun

⁵Dokuz Eylül Üni. Tıp Fakültesi, Romatoloji, İzmir

⁶Erciyes Üni Tıp Fakültesi, Romatoloji, Kayseri

⁷Dokuz Eylül Üni. İç Hast., İzmir

⁸Marmara Üni. Romatoloji, İstanbul

⁹Gazi Üni. Tıp Fakültesi Romatoloji, Ankara

¹⁰Ege Üni. Tıp Fakültesi Romatoloji, İzmir

¹¹İstanbul Üni. Tıp Fakültesi, Romatoloji, İstanbul

¹²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, Eskişehir

¹³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, Ankara

¹⁴Şişli Etfal Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

¹⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji, Ankara

Giriş-Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşinde (AAA) tedaviye cevap vermediği düşünülen hastaların %10-15 kadarının aslında tedaviye uyumlarının yetersiz olduğu ve tedavide gereksiz biyolojik ajanlara geçildiği bilinmektedir. AAA hastalarında tedaviye uyumun belirlenmesinin önemi gözönüne alınarak pediatrik AAA hastalarında tedaviye uyum ölçeği geliştirilmiştir. Bu çalışmada MASIF (Medication Adherence Scale in FMF)'in yetişkin AAA hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma 14 merkezde yürütülen çok merkezli bir çalışmadır. En az 6 aydır ilaç kullanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden AAA hastaları çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak MASIF ölçek formu, tanıtıcı bilgi formu ve Morisky tedaviye uyum ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Validasyon için çalışmaya 133 AAA hastası dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 28.60 yıldır (min.18.12-maks.71.34) ve %52.6'sı kadındır. Yıllık ortalama atak sayısı 13.50 (min. 0-maks. 99) ve hastaların %57.9'u düzensiz atak paternine sahiptir. İç tutarlılık için MASIF erişkin versiyonunun Cronbach Alpha değeri 0.764 bulunmuştur. Ayrıca test-retest puanları arasında pozitif ve anlamlı korelasyon bulunmaktadır ($\tau=0.971$; $p=0.340$). Altın standart olarak Morisky tedaviye uyum ölçeği kullanılmıştır. Ölçüt geçerliliği için Morisky ve MASIF arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir ($r=0.530$, $p=0.000$) ve yapı geçerliliği için Kaiser-Meyer-Olkin testi ve faktör analizi yapılmıştır.

Sonuç: AAA hastalarında tedaviye uyumun belirlenmesi hastanın gerçekten tedaviye yanıt vermediğini mi yoksa tedaviye uymadığı için mi yanıtız olduğunu belirlemede son derece önemlidir. Aksi takdirde hastalar gereksiz yere hem tehlikeli hem de pahalı biyolojik ajanlarla tedavi edilmektedir. Bu skala hastaların

tedaviye uyumsuz mu yoksa tedaviye yanıtız mı olduğunu saptamayı ve hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri belirlemeyi sağlamaktadır. MASIF yetişkin AAA hastalarında tedaviye uyumu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: FMF, uyum, geçerlilik

Diğer

Abstract:0359

PT-02

YÜKSEK DOZ PULSE STEROİD TEDAVİSİNİN ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA GLUKOZ METABOLİZMASINA ETKİSİ

Serdal Uğurlu¹, Emire Seyahi¹, Aydın Tunçkale², Huriye Balcı³, Mustafa Şenocak⁴, Sebahattin Yurdakul¹

¹İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp fakültesi, Merkez Laboratuvarı

⁴İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp fakültesi, Biostatistik Anabilim Dalı

Amaç: Uzun dönem steroid kullanımının, glukoz metabolizması üzerine, yan etkileri iyi bilinmektedir. Romatolojik hastalıklarda uygulanan yüksek doz pulse steroidin glukoz metabolizmasına etkisini araştıran şimdiye kadar herhangi bir çalışma yoktur. Amacımız, pulse steroidin glukoz metabolizmasına, beta hücre fonksiyonuna ve insülin direncine olan etkilerini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Mart 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında hastalık aktivitesi nedeniyle yüksek doz pulse steroid tedavisi gerektiren 25 hasta alındı. Bunlar, Behçet sendromu (n=8), sistemik lupus eritematozus (n=7), erişkinde Still(n=4), romatoid artrit (n=2), Takayasu arteriti (n=2), primer Sjögren (n=1) ve mikst bağ dokusu (n=1) idi. Diabetes mellitus (DM), kalp yetmezliği, kontrolsüz hipertansiyon ve böbrek yetmezliği olanlar çalışmaya alınmadı. Pulse steroid tedavisi, 1 gr intravenöz metil prednizolon olarak 0. 2. ve 4. günlerde infüze edildi. Hastalara 0 ve 7. günlerde 75 gr oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapıldı ve kan şekeri, insülin ve C-peptid düzeylerini belirlemek için 0. ve 10., 20., 30., 60., 90., ve 120. dakikalarda kan örnekleri alındı. Sağlıklı kontrollere de(n=27) bir kez OGTT yapıldı. Hasta ve kontrollerin kan örnekleri kör olarak değerlendirildi. Glukoz, insülin ve C-peptid düzeyleri için eğri altında kalan alan değerler [sırasıyla, glukoz (AUCG), insülin (AUCI) ve C-peptid (AUC)] trapezoidal kural ile belirlendi. Eğri altındaki toplam C-peptid sekresyonunu, glukoz düzeylerine bölerek beta hücre fonksiyonunu gösteren, AUCCP:AUCG oranı ve OGTT sırasındaki insülin duyarlılığı HOMA-IR formülü ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 25 (15 K/10 E) hasta (yaş ortalaması: 37.9 ± 9.0 yıl) ve 27 (18 K/9 E) sağlıklı kontrol (yaş ortalaması: 37.7 ± 12.5 yıl) arasında yaş ve cins bakımından fark yoktu. Tedavi öncesi, glukoz, insülin ve C-peptid/glukoz oranına ait olan eğri altında kalan değerler bakımından hasta ve sağlıklı kontroller arasında istatistiksel fark yoktu (Tablo 1, Figür 1). Hasta grubunda tedavi sonrasında ise bu değerlerin tedavi öncesine göre arttığı gözlemlendi; fakat aradaki fark anlamsızdı. Ayrıca, C-peptidin eğri altında kalan değeri tedavi öncesi hastalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla, istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p=0.002$) ve bu

yükseklik tedavi sonrası da devam etti. HOMA-IR değerleri ise hem tedavi başlangıcında hem tedavi sonrasında hasta ve kontroller arasında benzer bulundu. OGTT sonuçlarına bakıldığında 2. saatte hasta grubunda tedavi öncesi 1 (1/25), tedavi sonrası ise 4 hasta (4/25) DM tanısı ($p=0.157$) alırken bozulmuş glukoz toleransı ise tedavi öncesi 4 (4/25), tedavi sonrası ise 6 hastada (6/25) ($p=0.479$) saptandı.

Sonuçlar: Yüksek doz pulse steroid tedavisinin erken dönemde glukoz metabolizmasında bozukluk yapma eğiliminde olduğu fakat beta hücre disfonksiyonuna yol açmadığı izlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları hasta sayısının sınırlı olmasından dolayı istatistiksel anlama ulaşmamış olabilir.

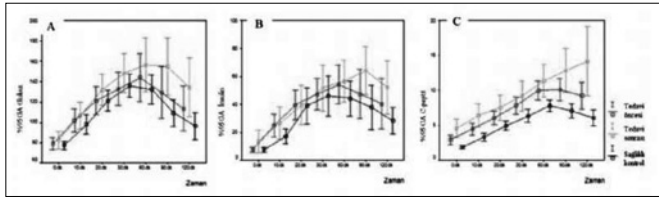
Çalışma TRD tarafından desteklendi.

Anahtar Kelimeler: Yüksek doz pulse steroid, glukoz metabolizması, insülin duyarlılığı

Tablo 1. Glukoz, insülin, C-peptid eğri altında kalan alanların karşılaştırılması ve HOMA-IR değerleri

	Hasta grubu		p	Sağlıklı kontrol	
	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası		Başlangıç	p*
Glukoz (AUC), g/dl	15189.8 ± 5432.5	17002.0 ± 6252.2	0.271	13948.4 ± 3133.2	0.554
İnsülin (AUC), μ U/ml	5257.3 ± 3175.3	6088.8 ± 3429.7	0.442	4938.0 ± 3153.8	0.357
C-peptid (AUC), ng/ml	1010.6 ± 353.6	12843.0 ± 630.3	0.103	749.7 ± 218.3	0.002
C-peptid / Glukoz (AUC)	4.1 ± 4.0	4.0 ± 2.9	0.618	3.9 ± 2.5	0.516
Homa-IR	1.6 ± 1.1	2.5 ± 3.5	0.466	1.5 ± 1.0	0.869

*Sağlıklı kontrolle hasta grubunun tedavi öncesi karşılaştırılması



Şekil 1. Glukoz (A), insülin (B) ve C peptid değerlerinin hasta (0. Gün: kırmızı renk, 7. Gün: yeşil renk) ve sağlıklı kontrollerle (0. Gün: yeşil renk) karşılaştırılması

Diğer

Abstract:0308

PT-03

DİYABETİK EL BULGULARI

Dilek Tüzün¹, Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı², Ayten Oğuz¹, Murat Şahin¹, Kamile Gül¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

²Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü

Amaç: Diyabetes mellitus (DM), insülin salgılanmasının ve/veya etkisinin mutlak ya da göreceli azlığı sonucu oluşan, hipertansiyon ile seyreden bir metabolizma hastalığıdır ve özellikle yol

açtığı akut ve kronik komplikasyonlar nedeniyle büyük önem taşır. DM, bağ dokusunu da birkaç değişik yolla etkilemekte ve kas-iskelet sisteminde değişikliklere yol açmaktadır. Biz bu çalışmada tip 2 DM'li hastalarda sık görülen el komplikasyonlarının prevalansını ve bunların diyabetin kronik komplikasyonları ile ilişkisini araştırmayı hedefledik.

Gereç-Yöntem: 275 tip2 DM olan hasta (ortalama yaş 52,59±9.46 yıl, 182 kadın,93 erkek) çalışmaya dahil edildi. Bu hastalarda dua belirtisi (prayer sign)(DB), dupuytren kontraktürü(DK), tinel belirtisi (TB) ve tendinit bulgusu araştırıldı.

Bulgular: Ortalama DM süresi 7,85±6,42 yıl idi. %8,4 hastada DK, %12 hastada dua belirtisi, %19,6 hastada TB ve %4,7 hastada tendinit bulgusu saptandı. Retinopati %15,6 hastada saptanırken nefropati(DN) %17,8 hastada saptandı. DR'si olanların %18,6' da DB saptanırken DR'si olmayanların %10,8'de DB saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi($p=0,197$). DR'si olanların %20,9'da TB saptanırken DR'si olmayanların %19,4'de TB saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi($p=0,835$). DR'si olanların %7'de tendinit saptanırken DR'si olmayanların %4,3'de tendinit belirtisi saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0,4353$). DR'si olanların %16,3'de DK saptanırken DR'si olmayanların %6,9'da DK saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi($p=0,065$). DN olanların %20,4'de DB saptanırken DN'si olmayanların %10,2'de DB saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi($p=0,046$). DN'si olanların %32,7'de TB saptanırken DN'si olmayanların %16,8'de tinel belirtisi saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi ($p=0,017$). DN'si olanların %10,2'de tendinit saptanırken DN'si olmayanların %3,5'de tendinit saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0,061$). DN'si olanların %10,2'de DK saptanırken DN'si olmayanların %8'de DK saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi($p=0,575$). Yaş ile dua belirtisi bulgusu ve DK arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı.(sırasıyla, $p=0,003$, $r=178$ ve $p=0,000$, $r=241$). DN ile DB,tinel ve tendinit arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla, $p=0,046$, $r=120$; $p=0,011$, $r=153$; $p=0,046$, $r=120$).

Sonuç: Diyabetik hastalarda, el komplikasyonların sık görüldüğü bir organdır. DM'nin oluşturduğu komplikasyonlar, disabiliteye ve hayat kalitesinin düşmesine neden olur. Disabilite yaratan komplikasyonlar, hastalık süresi ve kontrolü ile doğrudan ilişki göstermektedir. Bu nedenle bu hastaların erken dönemde el bulgularının değerlendirilmesinin ve romatolojik hastalıklardan ayırımının yapılması ve gerekli tedavinin erken dönemde planlanması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, diyabetik el, dupuytren

[Romatoid Artrit]

Abstract:0411

PT-04

ROMATOİD ARTRİTTE ERKEN TEDAVİ İLAÇ GEREKSİNİMİNİ AZALTIR – GREAT VERİSİ**Gezmiş Kimyon, Orhan Zengin, Nergiz Hüseynova, Bünyamin Kısacık, Ahmet Mesut Onat**

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekeç: Romatoid Artrit (RA) tedavi edilmediğinde ciddi morbitideye sebep olabilen progresif bir hastalıktır. Erken tanı ve tedavi ile hastalığın progresyonunu engellemek ve hastalığa bağlı ilaç gereksinimi ve biyolojik ilaca geçiş oranını azaltmak mümkün olabilmektedir. GREAT (Gaziantep Romatoloji Erken Artrit Taraması) projesi ile aile hekimleri tarafından Gaziantep Erken Artrit Kliniğine sevk edilen ve erken romatoid artrit (ERA) tanısı konan hastalarımızda 40 aylık DMARD ihtiyacı, biyolojik ilaca geçiş sıklığı gibi verileri sunmayı planladık.

Yöntem: GREAT sistemine kayıtlı hastalar retrospektif olarak incelendi. Mart 2011 – Temmuz 2014 tarihleri arasında sistemde kaydı bulunan hastalardan ERA tanılı olanlar çalışmaya alındı. Verileri eksik olan hastalara telefonla ulaşıldı. Tanı ve takip süresi 12 aydan az olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri, hastalık süresi, tanı ve takip süreleri, DAS28 skorları, tedavide kullanılan ilaçlar, DMARD (Metotrexat, Leflunamid, Hidroksiklorokin, Sülfasalazin) kullanım süresi-sayısı, biyolojik ilaçlara geçiş oranları incelendi. Temmuz 2014'te romatoloji polikliniğine gelen ve biyolojik ilaç kullanıp kullanmadığına bakılmaksızın RA tanısı olan ve en az 12 aydır takipli hastalar ile ERA hastalarının sonuçları karşılaştırıldı.

Sonuç: GREAT'e kayıtlı 860 hastanın 142 tanesi erken artrit olarak izleme alındı ve 84 hastaya ERA tanısı kondu. Tanı ve takip süresi 12 aydan uzun olan 65 ERA hastası vardı. 42'i kadın, 23'ü erkek ve ortalama yaş 44.6 idi. Ortalama tanı gecikme süresi 7.3 ay, takip süresi 27.4 ay idi. Tanı anında ve son vizitteki ortalama DAS28 skoru sırayla 5.1 ve 2.9 idi. Biyolojik ilaca geçilen hasta sayısı 13'tü ve bunların başlangıç DAS 28 skorları 6.2 idi. Tanı anında bütün hastalara DMARD başlandı. Tanı anında DMARD sayısı ortalama 2.1, son vizitte ise 1.3 idi. Kontrol grubunda 72 hasta vardı. Bunların 61'i kadın, 11'i erkek ve ortalama yaş 53.6 idi. Tanıda gecikme süresi 16.1 ay ve takip süresi 30.2 ay idi. DAS 28 skoru 3.3, ortalama DMARD sayısı 2.3 ve toplam 18 hasta biyolojik ilaç kullanmaktaydı.

Tartışma: Çalışmamızda en az 12 aylık takipte ERA'lı hastalarda kullanılan DMARD sayısının eski RA tanılı hastalara göre belirgin olarak düşük saptadık. 13 hastada biyolojik ajana geçildi ve bunların DAS28 skoru başlangıçta belirgin olarak yüksek idi. GREAT projesi kapsamında amaç hastalara erken tanı ile tanı gecikme süresini azaltmak ve sekonder olarak hastalık progresyonunu azaltmak, remisyona sokmak, ilaca uyumu arttırmak, ilaç yükünü azaltmak gibi kazançlar hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: erken romatoid artrit

Abstract:0158

PT-05

KLİNİK PRATİKTE ROMATOİD ARTRİT (RA) TANISI İLE İZLENEN HASTALARIN NE KADARI GERÇEKTEN RA'DIR? TANIDA 1987 ACR VE 2010 ACR/EULAR RA SINIFLANDIRMA KRİTERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**Yaşar Karaaslan¹, İsmail Doğan², Kubilay Şahin³, Nesibe Karahan Yeşil³**¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gerekeç: RA için hastalığın erken ve doğru tanısı çok önemlidir. Son dönemde daha erken tanı için 2010 ACR/EULAR RA sınıflandırma kriterleri geliştirilmiştir. Ancak bu yeni kriterler de bu alandaki sorunları tam olarak çözememiştir. Klinik pratikte bu kriterlerin de etkisi ile RA olmayan bazı hastalara yanlış olarak RA tanısı konulmaktadır. Biz bu çalışmamızda klinikte RA tanısı ile izlenen hastaların ne kadarının "gerçek RA" olduğunu araştırmayı ve gerçek RA hastalarında 1987 ACR ve 2010 ACR/EULAR RA sınıflandırma kriterlerinin performansını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) ve Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çorum EAH Romatoloji Kliniklerine başvuran ve daha önce RA tanısı ile DMARD tedavisi başlanmış olan toplam 209 hasta alındı. Bu hastalar, özellikle de tipik seropozitif RA kliniği olmayanlar öykü, fizik muayene, akut faz yanıtı, RF, anti-CCP ve gereğinde daha ileri testler yapılarak RA tanılarının doğruluğu açısından tekrar değerlendirildi. Hastalarımızın yaşlarının ortanca değeri 53 (21-79) olup %85,2'si kadın idi. Bu 209 hastanın 120'sine (%57,4) romatoloji, 78'ine (%37,3) FTR ve 6'sına (%2,9) dahiliye uzmanı, 5'ine (%2,4) ise diğer hekimler tarafından RA tanısı konulmuştu. Hastaların takip süresinin ortanca değeri 36 ay (1-360) idi. Tanı anında hastaların 136'sında (%65,1) poliartrit, 28'inde (%13,4) oligoartrit ve 7'sinde (%3,3) monoartrit mevcuttu. Bu hastaların 100'ünde (%47,8) sedimantasyon yüksekliği, 130'unda (%62,2) CRP yüksekliği saptanmıştı. 136 (%65,1) hastada RF ve 112 (%54) hastada anti-CCP pozitifliği mevcuttu.

Bulgular: Daha önce RA tanısı konulmuş olan bu 209 hastanın 19'unda (%9,1) eklem yakınmaları düzelmişti ve bu nedenle ilaçsız takipleri uygun görüldü. Kalan hastalar tekrar değerlendirildiğinde bu hastalardan 50'sinin (%23,9) RA dışı bir hastalıklarının olduğu saptandı. Bu hastaların 16'ında (%7,7) Sjögren veya başka bir kollajen doku hastalığı, 14'ünde (%6,7) psöriatik artrit veya diğer bir spondiloartropati, 5'inde (%2,4) andiferansiye artrit, 4'ünde (%1,9) osteoartrit, 3'ünde (%1,4) kristal artropatisi, 2'sinde (%1) polimyaljia romatika ve 6'ında (%2,9) diğer hastalıkların olduğu saptandı. Geriye kalan 140 gerçek RA hastası 1987 ACR ve 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre tekrar değerlendirildi. 94 (%67,1) hasta 1987 ACR, 135 (%96,4) hasta 2010 ACR/EULAR kriterlerini ve 92 (%65,7) hasta her iki sınıflandırma kriterlerini tam olarak karşılıyordu.

Tartışma: Bu çalışmada klinikte RA tanısı ile izlenen ve DMARD tedavisi başlanmış olan 209 hastadan %9,1'inde tamamen düzelmiş geçici artrit ve % 23,9'unda da RA dışı bir hastalık (toplam %33) olduğunu saptadık. Bu hastaların çoğunluğunu RF ve anti-CCP negatif hastalar oluşturuyordu. Bu bulgular ışığında

klirik pratikte RA tanısı ile izlenen hastaların üçte birinde gerçek RA olmadığını ve bu nedenle özellikle RF ve anti-CCP'si negatif RA hastalarında tanının yeniden değerlendirilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Tanı sorunları

Abstract:0193

PT-06

ROMATOİD ARTRİT AKTİVASYONUNDA CD200'ÜN ÖNEMİ VAR MIDIR?

İrem Gayret¹, Sibel Üreyen¹, Ayşen Türk², Veli Yazısız¹, Ali Berkant Avcı¹, Münevver Kahraman³, Yıldırım Çete⁴, Reginald Gorczynski⁵, Mustafa Ender Terzioğlu¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Spor Hekimliği Bölümü, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Bilim Dalı, Antalya

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Antalya

⁵Toronto Üniversitesi, İmmünoloji Bilim Dalı, Toronto, Kanada

Gerekeç: CD200, immün sistem üzerinde etkileri olan bir tip I transmembran glikoproteinidir. Yapılan hayvan çalışmaları, kollajen ile indüklenen artritte CD200'ün inhibitör etkilerini göstermiştir. Bu çalışma, romatoid artrit(RA) aktivasyonu nedeniyle dizinde effüzyon gelişen hastalarda plazma ve sinoviyal sıvı CD200 seviyelerinde değişme olup olmadığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya RA aktivasyonu nedeniyle diz effüzyonu gelişmiş 12 hasta ve kontrol grubu olarak da travma sonrası diz effüzyonu gelişen 9 hasta dahil edilmiştir. Plazma ve sinoviyal sıvıda ELİZA yöntemi ile CD200, TNF α ve IFN γ seviyelerine bakılmıştır. Hastalık aktivitesi ESR, CRP, DAS28-ESR/CRP ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar: 12 RA hastasının 9(%75)'u, 9 kontrolün 2(%22)'si kadındı. RA hastalarının yaş ortalaması 43.4 \pm 4.0 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 27.4 \pm 3.3 yıldır. Gruplar arasında cinsiyet (p=0.03) ve yaş (p=0.001) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. RA hastalarının 7(%58)'sinde RF pozitifliği. Anti-CCP gönderilen 10 RA hastasının 7(%70)'sinde pozitif saptandı. Hastalık süresi ortalama 9.6 \pm 1.8 yıldır. Hastaların şiş eklem sayısı ortancası 2 (1-12), hassas eklem sayısı ortancası 2 (1-22), ESR ortalama 31.3 \pm 6.5 mm/h, CRP ortalama 4.0 \pm 1.2 mg/dl, DAS28-ESR skoru ortalama 4.4 \pm 0.3, DAS28-CRP 3.6 \pm 0.3 olarak saptandı. Hastaların büyük çoğunluğu oral steroid (11 hasta, %92) ve metotreksat (10 hasta, %83) ile tedavi altındaydı. 3 (%25) hastaya daha önce diz içi steroid tedavisi uygulanmıştı. 12 hastanın 6'sına (%50) herhangi bir dönemde biyolojik tedavi başlanmıştı ve çalışmaya alındığında bu tedavileri sürmekteydi. RA hastaları ve kontrol grubu arasında ve biyolojik tedavi almayan RA hastaları ile kontrol grubu arasında plazma ve sinoviyal sıvı CD200, TNF α ve IFN γ seviyeleri arasında fark saptanmadı. Plazma ve sinoviyal sıvı CD200 seviyeleri ile hassas ve şiş eklem sayısı ve DAS28-ESR/CRP arasında ilişki saptanmadı. RF ve CCP varlığı ile CD200 seviyesi arasında bir ilişki tespit edilmedi.

Tartışma: Bu çalışmada, RA hastaları ve kontrol grubu arasında plazma ve sinoviyal sıvı CD200 seviyeleri açısından fark saptanmamıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda, RA hastalarında periferik kan folliküler Th hücrelerindeki CD200 ekspresyonunun kontrol grubuna göre arttığı ve monosit derive makrofajlarda ise CD200 ekspresyonunun değişmediği fakat CD200R1 ekspresyonunun azaldığı

saptanmıştır. Bu farklılık diğer çalışmalarda CD200'ün hücre düzeyinde, bizim çalışmamızda ise periferik kanda ELİZA yöntemiyle bakılmasından kaynaklanmış olabilir. CD200 seviyesindeki farklılık belki de hücre düzeyinde meydana gelmekte ve bu farklılık serum düzeylerine yansımamaktadır. Hastalığın aktif olduğu dönemde CD200 ekspresyonundan ziyade CD200R1 ekspresyonundaki değişimin ön planda olabileceği ve bu nedenle de çalışmamızda CD200 açısından anlamlılık saptanmadığı da düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: CD200, Romatoid Artrit

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0335

PT-07

TAKAYASU ARTERİTLİ HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ: TÜRK TAKAYASU GRUBU İNSEPSİYON KOHORTU İLK VERİLERİ

Fatma Alibaz Öner¹, Ali Uğur Ünal², Yaşar Karaaslan³, Nurşen Düzgün⁴, Fatih Yıldız⁵, Ömer Karadağ⁶, Bünyamin Kısacık⁷, Mehmet Akif Öztürk⁸, Ahmet Mesut Onat⁷, Abdurrahman Tufan⁸, Ömer Nuri Pamuk⁹, Özün Bayındır¹⁰, Kenan Aksu¹⁰, Gökhan Keser¹⁰, Sema Yılmaz¹¹, Servet Akar¹², Eren Erken⁵, Haner Direskeneli²

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

³İtihad Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁷Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁸Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹⁰Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹²Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Takayasu Arteriti'nde (TAK), uzun dönem prognoz ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Farklı serilerde mortalite %3-15, vasküler girişim %12-50 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmada; yalnızca yeni tanı almış TAK'li hastaların prospektif takibi için oluşturulan Türk insepsiyon kohortu'na dahil edilmiş hastaların klinik ve demografik özelliklerinin ilk değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Son 18 ay içinde ACR-1990 kriterlerine göre TAK tanısı konulan ve Türk Takayasu Arteriti Çalışma Grubu 'Takayasu's Arteritis Registry' veri tabanına kayıt edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta verileri elektronik kayıtlardan elde edilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 33 kadın, 2 erkek 35 TAK'li hasta dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 38.3 \pm 13 yıldır. Ortalama semptom süresi 37.1 \pm 26 ay, ortalama hastalık süresi 14.5 \pm 8 ay olarak saptanmıştır. Anjiyografik olarak %68 hasta Tip 1, %20 hasta tip 5, %8 hasta tip 2b, %4 hasta tip 2a olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların tanı sırasındaki klinik özellikleri incelendiğinde; ekstremite klodikasyonu %68.6, sistemik konstitüsyonel semptomlar %54.3, nabızsızlık %34.3, kas iskelet sistemi bulguları %31.4, karotidini %25.7, santral sinir sistemi bulguları %11.4, solunum sistemi bulguları %8.6 ve göz bulguları %2.9 olarak saptanmıştır.

TAK tanısı konulduğu sırada ko-morbid hastalıklar olarak %28.6 hastada hipertansiyon, %14.3 dislipidemi, %8.6 diyabetes

mellitus, %8.6 ankilozan spondilit ve %8.6 Hashimoto Tiroditi bildirilmiştir. Bir hastada geçirilmiş tüberküloz enfeksiyonu anamnezi alınmıştır. Hastaların sigara kullanım oranı %25.7 olarak saptanmıştır. Tanı sırasında hastaların ortalama ESH değeri 53.5 ± 31.5 mm/saat, ortalama CRP düzeyi 50.4 ± 39.4 mg/l idi. Tanı konulduktan sonra tüm hastalara 0.5-1 mg/kg oral kortikosteroid tedavi verilmiştir. Ek immunsupresif ajan olarak %67.9 metotreksat, %21.5 azatiyoprin, %3.6 siklofosfamid ve %7.2 infliximab tedavisi seçilmiştir.

Sonuç: Sonuçlarımız, Türkiye'den daha önce yayınladığımız 248 hastalık retrospektif seriyile karşılaştırıldığında sistemik semptomlar benzer oranlarda görülmektedir. Buna karşın santral sinir sistemi bulguları ve nabızsızlık daha az, ekstremitte klodikasyon oranı ise daha yüksek olarak bulunmuştur. İnsepsiyon Kohortumuzun uzun dönem takip sonuçları, TAK'de güncel prognoz ve bunla ilişkili göstergelerin daha iyi değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu Arteriti, insepsiyon kohortu

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0130

PT-08

ADENOZİN DEAMİNAZ 2 (ADA 2) EKSİKLİĞİ OLAN ÜÇ OLGU

Ezgi Deniz Batu¹, Ömer Karadağ¹, Ivona Aksentijevich², Yelda Bilginer¹, Umut Kalyoncu¹, Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Vaskülit Tanı ve Tedavi Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara

²National Institutes of Health (NIH), Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü, Bethesda

Giriş: Adenozin deaminaz 2 (ADA 2) eksikliği, CERC1 genindeki mutasyon sonucu oluşan, sistemik inflamasyon ve vaskülopati ile seyreden, yeni tanımlanmış, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Burada, ADA 2 eksikliği tespit edilmiş olan üç olgu sunulmuştur.

Olgu 1: Dört yaşındaki kız hasta, ayaklarda uyuşma, sağ ayak bileğinde şişlik, karın ağrısı, tekrarlayan ateş atakları, döküntü ve sağ gözde yukarı ve içe bakış kısıtlılığı yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Livedoid döküntüleri, nöropatisi, akut faz reaktan (AFR) yüksekliği ve kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) pons sol anteriorunda iskemik lezyonlar ile hastada poliarteritis nodoza (PAN) düşünüldü. Çeşitli immünsüpresif tedaviler verilen hastanın AFR'leri genellikle yüksek seyretti, yakınmaları tekrarladı. Daha sonra CERC1 mutasyonu tespit edilerek ADA 2 eksikliği tanısı alan hastaya taze donmuş plazma (TDP) tedavisi başlandı. Tedavi sonrası pediatrik vaskülit aktivite skoru (PVAS) değeri 1 olarak değerlendirildi.

Olgu 2: Olgu 1'in kardeşi olan erkek hasta, 8 yaşında geçirdiği nöbet sonrası hastanemize başvurdu. Üç buçuk yaşından beri eklem ve karın ağrısı ve tekrarlayan ateş öyküsü olduğu öğrenilen hastada, kraniyal MRG anjiyografide sol serebral hemisferde vaskülit uyumlu kortikal-subkortikal lezyonlar, abdominal bilgisayarlı tomografik anjiyografide sağ ve sol hepatic arterde anevrizmatik dilatasyon ve AFR yüksekliği tespit edildi. PAN tanısı ile verilen immünsüpresif tedavilere rağmen hastanın yakınmaları ve AFR yüksekliği devam etti. Takibinde intestinal perforasyon gelişmesi nedeniyle opere edildi. Daha sonra CERC1 mutasyonu

tespit edilen ve aylık TDP tedavisi başlanan hastanın son değerlendirilmesindeki PVAS değeri sıfırdı.

Olgu 3: Yirmi yaşındaki erkek hasta, kulaklar ve el parmaklarında yaralar yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. On yedi yaşından beri ara ara halsizliği, ekstremitelerde mor renkli döküntüleri ve pansitopenisi olup, dış merkezde sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısıyla izlenmekte olan hastanın kronik ishal ve büyüme-gelişme geriliği de mevcuttu. Değerlendirmesinde kraniyal MRG'de sağ kaudat nükleusta kontrast tutan nodüler lezyonlar, hepatosplenomegali, intestinal ve renal biyopsilerde amiloidoz tespit edildi. Cilt bulguları; livedoid döküntüler, eritematöz maküller, ekstremitte uç kısımları ve kulaklarda nekrotik ülserlerdi. SLE tanısıyla aldığı çeşitli immünsüpresif tedavilere yanıt vermeyen hastanın takibinde, CERC1 mutasyonu tespit edilmiş ve ADA 2 eksikliği tanısıyla TDP tedavisi başlanmıştır.

Tartışma: CERC1 geninin kodladığı ADA 2 proteini, lökositler ve endotel hücreleri için bir büyüme faktörüdür. Erken başlangıçlı inme, tekrarlayan ateş, hepatosplenomegali, livedoid döküntü gibi belirti ve bulgulara yol açan ADA 2 eksikliği, klinik olarak PAN ile benzerlik göstermektedir. ADA 2, plazmada bulunduğu için, hastaların TDP tedavisinden fayda gördüğü gözlenmiştir. Anti-TNF ve diğer tedavi seçenekleri ile ilgili çalışmalar sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ADA 2, vaskülit

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0140

PT-09

YENİ 2012 EULAR/ACR POLİMYALJİA ROMATİKA SINIFLANDIRMA KRİTERLERİNİN VALİDASYONU: PROSPEKTİF ÇOK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMADA DİĞER KRİTERLERLE KARŞILAŞTIRMA

Gülşen Özen¹, Seda Baş¹, Ali Uğur Ünal¹, Gezmiş Kimyon², Ahmet Mesut Onat², Havva Keskin³, Sadiye Murat³, Ali Şahin⁴, Meryem Can⁵, Alperen Mengi⁵, Sema Yılmaz⁶, Ayşe Balkarlı⁷, Veli Çobankara⁷, Ömer Nuri Pamuk⁸, Yonca Çağatay⁹, Özün Bayındır¹⁰, Kenan Aksu¹⁰, Fatma Alibaz Öner⁵, Neslihan Yılmaz⁹, Gözde Yıldırım Çetin¹¹, Lütfi Akyol¹², Mehmet Sayarlıoğlu¹², İlker Yağcı¹³, Pamir Atagündüz¹, Sibel Zehra Aydın¹⁴, Nevsun İnanç¹, Haner Direskeneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

³Göztepe Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı

⁴Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁵Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁶Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁷Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁸Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁹Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹⁰Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹¹Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹²On dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

¹³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı

¹⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş/Amaç: Polimiyaljiya romatika (PMR) yaşlılarda en sık görülen inflamatuvar romatizmal hastalık olup polimiyaljik semptomlarla kendini gösteren diğer durumlardan ayırt edilebilmesi ve uygun tedavi yaklaşımlarının geliştirilebilmesi için standarde sınıflandırma kriterlerine ihtiyaç vardır. Bu çok merkezli

Spondiloartropatiler

Abstract:0189

PT-10

PSÖRİATİK ARTRİT'DE "HASTA GLOBAL DEĞERLENDİRMESİ"-NE ANLAMA GELMEKTEDİR? PSAID ÇALIŞMASI ALT ANALİZ SONUÇLARI**Umut Kalyoncu¹, Levent Kılıç¹, Laure Gossec², Maarten De Wit², Turid Heiberg², Mara Maccarone², Philip Helliwell², Thomas Luger², Andra Balanescu², Juan Canete², Uta Klitz², Kati Otsa², Douglas Veale², Tore Kvien²**¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı
²Eular PsAID Taskforce, Zurich, Switzerland

prospektif çalışmada, yeni 2012 EULAR/ACR PMR sınıflandırma kriterlerinin, PMR'yi taklit eden diğer hastalıklardan ayırt edebilme ve tanısal gücünün diğer 5 tanı/sınıflandırma kriteri ile karşılaştırmalı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 13 farklı merkezden yaşı 50'nin üzerinde, yeni başlayan (semptom süresi ≤ 24 hafta) bilateral omuz ağrısı ve akut faz reaktanlarında yükseklik olan 136 hasta dahil edildi. Hastalar prospektif olarak 6 ay izlendi ve 6 ay sonunda "uzman görüşü"ne göre PMR tanısı değişmeyen hastalar PMR grubuna, PMR dışında tanı alanlar ise kontrol grubuna alındı. Bütün hastalar 6 farklı (Chuang, Bird, Jones, Nobunaga, Healey ve 2012 EULAR/ACR PMR klasifikasyon kriterleri) PMR sınıflandırma/tanı kriterine göre sınıflandırıldı.

Bulgular: Yeni başlayan (ortalama semptom süresi $23,1 \pm 1,2$ hafta) bilateral omuz ağrısı olan 136 hastadan 84'üne (%61,8) PMR tanısı, 52'sine (%38,2) PMR-dışı tanılar (19'u RA) konuldu. "Area under the receiver operating characteristics (ROC) curve" analizi ile değerlendirilen ayırım yeteneğinin Chuang kriterlerinde (0,84) 2012 EULAR/ACR (klinik)(0,67), Jones (0,66), Bird (0,65), Nobunaga (0,74) ve Healey (0,59) kriterlerinden daha iyi olduğu saptandı (Tablo 1). 2012 EULAR/ACR klinik kriterlerinin sensitivitesi %91,7 iken spesifitesi %44,2 idi. En yüksek spesifiteye sahip kriter setleri ise Chuang (%88,5) ve Jones (%88,5) kriterleri idi. 2012 EULAR/ACR klinik kriterlerinin PMR'yi RA'dan ayırabilirliği değerlendirildiğinde ise spesifitenin %42,1'e düştüğü gözlemlendi. 2010 ACR/EULAR RA klasifikasyon kriterleri 84 PMR hastasından sadece 3'ünü RA olarak sınıflandıran 2012 EULAR/ACR PMR klinik kriterleri 19 RA hastasının 10'unu PMR olarak sınıflandırdı.

Sonuç: Yeni 2012 EULAR/ACR PMR klinik klasifikasyon kriterleri PMR hastalarını yüksek sensitivite ile sınıflandırmaktadır. Ancak yeni kriterlerin PMR'yi omuz ağrısı yapabilen diğer inflamatuvar durumlardan (özellikle RA) ayırt edebilme yeteneği zayıftır. Benzer klinik parametreler içeren başka bir klinik kriter seti olan Chuang kriterleri PMR'yi RA'dan ve diğer inflamatuvar/noninflamatuvar durumlardan daha iyi ayırt etmektedir. Bu farkın sebepleri arasında Chuang kriterlerinde ESH için >40 mm/st eşik değerinin ve "diğer tanılarının dışlanması"nın bir kriter olarak bulunması ve 2012 EULAR/ACR klinik kriterlerinin aksine (4 puan sınıflandırma için yeterli) ancak tüm kriterlerin varlığında PMR olarak sınıflandırması sayılabilir. Bu nedenle bu çalışma sonuçları, bilateral omuz ağrısı ve akut faz yüksekliği bulunan seronegatif hastalarda PMR-RA ayırımında ilave görüntüleme yöntemlerinin ya da bio-belirteçlerin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Polimyaljia romatika, klasifikasyon, 2012 ACR/EULAR kriterleri

Tablo 1. PMR kriter setlerinin sensitivite ve spesifisiteleri

Gerekeç: Hasta Global Değerlendirmesi (HGD), Psöriatik artrit (PsA) hastalarında anahtar ölçüm parametrelerinden birisidir. PsAID (Psoriatic Arthritis Impact of Disease) skoru PsA hastalarında yeni geliştirilmiş, hasta perspektifli bir ölçüm parametresidir. PsAID skorunda hastaların sağlığı için önemli olan fiziksel ve psikososyal parametreler sorgulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı PsAID skorundaki ölçüm parametreleri ile HGD'sinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmada Avrupa'da 13 merkezin katılımıyla geliştirilmiş PsAID skorunun veri tabanı kullanılmıştır. Orjinal çalışmadaki hastalar arasında CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı almış olanlar arasında post-hoc analizi yapılmıştır. Çalışmada toplanan veriler şunlardır; hasta global değerlendirme [spesifik olarak eklem ve deri global değerlendirmeleri de ayrı ayrı sorgulanmıştır], PsAID soruları [fiziksel, psikososyal ve sosyal] ve diğer karşılaştırılan ölçüm parametreleri [HAQ skoru, DLQI (dermatolojik yaşam kalite indeksi), EQ-5D (yaşam kalite indeksi), SF-36, DAS-28, şiş eklem sayısı, hassas eklem sayısı, doktor global değerlendirme]. Karşılaştırma amacıyla tek ve çok değişkenli linear regresyon modeli kullanılarak HGD ile ilişkili faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Sonuçlar: 223 PsA hastası (%50,2 kadın) değerlendirmeye alınmıştır. Ortalama yaşları $51,0 \pm 13,3$, ortalama hastalık süresi $9,9 \pm 10,1$, ortalama şiş eklem sayısı $4,1 \pm 5,1$ 'di. Halen psöriasis hastaların %84,3'ünde vardı. Ortalama HGD skoru $4,8 \pm 2,7$ [sırasıyla eklem HGD $5,6 \pm 2,5$ ve deri HGD $4,1 \pm 3,0$]. HGD ile hasta değerlendirme (eklem) arasındaki intra-class korelasyonu 0,71 (%95 GA 0,64-0,77) olarak hesaplanmıştır. HGD ile hasta değerlendirme (deri) arasındaki intra-class korelasyonu ise daha düşük bulunmuştur 0,52 (%95 GA 0,42-0,60). Çok değişkenli analizde HGD ile PsAID skorları arasında "üstesinden gelebilme" [$\beta = 0,287$ (0,054), $p < 0,0001$], ağrı [$\beta = 0,240$ (0,0061), $p = 0,0001$], iş ve/veya boş zaman aktivitesi [$\beta = 0,141$ (0,068), $p = 0,040$] ve anksiyete [$\beta = 0,109$ (0,054), $p = 0,047$] arasında ilişki saptanmıştır.

Tartışma: PsA hastalarında HGD her ne kadar fiziksel durumu yansıtmakla birlikte, psikososyal durumdan da etkilenmektedir. PsA hastalarında HGD ölçütünün hasta üzerindeki etkisi değerlendirirken bu skorun eklem ve deri şikayeti yanında psikososyal faktörlerden de etkilendiğini hesaba katmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, PsAID

Spondiloartropatiler

Abstract:0176

PT-11

KALÇA MOBİLİTESİNİ DEĞERLENDİRMEDE YENİ BİR YÖNTEM: IPHONE PUSULA UYGULAMASI İLE KALÇA ABDÜKSİYON AÇISI ÖLÇÜMÜ**Handan Yarkan, Berrin Zengin, Gökçe Kenar, Pınar Çetin, İsmail Sari, Merih Birlik, Fatoş Önen, Nurullah Akkoç**

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

Gerekeç: İntermalleoler mesafe, Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksinin (BASMI) bir komponentidir ve kalça abduksiyonu değerlendirmesinde kullanılır. Yeni nesil akıllı telefonlar güncel işletim sistemleri ve özel yazılım uygulamaları ile çeşitli inklinometrik ölçümleri yapabilecek özelliklere sahip hale gelmişlerdir. Bu çalışmanın amacı, Ankilozan Spondilit (AS) hastalarında kalça abduksiyon değerlendirmesinde intermalleoler mesafe ölçümü ile karşılaştırmalı, iPhone pusula uygulaması ile ölçülen kalça abduksiyonunun gözlemci içi ve gözlemciler arası tutarlılığını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya yaş ortalaması 47,8 (± 10.2) olan 6'sı kadın, 14'ü erkek olmak üzere 20 AS hastası alınmıştır. İki araştırmacı her biri iki kez olmak üzere hastaların intermalleoler mesafesini supin pozisyonda standart yöntem ile ölçmüştür. Kalça abduksiyonu da benzer şekilde iPhone pusula uygulaması ile sağ ve sol kalça için ayrı ayrı ölçülerek iki ölçümün ortalaması alınmıştır. Ayrıca hastaların diğer BASMI ölçümleri yapılmıştır. Ölçüm sırasında iPhone'u hastaların bacaklarına sabitlemek için telefon kabı ve yapışkan bandajlar kullanılmıştır. Gözlemci içi ve gözlemciler arası tutarlılık sınıfı içi korelasyon katsayısı ((intra-class correlation coefficient-ICC) kullanılarak, doğruluk Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Ortalama BASMI skoru 43 (±22.7) saptanmıştır. Ortalama BASDAI, ASDAS, BASFI skorları sırasıyla 3.7 (± 19.9), 2.9 (± 0.96) ve 3.5 (± 24.02) olarak hesaplanmıştır. Ortalama intermalleoler mesafe 1. araştırmacı için 83.6 cm (± 24.4) ve 2. araştırmacı için 83.4cm (±23.1) olarak bulunmuştur. Kalça abduksiyon açı ortalamaları 1. ve 2. araştırmacı için sırasıyla 51.2o (±18.3) ve 55.6o (±20.5) saptandı. Her iki ölçüm yöntemiyle de gözlemci içi ve gözlemciler arası oldukça iyi tutarlılık izlenmiştir. (Tablo 1). Kalça abduksiyon açısı ile intermalleoler mesafe arasında güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir.(r=0.74).

Tartışma: Bu çalışma ile kalça mobilitesini değerlendirmede, intermalleoler mesafe yerine hasta boyundan etkilenmemesi avantajı da göz önüne alınarak, iPhone ile kalça abduksiyon açısı ölçümünün kullanılabilir bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: kalça abduksiyonu, intermalleoler mesafe

Tablo 1. Kalça mobilitesi değerlendirmede her iki yöntemin gözlemci içi ve gözlemciler arası tutarlılığı

	Gözlemci içi tutarlılık		Gözlemciler arası tutarlılık
	Araştırmacı 1 ICC (95% CI)	Araştırmacı 2 ICC (95%CI)	
Intermalleolar mesafe	0.99 (0.98-0.99)	0.85 (0.66-0.94)	0.93 (0.85-0.97)
İPhone ile kalça abduksiyon açısı	0.94 (0.85-0.97)	0.84 (0.64-0.93)	0.94 (0.85-0.97)

Spondiloartropatiler

Abstract:0266

PT-12

ANKILOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA HASTALIK AKTİVİTESİNDEN BAĞIMSIZ OLARAK MONOSİT ALT TIPLERİNDE CCR2 EKSPRESYONU ARTMIŞTIR**Dilek Solmaz¹, Atakan Tekinalp², Okan Avcı³, Burhan Turgut²**¹Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye²Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye³Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

almaktadır özellikle antijen sunumu önem taşımaktadır. Antijen sunucu hücrelerin önemli kaynaklarından birisi de monositlerdir ve inflamasyon ve kemotaksik uyarılarla aktive olur, damar duvarından geçerek inflamatuvar odağa ulaşır ve çok daha yüksek derecede fagositik özelliği olan makrofaja dönüşürler. Bazı çalışmalarda farklı klinik tablolarda monosit alt tiplerinde ve aktivasyon durumlarında değişiklikler olabileceği bildirilmiştir.

Periferik kanda iki ana monosit popülasyonu mevcuttur; birincisi daha küçük bir popülasyon oluşturan daha az olgunlaşmış, daha düşük hacimli, daha yüksek tümörosidal aktiviteli hücrelerdir (CD14+/CD16+), ikinci ve daha büyük bir popülasyon ise daha olgun monositlerden oluşur, bu monositler daha yüksek hacimlidirler ve antikor bağımlı hücrel sitotoksitede daha aktif olarak yer alırlar (CD14+ /CD16-). Monositlerin üzerinde eksprese olan kemokinlerden CCR2 monosit kemoattractant protein-1'in reseptörüdür ve monositlerin inflamasyon durumunda ekstrevasyonunda ve transmiyasyonunda önemli rol oynamaktadır.

Amacı: Bu çalışmada amacımız AS hastalarında antijen sunucu hücrelerin önemli kaynaklarından olan monositlerin immun fenotiplerini değerlendirmek ve hastalık aktivitesine göre dağılımlarını saptamaktır.

Metod: Modifiye New York kriterlerine göre AS kriterlerini karşılayan hastalar ve sağlıklı kontroller çalışmaya dahil edildi. Biyolojik tedavi almakta olan, aktif enfeksiyonu olan veya bilinen kronik hastalığı (DM,HT, KAH, malignite) olan hastalar çalışmaya alınmadı. AS hastalarının hastalık aktiviteleri (BASDAI>=4, ASDAS-CRP>2.1), yapısal hasarları (BASMI) ve fonksiyonel (BASFI) durumları kaydedildi. Rutin klinik ve laboratuvar değerlendirmelerin yanı sıra hastaların periferik kanında monositlerin alt tip ve aktivasyon durumunu belirlemek için akım sitometrik çalışma yapıldı. Çok renkli analizde CD14-FITC, CD16-PE ve CCR2-PerCP kullanıldı. Monosit yüzdeleri, monosit alt tip yüzdeleri belirlendi. Monositler ve alt tipleri üzerindeki CCR2 ekspresyonu çalışıldı. Ayrıca hs-CRP ve IL-6 düzeyleri de ölçüldü.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan AS hastaları ve kontrollerin demografik özellikleri tabloda özetlenmiştir. Hasta ve kontrollerin yaş ve cinsiyet dağılımları benzerdi.

İnflamatuvar belirteçler AS hastalarında belirgin şekilde yüksek olarak saptandı. CD14+ /CD16+ ve CD14+/CD16- alt tiplerinin yüzdeleri her iki grupta da benzer saptanırken CCR2 ekspresyonu her iki alt grupta da AS hastalarında belirgin olarak yüksek saptanmıştır. AS hastalarında hastalık aktivitesine göre sınıflandırıldığında monosit alt grupları ve CCR2 ekspresyonları açısından bir farklığa rastlanmadı.

Tartışma: Çalışmamızda, AS hastalarında hastalık aktivitesinden bağımsız olarak monosit alt tiplerinde CCR2 ekspresyonu kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bu durumun AS'deki inflamatuvar patogenizin anlaşılmasına katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, CCR2 ekspresyonu

Tablo 1.

	AS (n: 47)	Kontrol (n:20)	P
Yaş, ortalama ± SD	39 ± 9.3	37 ± 7.3	>0.05
Cinsiyet, erkek %	37, 78.7	16, 80.0	>0.05
BASDAI, ortalama ± SD	3.9 ± 2.2	N/A	
ASDAS-CRP, ortalama ± SD	2.9 ± 1.0	N/A	
BASMI, ortalama ± SD	4.4 ± 1.7	N/A	
BASFI, ortalama ± SD	3.3 ± 2.4	N/A	
hs- CRP µg/ml, ortalama ± SD	4.7 ± 7.6	0.8 ± 1.9	<0.001
ESH mm/h, ortalama ± SD	31 ± 26	10 ± 10.0	<0.001
IL-6 pg/ml, ortalama ± SD	40.9 ± 231	1.9 ± 0.3	<0.001
HLA B27 pozitifliği n, %	29/43,67.4	N/A	
WBC, 10 ³ /µl median (range)	7600 (5200-16300)	6100 (4300-10200)	0.001
Monosit, 10 ³ /µl, median (range)	351 (114-1274)	356 (151-496)	>0.05
CD14+/CD16+, %	7.2 ± 6.8	5.0 ± 3.0	>0.05
CD14+/CD16-, %	92.5 ± 6.8	94 ± 3.0	>0.05
CD14+/CD16+/CCR2+, %	44 ± 21.6	12.1 ± 12.0	<0.001
CD14+/CD16-/CCR2+, %	70 ± 20.4	21.6 ± 12.8	<0.001

Spondiloartropatiler

Abstract:0317

PT-13

ANKILOZAN SPONDİLİTTE DOĞAL ÖLDÜRÜCÜ HÜCRE İMMUNOGLOBULİN BENZERİ RESEPTÖRLERİN (KILLER CELL İMMUNOGLOBULİN-LİKE RECEPTORS, KIR) DAĞILIMININ ARAŞTIRILMASI

Eren Erken¹, Özlem Görüroğlu Öztürk², Özlem Kudaş¹, Fatih Yıldız³, Didem Arslan Taş¹, Filiz Kibar², Suzan Dinkçi¹, İpek Türk¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Merkez Laboratuvarı, Adana

³Van Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği, Van

Giriş-Amaç: Spondiloartritlerin en ağır seyirli alt grubu olan Ankilozan spondilit (AS) patogenezinde, çevresel ve genetik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Doğal Öldürücü Hücre, immunoglobulin benzeri reseptörler (killer cell immunoglobulin-like receptors, KIR), NK hücrelerinin verecekleri sitotoksik yanıtları düzenleyen moleküllerdir. KIR genleri polimorfik yapıda olup, popülasyonlar arasında yüksek farklılık içermektedir. Daha önce farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda, KIR genleri ile AS'ye yakınlık arasında ilişki gösterilmiştir. Biz de bu çalışma ile bizim popülasyonumuzda KIR genleri ve AS gelişimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Araç ve Yöntem: Çalışmaya 68 ankilozan spondilitli hasta (31 kadın, 37 erkek, yaş ort:38.27) ve 75 sağlıklı bireyden (34 kadın, 41 erkek, yaş ort:38.6) oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Onaltı farklı KIR geninin tiplendirmesi Sequence Specific Oligonucleotide Probes (SSOP) yöntemi ile yapılmıştır. KIR genotiplerinin dağılımı "www.allelefrequencies.net" bilgi bankasından elde edilmiştir. Her iki grubun KIR genlerinin oranları direkt sayma yöntemiyle bulunmuş, grupların birbirleriyle karşılaştırması ise Fisher Exact testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Çerçeve genleri olan KIR2DL4, 3DL2, 3DL3 ve 3DP1'in tüm hasta ve kontrol grubunda bulunduğu gözlenmiştir. Aktive edici KIR genlerinden olan KIR3DS1'in AS'li olgularda (%39,7) kontrol grubuna (%16) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0,002). Ek olarak, hasta ve kontrol grupları arasında AA ve Bx genotipleri arasında farklılık saptanmamıştır. Zuo ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan meta-analizde; 2009-2012 yılları arasında İran, Çin, İspanyol, İngiliz, Rus ve Polonya popülasyonlarında yapılan 7 ayrı çalışma incelenmiş ve bu meta-analizin sonuçlarına göre KIR2DL1, KIR2DS4, KIR2DS5 ve KIR3DS1 genlerinin ankilozan spondilite yakınlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Biz de Türkiye'de ilk defa KIR genleri ile AS ilişkisini ortaya koymayı planladığımız çalışmamızda bu meta-analiz sonuçlarına benzer olarak KIR3DS1 genini hasta popülasyonunda anlamlı bir şekilde yüksek bulduk.

Sonuç: Bu sonuçlar, NK hücre sitotoksitesini aktive eden KIR3DS1 geninin AS gelişimini tetikleyebileceğini ve hastalığa yakınlıkla ilişkili olduğunu düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Doğal Öldürücü Hücre İmmunoglobulin Benzeri Reseptörler, KIR

Diğer

Abstract:0398

PT-14

OTOİNFLAMATUAR HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA ÇOK BOYUTLU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

D. Konukbay, D. Yıldız, C. Açıkkel, B. Sözeri, B. Makay, N. A. Ayaz, K. Barut, A. Kısaarslan, Y. Bilginer, H. Peru, Ö. Erdoğan, E. Ünsal, Ö. Kasapçopur, Z. Gündüz, S. Özen, E. Demirkaya

FAVOR (FMF Arthritis Vasculitis and Orphan disease Research - Gülhane Askeri Tıp Akademisi Uluslararası Proje Yürütme Kısmı)

Giriş: Otoinflamatuvar hastalıklar, çocuğun yaşamında (ağrı, ateş, yorgunluk, kas ağrısı, eklem bulguları, deri döküntüleri, sürekli ilaç kullanımı, okul devamsızlığı vb.) birçok zorluğa neden olmaktadır. Ancak çocukların bu zorluklar açısından sağlık durumunu, hastalık aktivitesini, şiddetini, hasar durumunu gösterecek ölçüm araçları bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, otoinflamatuvar hastalığı olan çocukların fonksiyonel beceri, ağrı, ilaç uyumu, yaşam kalitesi (fiziksel, sosyal, okul ve duygusal durum) yönünden değerlendirilmesini sağlayacak çok boyutlu bir ölçüm aracının geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Otoinflamatuvar Hastalığı Olan Çocuklarda Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği (JAIMAR), 16 ölçütten ve dört alt boyuttan (Fonksiyonel beceri, Ağrı, İlaç kullanım uyumu,

Yaşam kalitesi) oluşmaktadır. Sekiz yaş ve üzeri çocuklar için hem çocuk hem de ebeveyn versiyonu; yedi yaş ve altı çocuklar için ise sadece ebeveyn versiyonu uygulanmaktadır. Araştırma yedi farklı Çocuk Nefroloji ve Romatoloji polikliniğinde 250 FMF hastalığı olan çocuk ebeveyni ve 179 çocuk ile Aralık 2012- Nisan 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalaması 10.64 ± 4.38 'dir. Kız çocukların erkek çocuklara oranı 1.23'dür. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 4.28 yaş, ortalama tanı yaşı 6.99 yaş ve ortalama hastalık süresi 3.69 yıldır. Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile alt boyutların hesaplanan Cronbach alfa değerleri; 0.507-0.998 arasındadır. Test-tekrar test güvenilirlik analizi sonucunda, test-tekrar test ölçek puanları arasında ortadan yüksek düzeye doğru anlamlı ve pozitif bir korelasyon belirlenmiştir (ICC=0.607-0.966). Yapı geçerliliği açısından faktör yüklerine baktığımızda tüm faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olduğu görülmektedir. Ebeveyn ve çocukların cevapları arasındaki uyuma baktığımızda tüm alt boyutlarda ebeveyn ve çocuk formları arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Cronbach alfa değerleri= 0.770-0.989). Ölçüt geçerliğine baktığımızda ölçeğin boyutları ile her alt boyut için uygun olan ölçekler arasındaki korelasyonlar ortadan ($r=0.329$, $p<0.0001$) kuvvetli düzeye ($r=0.894$, $p<0.0001$) doğrudur. Ölçeğin, kapsam, yüzey, ölçüt ve yapı geçerlilik analizleri yapılmış ve geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çocuk romatoloji alanına yeni ve çok boyutlu bir yaklaşım getiren JAIMAR, otoinflatuar hastalığı olan çocukların sağlık durumlarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır ve bu hasta grubunda bakım kalitesini arttırmakta yardımcı olacaktır. Otoinflatuar hastalığı olan çocuklara yönelik geliştirilen JAIMAR'ın vaka grubunu homojenize etmek için ilk validasyonu FMF hastaları üzerinde yapılmıştır. Diğer otoinflatuar hastalıklar için de validasyon çalışması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Otoinflatuar Hastalıklar, Çok boyutlu değerlendirme ölçeği

Tablo 1. JAIMAR Ölçüt geçerliliği analiz sonuçları

	Pearson's korelasyon katsayısı	
	Ebeveyn	Çocuk
Fonksiyonel beceri ile Hekim tarafından verilen hastalık şiddet skoru	0.390*	0.478*
Ağrı ile Wong-Baker Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği	0.894*	0.886*
İlaç kullanım uyumu ile Morisky Uyum Ölçeği	0.435*	0.396*
Yaşam kalitesi fiziksel durum ile CHAQ	0.454*	0.485*
Yaşam kalitesi fiziksel durum ile Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇLYKÖ) fiziksel alt boyut	-0.605*	-0.725*
Yaşam kalitesi sosyal durum ile ÇLYKÖ sosyal alt boyut	-0.099**	-0.503*
Yaşam kalitesi okul durumu ile ÇLYKÖ okul alt boyutu	-0.536*	-0.745*
Yaşam kalitesi duygusal durum ile ÇLYKÖ duygusal alt boyut	-0.357*	-0.708*
Yaşam kalitesi duygusal durum ile Çocuklar için depresyon ölçeği	0.329*	0.475*
Yaşam kalitesi alt boyutu genel toplam ile ÇLYKÖ genel toplam puanı	-0.620*	-0.809*

* $p<0.0001$ ** $p>0.05$

Spondiloartropatiler

Abstract:0179

PT-15

NON-RADYOGRAFİK AKSİYAL SPONDİLARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA TÜMOR NEKROZ FAKTÖR İNHİBİTORLERİNİN KISA DÖNEM ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TURKBİO VERİTABANI SONUÇLARI

Pınar Çetin¹, Umur Kalyoncu², Bünyamin Kısacık³, İsmail Sarı¹, Dilek Solmaz¹, Ömer Karadağ², Levent Kılıç², Ahmet Mesut Onat³, Gezmüş Kimyon³, Fatoş Önen¹, Sedat Kiraz², Merih Birlik¹, İhsan Ertenli², Ömer Nuri Pamuk⁴, Nurullah Akkoç¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Gaziantep Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁴Trakya Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Gerekeç: Aksiyal spondilartrit (aks-SpA), ankilozan spondilit (AS) ve non-radyografik (nr) aks SpA hastalıklarının her ikisini de ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Bu yeni terim radyografik sakroiliit gelişmeden önce erken evrede de hastalık tanısı konulmasına olanak sağlar. Çeşitli çalışmalar radyografik sakroiliiti olan ve olmayan hasta gruplarının benzer özellik gösterdiğini ve benzer şekilde tedavi edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Güncel randomize klinik çalışmalar tümör nekroz faktör inhibitörlerinin (TNFi) nr-aks SpA belirti ve bulgularının tedavisinde de etkin olduğu göstermiştir. Yine de bu tedavilerin günlük romatoloji pratiğinde nr-aks SpA hastalarındaki etkinliğini gösteren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı günlük pratikte TNFi tedavilerin AS ve özellikle nr-aks SpA hastalarındaki etkinliğini göstermektir.

Yöntem: TURKBİO veritabanını kullanan 4 ayrı merkezden detaylı verilerine ulaşılabilen toplam 326 aks-SpA hastası (195 E; 39.8 ± 10.6) çalışmaya alınmıştır. Bu hastalardan 208'i modifiye New-york kriterlerine göre AS hastasıyken, 118 hasta nr-aks SpA hastasıydı. Hastaların TNFi başladığında (0.ay) ve tedavinin 3. ayındaki verileri değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastaların başlangıç demografik ve klinik karakteristikleri tablo-1 de özetlenmiştir. Nr-aks SpA hastalarının yaş ortalamasının daha düşük ve hastalık sürelerinin daha kısa olduğu ve bu grupta kadın-erkek oranının belirgin daha yüksek olduğu görülmüştür. TNFi tedavilerle 3 aylık tedavi sonrası her iki hasta grubunda da ortalama BASDAI ve ASDAS değerlerinde belirgin düşüş gerçekleşmiştir; (Tablo-1) minimal klinik iyileşme (Δ ASDAS ≥ 1.1) ve major klinik iyileşme (Δ ASDAS ≥ 2) oranları nr-aks SpA ve AS gruplarında oldukça benzer oranlarda [sırasıyla (%72 vs %66) ve (%39.1 vs %43.8)] bulunmuştur. Üçüncü ayın sonundaki BASDAI 50 yanıtı da Nr-aks SpA hastalarında (%56.8) ve AS grubunda (%58.5) saptanmıştır.

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları günlük pratikte TNFi'lerinin AS ve nr-aks SpA hastalarında kısa dönemde benzer bir etkinliğe sahip olduğunu göstermektedir

Anahtar Kelimeler: non-radyografik aksiyal spondilartrit, tnfi inhibitörleri

Tablo 1. Nr-aks Spa ve AS hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	Non-radyografik aksiyal spondilartirit (n=118)	Ankilozan spondilit (n=208)	p değeri
Yaş, ort (± SD)	36.8 (± 9.6)	41.5 (± 10.7)	p<0.001
Hastalık süresi,-yıl, ort (± SD)	7.22 (± 6.4)	12.56 (±8.4)	p<0.001
Tanı süresi,-yıl, ort (± SD)	3.6 (±3.3)	7.51 (±6.4)	p<0.001
Kadın cinsiyet,%	53.4	32.7	p<0.001
BaşlangıçCRP mg/l, ort (± SD)	20.1(± 32)	24.9 (± 32.9)	p=0.213
Başlangıç ESH, ort (± SD)	28.2 (± 24.5)	35.5 (± 24.9)	p=0.050
HLA B27 pozitiflik oranı,% (n1/n2)*	53(n1/n2)	74(n1/n2)	p=0.02
Başlangıç BASFI, ort (± SD)	5.33 (±2.88)	5.06 (±2.58)	p=0.414
Başlangıç BASDAI, ort (± SD)	6.43 (±1.9)	5.93 (±1.8)	p=0.02
Başlangıç ASDAS-CRP, ort (± SD)	3.7 (±0.98)	3.65 (±1.08)	p=0.689
Üçüncü ayda ΔBASDAI, ort (± SD)	3.4 (±2.37)	3.1 (±2.24)	p=0.261
Üçüncü ayda ΔASDAS, ort (± SD)	1.74 (±1.2)	1.75 (±1.1)	p=0.951
Biyolojik ajan kullanımının hastalara dağılımı			
İnfliksımab (%)	26.3	25.5	
Etanersept (%)	33.1	31.2	
Adalimumab (%)	27.9	27.4	
Golimumab (%)	12.7	15.9	

n1: Pozitif olgu sayısı n2: Değerlendirilen olgu sayısı

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0410

PT-16

SİSTEMİK SKLEROZ İÇİN YENİ ACR KRİTERLERİNİN PERFORMANSI: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Ömer Nuri Pamuk¹, Mehmet Ali Balcı¹, Necati Çakır²¹Trakya Tıp Fakültesi²FSM Eğitim Araştırma

Giriş-Amaç: Sistemik skleroz (SSc) için yeni oluşturulan sınıflandırma kriterlerinin güvenilir ve geçerliliği kanıtlanmış iyi kaliteli çalışmalarla test edilmeye ihtiyacı bulunmaktadır. SSc için şimdiye dek kullanılan en yaygın sınıflandırma kriterleri ACR tarafından 1980 de düzenlenmişti. Son olarak 2013 ACR ve EULAR tarafından oluşturulan bir komite SSc için yeni kriterler önermiştir. Çalışmamızda ACR ve EULAR tarafından önerilen bu yeni kriterlerin eski kriterlerle karşılaştırarak duraylılık ve özgüllüğü, SSc hasta grubumuzda test etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya ülkemizden 2 Romatoloji merkezi katıldı. 2008 ve 2013 yılları arasında yeni SSc tanısı alan hastaların başlangıçtaki özellikleri dikkate alındı ve verile

retrospektif olarak değerlendirildi. Spesifliği tayin etmek için aynı dönemde aynı merkezlerde SSc dışında, tanısız testlerinde ANA testi gerekli olan hastalık tanısı alanlar kontrol grubu olarak değerlendirmeye alındı.

Bulgular: 102 SSc (93K, 9E, ort yaş: 47.9±13.9) ve 80 kontrol (70K, 10E, ort yaş: 48.4±11.6) olgusu çalışmaya alındı. SS cli hastalarda ANA pozitifliği %89.2%, anti-Scl-70 %31.7, and anti-sentromer ise %21.6 olarak değerlendirildi. Dijital ülser %34.7 olarak bulunurken, pulmoner hipertansiyon %42.2 ve interstisyel akciğer hastalığı %38.3 ve renal kriz %2 idi.

2013 ACR&EULAR ve ACR1980 kriterlerinin duyarlılığı, sırasıyla %92.2 ve %78.4 olarak değerlendirildi. ACR/EULAR ve ACR1980 kriterlerinin özgüllüğü ise sırasıyla %89.3 ve %76.7 olarak bulundu. Yeni kriterlere göre 10 hasta yanlış şekilde sınıflandırılırken, 1980 ACR kriterlerine göre 18 hasta yanlış şekilde sınıflandırılmıştı. ACR 1980 kriterlerinin duyarlılığı interstisyel akciğer hastalığı olan hastalarda anlamlı şekilde daha iyi bulundu (91.7% vs. 74.1%, p=0.036). Yeni kriterlere göre ise anti-Scl-70 pozitif olan hastalarda duyarlılık anlamlı olmamakla birlikte daha iyi olma eğilimindeydi (91.7% vs. 74.1%, p=0.09). Diğer klinik altgruplar, antikör tiplerine göre eski ve yeni kriterlerin duyarlılık ve özgüllükleri arasında farklılık saptanmadı.

Sonuçlar: SSc hasta grubumuzda yeni ACR&EULAR kriterlerinin duyarlılık ve özgüllüğünün daha iyi olduğunu gözlemledik. Aynı zamanda yeni kriterlerle yanlış sınıflanan hasta sayısının da daha az olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, Sınıflandırma kriterleri, Duyarlılık

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0276

PT-17

SON BİR YIL İÇERİSİNDE KLİNİĞİMİZDE İZLENEN VE SİSTEMİK JÜVENİL İDYOPATİK ARTRİTE İKİNCİL GELİŞEN MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kenan Barut, Gözde Yücel, Ada Bulut Sinoplu, Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Sistemik juvenil idyopatik artrite (SJİA) çocukluk çağında görülen, uzamış ateş ve döküntü ile ortaya çıkan sıklıkla da karaciğer ve dalak büyümesinin eşlik ettiği bir hastalıktır. Bu hastalığın en önemli komplikasyonu makrofaj aktivasyon sendromudur (MAS). MAS romatolojik hastalıkların sırasında karşılaşılan kazanılmış, ikincil hemofagositozdur. Ana klinik bulguları tüketim koagülopatisi ile uyumludur.

Amaç: Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, çocuk romatoloji bilim dalında son bir yıl içinde görülen MAS hastalarının demografik, klinik, laboratuvar özellikleri ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya alınan hastaların tümü ILAR tanı ölçütlerine göre JİA ve PRINTO tanı ölçütlerine göre MAS tanısı almıştı.

Bulgular: Kliniğimizde son bir yıl içerisinde 10 çocuk MAS tanısı aldı. Bunların 6'sı (%60) kız, 4'ü (%40) erkekti. Tüm

olguların birincil hastalığı sistemik JİA idi. Birincil hastalık başlangıç yaşı ortalama $6,05 \pm 4,5$ yıl (1,5-15 yıl) olarak saptanırken hastalarımızda MAS oluşma yaşı $7,6 \pm 4,5$ yıl (1,5-17,5 yıl) olarak hesaplandı. Klinik bulgulara bakıldığında dirençli ateş yüksekliği 8'inde (%80) vardı. Yaygın lenfadenopati 1 (%10), hepatomegali 6(%60), splenomegali 5(%50) olguda saptandı. Laboratuvar bulgularına bakıldığında lökopeni 2(%20) olguda bulundu. Ortalama lökosit sayısı $21.820 \pm 17.395/\text{mm}^3$ idi. Olgularımızın 9'unda(%90) hemogloblin düşüklüğü var olup ortalama hemogloblin düzeyi $8.6 \pm 1.8\text{g/dl}$ ($6.6-11.2$ g/dl) olarak ölçüldü. Trombositopeni 6(%60) olguda saptanırken ortalama trombosit sayısı $221.000 \pm 207.000/\text{mm}^3$ olarak ölçüldü. MAS tanısı anında eritrosit çökme hızı(EÇH) düzeyindeki düşüklük 7(%70) hastada saptandı. Olgularımızın 8'inde (%80) transaminaz yüksekliği mevcuttu; AST düzeyindeki yükselme daha fazlaydı. Hipertrigliseridemi 9 (%90) olguda saptandı; ortalama 397 ± 332 mg/dl (78-1260 mg/dl) idi. Hipoalbuminemi 5 (%50) olguda vardı; ortalama albümin değeri 2.8 ± 0.7 g/l saptandı. Fibrinojen düşüklüğü 4 hastada (%40) bulundu. Koagülasyon testlerinde bozukluk 7 hastada (%70) saptanmasına rağmen, klinik olarak sadece 1 hastada oral mukozadan kanama şeklinde görüldü. Ferritin yüksekliği tüm hastalarda saptandı; ortalama ferritin değeri 23957 ± 15525 ng/mL (3000-46130 ng/mL) olarak saptandı. Kemik iliği aspirasyonu olgularımızın 5'ine yapıldı; bunlardan 2'sinde (%40) eritrohemofagositoz saptandı. Hastalarımızın tümü sağlıklı olarak MAS sürecinden çıktı ve poliklinik kontrolünde izlenmeye başlandı.

Tartışma: Makrofaq aktivasyon sendromu sıklıkla romatizmal hastalıklarda, süregelen ciddi ve kontrol altına alınamayan enflamasyon nedeniyle oluşmaktadır. Özellikle aktif romatizmal hastalığı olan çocuklarda ani olarak ortaya çıkan genel durum bozukluğu, dirençli yüksek ateş ve sistemik enflamasyon bulgularının varlığında MAS tanısı enfeksiyonlardan önce akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik juvenil idyopatik artrit, makrofaq aktivasyon sendromu

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0141

PT-18

SİSTEMİK SKLEROZİSTE SUBKLİNİK ATEROSKLEROZİS VE KARDİYOVASKÜLER RİSKİN BELİRLENMESİ

Gülşen Özen¹, Rabia Deniz², Fatmanur Korkmaz², Murat Sunbul³, Kürşat Tigen³, Pamir Atagündüz¹, Nevsun İnanç¹, Haner Direkseneli¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş/Amaç: Sistemik sklerozis (SSc) artmış fibrozis ve mikrovasküler bozukluklarla karakterize bir hastalık olmasına rağmen son dönemlerde makrovasküler hastalıkların özellikle, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) artmış olduğu ve KVH'ların SSc mortalitesinin %20-30'undan sorumlu olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada SSc hastalarında subklinik aterosklerozisin RA hastalarına kıyasla sıklığını değerlendirmek, aterosklerozis ile ilişkili hastalık

özelliklerini saptamak ve hangi KV risk indeksinin SSc hastalarında yüksek KV riski daha iyi saptadığını belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 71 SSc hastası (K/E=65/6; ortalama yaş $49,2 \pm 12,5$) ve kontrol grubu olarak 80 RA hastası (K/E=73/7; ortalama yaş $50,1 \pm 10,5$) alındı. Hastalar subklinik ateroskleroz açısından karotis ultrasonografisi (US) ile değerlendirildi. Karotis intima-media kalınlığı (kIMK) $>0,90$ mm \pm karotis plak varlığı (US+) subklinik ateroskleroz ve yüksek KV riskli hasta tanımı için altın standart kabul edildi. Hastaların 10 yıllık KVH riski "Systematic Coronary Risk Evaluation" (SCORE), 2013 "American College of Cardiology/American Heart Association" aterosklerotik KVH risk (ASCVD), QRisk II indeksleri ile değerlendirildi. SSc hastalarının hastalık özellikleri ve tüm izlem boyunca aldıkları tedaviler kaydedildi.

Tablo 1. SSc hastalarının klinik özellikleri*

Yaş, yıl	49,2±12,5
Kadın cinsiyet, n (%)	65 (91,5)
Hastalık süresi, yıl	7,5±6,7
İlk semptomdan itibaren geçen süre, yıl	10,0±8,9
Limiti/di fiz Ssc, n	44/27
Modified Rodnan den kalınlık skoru (MRSS)	12,2±6,9
Raynaud fenomeni, n (%)	66 (93)
İnterstisyel akciğer hastalığı, n (%)	47 (66,2)
Pulmoner hipertansiyon, n(%)	16 (22,5)
Dijital üser, n (%)	28 (39,4)
Özofagus tutulumu, n (%)	47 (66,2)
ESH, mm/saat	22,0±15,3
CRP, mg/L	6,2±7,7
Aktif hastalık [†] , n(%)	19 (26,8)
Obezite (VKİ [‡] 30kg/m^2), n(%)	15 (21,1)
Sigara, n (%)	26 (36,6)
Hipertansiyon, n (%)	17 (23,9)
Dislipidemi [†] , n (%)	54 (76,1)
Metabolik sendrom, n (%)	21 (29,6)
İmmün belirteçler, n(%)	
ANA	68 (95,3)
Anti-SCL 70	28 (39,4)
Antisentromer	4 (5,6)
Pulmoner fonksiyonlar, % beklenen	
FVC	84,8±20,3
DLCO	67,9±17,4
Halen kullanılan immunsupresifler, n(%)	55 (77,5)
Kortikosteroidler	35 (49,3)
Siklofosfamid	4 (5,6)
Metotreksat	14 (19,7)
Azatioprin	20 (28,2)
Mikofenolat mofetil	10 (14,1)
Halen kullanılan KV ilaçlar, n(%)	
Kalsiyum kanal blokörleri	50 (70,4)
ACEi/ARB	21 (29,6)
Bosentan	8 (11,3)
Sildenafil	1 (1,4)
Antiagregan	26 (36,6)
Antikoagülan	3 (4,2)
Statün	3 (4,2)
Prednizolon dozu, mg/gün	5,2±2,8
Siklofosfamid tedavisi almış olanlar, n (%)	19 (26,8)

*Değerler ortalama \pm SD olarak verilmiştir. ESH = Eritrosit sedimentasyon hızı; CRP = C-reaktif protein; VKİ = Vücut kitle indeksi; FVC = zorlu vital kapasite; DLCO = diffusing capacity for carbon monoxide; ACEi = anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü; ARB = anjiyotensin reseptör blokörü. [†] Dislipidemi, ATP-NCEP III tanımına göre LDL yüksekliği, HDL düşüklüğü ya da trigliserid yüksekliğinden herhangi birinin varlığı olarak tanımlanmıştır. [‡] Aktif hastalık European Scleroderma Study Group aktivite indeks skoru > 3 olarak tanımlanmıştır.

Tablo 2. US (+) ve US (-) SSc hastalarının özellikleri*

	US (+) (n=13)	US (-) (n=58)	P
Kadın cinsiyet, n (%)	11 (84,6)	54 (93,1)	0,32
Yaş (yıl)	60,1±7,9	46,8±12,1	<0,0001
Tanı yaşı (yıl)	53,3±8,7	39,1±11,7	<0,0001
Hastalık süresi (yıl)	7,3±8,0	7,5±6,5	0,33
Difüz SSc, n (%)	4 (30,8)	23 (39,7)	0,55
Anti-scl 70 pozitifliği, n (%)	5 (38,5)	23 (39,7)	0,93
MRSS, 0-51	11,2±7,2	12,5±6,8	0,55
Raynaud fenomeni, n (%)	12 (92,3)	54 (93,1)	0,91
İnterstitial akciğer hastalığı, n (%)	9 (69,2)	38 (65,5)	0,79
Pulmoner hipertansiyon, n (%)	7 (53,8)	9 (15,5)	0,003
Dijital ülser, n (%)	5 (38,5)	23 (39,7)	0,93
Aktif hastalık†, n (%)	5 (38,5)	14 (24,1)	0,29
ESH > 20mm/s, n (%)	11 (84,6)	24 (41,4)	0,005
CRP>5mg/L, n (%)	4 (30,8)	25 (43,1)	0,41
HAQ skor	0,66±0,63	0,63±0,81	0,90
Hipertansiyon, n (%)	6 (46,2)	11 (19)	0,038
Hiperlipidemi, n (%)‡	2 (15,4)	12 (20,7)	0,66
Prediabet, n (%)‡	4 (30,8)	14 (24,1)	0,61
Sigara, n (%)	6 (46,2)	20 (34,5)	0,43
Obezite, n (%)	3 (23,1)	12 (20,7)	0,84
Metabolik sendrom, n (%)	5 (38,5)	16 (27,6)	0,43
Total kolesterol/HDL-kolesterol	3,29±0,75	3,52±1,03	0,43
SCORE, %	1,6±1,3	0,7±1,2	0,032
ASCVD, %	6,2±9,4	2,7±3,4	0,027
QRisk II, %	10,5±9,3	3,6±4,2	<0,0001
İmmünespresif tedavi alan, n(%)	8 (61,5)	47 (81)	0,12
Kortikosteroid tedavisi, n (%)	6 (46,2)	29 (50)	0,80
Siklofosamid almış olan, n (%)	4 (30,8)	15 (25,9)	0,71

*Değerler ortalama±SD olarak verilmiştir. † Hiperlipidemi LDL-kolesterol >100mg/dL olarak tanımlanmıştır. ‡Prediabet bozulmuş açlık glukozu ya da bozulmuş glukoz toleransı olarak tanımlanmıştır. † Aktif hastalık European Scleroderma Study Group aktivite indeks skoru > 3 olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 71 SSc hastasının 27'si (%38) difüz, 44'ü (%62) limitli SSc idi (Tablo 1). Çalışmadaki 71 SSc hastasının 13'ü (%18,3), 80 RA hastasının ise 20'si (%25) US(+) olup subklinik aterosklerozis sıklığı her iki grupta anlamlı farklı değildi (P=0,32). Çalışmadaki SSc ve RA hastalarının yaş, cinsiyet ve KV riskleri benzer olup ortalama kIMK'ları da farklı değildi (0,67±0,15mm vs 0,67±0,14; P=0,97). SCORE, ASCVD ve QRisk II indeksleri sırasıyla 1 (%1,4), 11 (%15,5) ve 13 (%18,3) hastayı yüksek KV riskli olarak tanımlandı. Her üç KV risk indeksi de kIMK ile pozitif korelasyon göstermesine karşın US(+) hastaların yarısından çoğunu belirleyememekteydi. KV risk indeksleri içinde ise ASCVD ve QRisk II indeksleri yüksek KV riskli hastaları SCORE'dan daha iyi saptamakta idi (P<0,0001). US(+) olan 3 hasta (%23) ASCVD'ye göre, 6 hasta (%46,1) ise QRisk II'ye göre yüksek riskli gruptaydı. kIMK, Raynaud başlangıcından itibaren geçen süre ile pozitif korele olup (r=0,27, P=0,02) diğer SSc özellikleri ile korelasyon göstermemekteydi. US(+) hastaların yaşı, tanı

yaşı, ESH>20mm/s, hipertansiyon ve pulmoner hipertansiyon sıklığı US(-) hastalardan daha yüksekti. Her iki grubun NSAII/steroid ve immünespresif kullanım oranları benzerdi (Tablo 2).

Sonuç: SSc'de subklinik aterosklerozis sıklığı artmış olup KVH ile ilişkisi net bilinen RA'ya benzer sıklıktadır. Fakat aterosklerozis riskini belirleyebilecek risk indekslerinden SCORE, ASCVD ve QRisk II SSc'de KV riski değerlendirmede oldukça zayıftır. SSc'de KV risk değerlendirmesi için daha iyi indekslere (SSc-spesifik) ya da mevcut risk indekslerinde modifikasyonlara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik sklerozis, kardiyovasküler risk

<http://www.romatoloji2014.org/>

TD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

XV. Ulusal
Romatoloji
Kongresi

29 Ekim-2 Kasım 2014

Kaya Palazzo Otel,
Belek-Antalya

POSTER BİLDİRİLER

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0099

PP-001

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİTLİ HASTALARDA EL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: DURUÖZ EL İNDEKSİNİN KULLANILABİLİRLİĞİ

Balahan Makay¹, Tuncay Duruöz², Erbil Ünsal¹¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Duruöz El İndeksi (DEİ)'nin juvenil idiyopatik artritli (JİA) hastaların fonksiyonel kısıtlılıklarını değerlendirmede yararlı bir araç olup olmadığını araştırmak

Hastalar ve Yöntemler: ILAR tanı ölçütlerine göre JİA tanısı almış hastalar ardışık olarak bu kesitsel çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve fonksiyonel özellikleri değerlendirildi. Eritrosit sedimentasyon hızı, hasta ve hekim global VAS ve tutulan eklem sayısı aktif hastalık durumu ile ilişkili non-fonksiyonel parametreler olarak kaydedildi. Fonksiyonel değerlendirme DEİ, Çocukluk Çağı Sağlığı Değerlendirme Anketi (CHAQ), Purdue Pegboard, kavrama (grip) gücü ve 3 çeşit çimdikleme (pinch) gücü ile değerlendirildi. Duruöz El İndeksi'nin hem fonksiyonel hem de non-fonksiyonel parametrelerle korelasyonu Spearman testi ile değerlendirildi. Ayrıca, el tutulumu olan ve olmayan hastaların fonksiyonel parametreleri karşılaştırıldı. Çalışma protokolü için etik kurul onayı ve hasta/ebeveyn aydınlatılmış onamları alındı.

Bulgular: Ortalama yaşları 12.3 ± 3.1 yıl olan 40 JİA hastası çalışmaya katıldı. Hastaların 28 i (%68) kız idi. Ortalama hastalık süresi 3.4 ± 2.7 yıl (min: 0.5 max: 9 yıl) idi. Yirmi hastada (%50) el tutulumu vardı. Duruöz el indeksi skorları, CHAQ skorları ile ($\rho=0.576$, $p<0.005$), grip gücü ile (Dominant el: $\rho=0.399$, $p=0.011$ and non-dominant el: $\rho=0.391$, $p=0.013$), hasta global VAS ile ($\rho=0.452$, $p=0.004$), hekim global VAS ile ($\rho=0.493$, $p=0.001$), ESH ile ($\rho=0.456$, $p=0.004$), tutulmuş eklem sayısı ile ($\rho=0.487$, $p=0.002$) ve el tutulumu ile ($\rho=0.580$, $p<0.005$) anlamlı ölçüde korele bulundu. Duruöz el indeksi skorları ile Purdue Pegboard skorları ve 3 çeşit pinc gücü skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$). El tutulumu olan hastaların DEİ skorları el tutulumu olmayanlardan anlamlı yüksek bulundu ($0<0.005$). Ne var ki, diğer fonksiyonel skorlar iki grup arasında fark göstermedi ($p>0.05$). Bununla birlikte, ortalama ESH, hekim global VAS ve CHAQ skorları el tutulumu olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0.014$, 0.001 and 0.044).

Sonuçlar: Bu çalışmanın sonuçları aktif hastalığa sahip çocukların hastalık süreci boyunca ellerde kas güçsüzlüğü gelişme riskini daha çok taşıdığını düşündürmüştür. Juvenil idiyopatik artritli hastaların el gücü, el tutulumundan daha çok hastalığın aktifliğine bağlanabilir. Duruöz El İndeksi skorları bu bulguları desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idiyopatik artrit, Duruöz El İndeksi

Abstract:0103

PP-002

İKİ KIZ KARDEŞTE JUVENİL LOKALİZE SKLERODERMA

Kübra Öztürk, Zelal Ekinci

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bölümü

Juvenil lokalize skleroderma (JLS), 16 yaşından önce başlayan, cilt ve cilt altı dokuda aşırı kollajen depolanması sonucu kalınlaşma ve sertleşme ile seyreden romatolojik bir hastalıktır. Skleroderma patogenezinde bağışıklık sistemi ile ilgili patolojik bulguların yanı sıra çevresel etkenler ve genetik yapı etkileşimi ile ilgili bulgu ve hipotezlerden de söz edilmektedir. Ailesel JLS ilk kez 1953 yılında bir baba-kızda rapor edilmiş, günümüze dek de 20 kadar ailesel olgu bildirilmiştir. Bu raporda polikliniğimizde yaygın cilt lezyonları ile başvuran iki kız kardeş ailesel JLS'yi tartışabilmek amacıyla sunulacaktır.

On üç ve 11 yaşında iki kız kardeş kol, bacak ve gövdede yer yer oluşan sertlikler ve diz, omuz ve kalçada hareket kısıtlılığı şikâyetleri ile başvurular. Büyük kız kardeşin lezyonlarının 3 yaşında, küçük kız kardeşin lezyonlarının ise 10 yaşında başladığı öğrenildi. Anne ve baba arasında 2. derece akrabalık vardı. Ailede skleroderma ve başka romatolojik hastalık öyküsü yoktu. Büyük kız kardeşin fizik muayenesinde kollarında ve bacaklarında yaygın cilt, cilt altı dokularda sertleşme, cildinde yer yer hipo/hiperpigmente alanlar mevcut olup omuz ve diz hareketlerinde kısıtlılık vardı. Modifiye rodnan skoru 29 idi. Küçük kız kardeşin ise; bacaklarında, kalçalarda ve gövdede cilt ve cilt altı dokularda yaygın sertlik, kalçalarda yer yer cilt altı dokuda atrofi ve şekil bozukluğu, omurgada şekil bozukluğu ve alt ekstremitelerde hareket kısıtlılığı tespit edildi. Modifiye rodnan skoru 25 idi. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir özellik yoktu. Büyük kız kardeşe başka bir merkezde cilt biyopsisi yapılmış, cilt ve cilt altı dokuda kollajen lif artışı tespit edilmişti. Her iki hasta da sistemik skleroderma açısından değerlendirildi. Herhangi bir organ tutulumu ve eşlik eden başka romatolojik hastalık ve otoimmün hastalığa ait herhangi bir bulgu saptanmadı. Hastalara tüm bu bulgularla JLS tanısı konuldu. Metotreksat $15 \text{ mg/m}^2/\text{hafta}$ ve prednisolon 2 mg/kg/gün dozunda başlandı.

Anne babanın 2. derecede akraba olması ve her iki kardeşte çok yaygın cilt lezyonlarının olması nedeniyle aile ilginç bulunarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: ailesel, lokalize skleroderma

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0111

PP-003

RAYNAUD FENOMENİ OLAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'LU HASTALARDA KAPİLLAROSKOPIK VERİLERİN SEMİKANTİTATİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ VE VASKÜLER BİYOBELİRTEÇLER: SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARI İLE KIYASLAMALI ÇALIŞMA

Yasemin Yalçınkaya¹, Suzan Çınar², Bahar Artım Esen¹, Özlem Pehlivan¹, Günnur Deniz², Murat İnanç¹

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

²Istanbul Üniversitesi, DETAE, İstanbul

Gerekeç: Tırnak-dibi videokapillaroskopi (TVK) 'nin semikantitatif olarak skorlanması sistemik skleroz (SSk) hastalarında vasküler progresyonun takibi amacıyla tasarlanmış bir yöntemdir (Sulli A, ve ark). Bu çalışmada; Raynaud fenomeni olan sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında patogenezdaki mikrovas-küler değişiklikleri aydınlatmaya yönelik bu yöntemin uygulanabilirliği, vasküler biyobelirteçler ile ilişkisinin incelenmesi ve SSk hastaları ile kıyaslanması amaçlanmıştır.

Yöntem: ACR ve ACR/EULAR kriterlerine göre tanıyı konulan 20 SLE'li hasta ve 72 SSk'lı kontrol (49 sınırlı, 23 yaygın deri tutulumlu SSk) TVK ile değerlendirildi. SLE hastalarında SLEDAI aktivite skoru hesaplandı. SLE hastaları ve 20 sağlıklı kontrolden TVK ile eş zamanlı olarak alınan serum örneklerinde, CD40L, tPA, MCP-1, sE-selectin, IL-8, IL-6, VEGF, sP-selectin, TGF- β ve VCAM düzeyleri akım sitometrisi yöntemi ile çalışıldı (Bender MedSystems,Vienna). Sonuçlar Pearson chi-square / Fischer's and Mann Withney U testleri ile değerlendirildi.

Sonuçlar: 20 SLE'li hastanın 10 (%50)'unda hastalık aktivitesi (SLEDAI >3), 6'sında (%30) organ hasarı (SLICC index >0) mevcuttu. SSk hastaları ile kıyaslandığında; SLE hastalarında TVK skorlarının daha düşük, mikrohemoraji skorunun benzer olduğu görüldü. Düzensiz genişlemiş kapiller ve mikrohemoraji skorları hasar olan hastalarda daha yüksek bulundu (1,19 \pm 0,5'e karşı 0,6 \pm 0,5, p=0,015, 0,3 \pm 0,3'e karşı 0,05 \pm 0,06, p=0,041). Vasküler biyobelirteçlerden MCP-1, tPA ve VCAM düzeyleri SLE hastalarında sağlıklı kontrole göre daha yüksekti (tablo-1). CD40L düzeyleri hasar olan SLE hastalarında yüksek (74742 \pm 95365 vs 17091 \pm 8933 pg/ml, p=0,020), serolojik aktivitesi olan SLE hastalarında düşüktü (n=7, 12476 \pm 6756 vs 114393 \pm 1299 pg/ml, p=0,017). tPA düzeyleri vaskülitli olan hastalarda yüksekti (n=5, 8091 \pm 7050 vs 2782 \pm 1507 pg/ml, p=0,032). VCAM düzeyleri kapiller sayı skoru \geq 0,7 ve mikroanjyopati değerlendirme skoru \geq 0,7 olan hastalarda daha düşük olarak tespit edildi (n=6, 3079 \pm 947 vs 4657 \pm 1198, p=0,009 and n=8, 3141 \pm 823 vs 4878 \pm 1144 pg/ml, p=0,002).

Tartışma: SLE hastalarında, mikrohemoraji skoru hariç tüm TVK anormallikleri sıklığının, SSk hastalarına göre daha az olduğu saptandı. Düzensiz genişlemiş kapiller, mikrohemoraji skoru ve artmış CD40L düzeylerinin SLE hastalarında hasar ile ilişkili olduğu görüldü. CD40L ve tPA düzeyleri serolojik aktivite ve

vaskülit varlığı ile ilişkiliydi. Düşük VCAM düzeylerinin, kapiller kayıp ve mikroanjyopati skoru gibi geç TVK bulguları ile ilişkili olduğu görüldü. TVK'nın SLE'de vasküler patogenezinin aydınlatılmasında önemli bir yöntem olarak kullanılabilceği ve bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, tırnak dibi video-kapillaroskopi

Tablo 1. TVK Bulguları ve vasküler biyobelirteçlerin gruplara göre dağılımı

	Sağlıklı Kontrol (n=20)	SLE (n=20)	SSk (n=72)	
CD40L(pg/ml)	24620 \pm 13051	34386 \pm 56415	27847 \pm 33315	AD
tPA(pg/ml)	2415 \pm 1279	4427 \pm 4089	4036 \pm 6961	p=0,02*
MCP-1(pg/ml)	907 \pm 300	1284 \pm 523	1302 \pm 550	p=0,018*
VCAM(pg/ml)	3231 \pm 1435	4184 \pm 1330	3945 \pm 1754	p=0,016*
Kapiller Sayı	-	0,6 \pm 0,5	2,0 \pm 0,6	P<0,001
Düzensiz Genişlemiş Kapiller	-	0,7 \pm 0,6	1,6 \pm 0,5	P<0,001
Dev Kapiller	-	0,1 \pm 0,3	0,7 \pm 0,7	P<0,001
Mikrohemoraji	-	0,1 \pm 0,2	0,3 \pm 0,4	AD
Ramifiye Kapiller	-	0,1 \pm 0,1	0,6 \pm 0,6	P<0,001
K. Organizasyon Bozukluğu	-	0,1 \pm 0,3	0,4 \pm 0,5	P=0,001
Mikroanjyopati Skoru	-	0,7 \pm 0,9	3,1 \pm 1,3	P<0,001

AD= anlamlı değil, * SLE hastaları sağlıklı kontrol ile kıyaslandığında

Abstract:0139

PP-004

ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU, FAKTÖR V LEİDEN MUTASYONU VE KRONİK VİRAL HEPATİT B: ÇOK SAYIDA TEKRARLAYAN DÜŞÜK ÖYKÜSÜ OLAN BİR OLGU

Taşkın Şentürk¹, Gökhan Sargın¹, İrfan Yavaşoğlu²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji-Romatoloji Bilim Dalı

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

Antifosfolipid Antikor Sendromu (AFS) primer olabileceği gibi, başta sistemik lupus eritematozis olmak üzere enfeksiyon, malignite gibi diğer nedenlere bağlı olarak sekonder de gelişebilir. Viral enfeksiyonlar, özellikle HCV enfeksiyonu kronik antijenik stimülasyona yol açabilir ve moleküler benzerlik yoluyla antifosfolipid antikorları ve otoimmunitiyi tetikleyebilir. Faktör V Leiden mutasyonu, AFS gibi trombotik olaylara yol açan bir hastalıktır ve AFS ile birlikteliği de nadir olarak görülmektedir. Biz burada AFS, faktör V Leiden mutasyonu ve kronik viral hepatit kombinasyonu ile çok sayıda tekrarlayan düşük öyküsü olan bir kadın hastayı oldukça nadir bir vaka olması nedeniyle sunduk.

37 yaşındaki kadın hasta, 16 kez nedeni açıklanamayan ve tekrarlayan düşük öyküsü olması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Genel durumu iyi olan hastanın vital bulguları ve sistemik muayenesi, soluk görünümü dışında olağandı. Hipertansiyon, hiperlipidemi yada sigara kullanım öyküsü yoktu. Önceki gebeliklerinde yapılan incelemelerde hastada herhangi bir metabolik, morfolojik yada anatomik sorun saptanmamıştı. Karaciğer enzimleri,

böbrek fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, koagülasyon parametreleri ile immünolojik markerları negatifti. 2 yıldan beri olan HBsAg ve anti-HBe pozitifliği dışında, bakılan HIV, HCV, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüs ve Toxoplasma enfeksiyonları için serolojik testler negatifti. Trombofil paneli bakılan hastada, sonucunda homozigot faktör V Leiden mutasyonu ve 3 ay arayla iki kez bakılan anti- β 2 glikoprotein-I antikorlarının pozitif olduğu saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları ile hastada kronik viral hepatit B dışında AFS ve faktör V Leiden mutasyonu saptandı.

HBV, HCV ve HIV enfeksiyonlarında yüksek antikardiyolipin antikor pozitifliğinin (sırasıyla % 24, 20 ve 49,8) olduğu gözlenmiştir. Anti- β 2 glikoprotein-I antikor prevalansı ise daha düşüktür. Bu oran HBV için %3,3; HCV için % 1,7 ve HIV için % 5,6 olarak bildirilmiştir. Apolipoprotein H yada viral fosfolipidler antifosfolipit sentezi için immun sistemi uyarabilir. Ancak enfeksiyonlar ile ilişkili AFS'nin mekanizması halen belirsizdir. AFS ve faktör V Leiden mutasyonu hiperkoagülasyona yola açarak trombotik olayları arttırabilir. Bu birlikteliğin tesadüf eseri olduğuna inanılmakla birlikte talamo-mezensefalik enfarktüs, Libman-Sacks endokarditi, stroke, miyokard infarktüsü ve açıklanamayan tekrarlayan gebelik-embriyo kaybı gibi klinik durumlar da bildirilmiştir. Klinisyenler kronik viral hepatitli hastalarda, AFS ve faktör V Leiden mutasyonu için dikkatli olmalı ve çok sayıda tekrarlayan düşük ayırıcı tanısında bu durumları akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid Antikor Sendromu, Faktör V Leiden Mutasyonu

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0149

PP-005

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ VE ANKİLOZAN SPONDİLİT BİRLİKTELİĞİ: HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK BULGULARI

Özlem Özdemir Işık¹, Özlem Özkul², Duygu Temiz Karadağ¹, Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) genellikle Akdeniz ülkelerinde görülen, tekrarlayan ve kendini sınırlayan ateş, poliserozit, artrit, deri döküntüsü ile seyreden otozomal resesif bir hastalıktır. Akut artrit genellikle monoartiküler tarzdadır. AAA'lı olguların bir kısmında sakroiliit ve spondiloartropati gelişebilir. Bu çalışmada AAA ve Ankilozan Spondilit (AS) birlikteliği olan hastaların klinik ve demografik özelliklerini sunmayı planladık.

Gereç ve Yöntemler: AAA tanısı için Tel Hashomer kriterlerini karşılayan 406 hastanın dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Bu hastalar içinde Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı konulmuş 43 hasta saptandı. Demografik veriler, klinik bulgular, hastalık aktivite indeksleri (BASDAI, BASFI), akut faz yanıtları[eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C reaktif protein (CRP)], almakta oldukları tedaviler kaydedildi.

Sonuçlar: AAA ve AS birlikteliği olan 43 hastanın 26 (%61)'si kadın, 17(%36)'si erkekti. Hastaların yaş ortalaması 34,5±8,3 yıl olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi 156,9±92,4 ay olup,

takip süreleri 84,5±58,6 ay olarak saptandı. Başlangıç bulgularına bakıldığında 18 (%42) hastanın serozit, 19 (%44) hastanın artrit, 6(%14) hastanın inflamatuvar bel ağrısı ile başvurduğu görüldü. Hastaların başlangıçtaki ESH ortalaması 23,8±24,1 mm/h, CRP ortalaması 10,8 ± 22,8 mg/dl, ortalama BASDAI 3,6 ± 2,2, ortalama BASFI 1,5 ± 2,1 idi. 1 yıl sonraki takipte ortalama ESH 17,6 ± 16,9 mm/h, CRP 4,8 ± 10 mg/dl, BASDAI 2,9 ± 2,8, BASFI 1,9 ± 2,7 idi. İnflamatuvar bel ağrısı hastaların 38(%88)'inde mevcut olup 17(%39,5) hastada topuk ağrısı, 24(%55,8) hastada kalça ağrısı, 16(%37,2) hastada periferik artrit, 3(%7) hastada sindesmotit, 16(%37,2) hastada entezit ve 1(%2,3) hastada üveit saptandı. Manyetik Rezonans (MR) ile görüntülenmiş hastaların 36(%83,8)'sında sakroiliit bulguları saptandı. 33(%77) hasta NSAID kullanırken, 22(%51) hasta sulfosalazin kullanmaktaydı. Sulfosalazin kullananların 7(%16)'sinde etkisizlik nedeniyle, 1(%2,3) hastada karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik nedeniyle tedaviye son verildiği, 9(%20,9) hastanın ilacı kullanmak istemediği için tedaviyi bıraktığı gözlemlendi. Hastalık aktivasyonu nedeniyle 9(%20,9) hasta anti-TNF kullanmaktaydı.

Tartışma: 369 AS tanılı hastamızda yaptığımız başka bir çalışmada inflamatuvar bel ağrısı %91, kalça ağrısı %50, topuk ağrısı %30, periferik artrit %15, üveit %11 tespit edilmiş olup ayak grafisinde %22 entezit, vertebral grafilerinde ise %18 sindesmotit saptandı. Bu bulgular AAA-AS hastalarıyla karşılaştırıldığında inflamatuvar bel ağrısı ve üveit sıklığı ile sindesmotit saptanma oranlarının AS tanısı olan AAA hastalarında daha düşük olduğu; bu hasta grubunda kalça ağrısı, topuk ağrısı, periferik artrit ve entezit sıklığının ise daha yüksek olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Ankilozan Spondilit

Tablo 1. FMF ve AS olan hastaların klinik ve radyolojik bulguları

N=43	n(%)
Ateş	28 (%65,1)
Karın ağrısı	33 (%77)
Erizipel benzeri eritem	6 (%14)
Aile öyküsü	13 (%30,2)
Amiloidoz	2 (%4,7)
İnflamatuvar bel ağrısı	38 (%88)
Kalça ağrısı	24 (%55,8)
Topuk ağrısı	17 (%39,5)
Periferik artrit	16 (%37,2)
Üveit	1 (%2,3)
Sindesmotit	3 (%7)
Entezit	16 (%37,2)
Sakroiliit	27 (%62,8)
Grade II	13 (%30,2)
Grade III	3 (%7)
Grade IV	
NSAID kullanan	33 (%77)
Sulfosalazin kullanan	22 (%51)
Anti-TNF kullanan	9 (%20,9)

Abstract:0164

PP-006

İYİLEŞMEYEN PNÖMONİ İLE BAŞVURAN BİR ATİPİK KAWASAKİ HASTALIĞI OLGUSU

Mustafa Çakan¹, Hamide Sevinç Genç², Nuray Aktay Ayaz¹, Helen Bornaun³, Gonca Keskindemirci², Elif Türüdü²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk çağında sık gözlenen, nedeni bilinmeyen ve genellikle kendi kendini sınırlayan bir tablo ile seyreden sistemik bir vaskülitir. KH'nın tanı kriterleri; 5 günden fazla süren ateş, bilateral pürülan olmayan konjunktivit, orofaringeal değişiklikler, tek taraflı servikal lenfadenopati, polimorfik döküntü ve ekstremitte değişikliklerdir. Başlangıç döneminde öksürük ve burun akıntısı ile bulgu veren üst solunum yolu tutulumu göreceli olarak sık görülmesine karşın akciğer tutulumu ile seyretmesi son derece nadirdir. Atipik KH, tanı kriterleri dışında nadir görülen klinik bulgularında hastalığa eşlik etmesi olarak tanımlanır. Düşmeyen ateş ve iyileşmeyen pnömoni olarak başlayan ancak takibinde Kawasaki bulguları gelişen hastayı sunmayı uygun bulduk.

Olgu: Onaltı aylık erkek hasta üç gündür var olan ateş, burun akıntısı ve öksürük şikayeti ile başvurduğu hastanede üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı konularak oral antibiyotik tedavisi başlanmış. İki gün sonraki kontrolde şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine hastaneye yatırılmış. Tam kan sayımında lökosit sayısı 16.500 /mm³, hemoglobin 10.3 g/dl, trombosit sayısı 350.000/mm³, CRP 26 mg/L, sedimentasyon 30 mm/saat saptanmış. Çekilen ön-arka akciğer grafisinde sağ akciğer orta ve alt lobta parakardiyak infiltrasyon saptanması üzerine (Şekil 1) lobar pnömoni tanısıyla intravenöz seftriakson tedavisi başlanmış. Dört gün süre ile uygulanan tedaviye rağmen ateşlerinde düşme olmayan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize sevk edilmiş. Geliş muayenesinde sağ akciğer orta ve alt loblarda krepitasyonlar mevcuttu. Bilateral hafif konjunktival hiperemi ve oral mukozada yoğun hiperemi mevcuttu. Yatışının üçüncü gününde ateşi devam eden hastanın perineal döküntü, el ve ayak sırtında ödem ve dudaklarda çatlama tarzında KH bulguları oluşmaya başladı. Tam kan sayımında trombosit sayısı 915.000/mm³, CRP değeri 44 mg/L, sedimentasyon değeri 65 mm/saat bulunan hastanın ekokardiografik incelemesinde sağ koroner arterde 4 mm (Z skor: 6.45), sol koroner arterde 4.5 mm ektazi (Z skor: 5.50) saptanması üzerine KH tanısı konularak 2 gr/kg IVIG ve 80 mg/kg/gün salisilat tedavisi başlandı. Yatışında çekilen akciğer grafisinde infiltratif görünümde herhangi bir düzelme saptanmayan hastanın antibiyotik tedavisi kesildi ve akciğer bulguları primer Kawasaki pnömonisi olarak kabul edildi. Tek doz IVIG tedavisi sonrası ateşi düşen hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme oldu. Tedavinin ikinci haftasında çekilen akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyon gözlenmedi. Birinci ayında çekilen ekokardiyografide koroner arterlerde ektazi saptanmadı.

Sonuç olarak uzamış ateş şikayeti ve antibiyotik tedavisi ile düzelmeyen pnömoni bulguları olan hastalarda Kawasaki hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, Pnömoni

Şekil 1



Şekil 1. Sağ akciğer orta ve alt lobta parakardiyak infiltratif görünüm

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0197

PP-007

ALVEOLAR HEMORAJİ İLE BAŞVURAN MPO-ANCA POZİTİF SLE OLGUSU VE LİTERATÜR DEĞERLENDİRMESİ

Şengül Aksakal¹, Kevser Gökçe Demir², Refik Ali Sarı¹

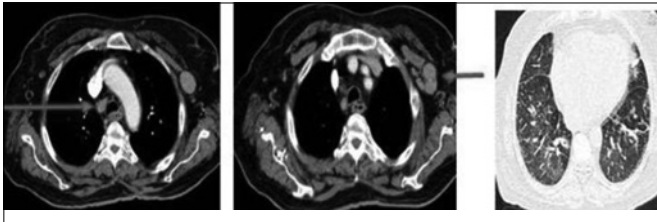
¹Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Hastalıkları İmmünoloji-Alerji Bilim Dalı/Trabzon

²Tokat Üniversitesi İç Hastalıkları

Sistemik lupus eritematozus (SLE)'de pulmoner tutulum sık görülmesine rağmen pulmoner hemoraji nadir komplikasyonlarından biridir. Biz pulmoner hemoraji ile başvuran MPO-ANCA pozitif SLE' li bir hastayı sunuyoruz. Literatürde MPO pozitif alveolar hemoraji gelişen SLE hastalarının çok az sayıda bildirildiği görülmektedir. Olgumuzu literatürdeki olgularla birlikte değerlendirerek sunuyoruz. 63 yaşında kadın hasta, yaklaşık iki ay önce ateş, öksürük, kanlı balgam çıkarma, halsizlik şikayetleri olmuş. Başvurduğu sağlık merkezinde pnömoni düşünülerek antibiyotik tedavisi uygulanmış. Şikayetleri devam edince KTÜ Farabi Tıp Fakültesi immünoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hasta değerlendirildiğinde oral yaygın ülserle aftlar, fotosensitivite, eklemlerde ağrı, öksürük, kanlı balgam çıkarma, nefes darlığı, akciğer dinlemekle seslerde kabalaşma, yaygın ronküs saptandı. Laboratuvar incelemesinde WBC: 7500/ul Hb:9.9 gr/dl MCV:75 fl PLT:286.000 ul ESH: 120 mm/sa, CRP:3 mg/dl bulundu. İmmünglobülin ve C3-C4 değerleri normaldi. Direk coombs negatifdi. Tam idrar tetkik de protein:15 mg/dl, mikroskopide 8 eritrosit, 3 lökosit vardı. Bu bulgular ile hastada SLE, renopulmoner sendrom? olabileceği düşünüldü. Yirmi dört saatlik idrarda protein miktarı, toraks BT, HRCT planlandı. Yirmi dört saat protein miktarı 420mg/gün idi. Kreatinin değeri normaldi. Toraks BT'de mediastende büyüğü 1 cm boyutunda olan lenf nodları, sol aksiller bölgede büyüğü 30x22 mm boyutunda olan birkaç adet hipervasküler LAP'lar, sağ AC orta lob lateralde 5 mm boyutunda nodül, sol AC segmentte, alt lob laterobazalde, sağ AC üst lob posteriorda atelektatik bandlar, sol AC üst lobda buzlu cam dansiteleri tespit edildi. Hastaya

bronkoskopi planlandı. Bronkoskopide bronşlarda hemoraji tesbit edildi. Bronkoalveolar lavaj da kanamalı alanda alveolar makrofaj, lenfosit, epitel hücreleri saptandı. Maliğn hücre yoktu. ANA İFA yöntemi ile ++ pozitif homojen, antidsDNA: pozitif 154 IU/ml, p-ANCA İFA yöntemi ile +++ formolin rezistan, mpo-ANCA:>200 RU/ml saptandı. AntiSm, AntiSS-A, AntiSS-B, AntiRNP negatifdi. Aksiller lenf nodu maliğniteyi ekarte etmek için diseksiyon yapıldı. Patoloji sonucu: Peri gangliyoner yumuşak doku damarlar çevresinde ve damar duvarında inflamatuvar değişiklikler mevcut. Atipik parakortikal lenfoid hiperplazisi, vaskülitik değişiklikler ve fibrozis olarak sonuçlandı. Maliğnite saptanmadı. Hasta bu hali ile SLE ve mikroskobik polianjitis birlikte olduğu düşünüldü. Hastaya pulse steroid ve 750mg/ay siklofosfamid tedavisi verildi. Altı ay sonra remisyonda değerlendirilen hasta 1,5 yıldır remisyonda takipli. Literatür incelendiğinde MPO-ANCA pozitif SLE hastalarında mikroskopik polianjitis birlikteliği tesbit edilen vakalar bildirilmiştir. Tespit edilen hastalar Tablo-1 de özetlenmiştir. Bizim Olgumuzda patoloji sonucunda vaskülit desteklemekteydi. Bundan dolayı biz olgumuzun SLE ve mikroskobik polianjitis'in birlikte görüldüğünü düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: MPO-ANCA, SLE



Şekil 1. Akciğer Tomografide sol aksillada en büyüğü 30x22 mm olan multiple Lap ve mediastende patolojik boyutlu multiple LAP, HRCT de yaygın buzlu-cam görünümü

Tablo 1. Literatürdeki MPO-ANCA pozitif mikroskopik polianjitis ve SLE hastaların verileri

Olgu	Yaş	ANA	Antids DNA	MPO-ANCA	C3-C4	Akciğer Bulguları	Renal Bulguları	Renal biyopsi	Diğer Bulgular
Şengül Aksakal ve arkadaşları 2014	63 F	1/160 Homojen	Pozitif	Pozitif	↓	Alveolar Hemoraji Pulmuner nodül Buzlu cam dansitesi	Proteinüri: 460 mg/gün		Oral ülser Lenf nodu (Hematolojik tutulum)
Taichi Murakami ve arkadaşları 2011	68 F	1/1280 Benekli	Negatif	Pozitif		Plevral efüzyon, interstiyel akciğer hastalığı	Proteinüri: 1700 mg/gün Cre:2,4mg/dl	Crescenting GN	AntiSm+ AntiRNP+
B. Hervier ve arkadaşları 2011 Vaka-1	74 F	1/5120 Homojen	Pozitif	Pozitif	Normal	Alveolar hemoraji	Proteinüri: 600 mg/gün Cre:3.7 mg/dl	Crescenting GN	Serebral Hematolojik tutulum
B. Hervier ve arkadaşları 2011 Vaka-2	35 F	1/640 Benekli	Pozitif	Pozitif	↓		Proteinüri: 6 gr/gün Cre:3.1 mg/dl	Crescenting GN	Hematolojik tutulum Kardiyak tutulum AntiSm+
B. Hervier ve arkadaşları 2011 Vaka-3	21 F	1/2560 Homojen	Pozitif	Pozitif	↓	Pulmuner nodul Plevral efüzyon	2,5gram/gün	Nekrotik GN	Hematolojik Kardiyak tutulum ACA +
B. Hervier ve arkadaşları 2011 Vaka-4	76 F	1/160	Negatif	Pozitif	↓	Alveolar hemoraji	Proteinüri: 500 mg/gün Hemodiyaliz		Hematolojik tutulum Perikardit
Yuki Hirai ve arkadaşları 2008	19 F	1/160 Homojen	Pozitif	Pozitif	↓	Plevral efüzyon	Proteinüri: 7 gram/gün	Crescenting GN	Serebral Hematolojik tutulum AntiSm +
Motohide Isono ve arkadaşları 2011	74 F	1/160 Homojen	Pozitif	Pozitif	↓	Alveolar Hemoraji	Proteinüri: 700 mg/gün Cre:2 mg/dl	Crescenting GN	AntiSSA +
Shinji Morimoto Ve arkadaşları-2010	43 F	1/1260 Homojen	Pozitif	Pozitif	↓	Plevral Efüzyon	Proteinüri: 3.1 gr/gün Cre: 3.24 mg/dl	Crescenting GN	Hematolojik tutulum

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0201

PP-008

CROHN HASTALIĞI İLİŞKİLİ ARTRİT TANILI HASTADA CANAKİNÜMAB DENEYİMİ

Zübeyde Gündüz¹, Ruhan Düşünsel¹, Duran Aslan², Betül Sözeri¹, Ayşenur Paç Kısaarslan¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji-Nefroloji B.D

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji B.D

Crohn Hastalığı (CH), gastrointestinal sitemin (GIS) kronik idiopatik inflamatuvar hastalığıdır. Bağırsak lümen bakteriyel antijenlerine karşı aşırı bir mukozal immün cevapla karakterize, multifaktöryel ve heterojen bir hastalıktır. CH'nin ekstraintestinal bulguları içinde artrit sık olarak görülür, CH larının %30'unda bildirilmiştir. Bu olgu, tedaviye dirençli CH da tedavi deneyimimizi ortaya koymak amaçlı sunulmuştur.

6 yaşında kız hasta yaygın eklem ağrısı, ateş ve büyüme geriliği nedeniyle yatırıldı.

İlk olarak 4 yaşında iken sağ kalça ağrısı nedeniyle başvuran hastanın 1 yaşında iken kronik kanlı ishal, büyüme geriliği olması nedeniyle yapılan kolonoskopi ve biyopsi sonucu ile CH tanısı alındığı, buna yönelik sulfasalazin ve steroid tedavileri kullandığı öğrenildi. Bu süreçte eklem şikayeti olmayan hastanın fizik bakışında sağ kalça ekleminde ağrı ve kısıtlılık saptandı. Akut faz yanıtları çok yüksek olarak bulundu (beyaz kan hücresi:20 500 /mm³, Trombosit: 596 000/ mm³, ESH:120 mm/h, CRP 50,2 mg/L). ANA ve HLA B27 (-) olan hastanın yapılan MR incelemesinde, sağ kalça eklemi ve bilateral sakroiliak eklemlerinde aktif sinovit bulguları saptandı. CH ilişkili artritis tanısıyla hastaya glukokortikoid ve metotreksat tedavisi başlandı. İzleminin 12. ayında semptomların gerilediği ancak tamamen düzelmediği görüldü. Bu nedenle tedaviye etanercept eklendi. 6 aylık tedavi sonrasında etanercept tedavisine yanıtızsız olarak kabul edilerek, infliximab tedavisine geçildi. Kullanılan biyolojik tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar düzelle olmaması nedeniyle FMF açısından araştırılan hastanın MEFV geninde M694V/M694V homozigot mutasyon bulundu, bu nedenle kolşisin tedavisi başlandı. Infliximab tedavisi 7 doz uygulanmasına rağmen herhangi bir yanıt elde edilemediğinden eklem tutulumunun 2.yılında kanakinumab (4mg/kg/ay) başlandı. Kanakinumab uygulamasından hemen sonra klinik ve laboratuvar düzelle gözlenmesi nedeniyle glukokortikoid tedavisi azaltılarak kesildi. Halen kanakinumab ve metotreksat tedavisi alan hasta klinik ve laboratuvar olarak inaktif halde izlenmektedir. Tedavi sonrası boy uzaması ve kilo alımı olduğu gözlenmiştir.

CH patogenezinde inflamazom aktivasyonu ve IL-1'in önemli rol oynadığı düşünüldüğünde IL-1 blokajı ile bu hastalıkta da iyi sonuçlar alınabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Chron Hastalığı, Canakinumab

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0221

PP-009

OTOİMMÜN HEPATİT TANILI BİR OLGUDA SİSTEMİK SKLEROZ VE POLİMİYOZİT ÇAKIŞMASI: OLGU SUNUMU

Atalay Doğru¹, Hüseyin Şencan², Altuğ Şenol⁴, İbrahim Metin Çiriş³, Mehmet Şahin¹, Şevket Ercan Tunç¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Isparta

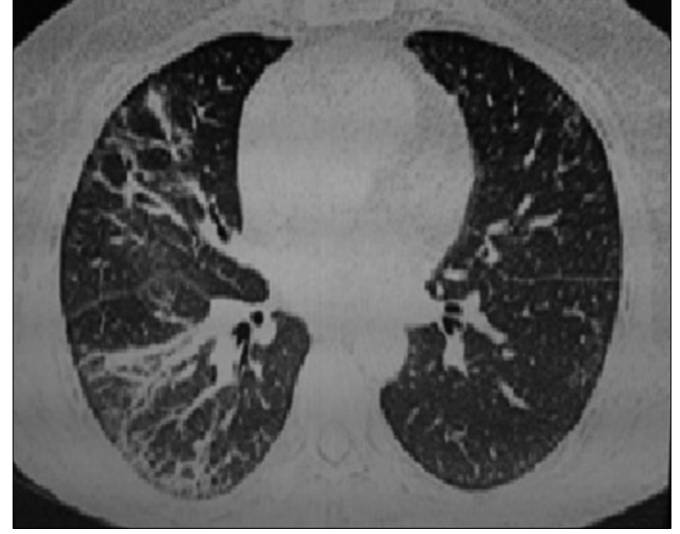
Giriş: Otoimmün hepatit (OIH), immünglobulin G yüksekliği, otoantikör seropozitifliği ve interface hepatit ile karakterize, immün aracılı, kronik ilerleyici bir karaciğer hastalığıdır. OIH, sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu gibi bağ dokusu hastalıkları ile birlikte görülebilmektedir fakat Sistemik skleroz (SSc) ve OIH birlikteliği nadir olarak rastlanmaktadır.

Olgu: 55 yaşında bayan hasta halsizlik, yorgunluk şikayeti ile başvurdu. Karaciğer enzim yüksekliği tespit edilen hasta da viral hepatit, Wilson hastalığı, Alfa 1 antitripsin eksikliği, dislipidemi, steatohepatit, Çölyak hastalığı saptanmadı. ANA, ASMA pozitifliği, karaciğer biyopsisinde interface hepatiti (piecemeal nekrozu), portal alanda lenfoplasmasiter hücre infiltrasyonu saptanıp OIH tanısı konuldu. 5 yıl OIH tanısı ile takip edilen ve metilprednizolon+azatioprin tedavisi kullanan hastanın tüm vücutta yaygın ağrı, kas güçsüzlüğü, ciltte sertleşme, nefes darlığı, kuru öksürük, ellerde morarma şikayetleri gelişti. Muayenesinde yüz cildi gergin, ağız orifisi daralmış, tüm vücutta skleromatöz değişiklikler, akciğerde orta ve bazalde yaygın ral mevcuttu. Sedimantasyon 55 mm/s, LDH 1003, AST 153, CPK 1588, ANA nükleolar 3+, otoimmün tarama kitinde PMSCL 3+ olarak saptandı. Toraks BT de akciğerde bilateral bazallerde interstisyel fibrozis ile uyumlu görüntü saptandı. EMG de miyopati ile uyumlu bulgular tespit edildi. Hastaya mevcut klinik ve görüntüleme yöntemleri ile diffüz SSc+olası polimiyozit tanısı konuldu. Steroid dozu artırıldı (1 mg/kg metilprednizolon), azatioprin (2 mg/kg/gün) tedavisine devam edildi. Steroid dozu azaltılması sonrası şikayetlerinde ve kas enzimlerinde tekrar progresyon gözlemlendi. Hastanın takiplerde endoskopisinde grade 1-2 özafagus varisleri, USG de karaciğer parankimi kaba granüler, splenomegali saptandı. Hasta Child A siroz olarak kabul edildi. Steroid azaltılması sonrası kas ağrılarında ve güçsüzlüğünde artış, CPK-AST-LDH değerlerinde artış saptanan hastanın tedavisine intravenöz immunoglobulin (400 mg/kg/gün-5 gün süreyle) eklendi. Takiplerde hastanın kliniği ve laboratuvar değerlerinde düzelleme saptandı. İdame tedavisinde kortikosteroid dozu azaltılıp, IVIG tedavisi ile birlikte, tekrar nüks olması üzerine azatioprin yerine karaciğer için daha az hepatotoksik olabileceğini düşündüğümüz siklosporin (3.5mg/kg/gün) tedavisine geçildi.

Tartışma: SSc, vasküler lezyonlar ve birçok organda fibrozis ile giden sistemik otoimmün bir hastalıktır. SSc-PBS çakışma sendromu sık görülmesine rağmen OIH ile birlikteliği

nadirdir ve ağırlıklı olarak sınırlı SSc şeklindedir. Literatürde yaygın SSc+OIH vaka sayısı sınırlıdır. SSc hastalarında %5-81 arasında miyopati görülmektedir. SSc+PM çakışma sendromlu hastalarda miyokardiyal ve pulmoner tutulumu bağlı mortalitenin arttığı saptanmıştır. Çakışma sendromları hastalığın seyrini kötüleştirebilir ve tedaviyi zorlaştırabilir. OIH nedeniyle takipli hastalarda çakışma sendromu açısından dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: sistemik skleroz, azatioprin, polimiyozit



Şekil 1. Sağda daha belirgin bibasal interstisyel fibrozis

Abstract:0235

PP-010

SJÖGREN SENDROMU VE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Ali Şahin¹, Ferhan Candan³, Doğan Seven², Mustafa Asım Gedikli², Tunahan Uncu², Mehmet Fahri Yağcı², Ahmet Kerim Türesin², Ali Yılmaz², Yunus Durmaz¹, Ahmet Kıvanç Cengiz¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Sjögren sendromu (SS), başlıca göz yaşı ve tükürük bezlerini tutan sıklıkla kadınlarda görülebilen otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Artrit-artralji, raynaud, purpura, akciğer, nörolojik, gis (PBS gibi), böbrek (interstisyel nefrit, glomerülonefrit), miyozit, lenfoma görülebilmektedir. Böbrekte daha çok interstisyel nefrit ve tübüler fonksiyon bozukluğu ön plandadır. Biz burada evre V KBH kliniği olan ve başka etyolojik neden saptanamayan SS tanısı konan hastayı sunmak istedik. **Olgu:** 46 yaşında bayan hasta daha önce farklı bir merkezde üre, kreatin yüksekliği, böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize alınmış. Son olarak da AV fistül açılan hasta nefrolojiye takip ve neden açısından yönlendirilmiş. Hastanın noktürisi vardı. Kilo kaybı, ateş, karın ağrısı, öksürük, balgam, hemoptizi, sinüziti, otiti, riniti, burun kanaması yoktu. Artrit yoktu ancak el eklemleri, ayak bilekleri ve dizlerde ağrı tarifliyordu. Raynaud yoktu, oral aft, genital ülser, bel ağrısı ve sabah tutukluğu yoktu. Ağız ve göz kuruluğu mevcuttu. Ailede romatizmal hastalık, FMF öyküsü yoktu. Tükürük testi 0.1 cc/15 dk. Schirmer sol göz 3 mm/5dk, sağ göz 2 mm/5 dk idi. Laboratuvar da kreatin: 5.54 mg/dl, akş: 94 mg/dl, albümin:4.72

g/dl, diğer Na, K, Ca, P, Mg, AST, ALT normaldi. Beyaz küre: 5930, lenfopenisi (950) vardı, hgb: 10.6 g/dl, MCV: 80 fL, plt: 140.000 idi. ESH: 29 mm/saat, CRP: 7.67 mg/L. Bikarbonat: 19.8 (22-29) mmol/L. TIT: protein 1+, hematüri yoktu. 24 saatlik idrar protein: 464 mg/gün (4300 cc) idi. Kreatin klirensi 12 ml/dk idi. ANA, antids-DNA, RF, anti-CCP(-)(IFA ve ELISA), ANCA (c-p), anti-GBM, HBV, HCV, HIV ve diğer viral panel negatifti. ANA profilde anti-SS-A (++) diğerleri negatifti. PTH: 81.5 pg/ml, 25(OH)D: 7.8 (9.5-55.5) ng/mL idi. IgG: yüksek. C4:düşük. Ig-A-M ve C3 normaldi. Hastanın yapılan tükürük bezi biyopsisi Chilsolm skor 3 ile uyumlu geldi. Hastaya renal biyopsi yapılmadı. Renal USG'de. Sol böbrek: 104X50 mm, sağ böbrek: 97x38 mm, parankim 10 mm, grade 1. Hastanın KBY ye neden olabilecek başka etyolojik faktör saptanamadı. Hastaya hidroklorokin sülfat ve steroid başlandı. Takibinde 1.ayda kreatin 3.9 mg/dlye geriledi.Sonuç ve Tartışma: SS'de, interstisyel nefrite bağlı olarak hafif kreatinin yüksekliği, poliüri, nefrojenik DI, Fanconi sendromu, hipokalemi ve % 25 hastada ortaya çıkabilen tip 1 distal RTA rastlanılmaktadır. Hastalarda hipokalemiye bağlı olarak kas paralizisi ile RTA ve hipofosfatemiye bağlı olarak da osteomalazi görülebilir. Bu hastalar klinik olarak gizli seyredebilirler ve tedavi edilmezlerse böbrek taşı ve nefrokalsinozis ortaya çıkabilir. SS'de nadiren; membranoproliferatif glomerulonefrit, membranöz nefropati ve fokal mezangioproliferatif glomerulonefrit gözlenebilir. Glomerulonefritli olgularda hipokomplementemi, tip II mikst kriyoglobülinemi saptanabilir. SS'lu hastalarda renal yetmezliğe yol açan ciddi interstisyel sistit olabilir. Bizim hastamızda evre V-KBH'ye yola açabilecek SS dışında başka patoloji yoktu.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek hastalığı, sjögren sendromu

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0237

PP-011

ERKEN BAŞLANGIÇLI SARKOİDOZ VE İNTERFERON-GAMA RESEPTÖR 1 EKSİKLİĞİ BİRLİKTELİĞİ

Nuray Aktay Ayaz¹, Mustafa Çakan¹, Gonca Keskindemirci², Çiğdem Aydoğmuş³, Gönül Aydoğan⁴, Nevin Hatipoğlu⁵, Hamide Sevinç Genç², Afif Berdeli⁶

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji-İmmunoloji Kliniği, İstanbul

⁴Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği, İstanbul

⁵Bakırköy Dr.sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Erken çocukluk döneminde görülen sarkoidozun Blau sendromu (otozomal dominant form) ve erken başlangıçlı sarkoidoz (sporadik form) olmak üzere iki tipi mevcuttur. Her ikisinde de NOD2 geninde mutasyon vardır. Erken başlangıçlı sarkoidoz (EBS)'ün klinik triadı poliartrit, dermatit ve üveittir. Patolojik ana bulgusu granülom oluşumudur. Interferon-gama reseptör-1 (IFN γ R1) eksikliği IFN γ R1 geninde mutasyon sonucu oluşur ve dissemine BCG enfeksiyonu (BCG-osis) bu hastaların başlangıç

bulgusudur. Yazımızda ateş, döküntü, yaygın iskelet sistemi tutulumu, hepatosplenomegali ile başvuran ve erken başlangıçlı sarkoidoz ile interferon-gama reseptör-1 eksikliği birlikteliği saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu: Onyediy aylık erkek hasta ateş, döküntü yakınmaları ile çocuk servisine yatırıldı. Anne ve babası kuzen çocukları olan hastanın 2 aylık iken BCG aşısı yapılmıştı. İlk olarak 11 aylık iken başlayan ateş ve döküntü şikayetleri ile toplam altı ay yatış hikayesi mevcuttu. Muayenede gövde ve ekstremitelerde yer yer deskuamasyon gösteren maküler döküntü ve hepatosplenomegali mevcuttu. Ön planda tüberküloz, immün yetmezlik ve EBS düşünülen hastanın yapılan PPD testinin 17 mm gelmesi üzerine tüberküloz tedavisi başlandı. Açlık mide suyunda Mycobacterium bovis BCG aşısı tipi üredi. BCG-ozis tanısı konulan hastanın serum immunoglobulin düzeyleri, lenfosit alt grupları ve burst supresyon testi normal saptandı. Karaciğer, cilt ve lenf nodu biyopsilerinde granülom oluşumu izlendi. Kemik iliği incelemesinde malign hücre görülmedi. Yatışının ikinci haftasında persiste eden ateş, anemi, trombositopeni, hiperferritinemi ve koagülasyon testlerinde bozulma oldu. Sekonder makrofaj aktivasyon sendromu düşünülen hastaya metilprednizolon 3 gün verildi. Altıncı haftada ağlarken ağız kenarında sola kayma gelişen hastada santral tip fasiyal sinir paralizisi düşünüldü. Bulgular birinci haftada spontan geriledi. Toraks tomografi incelemesinde kostalarda expansil ve litik karakterde lezyonlar izlendi. Sol 5.kostadaki lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi incelemesinde kronik iltihabi granülasyon dokusu ve bir alanda granülom görüldü. Serum ACE düzeyi 61.6 U/L bulundu. Batın ultrason incelemesinde her iki böbrekte 4-5 adet taş görüldü. Spot idrarda kalsiyum/kreatinin oranı yüksek saptandı. Göz muayenesinde üveit saptanmadı. Hastanın anti-tüberküloz tedavisi ile beklenen iyileşmenin olmaması, ateş ve döküntü gibi konstitusyonel bulguların devam etmesi, akut faz reaktan yüksekliğinin sebat etmesi, biyopsilerde granülom görülmesi, renal kalkül varlığı, ACE düzeyi yüksekliği, kraniyal sinir tutulumu, hiperkalsiüri varlığı, yaygın kemik lezyonlarının olması nedeniyle yatışının 4. ayında erken başlangıçlı sarkoidoz tanısıyla metotreksat ve prednizolon başlandı. Bu tedavi ile klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme oldu. Tanı aşamasında gönderilen mutasyon analizlerinde NOD2/CARD15 geninde heterozigot, IFNGR1 geninde parsiyel eksikliğe neden olan homozigot mutasyon saptandı.

Anahtar Kelimeler: BCG-osis, Erken başlangıçlı sarkoidoz, Mutasyon

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0274

PP-012

WERNER SENDROMU: SKLERODERMA BENZERİ DERİ REAKSİYONU OLAN BİR OLGU

Mehmet Alper Karaman, Sema Yılmaz, Serpil Ergülü Eşmen

Seçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Skleroderma sınırlı deri tutulumundan yaygın deri tutulumuna, sistemik formdan sistemik olmayan forma kadar değişik

spektrumlarda karşımıza çıkan nadir bir hastalıktır. Bu vakada skleroderma cilt bulgularına benzeyen ile başvuran 38 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Olgu: 38 yaşında erkek hastanın, 10 ay önce ayak kabı vurmaları sonrası ayak bileklerinde yaralar oluşmaya başlamış. Dış merkezde verilen lokal tedaviden fayda görmemiş. Yaraları büyüyen hasta plastik cerrahi bölümüne başvurmuş. Yara üzerine deri greft yerleştirilmiş, ancak greft tutmamış. Ciltte gerginlik ve sertlik görülen hasta bölümümüze konsülte edilmiş. Hasta poliklinikte görüldüğünde ayak bileklerindeki yaralardan başka şikayeti yoktu. Diyabetes mellitus nedeniyle oral antidiyabetik kullanmaktaydı ve 2 kez katarakt nedeniyle operasyon, 15 yıldır yarım paket sigara öyküsü vardı. Fizik muayenede kısa boylu ve zayıf görünümde, cilt tüm vücutta gergin ve sertti. Ayak bileklerinde aşil tendonları üzerinde, topuğa ve malleollara kadar ülsere lezyonları mevcuttu. Tetkiklerindeki patolojik Bulgular: Hgb:11.4 g/dL, Hct: %33,5, Rbc: 3.8 10⁶ u/L, sedimentasyon: 74 m/h, CRP: 50 mg/L, ALP:102 u/L, Na:135 mEq/L, AKŞ:119 mg/dL, 25(OH)D3:21,3 ng/mL. İdrar tetkikinde lökosit esteraz:+++, lökosit:56/hpf mevcuttu. Kapilleroskopide yaygın dilatasyon ve hemoraji izlendi. Her iki gözde üveit sekeline rastlandı. Akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisi ve solunum fonksiyon testlerinde patoloji saptanmadı. Pulmoner hipertansiyon tespit edilemeyen hastada minimal kardiyak efüzyon mevcuttu.

Kemik mineral dansitometresinde femur ölçümleri osteoporotikti. Deriye sınırlı tutulumla dermatolojiye konsülte edilen hasta, Werner sendromu tanısı ile dermatoloji kliniğine yatırıldı.



Şekil 1. Hastanın ayak bileklerindeki ülseler

Tartışma: Werner sendromu skleroderma benzeri deri bulguları, aşil tendonu ve malleol çevresinde ayak bileği ülseleri, kısa boy, azalmış kilo, gonadal atrofi, bilateral katarakt, kalsinozis, ateroskleroz, osteoporoz, tip 2 diyabet, telenjiyektazi gibi bulguları olan, otozomal resesif, nadir görülen bir erken yaşlanma sendromudur. Bu hastalar 45-50'li yaşlarda erken kardiyovasküler olaylar veya malignite nedeniyle kaybedilmektedir. Birçok hastalık ve toksisite durumunda skleroderma benzeri deri reaksiyonları ile karşılaşabilmektedir. Bu durumlara örnek olarak; skleromiksödem, Buschke sklerödem, nefrojen fibrojen dermopati, POEMS sendromu, multipl myelom, diffüz eozinofilik fasiit, eozinofili miyalji sendromu, diyabetes mellitus, karsinoid sendrom, porfiri, fenilketonüri, kronik graft versus host sendromu, polivinil klorid hastalığı, organik solvent maruziyeti, bleomisin, pentazosin enjeksiyonu,

vitamin B12, vitamin K, kokain, D-penisilamin, interferon beta, paklitaksel, metiserjid, gemisitabin, fiziksel travma, vibrant maruziyeti, radyasyon, progeri, akrogeri ve Werner sendromu sayılabilir. Sonuç: Skleroderma cilt bulgularıyla birçok durumda karşılaşılabildiğinin bilinmesi ayırıcı tanıda önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cilt bulguları, skleroderma, Werner sendromu

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0278

PP-013

JÜVENİL SKLERODERMADA PULMONER HİPERTANSİYON SIKLIĞI

Amra Adrović¹, Funda Öztunc², Kenan Barut¹, Aida Koka², Tunçalp Demir³, Refet Gojak⁴, Özgür Kasapçopur¹

¹Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

³Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Sarajevo Üniversitesi, İstatistik Anabilim Dalı

Giriş: Juvenil skleroderma (JSkl), çocukluk çağında nadiren görülen ve çoklu organ tutulumu ile giden bağ dokusu hastalıkları toplamıdır. Kalp ve akciğer tutulumu çocukluk çağında çok nadirdir ancak morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerindedir. Kardiyovasküler tutulumunda en önemli sekeli oluşturulabilecek olan pulmoner arteriyel hipertansiyonu (PAH) ise erken dönemde yapılan ekokardiyografi kontrolleri ile saptamak mümkündür. Erken dönemde kardiyovasküler ve pulmoner tutulumu saptamak, mortaliteyi azaltmak açısından son derece önemlidir.

Amaç: Çalışmanın amacı non-invazif yöntemler ile (ekokardiyografi, akciğer fonksiyon testleri) hastalarda kardiyopulmoner tutulumu araştırmaktır.

Gereç Yöntem: CTF Çocuk Romatoloji Polikliniğimizde juvenil skleroderma tanısı ile takipli toplam 35 hastada kardiyovasküler ve pulmoner tutulumu araştırıldı. CTF Çocuk Kardiyoloji Polikliniğimizde hastalara Renkli Doppler ekokardiyografik inceleme ve Solunum Fonksiyon Laboratuvarında solunum fonksiyon testleri yapıldı. Pulmoner fibrozisi değerlendirme açısından akciğer fonksiyon testleri yapılarak FVC (zorlu vital kapasite) ve DLCO (karbon monoksit difüzyon kapasitesi) ölçüldü. Renkli ve Pulse Doppler ekokardiyografi ile pulmoner yetersizlik akımından diyastol sonu akım hızı, triküspit yetersizlik akımından maksimum akım hızı ve pulmoner arter akım akselerasyon ve deselerasyon zamanı (AT/ET) ölçülerek sistolik, diyastolik ve ortalama pulmoner arter basınç değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızda ekokardiyografi ile ölçülen pulmoner yetersizlik diyastol sonu akım hızı, triküspit yetersizlik maksimum akım hızı ve pulmoner akım akselerasyon ve deselerasyon zamanlar oranı (AT/ET) normal sınırlar içerisinde saptanmıştır. Hastaların FVC ve DLCO değerleri de istatistiksel anlamlı olarak alt sınırların üzerine saptanmıştır. Dolayısıyla, hiçbir hastamızda kardiyopulmoner tutulumuna ait bulguya rastlanamamıştır.

Sonuç: Juvenil sklerodermada kardiyovasküler ve pulmoner tutulum, nadir görülen ama prognozu etkileyen en önemli faktörlerdir, ancak bu çalışmada kardiyopulmoner tutulumu saptanamamıştır. Hastaların zamanında tanısı, düzenli izlem yapılması

ve tedaviye uyum sağlanmasının, kardiyovasküler ve pulmoner komplikasyonları geciktirdiği veya azalttığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: juvenil skleroderma, pulmoner arteriyel hipertansiyon, pulmoner arter basıncı

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0289

PP-014

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSTA FCGAMARESEPTÖR IIIA V/158F GEN POLİMORFİZMİ SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI VE HASTA KLİNİK VE LABORATUAR BULGULARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI

Eren Erken¹, İpek Türk¹, Berna Bozkurt Güven², Ertuğrul Erken³, Ali Murat Sedef⁴, Suzan Dinkçi¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji İmmunoloji Bilim Dalı, Adana

²Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Tokat

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Giriş-Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), çeşitli organlarda fonksiyon bozukluğuna sebep olan ve etyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Hümmoral ve hücrel immün yanıtları arasında bir bağ olan, IgG' nin Fc reseptörleri otoimmün hastalıkların etyoloji ve patogenezinde görev almaktadır. Bu çalışmada SLE'de FcγRIIIA V158F gen polimorfizminin sıklığının araştırılması ve hasta klinik ve laboratuvar bulgularıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırmamız gözlemsel prospektif olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya 105 SLE (88 kadın, 17 erkek) ve 121 sağlıklı kontrol grubu (61 K, 60 E) dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları sırasıyla: 33,12 ±11,2 ve 36,2 ±10,2 idi. Hasta ve kontrol grubunun kan örneklerinde real time PCR yöntemi ile FcγRIIIA V158F gen polimorfizimleri araştırıldı. Ayrıca hasta grubunda FcγRIIIA V158F gen polimorfizimleri ile hastalığın klinik özellikleri arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: FcRIIIA gen polimorfizmi dağılımları açısından hastaların 49'u (%46,6) homozigot (FF), 50'si (%47,6) heterozigot (VF), 6'sı (%5,7) homozigot wild tipti (VV). Kontrol grubunun 51'i (%42,1) homozigot (FF), 54'ü (%44,6) heterozigot (VF), 16'sı (%13,2) homozigot wild tipti (VV). Kontrol grubu Hardy Weinberg eşitliğine uymaktaydı. Kontrol ve hasta gruplarında FcRIIIA gen polimorfizmi açısından anlamlı fark yoktu (p=0,178), (Tablo 1). Cinsiyet ile gen polimorfizmi arasında anlamlı ilişki yoktu. Homozigot wild tip (VV) olan 6 hastanın tamamında malar rash görülmekteydi. Homozigot (FF) hastalarda malar rash, heterozigot (VF) olanlara göre daha fazla görülmekteydi (sırasıyla %67,3-%48) (p=0,05). FcRIIIA gen polimorfizmi ile fotosensitivite, diskoid rash, artrit, serozit arasında anlamlı ilişki yoktu. Böbrek tutulumu homozigot wild tip olan 6 hastanın hiçbirinde saptanmadı fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,218). Nörolojik tutulum homozigot wild tip (VV) olan grupta (%33), FF (%6,1) ve VF (%8) gruplarına göre daha fazla olmakla birlikte bu fark anlamlı bulunmadı (p=0,078). Hematolojik tutulum en fazla homozigot olan grupta saptanırken en az homozigot wild tip olan grupta saptandı (sırasıyla

%65,3-%16,7) (p=0,068). Hasta grubunda FcRIIIA gen polimorfizmi homozigot, heterozigot ve homozigot wild tip olan gruplarda toplam enfeksiyon sayı dağılımları farklı değildi.

Sonuç olarak FcγRIIIA V158F gen polimorfizmi dağılımının SLE hastalarında sağlıklı bireylerden farklı olmadığı saptanmıştır. Hastalığın klinik özelliklerinden malar rash ile FF homozigotluğu arasında ilişki olabileceği görülmüş olup, bu bulgunun patogeneze katkısının anlaşılması için daha fazla sayıda araştırılma yapılması gerekmektedir. Ayrıca Türk toplumunda wild tipin (VV) düşük oranda görüldüğü dikkati çekmektedir. Hastalarımızda böbrek ve hematolojik tutulumun wild tipte (VV) daha az olmasının önemi de çok merkezli çalışmalarla araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, FcγRIIIA V158F gen polimorfizmi

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarında FcγRIIIA V158F gen polimorfizm dağılımı

	Hasta n(%)	Kontrol n(%)	P değeri
FF (homozigot)	105/49 (46,6)	121/51 (42,1)	0,178
VF (heterozigot)	105/50 (47,6)	121/54 (44,6)	
VV (homozigot wild)	105/6 (5,7)	121/16 (13,2)	

Diğer

Abstract:0296

PP-015

BURGER HASTALIĞINI TAKLİT EDEN IGG4 İLİŞKİLİ OTOİMMÜN HASTALIK

Müge Aydın Tufan¹, Kenan Çalışkan², Barış Kuzgunbay³, Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı⁴, Ahmet Eftal Yücel¹

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

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji, Adana

IgG4 ile ilişkili otoimmün hastalık son 10 yılda tanımlanmış, spesifik patolojik, serolojik ve klinik özellikleri gösteren bir veya daha fazla organ tutulumuyla karakterize bir grup hastalıktır. Hastalık spektrumu oldukça geniştir. Otoimmün pankreatit, tükürük bezi tutulumu, sklerozan kolanjit, retroperitoneal fibrozis gibi tek organ ya da birçok organ tutulumu aynı anda görülebilir.

Olgu: 40 yaşında erkek hasta son iki yıldır alt ekstremitelerde ülsere lezyon ve ayak parmaklarında morarma yakınmasıyla dış merkezde doktora başvuruyor. Cilt biyopsisi nonspesifik olan hastanın ANA ve p-c ANCA negatif tespit ediliyor. Sedimentasyon 100 mm/sa, CRP 94 mg/dl olan hastanın alt ekstremitelerde MR anjiyografisi sağ post tibial arter, sol peroneal arter orta kısmında oklüzyon burger ile uyumlu raporlanıyor. Lezyonları steroid tedavisi ile düzeliyor. Takibinde bulantı, karın ağrısı ile acil servisimize başvuran hastanın kreatinin değerinde artış tespit ediliyor. (kreatinin 4,5 mgr/dl)Hastaya önce bilateral nefrostomi sonrasında bilateral üreterlere DJ katater takılıyor. Abdominal tomografide bilateral hidronefroz, aortakaval, paraaortik 10 mm LAP, parailiak 15 mm LAP, duodenum 3 den itibaren peritonda kirlenme, retroperitoneal fibrozis ile uyumlu bulgu tespit ediliyor. Çekilen PET'te Bilateral aksiller, sol internal mammarial, bilateral eksternal iliyak

ve inguinal yerleşimli ve hafif FDG tutulumu gösteren multipl lenfadenopati. Mezenterik yağ dokuda, peritoneal yapraklarda, barsak segmentleri serozal yüzeylerinde, retroperitoneal ve bilateral parailiyak alanlarda hafif artmış FDG tutulumu gösteren kalınlaşmalar ve düzensiz dansite artışları gözleniyor. Tanısal amaçlı inguinal eksizyonel biyopsi yapılıyor. Nonspesifik olarak rapor ediliyor. Laparoskopik periton biyopsisi yapılan hastanın biyopsisi retroperitoneal fibrozisle uyumlu tespit ediliyor. IgG4 düzeyi 352 mg/Dl tespit ediliyor. Hastaya 1 mg/kg/gün dozdan prednizolon ve 2*20 mg tamoksifen, siklofosamid tedavisi başlanıyor.

Tartışma: IgG4 ilişkili otoimmün hastalık nadir görülen ve farklı organ tutulumları nedeniyle tanısı gözden kaçabilen bir hastalıktır. Tanı için hem dokuda hem de serumda IgG4 yoğunluğunun artması gerekmektedir. Bu hastalarda nadir olarak damar tutulumu görülebilir. Damar tutulumu, aortit veya periarterit şeklinde olabilir. Tedavide genellikle steroid uygulanır, hatta tedaviye sadece steroidle iyi yanıt alınması tanıyı desteklemektedir. Damar tutulumu olan hastalarda IgG4 ilişkili otoimmün hastalık ayrıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Arterit, IgG4 ile ilişkili otoimmün hastalık

Abstract:0313

PP-016

ROMATİZMAL İNFLAMATUAR HASTALIKLARDA KAROTİS ARTER SERTLİK İNDEKSLERİ

Servet Yolbaş¹, Mustafa Necati Dağlı², Süleyman Serdar Koca¹

¹Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

²Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Romatizmal inflamatuvar hastalıklar artmış aterosklerotik süreç ile ilişkilidir. Bu süreçte aterosklerozun bilinen konvansiyonel risk faktörlerine ek olarak sistemik inflamasyon ve tedavide kullanılan bazı ilaçlar rol almaktadır. Bunların sonucunda kardiyovasküler morbidite ve mortalitede artış oluşmaktadır. Bu sürecin erken dönemde saptanması ve etkin anti-inflamatuvar tedavi vasküler hasarı azaltabilmektedir. Karotis arter sertliği ve karotis intima media kalınlığı (cIMT) subklinik erken aterosklerozun göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızın amacı, romatizmal inflamatuvar hastalıklarda karotis arter sertliği ve cIMT seviyelerini karşılaştırmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmaya 64 romatoid artrit (RA), 41 sistemik lupus eritematoz (SLE), 26 sistemik skleroz (SSc), 53 Behçet hastası (BH) ve 40 sağlıklı kontrol (HC) alındı. Hastalar pratikte kullanılan tanı ve sınıflandırma kriterlerini karşılıyordu. Tüm katılımcılarda karotis kominis arter yüksek çözünürlüklü B-mode ultrasonografi (USG) ile değerlendirildi. Sağ ve sol karotid arter bifürkasyonunun proksimaline doğru 5., 10. ve 15. mm'lerde cIMT'ler ölçüldü. cIMT ilk ve ikinci hiperekoik çizgilerin sınırları arasındaki mesafe olarak ölçüldü. İstatistiksel değerlendirmeler için 6 ölçümün ortalaması, ortalama cIMT olarak tanımlandı. Basınç-çap ilişkileri baz alınarak arteriyel distensibilite (AD), arteriyel komplians (AC), Peterson'un elastik modülü (Ep), Young'un elastik modülü (YEM), β sertlik indeksi (β SI) ve nabız dalga velositesi (PWV) gibi karotis arter sertliği indeksleri hesaplandı.

Sonuçlar: AD, AC, Ep, β SI ve PWV değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Diğer taraftan, ortalama cIMT değeri, SLE grubu ile

karşılaştırıldığında, RA grubunda daha yüksekti ($p=0.016$) ancak diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). RA ve SLE hastalarında ortalama cIMT ile yaş arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı (sırasıyla; $r=0.620$, $p<0.001$ ve $r=0.482$, $p=0.002$). RA grubu hastaların ortalama yaşlarının SLE grubu hastalardan daha yüksek olması nedeniyle RA grubundaki cIMT yüksekliği hastaların daha ileri yaşlarda olması ile ilişkilendirildi.

Tartışma: Noninvasif bir yöntem olan USG, inflamatuvar romatizmal hastalıklarda eşlik eden aterosklerotik komplikasyonları kestirmede karotid arterdeki değişiklikleri değerlendirmek için kullanılabilir. Romatizmal inflamatuvar hastalarında arteriyel sertlik ve cIMT değerlendirilerek, ateroskleroz riski olan hastaların belirlenebilir. Böylesi hastalarda gerekli önlemler alınarak, ateroskleroz ile ilişkili morbidite ve mortalite engellenebilir. Ancak, bizim çalışma sonuçlarına göre konvansiyonel risk faktörleri olan hastalar dışlandıktan sonra inflamatuvar romatizmal hastalıklar doğrudan arteriyel sertliğe ve cIMT'de artışa yol açmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar romatizmal hastalıklar, ateroskleroz, karotis arter sertliği

Tablo 1. Çalışma gruplarını demografik ve karotid arter sertlik indekslerinin verileri

	RA (n=64)	SLE (n=4)	SSc (n=26)	BH (n=49)	HC (n=40)	P
Yaş (yıl)	50.3±15.1	34.4±9.8	49.5±14.6	37.3±11.2	43.5±13.5	<0.001
Cinsiyet (K/E)	13	3	3	21	11	0.001
BMI (kg/m ²)	27.2±5.6	25.5±8.9	25.3±5.2	26.5±4.5	26.9±4.9	0.512
Sistolik KB (mmHg)	126.1±18.3	120.5±21.1	126.9±17.8	120.1±19.2	122.5±14.1	0.290
Diastolik KB (mmHg)	81.9±11.1	77.1±12.5	76.9±9.7	77.6±12.3	79.5±8.5	0.122
ESH (mg/h)	33.8±23.7	41.1±30.7	30.3±24.1	23.1±21.8	16.3±10.9	<0.001
CRP (mm/L)	2.5±3.6	0.85±1.46	0.68±0.75	1.37±2.23	0.31±0.32	<0.001
Karotis AD (cm ² .dyn ⁻¹ .10 ⁻³)	4.7±2.5	5.4±3.1	4.9±2.9	5.5±2.4	5±1	0.536
Karotis AC (mm ² /kPa)	1.3±0.6	1.5±0.7	1.3±0.6	1.5±0.5	1.4±0.4	0.539
PWV	807.7±185.1	725.4±184.7	769.2±220.6	807.3±19.5	732.7±245.1	0.141
Ep (kPa)	600.1±486.1	498.6±233.9	588.6±367.4	471.9±343.1	467.4±146.2	0.196
YEM (kPa)	297.7±279.9	256.1±133.1	275.7±193.3	240.5±17.2	219.9±71.7	0.346
β SI	5.8±4.6	5.1±2.1	5.7±3.2	4.9±3.5	4.7±1.2	0.359
Karotis Strain (%)	9.3±4.2	10.1±3.5	10.6±4.9	10.8±4.4	9.9±3.1	0.339
Ortalama cIMT (mm)	0.68±0.13	0.61±0.09	0.67±0.11	0.62±0.09	0.64±0.08	0.012

RA: romatoid artrit, **SLE:** sistemik lupus eritematoz, **SSc:** sistemik skleroz, **BH:** Behçet hastalığı, **HC:** sağlıklı kontrol, **K:** Kadın, **E:** erkek, **BMI:** vücut kitle indeksi, **ESH:** eritrosit sedimentasyon hızı, **CRP:** C-reaktif protein, **KB:** kan basıncı, **AD:** arteriyel distensibilite, **AC:** arteriyel komplians, **PWV:** nabız dalga velositesi, **Ep:** Peterson'un elastik modülü, **YEM:** Young'un elastik modülü, **β SI:** β sertlik indeksi, **cIMT:** karotis intima media kalınlığı.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0341

PP-017

LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT BULGULARI İLE BAŞVURAN SJÖGREN SENDROMLU BİR OLGU

Fatih Yıldız¹, Ali Murat Tatlı², Hakan Emmungil³¹Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van²Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Van³Mersin Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Mersin

Giriş: Sjögren Sendromu (SjS), vücudun birçok doku ve organlarını etkileyen, en sık gözyaşı ve tükürük bezlerinin tutulduğu, inflamatuvar sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %15’de vaskülitik cilt bulguları görülmektedir. Ayrıca ürtikeryal vaskülit (hipokomplementemik) PAN ve küçük damar vaskülit olguları bildirilmiştir. Biz burada SjS’lu bir olguda lökositoklastik vaskülit (LCV) birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaşında bayan hasta Romatoloji polikliniğine 3 ay önce her iki bacak ön yüzde döküntü şikayeti ile sevk edilmiş. Yapılan muayenesinde her iki diz altında peteşi ve palpabl purpura tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. RF ve ANA pozitifdi. Hasta ileri tetkik ve tedaviyi kabul etmedi. Ağustos 2014’de aynı şikayetle kliniğimize başvurdu. Romatoloji servisine yatışı yapıldı. Tibia ön yüzdeki peteşi ve purpurik lezyonlardan cilt biyopsisi yapıldı. Kuru göz ve ağız kuruluk şikayeti olan hastada, Schirmer 8-15 mm ve BUT:3-4 sn olarak tespit edildi. Laboratuvar testlerinde: CRP:0,4 mg/dl, ESR:94 mm/saat, total protein:8,6 gr/dl, albümin:4,2 gr/dl idi. Hepatit B ve C, ANCA profili menfi. Tam kan sayımı ve biyokimyasal testleri normaldi. İgA ve ASO normal düzeydeydi. RF:362IU/ml ve ANA 1/320 homojen pozitif, Anti DNA, Antikardiyolipin Ab ve Anti-CCP menfi. C3-C4 düzeyi düşük ve TİT normaldi. Hastaya mevcut bulgularla SjS tanısı kondu. Cilt biyopsisi LCV ile uyumlu bulundu. DİF yapılamadı ve SS-A,SS-B çalışılmadı. Sistemik vaskülit bulguları yoktu. Hastaya günde 40 mg prednol ve Hidroksiklorokin 2X200mg başlandı. 4 gün sonra cilt bulguları tamamen kayboldu. Tedavinin 7 gününde aynı lezyonlarda daha yoğun olarak tekrar başladı (Şekil-1). Prednol dozu 60mg/güne çıkıldı. OKS gibi ilaç öyküsü yoktu. Hastaya malignite taraması yapıldı. Panendoskopi normaldi. Batın-pelvik-boyun-meme USG normaldi. EKO normaldi. Yapılan alt ekstremitte venöz ve arteriyel doppler USG normaldi. Dermatoloji tarafından antihistaminik ve lokal steroidli krem önerildi. Lezyonları azalma oldu. Ancak tamamen kaybolmadı. Relaps/refrakter hastalık düşünülerek tedavisine 100 mg azatiyopürin eklendi.

Tartışma: LCV, küçük damarların inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Etyolojisinde ilaçlar, enfeksiyonlar, maligniteler ve çeşitli sistemik inflamatuvar hastalıklar gibi nedenler yer alsada çoğu vakanın nedeni saptanamamaktadır. Çoğunlukla kendini sınırlandırarak iyileşme eğilimindedir. Vakaların ancak %8-10’inde tekrarlar veya kronikleşme bildirilmiştir. Sistemik steroid’ler en yaygın kullanılan ilaçlardır ancak, relaps veya kronik durumlarda azatiyopürin gibi immünsüpresifler eklenmektedir. Olgu hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit ile klinikopatolojik korelasyon yoktu. SjS ile ilişkili relaps-refrakter LCV olarak düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Sjögren Sendromu, Vaskülit



Şekil 1. Her iki ayak ve ayak bileğinde peteşi ve purpura

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0352

PP-018

TEKRARLAYAN ÜRTİKER İLE BAŞVURAN BİR AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ OLGUSU

Nuray Aktay Ayaz¹, Mustafa Çakan¹, Çiğdem Aydoğmuş², Funda Erol Çipe², Gonca Keskindemirci³, Hamide Sevinç Genç³¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji-İmmunoloji Kliniği, İstanbul³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), otozomal resesif olarak kalıtılan, tekrarlayan ateş ve poliserözit atakları ile karakterize bir hastalıktır. Kalıtsal otoinflamatuvar hastalıklar içinde en sık görülen hastalıktır. Hastaların %90’ı çocukluk çağında tanı alır. Tipik olarak 1-3 gün süren ve aralarda şikayetsiz dönemlerin olduğu ataklar ile seyreder. Atak döneminde en sık görülen bulgular ateş ve karın ağrısıdır. Plevra tutulumuna bağlı göğüs ağrısı ve sinoviyum tutulumuna bağlı ayak bileği ve diz artriti diğer sık görülen bulgulardır. En sık görülen cilt bulgusu ayak bileği medial veya lateral kısımda görülen erizipel benzeri döküntüdür. Ürtiker şeklinde cilt bulguları olması vaka sunumları şeklinde mevcuttur. Yazımızda iki yıldır var olan tekrarlayan ürtiker nedeniyle tetkik edilen ve AAA tanısı alan, kolşisin tedavisi sonrası cilt bulguları tamamen düzelen hasta sunulmuştur.

Olgu: Onüç yaşında kız hasta döküntü ve sol dizde şişlik nedeniyle başvurdu. Muayenesinde gövde, sırt ve ekstremitelerde ürtiker plakları, sol el sırtında ödem ve sol dizde efüzyon mevcuttu. Hasta son iki yıldır Çocuk Allerji polikliniğinden kronik ürtiker nedeniyle takip edilmekteydi. Bilinen herhangi bir allerjen hikayesi olmayan hastanın döküntüleri tetikleyebilecek ilaç alımı veya infeksiyon hikayesi yoktu. Bir-iki ay aralıklarla gelişen döküntülere eşlik eden kaşıntı, karın ağrısı veya ateş hikayesi yoktu. Döküntüler herhangi bir ilaç kullanmadan üç veya beş gün içinde solmaktaydı. Özellikle son ataklarında daha belirgin olan el sırtlarında ve dizlerde şişlik oluşmaktaydı. Yirmibeş allerjeni içeren deri testinde

patoloji saptanmadı. Herediter anjiyoödem açısından bakılan C1 esteraz inhibitör düzeyi normal sınırlarda saptandı. Döküntü sırasında bakılan tam kan sayımında ve periferik yaymasında eosinofili saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı 8 mm/saat, CRP değeri 2 mg/L, serum amiloid A değeri 0.22 mg/dl bulundu. Son ataklarında diz eklemine efüzyon saptanması üzerine hasta AAA ön tanısıyla polikliniğimize konsülte edildi. MEFV gen analizinde R202Q heterozigot mutasyon saptanan hastaya kolşisin tedavisi başlandı. Kolşisin tedavisi sonrası bir yıllık takip sırasında ürtiker ve artrit bulgusu gelişmedi. Kolşisin ile bulgular kontrol altında iken hastada döküntü ve her iki el sırtında ödem gelişti. Hikaye sorgulandığında hastanın kolşisini bir aydır almadığı öğrenildi. Tekrar tedaviye başlanan hastada bulgular düzeldi. Sonuç olarak tekrarlayan ve allerjik bir neden saptanamayan ürtiker olgularında AAA olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Ürtiker

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0355

PP-019

YAYGIN LENFADENOPATİ NEDENİ İLE BAŞVURAN HASTADA SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZİS TANISI: OLGU SUNUMU

Özlem Kudaş¹, Osman Erçin², Koray Gül¹, İpek Türk¹, Hüseyin Turgut E. Özer¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Lenfadenopati (LAP) neoplastik veya inflamatuvar hücrelerin lenf nodunda çoğalması veya lenf nodunu invazyonu sonucu oluşabilir. LAP geniş bir hastalık tablosu sonucunda gelişebilir. LAP etyolojisinde kollajen doku hastalıkları önemli yer tutmaktadır. En sık LAP'a neden olan otoimmün hastalıklar romatoid artrit, sistemik lupus eritematozis (SLE) ve Sjögren sendromudur. SLE farklı klinik bulgulara yol açabilen sistemik otoimmün bir hastalıktır. SLE'nin en sık başlangıç semptomları poliartrit, serozit ve malar döküntü olarak raporlanırken yapılan bir çalışmada SLE başlangıç semptomları sıklığı; %67 ateş, %61 artrit, %59 cilt lezyonları, %27,1 LAP olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise SLE'de başlangıç semptomu olarak LAP'tan bahsedilmemiştir. SLE nadir de olsa %15-30 olguda LAP ile başlayabilir ve LAP ile seyreden hastalarda hastalık aktivitesinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu yazıda SLE'nin nadir görülen başlangıç tutulumu olan LAP şikayetiyle başvuran ve SLE-Lupus Nefriti tanısı konan bir olguyu sunduk.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta boyun bölgesinde başlayan, sayıları artan, koltuk altı ve kasıklarında da gelişen, dört aydır olan şişlik yakınması ile başvurdu. Sistem sorgusunda kilo kaybı, bacaklarda ödem dışında özellik yoktu. Fizik muayenede servikal, aksiller, inguinal bölgede en büyüğü 2x2 cm olan çok sayıda, yumuşak kıvamlı, hareketli ve ağrısız LAP saptandı. Hepato-Splenomegali, pretibial ödemi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit 2,3 u/L, hemoglobin 10,8 g/dl, trombosit 76,000 u/L, kreatin 0,8 mg/dl, ALT 17 U/L, LDH 113 U/L, total protein 4,3 g/dl, albumin 1,1 g/dl, sedimentasyon 34 mm/h, CRP 0,19 mg/dl idi. İdrar

tektikinde üç pozitif protein ve kan mevcuttu. 24 saatlik idrar proteini atılımı 19,700 mg/gün idi. Primer ve sekonder viral markerler negatif bulundu. Brucella, G. Widal, TORCH paneli menfi, PPD negatif idi. Kültürlerinde üreme olmadı. Tomografide; servikal, aksiller, inguinal, paraaortik, parailiak, karaciğer hilusunda multiple LAP saptandı, karaciğer-dalak boyutları artmıştı. Servikal ve inguinal lenf nodu eksizyonel biopsi sonucu reaktif lenfoid hiperplazi şeklinde değerlendirildi. Antinükleer antikor (ANA), antids-DNA pozitif saptandı. C3 16 mg/dl, C4<5 mg/dl, Direkt Coombs pozitif. İdrar sedimentinde teleskopik idrar mevcuttu. Renal biopsiyi kabul etmeyen hastaya; lökopeni, trombositopeni, ANA-Antids-DNA-Direkt Coombs pozitifliği, düşük kompleman düzeyi sebebi ile SLE-Lupus Nefriti tanısı konuldu. Tedavisi; pulse steroid sonrasında, mikofenolat mofetil 2 gr/gün, hidroklorokin 400 mg/gün, metilprednisolon 1 mg/kg/gün olarak düzenlendi. Steroid dozu klinik-laboratuvar bulguları göz önünde bulundurularak ayarlandı.

Sonuç: SLE farklı klinik semptomlara sahip olabilir. SLE'de başlangıç bulgusu olarak lenf nodu tutulumuna nadir rastlanmaktadır. LAP nedeniyle tetkik edilen hastalarda kollajen doku hastalıklarının ve özellikle de SLE'yi göz önünde bulundurmamız gerektiğini bu olguyla vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenopati, Sistemik Lupus Eritematozus

Diğer

Abstract:0362

PP-020

ROMATOİD NODÜL AYIRICI TANISINDA HİPERKOLESTEROLEMİ

Fatih Mehmet Keleşoğlu¹, Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Sevinç Emre¹, Kemal Nişli²

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

15 yaşında kız olgumuz bize dirsek ayak bileği üzerindeki yaklaşık 7x8 cm'lik nodüllerinin romatoid nodül olduğu düşünülerek gönderildi. Hastamızda başka bir şikâyet olmayıp fizik muayenesinde bu nodüller dışında özellik yoktu. Daha önce romatoid nodül düşünülerek yapılan tetkiklerinde ANA, romatoid faktör, Anti-DsDNA, sedimentasyon tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın, göz muayenesi de normal saptanmış. Hastanın aile anamnezi sorgulanınca 5 yaş büyük ablasında da benzer nodüllerin olduğu öğrenildi. Babasının 42 yaşında kalp krizi geçirdiği öğrenildi. Nodüllerin fizik muayenesinde üzerlerinin hafif turuncu ve sarı renkli oldukları görülmesi üzerine istenen lipit profilinde kolesterol 626 mg/dl ve ablasında 730 mg/dl saptanması üzerine hastalarımıza ailevi hiperkolesterolemi tanısı konarak, Endokrin ve Metabolizma polikliniğine lipit düzeylerini düşürme tedavisi ve Kardiyoloji polikliniğine koroner arterlerini değerlendirmek üzere yönlendirildi. Çocuk kardiyoloji polikliniğinde yapılan anjiyografide LAD proksimalinde %20-30 darlık ve RCA orta kısmında %40 darlık saptandı. Hastaya lipit aferez ve medikal tedavi başlanması planlandı.

Özellikle ablasının 5 yıl boyunca bir klinikten romatolojik nodüler lezyonlar açısından tetkik edilmesi ve ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü olması tanısal açıdan önemli ipuçları olup, erken

tedavinin gelecekte koroner kalp hastalığını önlemede son derece önemli olması nedeniyle, ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmesi gereken tanılardan biri olduğunu vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Romatoid nodül, hiperkolesterolemi

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0375

PP-021

SLE, PULMONER HİPERTANSİYON: RİTÜKSİMAB VE İNHALE İLİOPROST KOMBİNE TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖREN BİR VAKA

Levent Kılıç¹, Abdulsamet Erden¹, Ayşe Bahar Keleşoğlu², Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, İhsan Ertenli¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Bağ dokusu hastalıkları (BDH) ilişkili pulmoner arteriyel hipertansiyonda (PAH), immünsüpresif tedavinin etkinliği konusunda literatürdeki bilgiler yetersizdir. Özellikle sistemik lupus eritematozus (SLE) ve/veya mikس bağ dokusu (MBDH) ilişkili PAH hastalarında immünsüpresif tedavinin yarar sağladığı düşünülmektedir. Biz de bu olgu sunumunda konvansiyonel rejime dirençli SLE/PAH hastasında ritüksimab tedavisinin hemodinamik ve klinik parametreler üzerine olumlu etkisini raporladık.

Olgu: 45 yaşında bayan hasta, 5 yıl önce halsizlik, yorgunluk, artralji, fotosensitivite, cilt lezyonları, proteinüri (<1 gram/gün), Anti-nükleer antikor (1/320 titrede) pozitifliği ve renal biyopside mezengial glomerülo nefrit bulguları ile SLE tanısı almış. Hastaya metilprednisolon (16 mg/gün), hidroklorokin (2x400 mg) ve azathioprine (3x50 mg) tedavileri başlanmış. Aralık 2010'da efor dispne şikayeti ile başvuran hastanın; zorlu vital kapasite (FVC) % 66, karbonmonoksit difüzyon testi (DLCO) %25.6, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT)'de interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu görünüm olması üzerine; pulse steroid/endoksan tedavileri başlandı. Takibinde hastanın klinik tablosunun progresif olması nedeniyle Şubat 2013 ritüksimab (15 gün ara ile 1000 mg iv infüzyon) tedavisi başlandı.

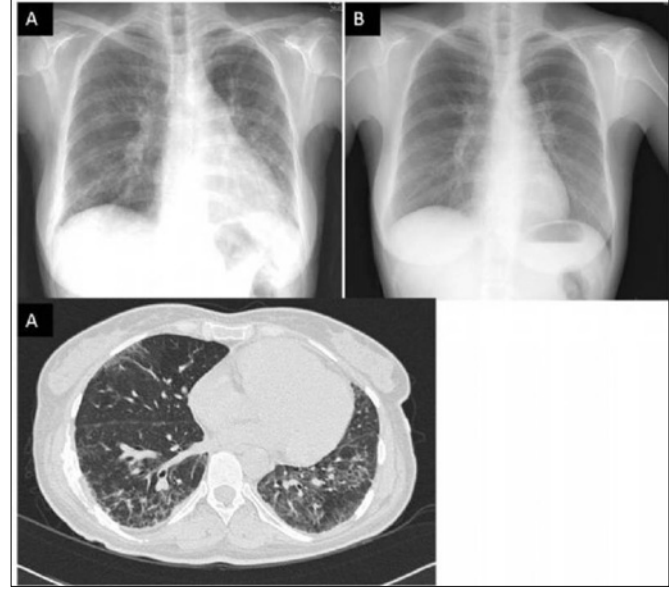
Nisan 2013 tarihinde nefes darlığında artış ve senkop şikayetleri ile hasta hospitalize edildi. Fonksiyonel kapasitesi 4 olan ve kardiyopulmoner arrest olan hasta, kısa süreli entübe şekilde yoğun bakım ünitesinde izlendi. YÇBT'si pulmoner arter çapında artış, parankim bulgularında artış olarak raporlandı (Şekil-A). Ekokardiyografisinde (EKO) sistolik pulmoner arter basıncı 120 mmHg idi. Hasta sağ kalp kateterizasyonu ile değerlendirildi (ortalama pulmoner arter basıncı (mPAB):47 mmHg, pulmoner kapiller wedge basıncı (PCWB): 6 mmHg iken). İn hale iloprost (6X1 nebül) başlandı. Takibinde klinik bulgularında dramatik bir düzelme olduğu gözlemlendi. Fonksiyonel kapasitesi tedavinin 6. ayında 1-2 olarak değerlendirildi. Altı dakika yürüme mesafesi değerleri 450-500 metre arasında, BNP değerleri normal sınırlardaydı. Akciğer grafisi (Şekil-B) ve pulmoner bulgularında belirgin düzelme olan hastanın, Temmuz/2014'de FVC %93'tü ve tekrarlanan sağ kalp kateterizasyonunda hemodinamik parametreleri normale dönmüştü (mPAB: 14 mmHg, PCWB: 10

mmHg iken). Hasta halen ritüksimab ve inhale iloprost tedavileri ile izlenmektedir.

Tartışma: BDH, hem pulmoner parankimal hastalıklar hem de PAH gelişimi için artmış bir risk taşımaktadır. Her iki klinik durumun gelişiminde inflamasyonun rol aldığı düşünülmektedir. Ancak iki klinik durumun birlikteliğinin sıklığı ve tedaviden fayda görebilecek BDH grubu özellikleri bilinmemektedir. Sunulan olgu hem PAH spesifik tedaviden, hem de immünsüpresif tedaviden fayda görebilecek BDH hasta grupları konusunda daha fazla bilgiye ihtiyacımızın olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu hastalıkları, pulmoner arteriyel hipertansiyon, ritüksimab

Ritüksimab ve İn hale İloprost Tedavisi Öncesi ve Sonrası Akciğer Görüntüleri



Şekil 1. (A) öncesi akciğer grafisi ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisi, (B) sonrası akciğer grafisi

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0403

PP-022

SJÖGREN SENDROMU HASTALARINDA İSKEMİK MODİFİYE ALBUMİN DÜZEYİNİN İNFLAMATUVAR PARAMETRELER VE ATEROSKLEROZLA İLİŞKİSİ

Ferhat Gökmen¹, Hakan Türkön², Ayla Akbal¹, Hatice Reşorlu¹, Beşir Şahin İnceer¹, Mustafa Reşorlu³, Yılmaz Savaş¹

¹Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

²Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

³Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Primer sjögren sendromu (pSS) hastalarında iskemik modifiye albumin (İMA) düzeyleri ve karotis intima media kalınlığı (KIMK) ile inflamatuvar parametreler ve ateroskleroz arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

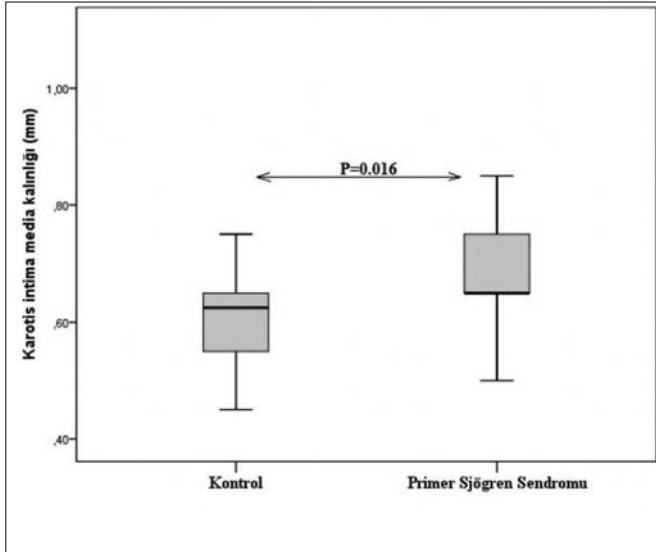
Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya 20 pSS hastası ve 20 sağlıklı kontrol alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, ağız ve göz kuruluğu sorgulandı. Klinik değerlendirmede ESH, CRP, VAS

ağrı, VAS ağız ve göz kuruluğu, gibi klinik ve laboratuvar parametrelerden yararlanıldı. serum İMA düzeyi ve KİMK ölçüldü. Elde edilen verilerin analizi SPSS versiyon 15.0 yazılımı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların tamamı kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 46.6 ± 9.1 yıl idi. Primer SS hastalarının yaş ortalaması 47.1 ± 7.7 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 46.1 ± 10 yıldır. Hasta ve kontrol grubunda yaş açısından anlamlı bir fark yoktu. Primer SS hastalarının ortalama hastalık süresi 5.8 ± 4.4 (median=4, min-max=1-20) yıl idi. Hasta ve kontrol grupları arasında İMA değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı (Sırasıyla 506.4 ± 52.8 U/ml vs 482.7 ± 34.7 U/ml; $p=0.101$). İskemik modifiye albümin değerleri ile klinik parametreler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Primer SS sendromu hastalarının ortalama KİMK kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Sırasıyla 0.70 ± 0.13 mm vs 0.61 ± 0.09 mm; $p=0.016$). Karotis intima media kalınlığı ile klinik parametreler arasındaki ilişki incelendiğinde KİMK ile yaş ($r=0.700$, $p<0.001$) ve ESH ($r=0.312$, $p=0.05$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmışken, CRP, İMA, VAS ağız ve göz kuruluğu parametreleri ile herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Sonuçlar: Çalışmamızda İMA değerlerinin normal, KİMK değerlerinin ise yüksek olduğu ve her ikisi arasında herhangi bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar önceki çalışmalar ile birlikte değerlendirildiğinde, KİMK, kardiyovasküler risk faktörlerine sahip olmayan pSS hastalarında kardiyovasküler hastalıkların habercisi olabilir.

Anahtar Kelimeler: sjögren sendromu, iskemik modifiye albumin, karotis intima media kalınlığı



Şekil 1. Primer sjögren sendromu hastalarında ve sağlıklı kontrol grubundaki karotis intima media kalınlığı

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0404

PP-023

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ VE PSÖRIAZİS BİRLİKTELİĞİ

Ali Şahin¹, Mustafa Asım Gedikli², Doğan Seven², Yunus Durmaz¹, Mehtap Şahin⁴, Sibel Berksoy Hayta³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

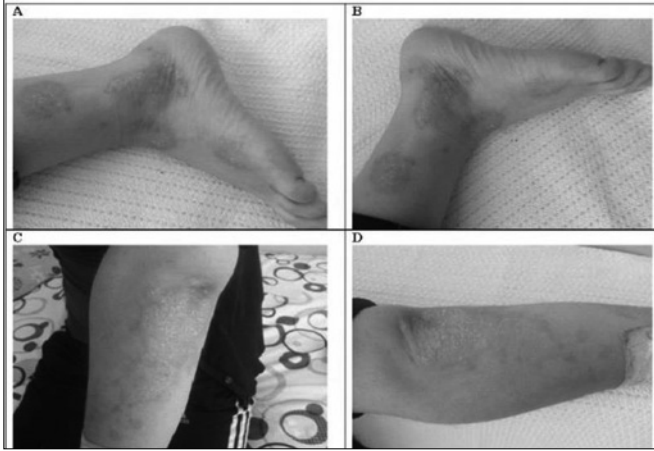
⁴Sivas Numune Hastanesi, FTR Ünitesi

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tekrarlayan, kendi kendini sınırlayan, ateş, karın ağrısı, artritis atakları ve erizipel benzeri deri döküntüleri ile karakterize, kronik otoinflamatuvar genetik bir hastalıktır. Psöriazis toplumun %1-3ünü etkileyen, derinin remisyon ve relapslarla seyreden inflamatuvar, proliferatif hastalıktır. Deri dışında eklem tutulumu, DİP, asimetric oligoartiküler, simetric poliartiküler, aksiyel iskelet tutulumu, artritis mutilans, tırnak, göz, kalp gibi sistemik tutulumları da olabilmektedir. Biz bu olguda FMF ve psöriazis birlikteliğini sunmak istedik.

Olgu: 24 yaşında kadın hasta FMF tanısı ile 2 yıldır takipli olup M694V homozigot gen mutasyonu olan hasta kolşisin tedavisi almakta iken aralıklı olarak sol el bileği ve dirseğinde döküntülü lezyonları ortaya çıkmış (Şekil 1). Hastanın bu lezyonları kendiliğinden iyileşip daha sonra yeniden oluşuyormuş. Muayenesinde benzer lezyonların saçlı deri, diz, ayak bilekleri ve karın cildinde de olduğu saptandı (Şekil 1). Yapılan cilt biyopsisi psöriazis ile uyumlu idi. Hastanın bel ağrısı, sabah tutukluğu olması üzerine sakroiliit açısından çekilen grafilerde sakroiliite ait görünüm izlendi MR'da solda belirgin kemik iliği ödemi, sakroiliit saptandı. HLA B27 negatifti. Hastaya etanercept başlandı. Hastanın etanercept tedavisi sonrasında döküntü ve yara şikayetleri belirgin olarak geriledi. Hastada sakroiliite neden olabilecek başka bir durum saptanamadı. Brucella negatifti, geçirilmiş genitoüriner-gastrointestinal enfeksiyon öyküsü yoktu. HBV, HCV, HIV, RF, ANA, CCP negatifti. El grafisinde özellikle DIPler normaldi. Daha önce çeşitli NSAİİler ve sulfasalazin kullanmıştı. Takibinde hastanın tedaviye dirençli atakları (kolşisin 2x2 tablet/gün kullanmasına rağmen) olması ve bel ağrısı, sabah tutukluğunun artması, inflamatuvar değerlerin (ESH, CRP) sürekli yüksek seyretmesi nedeniyle infliximab 300 mg başlandı. Bu tedavi ile hastada klinik ve laboratuvar anlamlı yanıt elde edildi. Hastanın takipte atağı olmadı, psöriatik lezyonları da geriledi.

Sonuç: FMF ve psöriazis birlikteliğine çok sık rastalamıyoruz. Burada olduğu gibi psöriazisin FMF ataklarını tetikleyen bir neden olabileceği, sakroiliit tarzında aksiyel tutulumun hangi hastalığa ait olabileceği tartışmalıdır. Özellikle düzenli kolşisin kullanılan, fakat yanıt alınamayan hastalarda ilaç direnci (MDRI gen polimorfizmleri), gastrointestinal patolojiler, ilaç etkileşimleri gibi nedenlerin yanı sıra nadir hastalık birliktelikleri açısından hasta dikkatli sorgulanmalı ve muayane edilmelidir. Psöriatik lezyonlar saçlı deri, göbek, gluteal bölgeler gibi gizli bölgelerde olabilmektedir. FMF ve psöriazis birlikteliğinde henüz bilmediğimiz, çözemediğimiz farklı ve/veya ortak genetik, inflamatuvar yolların rolü olabileceğini düşünmekteyiz. ileri genetik çalışmalar bu bilmeceyi puzzle- çözmeye yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, psöriazis



Şekil 1. Hastada saptanan psöriatik cilt lezyonları.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0413

PP-024

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VE ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA PECAM-1 POLİMORFİZMLERİ VE SOLÜBL PECAM-1 DÜZEYLERİ: KLİNİK ATEROSKLEROZLA İLİŞKİLERİ VAR MI?

Ömer Nuri Pamuk, Hilmi Tozkır, Mehmet Şevki Uyanık, Hakan Gürkan, Fatih Sarıtaş, Jülide Duymaz, Salim Dönmez, Metin Yazar, Gülsüm Emel Pamuk

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: PECAM-1 in genetik polimorfizmlerinin aterosklerotik olaylarla ilişkisi tanımlanmıştır. Çalışmamızda SLE ve RA hasta grubunda PECAM-1 gen polimorfizmleri ile solübl PECAM-1 ve CD40L düzeylerinin klinik aterosklerotik komplikasyon gelişimi ile ilişkisi olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 100 RA, 81 SLE ve 94 sağlıklı kontrol olgusu alındı. Klinik bilgiler ve aterosklerotik komplikasyon gelişimleri hastane kayıtlarından elde edildi. Genetik olarak en sık rastalanan 3 PECAM-1 gen polimorfizmi çalışıldı. Ayrıca sPECAM-1 ve CD40L düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: 373C (rs668) ve 1688A (rs12953) allellerinin sıklığı RA hasta grubunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu (p değerleri, 0.03 ve 0.023). RA ve SLE li hastalarda kontrolle karşılaştırıldığında 2008A (rs1131012) allel sıklığı daha fazlaydı (p değerleri, 0.021 ve 0.001). SLE li hastalarda rs1131012 polimorfizmi için AA genotipi RA ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fazla bulundu (p değerleri, 0.007 ve <0.001). Solübl PECAM-1 düzeyleri ise RA grubunda SLE ve kontrole göre anlamlı yüksek bulundu (p değerleri <0.001). SLE grubunda AG genotipinde (rs12953) aterosklerotik komplikasyon sıklığı AA genotipine göre (p=0.021) anlamlı artmış bulundu. CC genotipli (rs668) SLE grubunda ise CG genotip grubuna göre aterosklerotik komplikasyon sıklığı anlamlı şekilde düşük bulundu (p=0.045).

Sonuçlar: Farklı PECAM-1 polimorfizmleri ile RA ve SLE arasında ilişkiler saptadık. Aynı zamanda RA grubunda hem sPECAM-1 hem de sCD40L düzeylerinin anlamlı artmış olduğunu saptadık. SLE de bazı PECAM-1 polimorfizmleri aterosklerozla karşı koruyucu veya eğilimi artırıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: SLE, Romatoid artrit, PECAM-1

Diğer

Abstract:0416

PP-025

NOTALGİA PARESTETİKA: OLGU SUNUMU

Duygu Tecer¹, Hamit Küçük², Rıdvan Mercan², Berivan Bitik², Abdurrahman Tufan², Mehmet Akif Öztürk², Şeminur Haznedaroğlu², Berna Göker²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Notalgia parestetika, scapula çevresindeki deride, fokal şiddetli kaşıntı, parestezi yada yanma ile karakterize, hiperpigmentasyon gibi cilt bulgularının da eşlik ettiği unilateral duyuşal bir nöropatidir. Parestetik yakınmalar sıklıkla T2-T6 spinal sinirlerinin dağılım bölgesinde görülür. Görülme sıklığı ve etiyolojisi hakkında kesin bir bilgi yoktur. Tedavi modaliteleri arasında topikal tedavi olarak kapsaisin, kortikosteroid, local anestezikler yada botulinum toksin; sistemik tedavi olarak ise gabapentin, okskabezepin, amitriptilin kullanılabilir.

Vaka: 43 yaşında kadın hasta, 1 yıldır devam eden sol skapula altında kaşıntı, yanma ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen kronik hastalığı ve allerjik reaksiyonu tetikleyecek ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde sol scapula altında hiperpigmente maküler lezyon ve bu bölgede parestezi saptandı. Lökomotor sistem muayenesinde anormallik yoktu. Laboratuvar değerleri, servikal ve torakal MR incelemelerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastaya notalgia parestetika tanısı ile gabapentin başlandı, dozu kademeli olarak artırılarak 3x600mg/gün dozuna ulaşıldı. Tedavinin birinci ayında hastanın ağrı skoru VAS (vizüel analog skala)9' dan 2'ye geriledi.

Sonuç: Notalgia parestetika etyoloji kesin olarak bilinmeyen, nöropatik ağrı ile karakterize bir hastalıktır. Sırt bölgesindeki deride renk değişikliği ve parestetik yakınmaları olan hastalarda akıldan bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: gabapentin, notalgia parestetika, nöropatik ağrı

Romatoid Artrit

Abstract:0086

PP-026

RA (ROMATOİD ARTRİT) TEDAVİSİNDE KULLANILAN METOTREKSAT'IN KİMYASAL VE BİYOLOJİK ETKİNLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN HPLC (HIGH PERFORMANCE LIQUID CHROMATOGRAPHY) YÖNTEMİYLE İRDELENMESİ**Hülya Yılmaz, Ebru Çubuk Demiralay***Süleyman Demirel Üniversitesi, Analitik Kimya Anabilim Dalı, Isparta*

Bu çalışma, Metotreksat'ın RA'da kullanımının kimyasal özelliklerinin belirlenmesi ve bu özelliklerin biyolojik etkinliğindeki rolünü HPLC yöntemiyle deneysel olarak değerlendirme amacıyla yapılmıştır.

Bir ilacın canlı organizma tarafından absorpsiyonu, dağılımı, organ ya da dokulara ulaşımı, enzimlerle etkileşerek aktive ya da inaktive olması kimyasal kurallarla olur. Molekülün yapısının aydınlatılması ve nicel saptama yapılması yapı-etki ilişkisinde önemlidir. Günümüzde hala birçok ilacın etki mekanizması tam olarak bilinmemekte, ortaya konabilmesi içinse farmasötik kimya kullanılan temel alanlardan birisidir.

İyonlaşma sabiti bir ilacın iyonlaşma davranışının belirlenmesini sağlayan fizikokimyasal parametredir. Bu çalışmada HPLC yöntemiyle, %12, %15 ve %18 asetonitril-su ortamında Metotreksat'ın yapısında bulunan pteridin halkası, karboksil grubu ve amin gruplarının iyonlaşma sabitleri bulunarak molekül yapılarıyla biyolojik etki arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan geniş literatür taramasında bu ilaçların iyonlaşma sabitleri tayinine rastlanmamıştır.

İyonlaşmanın belirlenmesinde potansiyometrik titrasyon, spektrofotometrik yöntemler, kapiller elektroforez ve sıvı kromatografik yöntemler kullanılır. HPLC yöntemi bütün analitik ayırma teknikleri arasında duyarlılığı, doğru kantitatif tayinlere kolaylıkla uyarlanabilir olması, uçucu olmayan veya sıcaklıkla kolayca bozunabilen türlerin ayrılmasına uygun olması ve hassas değerler sağlama dolayısıyla en çok tercih edilen yöntemdir.

Metotreksat'ın bağıl konsantrasyonları, pKa'ları ile ortamın pH'sına göre değişir. Metotreksat kimyasal anlamda zayıf bir dikarboksilik asittir. Ortamın pH'sı asidik ilaçların dissosiasyonunu etkileyen nedenlerdendir. Eğer ortam asidik ise asidik ilaçlar anyonik, bazik ise katyonik durumda olmaya yatkınlık gösterirler. İlaçların lipoid nitelikteki zarlardan geçişi ne kadar iyonize olduklarına bağlıdır, non-iyonize olanlar zarlardan kolay geçer ve oluşan yüksek konsantrasyon biyolojik etkinin artışı ile sonuçlanır. Bu nedenle bu ilaçların yüzde kaçının iyonize yüzde kaçının non-iyonize olduğunun hesaplanması gerekir.

Metotreksat midede iyonlaşmaya başlar. Ancak pKa'ları 2.869, 4.000 ve 5.931 olan fonksiyonel gruplarının düşük mide pH değerinde non-iyonize konsantrasyon oranların daha düşük olması, ince-kalın bağırsağa ulaştığı zaman plazmaya geçiş oranının daha az olmasına yol açacaktır. Oysa, mide pH'sı 1'den 8' lere ulaştırılırsa (H2 reseptör antagonistleri, proton pompası inhibitörleri gibi) fonksiyonel grupların iyonlaşması engellenerek non-iyonize konsantrasyon oranları artırılıp, emilim alanlarına daha yüksek konsantrasyonlara ulaşması, böylece de yüksek serum değerleri elde edilebilecektir.

Bu çalışma HPLC yöntemiyle kimyasal pKa değerlerini elde ettiğimiz Metotreksat'ın, oral yolla etkisinin artırılabilmesinin araştırılmasına yönelik, klinik çalışmalara temel teşkil edecek önemli bilgiler sağlama açısından değer taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, HPLC, metotreksat

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0089

PP-027

PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA NÖROLOJİK TUTULUM:5 OLGU**Atalay Doğru¹, Hüseyin Şencan², Hatice Değirmenci³, Serpil Demirci³, Hasan Rıfki Koyuncuoğlu³, Mehmet Şahin¹, Şevket Ercan Tunç¹**¹*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta*²*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta*³*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta*

Giriş: Primer sjogren sendromu (PSS) ekzokrin bezlerin kronik lenfositik ve plazma hücre infiltrasyonu ile giden sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Nörolojik tutulum %0-60 arasında değişmektedir. PSS'ye bağlı nörolojik tutulum periferik nöropati, otonom nöropati, merkezi sinir sistemi tutulumu şeklinde görülmektedir.

Olgu: Nörolojik şikayetlerle başvurup Sjogren sendromu tanısı konulan 3 hasta ve Primer Sjogren sendromu tanısı ile takipli nörolojik komplikasyonlar gelişen 2 hasta bildirilmiştir. Birinci hasta görme kaybı, sağ bacakta kuvvet kaybı ile başvurdu. Klinik, seroloji ve MR bulguları ile hastaya nöromyelitis optika(NMO) tanısı konuldu. Bu durum mevcut bulgularla Sjogren sendromunun nörolojik tutulumuna bağlandı. İkinci hasta, Sjogren sendromu nedeniyle 5 yıldır takipli yeni gelişen bulanık görme, sağ bacakta kuvvetsizlik, sol bacakta uyuşma şikayeti mevcut olan ve NMO tanısı konulan 48 yaşında erkek hastadır. Üçüncü hasta bilateral fasiyal paralizi, bulanık görme, ellerde-ayaklarda uyuşma şikayetleri ile başvurması sonrası Sjogren sendromu tanısı aldı ve kranial+periferik nöropati PSS ye bağlandı. Dördüncü hasta ise, 1 yıldır Sjogren sendromu nedeniyle takipli her iki elde hareket kısıtlılığı, uyuşma, sol bacakta kuvvet kaybı ile başvuran sensorimotor nöropati saptanan 34 yaşında bayan hastadır. Beşinci hasta sağ gözde tama yakın görme kaybı, sağ elde kuvvetsizlik,ateş şikayeti ile başvuran, sjögren sendromu tanısı konulan 64 yaşında bayan hastadır.

Tartışma: PSS ye bağlı gelişen nörolojik komplikasyonlar immün aracılı vaskülitte bağlıdır. Vasküler hasarda SS-A antijeninin rolü olduğu düşünülmektedir. PSS hastalarında ekzokrin tutulum şiddetinin nörolojik komplikasyonların varlığı ve şiddeti ile ilişkili olmaması nedeniyle SSS ve periferik sinir sistemi lezyonu olan atipik seyirli hastalarda PSS akılda bulundurulmalı ve hastalar bu açıdan araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, Nöromyelitis optika, nöropati

Tablo 1. Hastaların özellikleri

Geliş şikayeti	PSS tanı yaşı	Nörolojik tutulmuş yaşı	Nörolojik tutulmuş	Seroloji	Görüntüleme	Tedavi	Takip
1 Görme kaybı, sağ bacakta kuvvet kaybı	39	39	NMO	ANA granüller 2+, Anti SS-A 3+, Anti SS-B 3+, Anti NMO IgG + RF(-)	Torakal MR: C7-T3 arası demiyelinizan plak Kranial MR: normal Schirmer (+), biyopsi (+), Torakal MR: T1-7 heterojen kontrastlanan lezyon (demiyelinizasyon) Kranial MR: normal Schirmer (+), biyopsi (+)	1. atak IV MP 1 gr 3 gün + plazmaterez, 2. atak IV MP 1 gr 5 gün + Cyc 1 gr x6 + IVIG İdame: Aza + HCQ + MP	2009 tan ve 1. atak, 2012 2. atak, 2014: görme tama yakın normal, alt ekst motor 4/5, üst normal, duyu normal
2 Bulanık görme, sağ bacakta kuvvetsizlik, sol bacakta uyuşma	43	48	NMO	ANA granüller 2+, Anti SS-A 2+, NMO IgG + RF(-)	EMG: motor nöropati, Kranial MR: normal Schirmer pozitif, biyopsi pozitif	1. atak IV MP 1 gr 3 gün + Plazmaterez, 2. Atak IV MP 1 gr 3 gün + plazmaterez + Cyc 1 gr X6 İdame: MP + Aza	2007 Sjogren tanı, 2012 1. atak, 2013 2. atak 2014: görme normal, sağ alt ekst motor 3/5 destekli yürüyebiliyor, üriner inkontinans (+)
3 Bilateral fasiyal paralizi, bulanık görme, ellerde- ayaklarda uyuşma	33	33	Kranial + periferik nöropati	ANA granüller +, Anti SS-B +, RF(-),	EMG: motor nöropati, Kranial MR: normal Schirmer pozitif, biyopsi pozitif	IV MP 1 gr 3 gün + plazmaterez, İdame: MP + Aza + HCQ	2014 Atak, fasiyal paralizde tam düzleme, alt-üst ekst motor 5/5
4 Her iki elde hareket kısıtlılığı, uyuşma, sol bacakta kuvvet kaybı	33	34	Periferik sensörimotor polinöropati	ANA granüller 3+, Anti SS-A 3+, RF(+)	EMG: Sensörimotor nöropati, Kranial + vertebral MR: normal Schirmer pozitif, biyopsi pozitif,	IV MP 1 gr 5 gün + Cyc 1 gr + plazmaterez, - İdame: MP + HCQ-(plant: Cyc sonrası Aza)	2013 Sjogren tanı, 2014 Atak, Motor-duysal nöropatide belirgin düzleme, desteksiz yürüyebiliyor
5 Sağ gözde görme kaybı, sağ elde kuvvetsizlik, ateş	64	64	Optik nöropati + periferik polinöropati	ANA granüller 3+, Anti SS-A 3+ + RF(+)	Kranial MR: iskemik odaklar, EMG: polinöropati, radikülopati Schirmer pozitif, (biyopsi hasta izin vermediği için yapılmadı)	IV MP 1 gr 3 gün + Cyc 1 gr x6 + plazmaterez- İdame: MP + Aza + HCQ	Sağ üst ekst düşük el, sağ gözde bulanık görme, Ağustos 2014: aseptik menenjit nedeniyle yoğun bakım, sepsis exitus

PSS: Primer Sjogren sendromu, NMO: Nöromiyelitis Optikta (Devic hastalığı), RF: Romatoid Faktör, ANA: Anti nükleer antikor,
MP: Metilprednizolon, Aza: Azatoprin, HCQ: hidroksiklorokin, Cyc: siklofosfamid

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0092

PP-028

AIŞEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA BEYİN KAN AKIMINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Gözde Yıldırım Çetin¹, Uygur Utku², Nurhan Atilla³, Kadir Gışı⁴, Mehmet Sayarlıoğlu⁵

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji B.D.

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji B.D.

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji B.D., Samsun

Giriş: Günümüzde Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) ile kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Ancak AAA'nın beyin damar hastalıkları açısından bir risk faktörü olduğu net olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda AAA'nın beyin kan akım hızı üzerine etkilerini transkranial Doppler ultrasonografik (TCD) inceleme ile araştırdık.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz Dahiliye-Romatoloji bölümüne ardı-sıra başvuran 20-40 yaş arası, 30 AAA hastası ve aterosklerotik risk faktörü taşımayan kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. TCD; Nöroloji-Nörosonoloji bölümünce kör olarak, bilateral orta serebral arter (MCA) pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları, Gosling pulsatilite indeks değeri ve Pourcelot rezistans indeks değeri kaydedilerek yapıldı. Değerler birbirleri ile kıyaslandı.

Sonuçlar: Her grupta 30 kişi vardı. AAA hasta grubunda 26 kadın, 4 erkek vardı. Dolayısıyla kontrol grubu benzer seçildi. Yaş ortalaması AAA grubunda 34,7±5,9 iken kontrol grubunda 32,3±4,7 idi. TCD değerleri; AAA grubunda kontrol grubu ile kıyaslandığında pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tartışma: Son zamanlarda romatizmal hastalıklarda ateroskleroz gelişiminde sistemik inflamasyonun yeri tartışılmaktadır. Klinik inflamasyon nedeni AAA atakları buzdığın sadece görünen kısmıdır, inflamasyon AAA hastalarının % 30'unda ataksız geçen remiyon dönemlerinde varlığını korur. Subklinik inflamasyonun devam etmesi endotelial disfonksiyonu uyarır ve ateroskleroz, anemi, splenomegali, kemik mineral yoğunluğunda azalma, kalp hastalığı ve yaşamı tehdit eden sekonder sistemik amiloidoz gibi önemli komplikasyonların gelişme riskini artırır. Biz de çalışmamızda, AAA hastalığı ile ilişkili klinik ve subklinik inflamasyonun serebral kan akım parametreleri üzerine etkilerini araştırdık. AAA grubunda beyin kan akım hızlarının anlamlı derecede artmış olmasının altında yatan mekanizmanın subklinik aterosklerozdan kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Sonuç olarak; dirençli klinik ve subklinik inflamasyonun AAA hastalarında beyin kan akım hızının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, ateroskleroz, beyin kan akım hızı

Tablo 1. AAA grubunun TCD verilerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması.

	AAA grubu (ortalama ± SD)	Kontrol grubu (ortalama ± SD)	p
L-pik-sistolik KAH	143,3 ± 19,5	104,5 ± 13	<0,001
L-end-diyastolik KAH	56,4 ± 13,5	38,4 ± 6,2	<0,001
L-ortalama KAH	90,9 ± 13,8	61,8 ± 8,2	<0,001
L-PI	0,85 ± 0,07	0,9 ± 0,09	0,02
L-RI	0,59 ± 0,03	0,6 ± 0,05	0,57
R-pik-sistolik KAH	145,2 ± 22,3	103,5 ± 17,05	<0,001
R-end-diyastolik KAH	59,5 ± 13	36,7 ± 12,36	<0,001
R-ortalama KAH	90,7 ± 15,47	63,2 ± 10,5	<0,001
R-PI	0,8 ± 0,08	0,85 ± 0,09	0,89
R-RI	0,56 ± 0,04	0,63 ± 0,06	0,29

*L: sol, R: sağ, PI: pulsatilete indeks, RI: rezistans indeks, KAH: kan akım hızı

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0093

PP-029

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS HASTALARINDA 24 SAATLİK HOLTER BULGULARI İLE HASTALIK AKTİVİTESİ, ADMA VE İNFLAMATUVAR PARAMETRELER (TNF- A, IL-10, NEOPTERİN) ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tarık Demir, Sema Yılmaz, Ahmet Avcı, Ali Ünlü, Kenan Demir

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Nabız dalga hızının (NDH) ve augmentasyon indeksinin (AIX), toplumun farklı kesimlerinde erken dönem ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıklar ile bir ilişkisi olduğu daha önce gösterilmiştir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında artmış arteriyel sertlik ve endotel disfonksiyonu erken ateroskleroz gelişimine neden olabilir. Arteriyel sertlik ve endotel fonksiyonu hakkındaki veriler, inflamatuvar romatizmal hastalıklarda henüz net tanımlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı; önemli organ hasarı olmayan genç SLE'li kadınlarda nabız dalga hızı ve augmentasyon indeksi ile hastalık aktivitesi, ADMA ve inflamatuvar parametreler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: 18-65 yaş arasında SLE tanılı 57 kadın ve sağlıklı 31 kadın bu çalışmaya dahil edildi ve her iki grup arasında yaş, kilo, bel çevresi, vücut kitle indeksi (VKİ), serum lipid profili ve kreatinin düzeyleri bakımından anlamlı fark yoktu. Holter tansiyon cihazı ile nabız dalga hızı ve augmentasyon indeksi ölçüldü.

Bulgular: SLE'li kadınlarda, NDH anlamlı yüksekti, AIX kontrollerden farklı değildi. Lineer kademeli çoklu regresyon analizinde hastalar ve kontrollerin nabız dalga hızı; yaş (p=0.001), bel çevresi (0.003), LDL (p=0.018), ADMA (p=0.042) ile ilişkili olduğu tespit edildi. Sadece SLE hastaları incelendiğinde nabız dalga hızı beklenen parametrelerin herhangi biri ile ilişkili değildi; (SLEDAI(p=0.400), ADMA(p=0.361), TNF-α(p=0.893), IL-10(p=0.686), neopterin(p=0.444)). NDH'nin

OAB(p=0.001), yaş(p=0.001), hastalık süresi(p=0.001) ve steroid kullanımı(p=0.014) ile ilişkili bulundu.

Sonuçlar: Çalışmamızda ortalama kan basıncının kontrol edilmesinin ve uygun endikasyonlarda düşük doz steroid kullanımının SLE hastalarında erken ateroskleroz gelişimini yavaşlatabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: arteriyel sertlik, sistemik lupus eritematozus

Spondiloartropatiler

Abstract:0094

PP-030

İSOTRETİNOİN VE SPONDİLARTROPATİ İLİŞKİSİ: PROSPEKTİF GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA

Samet Alkan¹, Nuriye Kayıran², Orhan Zengin³, Ali Kalem¹, Gezmiş Kimyon³, Emine Özkul Kılınç², Yavuz Pehlivan³, Necmettin Kırtak², Ahmet Mesut Onat³, Bünyamin Kısacık³

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

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Akne vulgaris etyolojisi multifaktöriyel olan derinin Pilosebace biriminin kronik iltihabi bir hastalığıdır. Tedavisinde topikal tedavi başlangıç tedavisidir. Şiddetli ve tedaviye dirençli akne ise bir sistemik retinoid olan isotretinoin etkin bir tedavi seçeneğidir. İsoetretinoin sakroileit ve inflamatuvar bel ağrısı gibi romatolojik bulgulara neden olabilmektedir. Biz bu prospektif, gözlemsel çalışmada akne tedavisi için sistemik tedavi (isotretinoin ve tetrasiklin) başlanan hastaların romatolojik semptomlar açısından takip sonuçlarını sunmayı amaçladık. 2011 yılı içerisinde akne tedavisi alınmasına karar verilen hastalardan 45 hastaya isotretinoin ve 32 hastaya tetrasiklin başlandı. Hastalar tedavi öncesi, yakınma olduğu anda ve tedavi sonrası 3. ve 6. ayda romatolojik semptomlar, romatolojik muayene, Sedimentasyon Hızı, C-Reaktif Protein, ve Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity (BASDAI) skorlaması ile değerlendirildi. İsoetretinoin grubunda 3 hastada tek taraflı aşıl entezopati, 1 hastada hem aşıl entezopati hem de tek taraflı sakroileit, 6 hastada inflamatuvar bel ağrısı gelişirken, tetrasiklin grubunda herhangi bir romatolojik semptom görülmedi. Sonuç olarak isotretinoin kullanan hastaların %23.1 kadarında spondilartropati (SPA) bulguları tesbit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İsoetretinoin, Spondilartropati

Tablo 1. Çalışma gruplarının laboratuvar bulguları

	İsoetretinoin n=42 Mean ± SD	Tetrasiklin n=32 Mean ± SD	p
Başlangıç CRP	3.1 ± 0.4	2.9 ± 0.5	0.095
Başlangıç ESR	8.9 ± 6.3	6.9 ± 5.4	0.177
Başlangıç BASDAI	0.6 ± 1	0.7 ± 1	0.793
3. Ay CRP	2.9 ± 0.9	2.8 ± 0.3	0.782
3. Ay ESR	12.3 ± 10	6.1 ± 4.7	0.127
3. Ay BASDAI	1.76 ± 2.2	0.5 ± 0.7	0.005

CRP: C reaktif protein, BASDAI: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı

Romatoid Artrit

Abstract:0095

PP-031

ANTI-TNF TEDAVİ ALAN ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA ANTI-CCP VE RF'NİN TEDAVİYE YANITTAKI ÖNGÖRÜ DEĞERİ**Erman Özdemir¹, Pınar Kutlutürk Özdemir², Erdoğan Özdemir³**¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğt. ve Arşt. Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğt. ve Arşt. Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Romatoid Artritin (RA) patogeneğinde inflamatuvar sitokinlerin öneminin anlaşılması yeni tedavi yöntemlerinin de keşfine yol açmıştır. Anti-TNF alfa ilaçlarla RA'nın tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Birçok hastada yüzgüldürücü sonuçlar alınırken maalesef tüm hastalarda istenilen yanıt alınmamaktadır. Tedaviye yanıtta farklılık, Anti-TNF ajanların maliyeti ve yan etki potansiyeli nedeniyle bu ajanlardan en iyi yanıtı alabilecek hastaları önceden belirleyebilmek amacıyla bu çalışmada RF ve Anti-CCP'nin tedaviye yanıtta öngörü değeri araştırılmıştır.

Yöntem: Anti-TNF tedavi alan Romatoid Artrit tanılı 80 hasta 3 gruba ayrıldı. Sadece RF pozitif hastalar 1. grup (n=27), sadece anti-CCP pozitif hastalar 2. grup (n=27) ve seronegatif hastalar 3. grubu (n=26) oluşturdu. anti-TNF ajanla (etanersept, adalimumab, infliksimab) tedavinin 12. ayında tedaviye yanıt değerlendirildi. Tedaviye alınan yanıt; Sedimantasyon (ESH), CRP ölçümü ve DAS28 hesaplanması ile değerlendirildi.

Sonuç: Anti-TNF tedavisinin 12. ayındaki ESH, CRP ve DAS28 parametreleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında ESH, CRP ve DAS28 parametreleri bakımından anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0.587, p=0.767, p=0.999) (Tablo 1).

Tartışma: Anti-CCP ve RF pozitifliğinin anti-TNF tedaviye alınan yanıt üzerine olumlu yada olumsuz herhangi bir etkisinin olmadığı anlaşılmaktadır ancak kesin sonuç için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Anti-TNF

Tablo 1.

	grup 1	grup 2	grup 3	p
ESH	22,37 ± 7,40	22,37 ± 4,84	23,69 ± 5,73	0,587
CRP	8,41 ± 3,77	8,37 ± 2,66	9 ± 5,22	0,767
DAS28	3,37 ± 0,63	3,37 ± 0,72	3,39 ± 0,47	0,999

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0096

PP-032

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI İLE KAWASAKI HASTALIĞINDA KARDİYAK TUTULUM ÖN GÖRÜLEBİLİR Mİ?**Özge Altuğ Gücenmez¹, Balahan Makay¹, Mustafa Kır², Nurettin Ünal², Şevket Erbil Ünsal¹**¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Kawasaki hastalığı (KH) tedavi edilmeyen vakaların 1/3'ünde koroner arter lezyonların (KAL) geliştiği akut ve kendini sınırlayan bir vaskülitir. Bazı araştırmalarda KAL riski olan Kawasaki hastalarını öngörebilecek potansiyel biyobelirteçler gösterilmişse de, yararlı tek bir belirteç bulunmamaktadır. Kan nötrofil/lenfosit oranı (NLO) pek çok inflamatuvar hastalıkta klinik gidişin yararlı bir belirteci olarak tanımlanır.

Amaç: Kawasaki hastalarında NLO değerlendirmesi ve KH ile koroner arter tutulumu ilişkisini araştırmak

Hastalar ve Yöntemler: 2004-2014 yılları arasında tek bir merkezde, KH tanısı konulan hastaların dosyaları retrospektif olarak analiz edildi. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri değerlendirildi.

Bulgular: Altmış hasta değerlendirildi. Erkek-kız oranı 1.8:1 idi. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 45±29 ay idi (min:3 max: 120 ay). Tanı sırasında hastalığın ortalama süresi 8.2±4.6 gündü. Tüm hastalarda tanı kriterlerinin sıklığı şu şekildeydi: Beş günden fazla ateşi olan hastalar %97; oral mukoza değişiklikleri %83; konjonktivit %78; döküntü %73; ekstremitte değişiklikleri %60 ve lenfadenopati %51. Yirmi üç hastada (%38) KAL olduğu görüldü. Kawasaki hastalığı için kriterlerin sıklığı, KAL olan ve olmayan hastalarda benzerdi. Ateşin süresi ve trombosit sayıları KAL olan hastalarda anlamlı olarak yüksek (sırasıyla, p=0.004 ve p=0.007) ve hastalık başlangıç yaşı KAL olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha erkendi (p=0.05). Kan nötrofil/lenfosit oranı KAL olan ve olmayan hastalar arasında benzerdi (p=0.82). Ayrıca, ortalama trombosit hacmi, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, serum sodyum, serum albümin ve C-reaktif protein düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla, p=0.79, p=0.16, p=0.18, p=0.51, p=0.86 ve p=0.26).

Sonuç: Koroner arter lezyonu olan Kawasaki hastalarının daha genç yaşta oluşu, trombosit sayısındaki belirgin artış ve uzun süreli ateş önceki literatürlerle uyumludur. Yapılan bu çalışmanın sonuçları, kan nötrofil/lenfosit oranının KAL oluşumunu öngörebilecek bir belirteç olmadığını düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, Nötrofil/lenfosit oranı

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0097

PP-033

GENÇ, ERKEK HASTALARDA VASKÜLER TUTULUM GELİŞTİRME RİSKİNİN PROSPEKTİF İZLEMİ**Fatma Alibaz Öner¹, Emrah Karatay³, Belgin Aldağ², İhsan Nuri Akpınar³, Tülin Ergun⁴, Haner Direskeneli²**¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş: Vasküler tutulum, Behçet Hastalığında (BH) mortalite ve morbiditenin temel nedenlerindedir. Bu açıdan yüksek riskli grubu oluşturan genç, erkek hastalarda prospektif olarak vasküler tutulumun seyirini, öngördürücülerini ve endotel disfonksiyonunu araştıran çalışma yoktur. Çalışmamızda major organ tutulumu olmayan erkek Behçetlilerde vasküler tutulum geliştirme riskinin prospektif izlenmesi amaçlanmıştır. Subklinik vasküler tutulumun, endotel fonksiyonlarının, endotel disfonksiyonu belirteçleri olan ADMA (Asimetrik Dimetil-Arginin), VWF (Von Willebrand faktör) ve E-selektin düzeylerinin değerlendirilmesi ve vasküler tutulumla ilişkisinin araştırılması da amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, Major organ tutulumu olmayan 36 erkek BH (ortalama yaş:29.4±5.1 yıl, 35 erkek Ankilozan spondilit (ortalama yaş:31.1±5.9 yıl) hastası ve 36 erkek sağlıklı kontrol (ortalama yaş:28.4±3.6) alınmıştır. Tüm gruba bazal değerlendirmede, BH grubuna ayrıca 1. yıl takip vizitinde; bilateral alt-üst ekstremitte venöz dopler ultrasonografi, endotel fonksiyonları için brakiyal ve karotid arter ultrasonografisi yapılarak ADMA, E-selektin, VWF düzeyi için serumlar ayrılmıştır.

Bulgular: Ortalama hastalık süresi 3.3±2.7 yıl, ortalama takip süresi 22.6 aydır. BH gurubunda, sağlıklı kontrol(SK) gurubuna kıyasla daha yüksek oranda asemptomatik venöz yetmezlik saptanmıştır (BH vs SK;30.5%vs0%). Takipte hastaların %22'sinde (n=8) immunsupresif(IS) tedavi ihtiyacı gelişmiştir. IS başlanma nedeni 4 (%11) hastada major organ tutulumu(3 vasküler,1 göz), 4 (%11) hastada dirençli mukokutanöz semptomlar idi. Endotelial disfonksiyonu gösteren ABD(Akıma bağlı dilatasyon) BH'da sağlıklı kontrollere benzer; karotid intima mediya kalınlığı(KIMK) ise anlamlı derecede yüksek idi(0.54 mm vs 0.47 mm). Birinci yıl takip vizitinde BH'larında endotelial fonksiyonlarda ve KIMK'da anlamlı düzelme saptanmıştır (ABD için, bazal vs takip:6.8±4 vs 10.9±4.5,p=0.003;KIMK için, 0.55±0.13 vs 0.47±0.1,p=0.004). Takipte IS ihtiyacı gelişen hastaların bazal ABD değerleri gelişmeyenlere kıyasla anlamlı olarak düşüktü (4.4 vs 8.5,p=0.005). Serum ADMA ve E-selektin düzeyleri, BH gurubunda sağlıklılara benzer saptanırken, VWF düzeyi anlamlı derecede yüksek idi (BH vs SK, 5961±4946 vs 3878±2637, p<0.05).

Sonuç: Uzun süreli prospektif takip planladığımız çalışmamızın erken dönem sonuçlarında, genç, erkek Behçet hastalarında takip süresince gelişen vasküler tutulum oranı literatürdeki bildirilenden daha düşüktür. Takip süresince gelişen IS ihtiyacının yarısının nedenini dirençli mukokutanöz semptomlar, diğer yarısını ise major organ tutulumu oluşturmuştur. Bu sonuçlar refrakter mukokutanöz tutulumun da takipte önemli bir problem olduğunu göstermektedir. BH'da endotel disfonksiyonu saptanması da, takipte IS ihtiyacı gelişen hastaların bazal ABD değerinin,

gelişmeyenlerden anlamlı olarak düşük olması; uzun dönem takipte, ABD'nin ciddi ve refrakter hastalık için bir "öngörü" sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, vasküler tutulum

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0098

PP-034

TAKAYASU ARTERİTLİ HASTALARDA SERUM SİTOKİN PROFİLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Fatma Alibaz Öner¹, Sibel Penbe Ventür², Güher Saruhan Direskeneli², Haner Direskeneli³**¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı

Giriş: Takayasu arteritli (TAK) hastaların takibinde, en önemli klinik zorluklardan birisi hastalık aktivitesinin değerlendirilmesidir. Bu çalışmada TAK'li hastalarda hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde olası biyobelirteç olabilecek, serum interlekin (IL)-6, IL-8, IL-10, IL-18, IL-23 ve granülosit-makrofaj koloni stimulan faktör (GM-CSF) düzeylerinin ve bunların aktiviteyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 1990 American College of Rheumatology kriterlerini karşılayan 51 TAK'li hasta (ortalama yaş:40.6±12.2 yıl, kadın/erkek: 45/6) ve yaş-cinsiyet eşleştirilmiş 42 sağlıklı kontrol(SK) (ortalama yaş:38.1±7.4 yıl,kadın/erkek:38/4) dahil edilmiştir. Tüm hastalar, bazal değerlendirme ve 3-6 aylık takip vizitinde; aktivite açısından doktor global değerlendirmesi (PGA) ve ITAS2010(Indian Takayasu Clinical Activity Score) aktivite değerlendirme ölçeği ile değerlendirilerek serum örnekleri ayrılmıştır. Serum IL-6,IL-8,IL-10,IL-18,IL-23 ve GM-CSF düzeylerinin değerlendirilmesinde hazır ticari ELISA(enzyme linked immuno-sorbent assay) kitleri kullanıldı.

Bulgular: Bazal değerlendirmede, PGA'ya göre 21(%42) hasta, ITAS2010'a göre 8 (%15.7) hastada, hastalık aktif olarak değerlendirildi. Serum IL-6, IL-8 and IL-18 seviyeleri SK gurubuna kıyasla TAK'li hastalarda anlamlı derecede yüksek saptandı. Serum GM-CSF, IL-10 ve IL-23 seviyeleri TAK'li hastalarda kontrollerle benzer bulundu (Tablo 1). Takip vizitinde aktif hasta oranı, PGA'ya göre %19.6'ya, ITAS2010'a göre %5.9'a düştü. Bazal ve takip viziti ölçümleri kıyaslandığında, IL-8 seviyesi takip vizitinde anlamlı derecede düşük saptandı (bazal vs. takip: 49.4±189.5(0-1349) vs. 20.5±67.8(0-454),p=0.017). Takip vizitinde serum IL-23 seviyesi bazal değerlendirmeye kıyasla anlamlı derecede artmış bulundu (20.1±45.2(0-215) vs 51.8±66.5(0-227),p=0.004). IL-18,C-reaktif protein düzeyiyle korelasyon gösteren tek sitokin olarak saptandı (r=0.521,p<0.001). Sitokin düzeyleri ile hastalık aktivitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Aktif ve inaktif hastalar (PGA'ya göre) arasında sitokin düzeylerinin kıyaslanması için, bazal ve takip vizitleri ortak havuzda birleştirilerek tekrar analiz edildi. Ancak remisyonu predikte edebilecek sitokin düzeylerinde anlamlı bir düşme saptanmadı. İlginç olarak IL-8, IL-10 ve IL-23 inaktif hastalarda daha yüksek bulundu. Analiz ITAS2010 aktivitesine göre yapıldığında, IL-18 düzeyi aktif hastalarda daha yüksek bulundu (397.4±320 vs 253±83, p= 0.031).

Sonuç: Bu çalışmada, TAK'li hastalarda serum IL-6, IL-8 ve IL-18 seviyeleri SK'lere kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sonuçlar, bu sitokinlerin hastalık patogenezinde rolü olabileceğini düşündürmektedir. Ancak araştırılan sitokinlerin, hastalık aktivitesi değerlendirmesinde, biyobelirteç olarak kullanılmasını destekleyecek, sitokin-aktivite ilişkisi saptanmamıştır. Sonuçlar, refrakter TAK'li hastalarda IL-8 and IL-18 blokajının alternatif bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu Arteriti, sitokin

Tablo 1. Takayasu Arterit'li hastaların ve sağlıklı kontrollerin sitokin düzeyleri

	Takayasu Arteriti (n=51)	Sağlıklı Kontroller (n=42)	P değeri
GM-CSF (pg/ml)	7.9±27 (0-181)	4.7±16.8 (0-96)	0.088
IL-6 (pg/ml)	194.7±485 (0-2555)	64.3±156.8 (0-748)	0.036
IL-8 (pg/ml)	49.4±189 (0-1349)	8.4±23.8 (0-97)	<0.001
IL-10 (pg/ml)	57.5±243 (0-1735)	137.8±432.5 (0-2451)	0.144
IL-18 (ng/ml)	535.1±252	268.8±216.2	<0.001
IL-23 (pg/ml)	20.2±45 (0-215)	63.9±195.2 (0-1254)	0.136

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0101

PP-035

BEHÇET HASTALIĞINA BAĞLI BUDD-CHIARI SENDROMU GELİŞEN HASTALARIN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Döndü Üsküdar Cansu¹, Timuçin Kaşifoğlu¹, Adem Ertürk¹, Tuncer Temel², Berat Acu³, Cengiz Korkmaz¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Romatoloji

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Gastroenteroloji

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji

Behcet hastalığı (BH) multisistemik, değişik çapta ven ve arteri etki-leyebilen, trombozla seyredilen sistemik bir hastalıktır. Budd-Chiari sendromu (BCS) ise hepatic venöz çıkış akımının tıkanması ile oluşan nadir bir klinik tablodur. BH seyrinde de BCS görülebilir ve prognoz genellikle kötüdür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada BCS'nun 3. en sık nedenin BH (%9) olduğu saptanmıştır. Burada BH'na bağlı BCS gelişen hastalarımızın uzun dönem sonuçlarını paylaşıyoruz.

Sonuçlar: BH'na bağlı BCS gelişen hastaların 5'i de erkek idi. Yaşları 23-54 arasında, BH süresi 1 yıl ile 24 yıl arasında, BH ile BCS gelişimi arasındaki süre 1 yıl ile 8 yıl arasında değişmekteydi. BCS gelişme yaşı ortalama 26±6.85 idi. 2 hastada BH tanısı BCS ile eş zamanlı konuldu. Tüm hastalar BCS'nun klasik bulguları olan hepatomegali, karın ağrısı, asit ile başvurdu. Hastalar trombofilik tetkikler açısından da değerlendirildi. Hastalar vasküler tutulum tipleri açısından değerlendirildiğinde 2 olguda 3 hepatic ven (HV)+vena kava inferior (VKİ) tıkanıklığı, diğer 2 olguda 2 HV+VKİ tıkanıklığı ve 1 olguda ise 1 HV+VKİ tıkanıklığı saptandı.

Hastalar sağkalım açısından değerlendirildiğinde 1 hasta akut dönemde eksitus oldu. Diğer 4 hasta ise hayatta idi. Hastaların yaşam süresi 4-16 yıl arasında değişiyordu 3 hastanın 2'sinde karaciğerde çoklu kitleler saptanırken 5. hastanın uzun dönem değerlendirilmesinde karaciğer parankimi heterojen ve irregüleydi.

Karaciğerde kitle saptanan hastalara yapılan kitle biyopsileri sonucu 3. olgu büyük rejenerasyon nodülü olarak raporlanırken 4. olgunun biyopsisinde siroz saptandı (Tablo 1'de BCS olan BH'larının uzun dönem sonuçları ve vasküler tutulum yerleri verilmiştir).

Tablo 1. BH'na bağlı BCS gelişen hastaların vasküler tutulum özellikleri ve uzun dönem sonuçları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5
BCS tanı yaşı	23	38	23	21	25
BH süresi	1	24	14	14	9
BH'nın kaçınıcı yılında BCS geliştiği	1. yıl	8. yıl	3. yıl	2. yıl	5. yıl
BCS na neden olan vasküler tutulumlar	3HV/VKİ	1HV/VKİ	2HV/VKİ	2HV/VKİ	3HV/VKİ
PV tutulum varlığı	PV tıkalı	PV açık	PV açık	PV açık	PV açık
BCS tanısı sonrası yaşam süresi	1 ay	16 yıl	11 yıl	10 yıl	4 yıl
BCS komplikasyonu	Akut dönemde	Takip dışı	-/-	+/+	-/-
Siroz/HEP/Varis	eksitus				
BCS Uzun dönem komplikasyon	Akut dönemde eksitus	Hayatta (takip dışı)	Karaciğerde multipl kitleler (biyopsi: large rejeneratif nodül), hayatta	Karaciğerde multipl kitleler (rejenerasyon heterojen nodülleri; biyopsi: siroz) hayatta	Karaciğer parankimi heterojen, hafif, irregüle, hayatta

Tartışma: Sonuç olarak BH seyrinde önemli vasküler tutulum tiplerinden biri olan HV ve VKİ tutulumu sonucu BCS görülebilir. Literatürde BCS sonrası sağkalım süresine en önemli katkının portal ven trombozu olduğu son dönemdeki yayınlarda gösterilmektedir. Sayı az olmakla birlikte hastalarımızın verileri de bu görüşü desteklemektedir. Ancak bu durumda da uzun dönem sağkalım varlığında BCS'na bağlı nodüller veya hepatosellüler karsinom riski ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle BH'na bağlı BCS gelişen hastalarda sağkalım ölçütü açısından portal ven trombozu da dikkate alınmalı ve hastalar karaciğer kitle lezyonları ve/veya siroz açısından aralıklı olarak takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Behcet Hastalığı, Budd-Chiari sendromu

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0102

PP-036

İZOLE SPLENİK ARTER VASKÜLİTİ: SPONTAN SPLENİK ARTER RÜPTÜRÜ İLE SONUÇLANAN, FATAL SEYREDEN BİR VASKÜLİT OLGUSU

Döndü Üsküdar Cansu¹, Tuncer Temel², Timuçin Kaşifoğlu¹, Berat Acu³, Cengiz Korkmaz¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Romatoloji

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Gastroenteroloji

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji

Splenik infarkt nadir görülen bir dalak patolojisidir. Splenik infarkt nedenleri arasında hematolojik, vasküler hastalıklar, anatomik ve enfeksiyöz nedenler gelir. Burada akut batın tablosuyla başvuran, vaskülitte bağlı splenik infarkt gelişen ve ardından splenik arter rüptürü gelişen bir hasta sunulacaktır.

Olgu: 38 yaşında bayan hasta. 5 gündür sol üst kadranda olan bıçak saplanır tarzda ağrı nedeniyle acil servise başvurdu. Ateş, travma öyküsü, hemoptizi, hematüri, kanlı burun akıntısı, daha önceye ait tromboz öyküsü tariflemiyordu. 4 yıldır hipertansiyonu vardı. Fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet vardı. Nabızları alınıyor, üfürümü yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı: 66 mm/saat, CRP: 12.5 mg/dl idi. Abdominopelvik CT de dalak anteriorunda ve orta kesimde boyutları yaklaşık 4x4 cm olan düzensiz sınırlı segmental hipodens alan (dalak infarktı) ve komşuluğunda çölyak trunkus düzeyinde duvar kalınlığında artış izlendi (şekil 1). Vaskülit ön tanısı ile yapılan anjiyografide arkus aorta ve dalları, renal arterler normal saptanırken splenik arterin abdominal aortadan direkt olarak orjin aldığı ve seyri boyunca ektazik, kontur düzensizliği olduğu (anevrizma olmadığı özellikle vurgulandı) ve intraluminal trombus saptandı. Diğer tetkiklerinde ANA, ANCA, brucella negatif, trombofilik tetkikler negatifti. Anjiyografi orta çaplı damar vaskülitini destekliyordu. Karın ağrısı semptomatik tedavi sonrası gerileyen, akut fazı gerileyen hastaya 1 mg/kg dan steroid ve DMAH eşliğinde warfarin başlandı. Takiplerinde akut faz yanıtının tamamen düzeldiği görüldü. Tedavinin 1. ayında hastanın karın ağrısı ve senkop nedeni ile acil servise başvurduğu öğrenildi. Acil servis ekibi tarafından aort anevrizması düşünülerek çekilen CT'de dalakta izlenen infarkt alanı benzerdi. Ancak splenik arter orta kesim komşuluğunda kontrast maddenin damar dışına ekstravazasyonu izlendi. Splenik arter rüptürü olarak değerlendirilip acil operasyona alındı. Batın içinde yaygın hemoraji, splenik arterin rüptüre olduğu gözlenip splenektomi ve parsiyel pankreotektomi yapıldı. Ancak hasta operasyon sonrası hipotansif seyretti ve hemorajik şok nedeniyle ex oldu. Dalak infarktı nadir görülen bir durumdur ve vaskülit nadir nedenlerden biridir. Literatürde splenik infarkta neden olan vaskülitler olarak poliarteritis nodosa ve Wegener granulamatozu ile ilgili olgu bildirimleri mevcuttur. Visseral arter anevrizmalarının en sık görüleni splenik arter anevrizmaları (SAA)'dır. SAA rüptürü nadirdir fakat mortalite oranı oldukça yüksektir. Olgumuzda yapılan anjiyografide splenik arter ektazik olarak saptanmış ve görünüm vaskülit olarak yorumlanmıştır. Anevrizmatik olmadığından cerrahi müdahale düşünülmemiştir. Romatoloji pratiğinde dalak infarktının ayırıcı tanısında vaskülit düşünülmesi gerektiğinde anjiyografi ile tanı desteklenmeli ve visseral arter tutulumlarının mortal seyredebileceği göz önüne alınarak immunsupresif tedavi veya cerrahi tedavi açısından hasta değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Splenik arter, vaskülit



Şekil 1. Dalak anteriorunda ve orta kesimde yaklaşık 4x4 cm düzensiz sınırlı infarkt alanı, splenik arter duvarı kalın

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0104

PP-037

ORGANİZE PNÖMONİ SİSTEMİK BAŞLANGIÇLI JUVENİL İDİOPATİK ARTRİTİN BULGULARINDAN BİRİ OLABİLİR!

Kübra Öztürk¹, Vonca Anık², A. Kadir Babaoğlu³, Zela Ekinci¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Sistemik Başlangıçlı Juvenil İdiyopatik Artrit (SbJIA); aralıklı ateş, artrit ve ortaya çıkıp kaybolan tipik döküntüsü ile tanılabilen bir JIA alt grubudur. SbJIA olgularında plevral ve perikardiyal effüzyon beklenen bir bulgudur. Organize pnömoni (OP) ise Erişkin başlangıçlı Still Hastalığında (EbSH) nadiren görülen bir durum olarak rapor edilmektedir. Bu raporda uzun süre pnömoni nedeniyle tedavi edilen ve tedaviye yanıt alınmadığı için araştırılan, izlemde SbJIA tanısı alan iki olgumuz sunulacaktır.

Sekiz (Olgu 1) ve 16 (Olgu 2) yaşlarında iki erkek hasta ateş ve solunum sistemi ile ilişkili yakınmalarla başvurdu. Fizik muayenelerinde genel durumları orta, 38 °C nin üzerinde ateşleri ve takipneleri vardı. Birinci olguda sağ arka servikal bölgede 1 x 1 cm boyutunda lenf nodu vardı. Dinlemekle sol alt lobda solunum sesleri azalmış ve ral duyulmakta idi. İkinci olguda ise dinlemekle kalp sesleri derinden geliyordu, 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm ve frotman duyulmaktaydı. Dinlemekle bilateral akciğer sesleri azalmıştı ve yer yer ral duyulmakta idi. Karaciğer kot altında 2 cm ele gelmekteydi.

Laboratuvar tetkiklerinde her iki olguda da lökositoz, hafif anemi, trombositoz, eritrosit çökme hızında ve c reaktif protein düzeyinde artış tespit edildi. Olguların laboratuvar bulguları tabloda gösterilmektedir. Her iki olgunun da PA akciğer grafilerinde infiltrasyon tespit edildi. Ekokardiyografide plevral ve perikardiyal effüzyonları mevcuttu. Her iki hasta da pnömoni tanısı ile uygun doz ve süre antibiyotik tedavisi aldı. Takiplerinde ateş ve solunum sistemi şikâyetleri düzelmeyen hastaların tedavileri daha etkili antibiyotiklerle değiştirildi. Tedavilerinin 10. gününde şikâyetleri devam eden hastalara bilgisayarlı tomografi çekildi. Her iki hastada lezyon yerleri farklı olmak üzere içinde hava bronkogramları olan yamalı alveolar infiltrasyon alanları ve buzlu cam görünümü izlendi. OP ile uyumlu olarak değerlendirildi. İzlemde ateş sırasında vücutta ortaya çıkıp kaybolan makülopapüler döküntüler fark edildi. Tüm bu bulgularla hastalara SbJIA tanısı konuldu. Birinci hastaya intravenöz metilprednisolon 30 mg/kg/gün ve metotreksat 15 mg/m²/hafta, 2. hastaya prednisolon 2 mg/kg/gün ve metotreksat 15 mg/m²/hafta tedavileri başlandı. Ateşleri dramatik olarak düştü, döküntüler kayboldu, dinleme bulguları düzeldi. Hastalar taburcu edilerek poliklinik takibine alındı. Takiplerinde herhangi bir nüks gözlenmedi.

SbJIA, klinik ve laboratuvar kriterler yardımı ile tanı konulabilen, özgün tanı koydurucu tetkiki olmayan bir hastalıktır. Bu nedenle hastalar uzun süre enfeksiyon hastalıkları düşünülerek antibiyotiklerle tedavi edilebilmektedir. OP, EbSH' da birkaç olguda hastalığın seyri sırasında rapor edilmiştir. SbJIA' da üstelik de hastalığın başlangıcında OP ile bildirilmiş olguya rastlanmamıştır.

Bu bağlamda bu iki olgu OP'nin, SbjIA'nın başlangıç bulguları arasında olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: organize pnömoni, SbjIA

Tablo 1. Hastaların laboratuvar bulguları

	Beyaz Küre	Hemoglobin	Trombosit	C reaktif protein	Eritrosit çökme hızı
Olgu 1	20600/mm ³	10,3 g/dl	417000/mm ³	29,2 mg/dl	111 mm/saat
Olgu 2	18290/mm ³	10,5 g/dl	600000/mm ³	10,1 mg/dl	45 mm/saat

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0105

PP-038

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA BİR "IMAM" OLGUSU

Kübra Öztürk¹, Yonca Anık², Neşe Ergül³, Zelaya Ekinci¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

³Kocaeli Üniversitesi Çocuk Sağ. ve Hast. Anabilim Dalı

"Inflammatory myopathy with abundant macrophages (IMAM)", inflamatuvar miyopatiler içinde yeni tanımlanmış ve oldukça nadir görülen bir hastalıktır. IMAM, kas ve fasyanın makrofajlar ile yoğun infiltrasyonu ve kas hasarı ile karakterize bir hastalıktır. Etyolojisi ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ağır formları, makrofaj aktivasyon sendromuna (MAS) neden olabilmektedir. Bu raporda MAS tablosu ile gelen ve miyozit nedeni ile dikkati çekip IMAM tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

On bir yaşında kız hasta ateş, bacaklarında şişlik ve vücutta döküntü şikayeti ile başvurdu. Başvuru anındaki fizik muayenesinde genel durumu orta, düşkün görünümde idi. Ateş 38,4°C, tüm vücutta yaygın makülopapüler döküntüler vardı. Sağ bacakta daha belirgin olmak üzere her iki bacak şiş, sıcak ve ağrılı idi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 3300/mm³, hemoglobin 13 g/dl, trombosit 120000/mm³, alanin aminotransferaz 77 U/L, aspartat aminotransferaz 194 U/L, laktat dehidrogenaz 937 U/L, C reaktif protein 10,8 mg/dl, eritrosit çökme hızı 2 mm/saat, fibrinojen 1,44 g/L, ferritin 3414 ng/ml, trigliserit 447 mg/dl saptandı. Hastanın mevcut fizik muayene ve laboratuvar bulgularıyla MAS ön tanısı ile kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Normoselüler kemik iliği, çok sayıda hemofagositoz yapmış makrofajlar görüldü. Hastanın hem kan hem de kemik iliğinden gönderilen kültürlerinde üreme olmadı. EBV IgM, CMV IgM ve Parvo IgM negatif tespit edildi. Hastanın mevcut bacak ağrısı ve ödemi nedeniyle bakılan kreatinin fosfokinaz 1021 U/L (90-200 U/L) saptandı. MAS tanısıyla acilen 30 mg/kg intravenöz Metilprednisolon (MP) başlandı. MAS ve miyozit birlikteliği ayırıcı tanısı nedeniyle yapılan literatür aramasında IMAM tanısına ulaşılarak tedavinin 3. gününde hastaya bilateral alt ekstremitelere manyetik rezonans (MR) görüntüleme yapıldı. Sağda daha belirgin olmak üzere yaygın fasiit ve miyozit tespit edildi. MP tedavisinin ardından prednisolon 2 mg/kg/gün ile tedaviye devam edildi. Tedavinin 3. gününden sonra ateşi düştü, döküntü ve bacaklardaki şişlik giderek azaldı ve tamamen düzeldi.

IMAM, nadir görülen bir inflamatuvar miyopatidir. Kas ve daha ziyade fasyanın etkilendiği yaygın, destrüktif makrofaj infiltrasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Erişkin hastalarda görülen bir antite olarak rapor edilen IMAM, 11 yaşında MAS tablosu ile gelen bir çocukta saptandığı için ilginç bulunarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: IMAM, MAS

Spondiloartropatiler

Abstract:0107

PP-039

HİDRADENİTİS SUPURATİVA İLİŞKİLİ SAKROİLİT; SULFASALAZİN HER İKİ HASTALIĞI TEDAVİ EDEBİLİR Mİ?

Tuğrul Örmeci¹, Cemal Bes²

¹Istanbul Medipol Üniversitesi, Radyoloji

²Istanbul Medipol Üniversitesi, Romatoloji

Giriş: Hidradenitis suppurativa (HS), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, deri ve deri altı dokunun kronik ve tekrarlayıcı inflamatuvar bir hastalığıdır. Hidradenitis suppurativa ile sakroiliit birlikteliği daha önce de bildirilmiş nadir bir durumdur. HS ile sakroiliit birlikteliği olan ve sulfasalazin ile prednisolon tedavisi sonrası hem HS lezyonlarında hem de sakroiliit kliniğinde iyileşme görülen bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta, 22 yıldır HS tanısı ile cildiye polikliniğinden takip altındayken 2 aydır var olan inflamatuvar bel ağrısı şikayeti nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Hasta, HS'ye yönelik olarak yıllardır çeşitli antibiyotikleri de kapsayan hem topikal hem de sistemik tedaviler aldığını ancak lezyonlarda anlamlı bir gerileme olmadığını ve lezyonlardan devamlı bir akıntı olduğunu belirtti. Fizik muayenede ense saç sınırında, axillalarda, pubik bölgede, inguinal alanda kalın fibrotik bantların olduğu arada enflame nodüllerin izlendiği yaygın lezyonlar izlendi (Şekil 1). Sakroiliak eklem muayenesinde her iki sakroiliak eklem kompresyon ile hassastı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 76mm/h, CRP 67mg/L, HLA-B27 negatif tespit edildi. İnflamatuvar karakterde bel ağrısı tarif eden hastanın sakroiliak MR görüntülemesinde bilateral sakroiliit tespit edildi. Hastaya Sulfasalazin 2x1 gram, prednisolon 5mg 1x1, NSAİİ başlandı. Bu tedavinin 2. ayında hastanın inflamatuvar bel ağrısı tamamen gerilemişti, HS lezyonlarında hafif gerileme olmuş ve lezyonlardaki akıntı tamamen geçmişti.

Tartışma: HS'nin kesin radikal bir tedavisi bulunmamaktadır. Cerrahi tedavi en etkili tedavi seçeneği gibi görünse de nüks riski ve tedavi başarısının düşük olması nedeniyle çok tercih edilmemektedir. Mekanizması tam olarak anlaşılamamış olmasına rağmen HS ile sakroiliit birlikteliği görülebilmektedir. Sakroiliit ile HS birlikteliğinde Sulfasalazin ve kortikosteroid tedavisinin etkin olduğunu gösteren bir çalışma ya da olgu sunumu bulunmamaktadır. Olgumuzu göz önüne aldığımızda bu tedavi seçeneğinin her iki hastalığa da iyi gelme potansiyeli olduğunu düşünüyoruz. Ancak bunu destekleyici çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu olgu sunumu ile, HS ve sakroiliit birlikteliğinde sulfasalazin + kortikosteroid tedavisinin farkındalığını artırmak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis suppurativa, sakroiliit



Şekil 1.

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0108

PP-040

ROMATOLOJİ UYUM ANKETİ (COMPLIANCE QUESTIONNAIRE ON RHEUMATOLOGY): GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Fatma İlknur Çınar¹, Muhammet Çınar², Sedat Yılmaz², Cengizhan Açıklı³, Hakan Erdem², Salih Pay², İsmail Şimşek²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Biyoistatistik Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet hastalığı, organ tutulumlarına göre farklı tedavi seçenekleri içermektedir. Tedavi başarısında, kullanılan ilaçların yanı sıra, ilaç tedavisine uyumun da önemli yeri vardır. Bu nedenle hastaların tedaviye uyum durumlarının belirlenmesi, tedavinin etkinliğini artırmak ve daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmayı sağlamak açısından önemlidir. Ancak, ülkemizde romatoloji hastalarının tedaviye uyumunu değerlendirmek için kullanılabilecek herhangi bir ölçek bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, romatoloji hastalarında tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla de Klerk ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen Romatoloji Uyum Anketi'nin (Compliance Questionnaire on

Rheumatology-CQR), Behçet hastalarında Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir.

Yöntem: Araştırmaya bir üniversite hastanesi romatoloji polikliniğinde takip edilen ve 'Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu' kriterlerini karşılayan 105 Behçet hastası dahil edilmiştir. Romatoloji Uyum Anketi'nin dil geçerliği çalışmasında, uzmanlar tarafından Türkçe'ye çevirisi ve İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır. Ön uygulama sonrası hastalar tarafından anlaşılmayan maddeler tekrar düzeltilmiş ve anketin son hali verilmiştir. Anketin güvenilirliği test-retest ve iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçüt geçerliliği, Morisky (1986) tarafından geliştirilen "Morisky İlaç Uyum Ölçeği (Morisky Medication Adherence Scale-MMAS)" ile ve yapısal geçerliliği faktör analizi ile yapılmıştır.

Bulgular: Romatoloji Uyum Anketi'nin iç tutarlılığı (Cronbach's alfa katsayısı=0.832) ve test-retest güvenilirliği kabul edilebilir (ICC (Grup içi korelasyon katsayısı=0.630) bulunmuştur. Anket, MMAS skorları ile de beklenen yönde korelasyon ($p<0.001$; $r = -0.389$) göstermiştir. Ayrıca veriler MMAS skorlarına göre ilaç uyumu yüksek, orta ve düşük şeklinde kategorize edildiğinde, Romatoloji Uyum Anketi skoru için bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.001$; $F=11.66$) saptanmıştır.

Sonuç: Romatoloji Uyum Anketi Behçet hastalarının ilaç tedavisine uyumunu değerlendirmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir anket olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik ve güvenilirlik, Romatoloji Uyum Anketi

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0109

PP-041

MYELODİPLASTİK SENDROM-TRİSOMİ 8 BİRLİKTELİĞİ OLAN GELENEKSEL TEDAVİLERE DİRENÇLİ BİR BEHÇET OLGUSU

Senem Tekeoğlu¹, Sercan Gücenmez¹, Sertaç Ketenci¹, Elif Er¹, Özün Bayındır¹, Melike Kalfa¹, Devrim Bozkurt², Vedat İnal¹, Fahri Şahin³, Gökhan Keser¹, Figen Gökçay⁴, Kenan Aksu¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Hematoloji Bilim Dalı, İzmir

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Behçet Hastalığı (BH) ve myelodisplastik sendrom (MDS)-trisomi 8 şiddetli ve tedaviye yanıtız gastrointestinal sistem tutulumu ile birlikte görülebilir. BH olmayan MDS olgularında trisomi 8, %10 oranında görülmekteyken BH-MDS birlikteliğinde %70 oranında bildirilmiştir. Trisomi 8'in, MDS ile ilişkili BH'da özellikle barsak ülserasyonlarının patogenezinde önemli rol oynayabileceğini bildiren yayınlar vardır (Ahn ve ark. Rheumatology 2008;47:1228-1230).

Olgu: 2004 yılında tekrarlayan oral aft, genital ülser, eritema nodozum, akneiform lezyonlar, paterji testi pozitifliği bulgularıyla BH tanısı alan 56 yaşında erkek olgudur. Hasta Ağustos 2009'da ateş, karın ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Kolonoskopisinde terminal ileum, çekum, çıkan kolonda aftöz ülserler saptandı; BH intestinal tutulum olarak değerlendirildi. Aralık 2009'da nöbet geçiren hastanın tetkiklerinde santral sinir sisteminde parankimal (vaskülitik) tutulum bulguları saptandı. Azatioprin, yüksek doz kortikosteroid, siklosporin ve sonrasında siklofosamid tedavisi alan

hastada çok kısa süreli mağruziyetlere rağmen lökopeni gelişmesi sebebiyle toplam 2 kez kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliği biyopsisinde eritroid ve granülositer serinin erken elemanlarında belirgin artış, diseritropoez ve %3-4 blastik hücre saptandı. Karyotip analizi 47, XY +8 olarak bildirildi. Sonuç olarak hastaya MDS-Refrakter Anemi (MDS-RA) tanısı konuldu ve bu nedenle azasitidin tedavisi verildi. Bu tedavi altındayken 2009-2014 yılları arasında alt gastrointestinal sistem kanaması, ileus ve perforasyon sebebiyle sağ hemikolektomi, sonrasında ince ve kalın barsak rezeksiyon operasyonları yapıldı ve ileokolostomi açıldı. BH geleneksel tedavilere dirençli seyrettiği için anakinra ve kısa süreli infliksimab verildi. Ciddi lökopeni geliştiği için bu tedavilere devam edilemedi. Hasta Temmuz 2014'de kaybedildi.

Sonuç: Rutin romatoloji pratiğinde BH, MDS-trisomi 8 sık olmayarak karşılaşılabileceğimiz bir birlikteliktir. Literatürde özellikle intestinal tutulumu olan tedaviye dirençli olgular tanımlanmıştır. Bu tür olgularda alternatif tedaviler içerisinde bizim olgumuzda yapılamamasına rağmen, kemik iliği naklinin akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, miyelodisplastik sendrom

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0110

PP-042

PULMONER TROMBOEMBOLİ İLE PRESENTE OLAN ERKEK SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU:

Cem Özişler

Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği, Ankara

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), etyolojisi tam olarak belli olmayan, değişken klinik tablolara neden olabilen, otoimmün, kronik ve multisistemik bir hastalıktır. Antifosfolipid sendromu (AFS), tekrarlayan vasküler tromboz (arter, ven, küçük damar) ve/veya gebelik kayıplarıyla seyreden ve antifosfolipid antikorlarına sekonder olarak ortaya çıkan sistemik, otoimmün kökenli bir hastalıktır. Her iki patoloji de kadınlarda erkeklerden daha sık olarak görülmektedir.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile bir başka hastaneye başvurmuş. Orada yapılan muayene ve tetkik sonuçları ile hastaya pulmoner tromboemboli tanısı konulmuş ve emboli kaynağı olarak da alt ekstremitelerde derin ven trombozu tespit edilmiş. Hasta polikliniğimize pulmoner tromboemboli tanısı konulduktan yaklaşık dört ay sonra başvurdu. Geldiğinde warfarin dışında bir tedavi kullanmıyordu. Öyküsünde de herhangi bir başka kronik hastalık veya kullandığı bir tedavi yoktu. Romatolojik sorgusunda artralji ve sabahları el eklemlerinde kısa süreli tutukluk dışında herhangi bir özellik tespit edilmedi. Fizik muayenesinde; el küçük eklemlerinde hassasiyet mevcuttu. Herhangi bir aktif/kronik sinovit bulgusu yoktu ve eklem hareket açıklıkları tamdı. Tetkik sonuçlarında; ANA, Anti-DsDNA, Anti-SSA, Lupus antikoagulan (LAK), Antikardiyolipin (AKA) IgG ve IgM pozitiflikleri (yaklaşık dört ay önce de AKA düzeyleri pozitif), platelet düzeyindeki düşüklük, sorgusunda geçirilmiş derin ven trombozu, pulmoner tromboemboli, belirgin artralji

ve sabah tutukluğu olması üzerine hastaya SLE ve sekonder AFS tanısı konuldu. Kullanmakta olduğu antikoagulan tedaviye devam edildi. Bu tedaviye hidroklorokin 400 mg/gün ve metilprednizolon 6 mg/gün eklendi. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde eklem yakınmaları ve sabah tutukluğu tama yakın düzelmisti. Yapılan tetkiklerinde de platelet sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP düzeyleri normal seviyelerine ulaşmıştı.

Sonuç: Olgumuzda pulmoner tromboemboli tanısı konulana kadar SLE ve/veya AFS açısından araştırılmasını gerektirecek düzeyde bir semptom veya bulgu olmaması önemli bir durumdur. Çünkü bahsedilen bu hastalıklar nadiren, olgumuzda da olduğu gibi, hayatı tehdit eden tablolara başlayabilir ve ön tanıları arasında düşünülmez ve araştırılmazsa hastalık daha da ilerleyip mortalitesi yüksek, multisistemik tutulumlarla tekrar karşımıza gelebilir. Bu olguda olduğu gibi tromboz etyolojisi araştırılan durumlarda, her ne kadar erkeklerde kadınlara göre daha az görüldüğü belirtilse de, SLE ve primer/sekonder AFS'nin de akla getirilip bu yönde de bir araştırma yapılması oldukça önemli ve hayati bir karardır.

Anahtar Kelimeler: tromboemboli, SLE

Diğer

Abstract:0112

PP-043

ÜST EKSTREMİTE ERİTEMA NODOZUMU İLE PRESENTE OLAN SARKOİDOZ OLGUSU

Cem Özişler

Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği, Ankara

Giriş: Eritema nodozum septal pannikülitlerin prototipidir. Değişik antijenik uyarılara karşı gelişen gecikmiş hipersensitivite reaksiyonu olduğu kabul edilmektedir. Klinik olarak 1-10 cm çapında, palpasyonla hassas, eritemli subkutan nodüller tipik olarak bacak ön yüzünde gelişir. Sarkoidoz, etyolojisi bilinmeyen ve multisistemik tutulum yapabilen, kronik, granümatöz bir hastalıktır. En sık akciğerler ve lenfatik sistem olmak üzere, göz, deri, karaciğer gibi birçok organ ve dokuda tutulumu neden olabilir. Olgumuz; nadir görülen üst ekstremitelerde yerleşimli eritema nodozumu olması ve yapılan tetkikleri sonucunda sarkoidoz tanısı alması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 47 yaşında kadın, her iki kolda ve ellerinin üzerinde ağrılı kızarıklık şikayeti ile geldi. Öncesinde herhangi bir enfeksiyon veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Romatolojik sorgusunda aralıklı eklem ağrısı dışında bir özellik saptanmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde aktif artriti yoktu ve eklem hareket açıklıkları tamdı. Her iki üst ekstremitelerde ve ellerinin üzerinde eritema nodozum ile uyumlu çok sayıda lezyonu vardı. Ayrıca her iki alt ekstremitelerde, eritema nodozumdan farklı olarak, mor renkli ve deriden kabarık, sapsız birkaç adet lezyonu da vardı. Hastanın PA akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk saptandı ve bunun üzerine toraks tomografisi istendi. Sonucunda paratrakeal, prevasküler, prekarinal ve bilateral hiler-trakeobronşial en büyüğünün kısa aksı 13 mm'ye ulaşan multipl lenf nodları ve ayrıca subkarinal alanda posterior mediastende 27x60 mm boyutlarda düzgün konturlu yumuşak doku dansitesinde hipodens lezyon mevcuttur (konglomere LAP?) şeklinde geldi. Bunun üzerine hasta lenfoproliferatif hastalıklar ve özellikle sarkoidoz açısından

tekkik edilmek göğüs hastalıkları merkezine yönlendirildi. Bu arada dermatoloji kliniği tarafından alt ekstremitedeki eritema nodozum dışındaki mor renkli deriden kabarık lezyonlardan alınan biyopsi sonucu granüloamatöz dermatit olarak raporlandı ve olgunun granüloamatöz hastalıklar açısından irdelenmesi önerildi. Oldukça ağrılı ve çok sayıda eritema nodozum lezyonları olduğundan hastaya ilk vizitte düşük doz steroid tedavisi (metilprednizolon 6 mg/gün) verildi. İlk kontrolünde semptomları açısından oldukça rahatlayan hastanın steroid dozuna azaltma şeması uygulandı. Hastanın sonraki kontrollerinde, refere edildiği göğüs hastalıkları merkezinde yapılan tüm tetkikleri sonucunda sarkoidoz tanısı konularak tedavi ve takip altına alındığı öğrenildi.

Sonuç: Olgu serilerinde az sayıda üst ekstremitte yerleşimli eritema nodozum olması ve bu bulgu ile gelen vakamızın sarkoidoz tanısı alması nedeniyle sunulması planlanmıştır. Olgumuzda olduğu ve çalışmalarda da belirtildiği gibi üst ekstremitte eritema nodozumlarının etyolojisinde, her ne kadar halen kanıtlanmamış olsa da, ön planda sarkoidoz ve tüberkülozun dışlanması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: eritema nodozum, sarkoidoz

Diğer

Abstract:0113

PP-044

VOGT-KOYANAGI-HARADA HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Müyesser Nergiz Yanmaz¹, Murat Levent Alimgil²

¹Istanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Medicana International İstanbul, Göz Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Gerekeç: Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) hastalığı genetik yatkınlığı olan kişilerde göz, meninksler, kulak ve derinin melanin içeren hücrelerini tutan otoimmün bir hastalıktır. Bildirimizde VKH hastalığı düşündüğümüz bir olguyu sunmak istiyoruz. Olgu: 46 yaşında bayan ilk kez 2013'ün 2. ayında sol gözde ani görme bulanıklığı ve ışık çakması ile göz hekimine başvurmuş. Vizyon sol gözde azalmış anterior üveit bulguları ile beraber makula nazalinde seröz retina dekolmanı ile 'optik coherens tomografi' (OCT) de belirgin subretinal sıvı mevcutmuş. Deksametazon ve % 1siklopentolat damla verilmiş. Kontrollerinde sol gözde vizyonu düzelen, makula nazalindeki sıvıda belirgin çekilme ve OCT de minimal sıvı saptanan hastanın tedavisi tedricen kesilmiş. Bu yönde bir şikayeti olmasa da Kulak Burun Boğaz hastalıkları muayenesinde akut nazofarenjit düşünülmüş ve Nöroloji Değerlendirilmesi ile Beyin MRI istenmiş ancak hasta yaptırmamış. İlk atağından yaklaşık 2 ay sonra hasta sağ gözünde kızarıklık şikayeti ile aynı merkeze başvurmuş. Sağ gözde anterior üveit bulunup deksametazon damla başlanmış. İkinci atağı takiben Romatoloji Polikliniğimize gönderilen hastanın son 4-5 yıldan beri haftada birkaç kez sabahları birkaç dakikalık tutukluk ve oturduktan sonra doğrulmada güçlük dışında belirgin bir şikayet bulunmamaktaydı; oral ya da genital aft ya da cilt döküntüsü, ailede romatizmal hastalık hikayesi yoktu. Muayenede iki taraflı FABERE de hafif ağrı dışında patoloji saptanmadı. Hemogram, sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, kan biyokimyası, tam idrar, romatoid faktör, antinükleer antikoru da içeren tetkikleri normaldi. HLA B27 negatif ve

sakroiliyak MRI normaldi. Hastanın ikinci ataktan 4 ay sonra göz kontrolü normalmiş. Bu kontrolünden sonra alında ve çenesinde vitiligo tanısı alan hasta ilk üveit atağından yaklaşık bir yıl sonra gözünün önünde uçuşmalar şikayeti aynı merkeze başvurmuş. Sol gözde intermedier üveit tanısı ile topikal steroid tedavisine hızlı yanıt vermiş. Bu dönemde Romatoloji Polikliniğine başvuran hasta sık olmayan oral aft olabildiğini farketmiş ve bel ağrısı şikayeti benzer şekildeymiş. Paterji testi ve HLA-B5 negatifti. Son bu ay içinde değerlendirilen hastanın alın ve çenedeki vitiligo lekeleri stabil olmakla beraber el sırtında gelişen yeni vitiligo lezyonları dışında şikayeti yoktu. Tartışma: VKH Asya da üveitlerin % 6-8% inden, Orta Doğu da % 1.2 sinden, Kuzey Amerika da % 1-4 ünden sorumludur. Nörolojik (baş ağrısı, serebrospinal sıvıda pleositoz, meningoensefalit tablosu, fokal nörolojik bulgular) ve işitsel (çınlama, vertigo, işitme kaybı) şikayetlerin eşlik edebildiği viral hastalık benzeri tablo ile başlar ve akut üveit evresi takip eder. Üveit bilateral, genellikle simetrik ve difüzdür, optik diskte ödem ve hiperemi, değişen derecede seröz retinal dekolmanı eşlik eder. Birkaç hafta sonra deri ve eklerine, koroidde depigmentasyon gelişebilir. Vakaların 2/3 ünde esas olarak anterior üveitle giden tekrarlayan/kronik dönem gelişir.

Anahtar Kelimeler: Üveitis, Vogt-Koyanagi-Harada hastalığı



Şekil 1. Vogt-Koyanagi-Harada hastalığı düşünülen olgumuzda vitiligo.

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0114

PP-045

TAKAYASU ARTERİTLİ HASTALARDA PLAZMA PENTRAKSİN-3 DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Alibaz Öner¹, Sibel Yentür², Kenan Aksu³, Gökhan Keser³, Güher Saruhan Direskeneli², Haner Direskeneli⁴

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

²Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Takayasu arteritli (TAK) hastaların rutin takibinde, en önemli klinik zorluklardan birisi hastalık aktivitesinin değerlendirilmesidir. Bu çalışmada TAK'li hastalarda, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde olası biyobelirteç olabilecek, plazma

pentraksin (PTX)-3 düzeyinin ve aktiviteyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 1990 American College of Rheumatology (ACR) kriterlerini karşılayan 95 TAK'li hasta (ortalama yaş: 43.4±13.6 yıl, kadın/erkek: 80/15) ve yaş-cinsiyet eşleştirilmiş 41 sağlıklı kontrol (SK) (ortalama yaş: 41.5±9.1yıl, kadın/erkek: 28/13) dahil edilmiştir. Tüm hastalar rutin poliklinik kontrollerinde aktivite açısından doktor global değerlendirme (PGA) ile değerlendirilmiş ve plazma örnekleri ayrılmıştır. Plazma PTX-3 düzeyinin değerlendirilmesinde hazır ticari ELISA (enzym-linked-immuno-sorbent assay) kiti kullanılmıştır. Tüm hastaların PTX-3 ile eş zamanlı olarak eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) düzeyi ölçüldü.

Bulgular: Ortalama hastalık süresi 6.8±7.2(0-42) yıl olarak saptanmıştır. Altmış bir (%65.5) hasta oral kortikosteroid, 43 (%46.2) hasta azatiyopirin, 30 (%32.2) hasta metotreksat, 7 (%7.5) hasta leflunomid, 1 (%1.1) hasta leflunomid ve metotreksat, 1 (%1.1) hasta leflunomid ve infliximab tedavisi almaktaydı. PGA'ya göre 23 (%24.7) hastada, hastalık aktif olarak değerlendirildi. TAK'li hastaların plazma PTX-3 düzeyi SK gurubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (3,5±2,5 nanogram(ng)/ml vs. 2,5±1,5 ng/ml, p=0.002). Ancak aktif ve inaktif hastalar arasında plazma PTX-3 düzeyi benzer saptandı (p=0.980). Plazma PTX-3 düzeyi ile serum CRP düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlenirken (r=0.236, p=0.025), ESH arasında herhangi bir ilişki saptanmadı. Steroid kullanan ve kullanmayan hastalar arasında da PTX-3 düzeyi benzer idi (p=0.479).

Sonuç: Çalışma grubumuzda plazma PTX-3 düzeyi TAK hastalarında anlamlı olarak yüksek saptansa da, aktif ve inaktif hastalar arasında ayırt ettirici olmamıştır. CRP ile gözlenen zayıf ilişki, çalışmamızda aktivite ölçütü olarak kullanılan PGA'nın yetersiz bir değerlendirme ölçütü olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu Arteriti, pentraksin-3

Romatoid Artrit

Abstract:0115

PP-046

ORTA İLA ŞİDDETLİ AKTİF ROMATOİD ARTRİTİ (RA) OLAN HASTALARDA TOSİLİZUMAB (TCZ) TEDAVİSİ: GÜVENLİLİK ÇALIŞMASI ARA SONUÇLARI

Fahrettin Oksel¹, Ömer Kuru², Taşkın Şentürk³, Veli Çobankara⁴, Şebnem Ataman⁵, Timur Pırıldar⁶, Ahmat Mesut Onat⁷, Ediz Dalkılıç⁸, Ebru Fidan⁹, Fatih Özden⁹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

²19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı; Romatoloji Bilim Dalı

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları/ İmmünoloji-Romatoloji

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁶Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

⁷Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁸Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁹Roche Müstahzarları Sanayi AŞ.

Gerekeç: Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) RA'da semptomları hafifletmek ve hastalık progresyonunu yavaşlatmak için kullanılır. Bu ilaçların güçlü etkilerine rağmen, hastaların bir bölümü bu ilaçlara yanıt vermemekte,

remisyona ulaşmamaktadır. Bu nedenle RA alanında immün sistemin farklı basamaklarını hedefleyen yeni tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Amaçlar: Bu çalışmada orta ila şiddetli aktif RA'sı olan ve sentetik DMARD'lara (sDMARD) yetersiz yanıt vermiş RA hastalarında kullanılan, humanize, IL-6 reseptör inhibitörü TCZ'nin, monoterapi veya sDMARD'larla kombinasyon halinde güvenlilik ve etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlandı. Yöntem: Bu açık etiketli, tek kollu çalışmaya >=6 ay süreyle orta ila şiddetli RA'sı (Hastalık Aktivite Skoru 28 [DAS28] >3.2) olan ve stabil dozda bir sDMARD tedavisine yetersiz yanıt vermiş yetişkinler alınmıştır. Hastalar, stabil dozda devam etmekte olan bir sDMARD tedavisine ek veya mono terapi olarak, 24 hafta boyunca dört haftada bir TCZ 8 mg/kg IV almışlardır (altı infüzyon). Birincil sonlanım noktası, 24 haftalık tedavi sırasında advers olayların (AO'lar) ve ciddi AO'ların (CAO'lar) insidansıdır. Etkililik sonlanım noktaları, DAS28-ESR skorunda klinik olarak anlamlı iyileşme (>=1.2 birim azalma) ve düşük hastalık aktivitesi (DAS28 <3.2) ve/veya remisyon (DAS28 <2.6) elde eden hasta oranıdır. Sonuçlar: Bu ara analiz ile, biyolojik olmayan DMARD almakta olan 30 hasta (27 kadın ve üç erkek; ortalama yaş 45; tanı zamanındaki ortalama yaş 38.7) 24 hafta takip edilmiş durumdadır. Çalışma tedavisiyle muhtemelen ilgili kabul edilen en yaygın AO'lar, yüksek alanin transaminaz düzeyleri (üç olguda), nötropeni (iki olguda) ile düşük yoğunluklu lipoprotein düzeylerinde değişiklikler (2 olguda) ve total kolesterol düzeylerinde değişiklikler (iki olguda) olmuştur. TCZ tedavisi sırasında üç hastada beş CAO (angina pectoris, şüpheli pnömoni, hipertansiyon, üşüme hissi ve alerji) görülmüştür. İlk TCZ dozundan sonra 25 hasta (%92.6) DAS28 skorunda klinik olarak anlamlı iyileşme, içlerinden 14 hasta ise (%60.9) semptomatik remisyon (DAS28 <2.6) elde etmiştir. 24. haftada, altı kür TCZ kullanmış olan 18 hastanın 17'si, <3.2'lik bir DAS28 skoru elde etmiş ve tümünün remisyonda (DAS28 <2.6) olduğu kabul edilmiştir. Başlangıçta 5.4 olan ortalama DAS28 skoru 24. haftada 1.6'ya inmiştir (p<0.001). Araştırmacılar tüm hastalarda TCZ artı sDMARD tedavisini TCZ monoterapisine tercih etmişlerdir. Tartışma: 30 hastadan oluşan bu ara kohortta, TCZ iyi tolere edilmiştir ve ilk infüzyondan sonra hastalık aktivitesinde klinik olarak anlamlı bir düşüşle ilişkilendirilmiştir. Ara analiz sırasında, 18 hastanın tüm çalışma vizitlerine ait DAS28 verileri vardır. 24. haftada bu hastaların tümü semptomatik remisyon (DAS28 <2.6) elde etmiştir. Bu veriler, TCZ'nin, sDMARD tedavisine yetersiz yanıt vermiş hastalarda, orta ila şiddetli aktif RA'nın tedavisi için etkili ve iyi tolere edilen bir ajan olduğunu öne sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, tosilizumab

Romatoid Artrit

Abstract:0121

PP-047

ROMATOİD ARTRİTTE (RA) BEŞİNCİ METATARSOFALANGEAL EKLEM EROZYONUNUN ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRİLMESİNevsun İnanç¹, Gülsen Özen¹, Sibel Zehra Aydın², Esen Kasapoğlu Günel³, Haner Direskeneli¹¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı³Göztepe Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: RA'da kemik erozyonları yapısal hasarın progresyonu ve fonksiyonel kapasite ile korele olup erozyonların gösterilmesi tanı, prognoz ve izlem için oldukça önemlidir. Metatarsofalangeal (MTF) eklemler, özellikle 5. MTF, RA'da en erken etkilenen, erozyonların en sık görüldüğü eklemlerdir. Ultrasonografi (US), RA'da erozyonların görüntülenmesinde kolay uygulanabilir ve MR kadar güvenilir bir görüntüleme yöntemidir. MTF erozyonlarının MR ile incelendiği bir çalışmada erozyonların çoğunun plantar yüzde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, 5. MTF eklemlerinde kemik erozyonlarını saptamada US incelemenin hangi kesitlerde daha başarılı olduğunu saptamak ve 5. MTF'de erozyonu olan hastaların özelliklerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 48 RA hastası alındı. Hastaların demografik ve hastalık özellikleri, kullandıkları tedaviler ve hastalık aktivite düzeyleri kaydedildi. Deneyimli bir romatolog (Nİ) tarafından MyLab 70 US (Esaote) 6-18 MHz linear-array transducer kullanılarak 48 hastaya 5. MTF eklem US yapıldı. Toplam 92 ayağın 5. MTF eklemi, OMERACT tanımına uygun olarak erozyon varlığı açısından dorsal-plantar ve lateral kesitlerde longitudinal ve transvers incelemeler ile değerlendirildi. Erozyon varlığı, her 3 kesitte ayrı olarak kaydedildi ve kesitlere göre erozyon saptanma oranları χ^2 testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma kohortu, ortalama hastalık süresi $8,1 \pm 7,6$ yıl, DAS28 skoru $4,04 \pm 1,47$ ve HAQ skoru $0,94 \pm 0,88$ olan 48 RA hastası (K/E=35/13, ortalama yaş $50,7 \pm 12,3$ yıl) içermektedir. RF ve anti-CCP pozitifliği sırasıyla %66,7 ve %60,4 idi. Kırk sekiz hastanın 35'inde (%72,9), 92 ayak incelemesinin ise 62'sinde (%67,4) 5. MTF'de erozyon saptandı. US ile erozyonların 15'i (%16,3) dorsal, 53'ü (%57,6) plantar, 52'si (%56,5) lateral incelemede izlendi. Yirmi altı ayakta (%28,3) erozyon 5. MTF'nin hem plantar hem de lateralinde, 15 ayakta (%16,3) ise hem dorsal hem plantar hem de lateralinde saptandı. Hiçbir hastada tek başına dorsal kesitte erozyon varlığı gösterilemedi. US ile 5. MTF erozyonlarının plantar inceleme ile saptama oranı hem dorsal incelemeden hem de lateral incelemeden anlamlı olarak daha fazlaydı ($P < 0,0001$, $P = 0,002$, sırasıyla). Dorsal incelemede erozyonu olan hastaların hastalık süreleri dorsal incelemede erozyonu olmayan hastalardan anlamlı olarak daha uzundu ($13,8$ 'ye karşı $6,5$ yıl; $P = 0,005$). Herhangi bir kesitte erozyonu olan hastaların RF, Anti-CCP pozitifliği, hastalık süreleri, HAQ skorları ve biyolojik kullanımları erozyonu olmayan hastalardan anlamlı olarak farklı değildi.

Sonuç: Bu veriler, RA hastalarında 5. MTF eklem erozyonunun plantar US inceleme ile daha sık saptandığını ve erken

dönemde tek başına dorsal US incelemenin erozyonu saptamada yeterli olmadığına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: 5. MTF erozyonu, romatoid artrit

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0123

PP-048

HASHİMOTO TİROİDİTLİ KADIN HASTALARDA FİBROMİYALJİ SENDROMUNUN TİROİD OTOİMMÜNİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASIMüge Bilge¹, Mine Adaş², Müyesser Nergiz Yanmaz³, Ayşen Helvacı¹¹SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul²SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Endokrinoloji, İstanbul³Kemerburgaz Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: En sık görülen otoimmün hastalık; toplumun % 10'unu etkileyen otoimmün tiroid hastalığıdır. Çalışmamızın amacı ötiroid durumda hashimoto tiroiditli (HT) kadın hastalarda tiroid otoimmünitesi ile fibromiyalji sendromu (FMS) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve yöntem; Çalışmamızda Eğitim ve Araştırma Hastanemiz Endokrinoloji ve İç hastalıkları polikliniğinde takip edilen 167 HT tanılı ötiroid kadın hasta (114 premenopozal, 53 postmenopozal) değerlendirildi. Hastalar 2010 modifiye 'Amerikan Romatoloji Birliği' FMS tanı kriterlerine göre FMS varlığı açısından araştırıldılar. Tek bir araştırmacı tarafından değerlendirilen hastalarda aynı zamanda 1990 ARB FMS sınıflandırma kriterleri varlığı da değerlendirildi. Tüm hastalarda TSH, serbest T4, serbest T3, Anti-TPO, Anti-TG tetkikleri çalışıldı. Ciddi sistemik hastalığı, bağ dokusu hastalığı, psikiyatrik sorunu olan ve FMS teşhisini etkileyecek ilaç kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: 2010 FMS tanı kriterlerine göre 167 HT hastasının 67'sinde (%40) FMS saptandı. 114 premenopozal HT hastasının 43 'ünde (%37,7), 53 postmenopozal HT hastasının ise 24'ünde (%45,2) FMS saptandı. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmadı. 1990 ARB FMS sınıflandırma kriterlerine göre 167 HT hastasının 22'sinde (%13) FMS saptandı. HT hastalarında FMS olanlarda TSH, yaygın ağrı indeksi, semptom şiddeti skoru ve hassas nokta araştırması değeri anlamlı olarak daha yüksekti. HT hastalar premenopozal ve postmenopozal olarak ayrıldığında tiroid fonksiyon testleri, yaygın ağrı indeksi, semptom şiddeti skoru ve hassas nokta araştırması değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo). HT hastalarında yaşın artması yaygın ağrı indeksinin artması ve hassas nokta değerlendirmesi ile pozitif bir ilişki gösteriyordu (sırasıyla $r = 0,193$, $p = 0,012$ ve $r = 0,170$, $p = 0,02$). TSH değerindeki artış; PTH ($r = 0,397$, $p < 0,001$), yaygın ağrı indeksi ($r = 0,205$, $p = 0,008$), semptom şiddeti skoru ($r = 0,194$, $p = 0,01$) ve hassas nokta araştırması ($r = 0,200$, $p = 0,01$) ile pozitif korele idi.

Sonuç: Sonuç olarak Hashimoto tiroiditinde fibromiyalji sendromu sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. 2010 kriterleri uygulandığında 1990 kriterlerine göre FMS tanısı artış göstermektedir. TSH fibromiyalji sendromu gelişiminde etkili rol oynamaktadır. Tiroid otoantikörleri FMS gelişiminde etkilidir ancak hastalık aktivitesi ile ilişkili gibi görünmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hashimoto tiroiditi, fibromiyalji

Tablo 1. Fibromiyalji sendromu bulunan ve bulunmayan hastaların laboratuvar ve klinik inceleme sonuçları

	FMS (+) n=67	FMS (-) n=100	p
Yaş (yıl)	43,25±10,69	40,98±11,02	AD
TSH (μIU/mL)	2,95±2,07	2,38±1,53	0,04
Serbest T4 (ng/dL)	2,10±8,93	1,06±0,46	AD
Serbest T3 (ng/dL)	2,96±0,48	2,98±0,51	AD
Anti-TPO (IU/mL)	259,69±270,70	311,94±314,72	AD
Anti-TG (IU/mL)	324,30±544,64	251,50±517,93	AD
PTH (IU/mL)	50,57±19,93	46,64±17,99	AD
Yaygın Ağrı İndeksi	9,66±3,41	2,64±2,70	<0,001
Semptom Şiddeti Skoru	7,82±2,11	3,34±2,45	<0,001
Hassas nokta araştırması	8,17±4,25	2,36±3,11	<0,001

AD: Anlamlı Değil, FMS(-): Fibromiyalji yok, FMS (+): Fibromiyalji var

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0125

PP-049

SPONTAN SERVİKAL EPİDURAL HEMATOM SONRASI BEHÇET HASTALIĞI TANISI ALAN BİR OLGU

Levent Karataş, Gönen Mengi, Özden Özyemişçi Taşkıran

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Behçet hastalarında vasküler tutulum, en sık derin ven trombozu olmak üzere %7,7-38 olarak bildirilmiştir. Behçet hastalığına bağlı spinal vasküler olaylar oldukça nadirdir.

Spontan spinal epidural hematoma (SEH) 0,1/100000 insidans ile çok nadir görülen bir durumdur. Antikoagülan tedavi spontan SEH için zemin hazırlayabilir.

Bu olgu sunumunda derin ven trombozu nedeniyle antikoagülan ile tedavi edilirken spontan SEH gelişimi sonrası tanı alan bir Behçet hastası ele alındı.

Olgu: 42 yaşındaki erkek hasta bacaklarda uyuşma, yürüme zorluğu ve idrar retansiyonu ile polikliniğe başvurdu. 3 ay önce şiddetli boyun ağrısını takiben tetraparezi gelişen ve C4-C6 vertebra arasında epidural hematoma saptanan hasta opere edilmiştir. Travma, tekrarlayıcı öksürük veya spinal girişim öyküsü yoktu. 3 ay öncesinde derin ven trombozu ve pulmoner tromboembolizm nedeniyle Warfarin başlanan hastanın preoperatif INR (internatinal normalizasyon oranı) değeri 3,81 idi.

Cerrahi sonrası kas gücü ve ambulasyonunun iyileştiğini belirtti. Detaylı öyküde sol gözde posterior üveit sekeli olduğu, sık oral aft geçirdiği öğrenildi. Nörolojik muayenede, bilateral C6 dermatomu altında hipoestezi, C8 ve altındaki miyotomlarda kas gücünde azalma saptandı. Derin tendon refleksi hiperaktif, bilateral Babinski ve Hoffmann belirtileri pozitif. Anal sfinkter tonusu ve bulbokavernöz refleksi normaldi. Düz yüzeylerde güvenle mobilize olurken engebeli zeminde yardım gerekiyordu.

Hastaya Behçet hastalığı tanısı konularak Azathioprin 2 mg/kg/gün ve asetilsalisilik asit 150 mg/gün başlandı, rehabilitasyon programı düzenlendi.

Tartışma: Spontan SEH nadir olmakla beraber ölümcül olabilir. Etiyolojisi çoğunlukla tespit edilemez. İntraabdominal ve intratorasik basınç artışı sonucu spinal epidural pleksus rüptürü sorumlu tutulsa da beyin omurilik sıvısı basıncının epidural venlerdeki basınçtan yüksek olması nedeniyle venöz kanamaların spontan spinal epidural kanamaya neden olamayacağı savunulmaktadır. Özellikle ağrı başlangıcı ve nörolojik belirtiler arasındaki kısa süre arteriyel kaynağı düşündürmektedir.

Behçet hastalığı ile ilişkili derin ven trombozu tedavisinde antikoagülan tedavinin rolü tartışmalıdır. Uygun immünespresif tedavi ile sistemik inflamasyonun kontrolü vasküler komplikasyonların yönetiminde esas görünmektedir.

Vaskülitler, arteriyel anevrizma ve arteriovenöz malformasyonlar vasküler fragilitiyi artırarak santral sinir sistemi kanamalarına yol açabilir. Hastamızda epidural arterlerde artmış fragilitiyeyi veya mikroanevrizmalar, eşlik eden antikoagülan tedavi ile birlikte kanamaya zemin hazırlamış olabilir. Ancak cerrahi dekompresyon öncesi anjiyografik değerlendirme yapılmadığından bu hipotezin kanıtlanması mümkün görünmemektedir.

Multidisipliner yaklaşım ve iş birliği Behçet hastalığı gibi multisistemik hastalıkların erken tanı ve tedavisi açısından önemlidir. Gecikmiş tanı ve yetersiz tedavi beklenmedik kalıcı sekellere, hatta ölüme neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, spinal epidural hematoma

Spondiloartropatiler

Abstract:0127

PP-050

ANKILOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA KARDİYOVASKÜLER TUTULUM

Ayşenur Şahin Alemdar¹, Recai Alemdar², Lale Aktekin¹, Fatma Gülçin Uğurlu³, Berat Meryem Alkan³, Alparlan Şahin⁴, Engin Bozkurt⁵, Selami Akkuş¹¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara²Etimesgut Hava Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara³Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Konya⁵Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmada Ankilozan Spondilitli (AS) hastalarda kardiyovasküler tutulumun araştırılması ve AS'li hastalarda kardiyovasküler hastalığın risk faktörlerinin, fonksiyonel ve hastalık parametreleriyle olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Metodoloji: Çalışmamıza, Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı olan 86 hasta ve 30 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Hastalık fonksiyonunu değerlendirmede BASFİ (Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi), aktivite değerlendirilmesinde BASDAİ (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi), BASMI (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Metroloji İndeksi), yaşam kalitesini değerlendirmede SF-36 (Kısa Form-36) kullanıldı. Hastalarda tam kan sayımı, fibrinojen, C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), platelet sayısı, lipid paneli değerlendirildi. Kontrol grubunda ise lipid paneli bakıldı. Hasta ve kontrol gruplarını oluşturan bireylerden ayrıntılı öykü alınıp, fizik muayeneleri yapıldıktan sonra, 12 derivasyonlu EKG'leri çekildi. Tüm hastalarda ve kontrol gruplarına rutin trans-torasik ekokardiyografik inceleme yapıldı.

Bulgular: Hasta ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksleri, sigara ve alkol kullanımları, EKO ve EKG bulguları, lipid paneli arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Ankilozan Spondilitli hastalarda ekokardiyografik anormallikler; yaş ($p<0,05$), hastalık süresi ($p:0,038$), LDL-K düzeyi ($p<0,05$) ve anterior üveit hikayesi ($p:0,017$) ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu. Ankilozan Spondilitli hastalar, hastalık süresi 10 yıldan kısa olanlar ve 10 yıldan uzun olanlar şeklinde iki gruba ayrıldığında EKO bulgularından sadece diyastolik disfonksiyon yönünden istatistiksel anlamlı farklılık bulundu ($p: 0,042$).

Sonuçlar: Ankilozan Spondilitli hastaların tedavisinin amaçları; ağrı ve tutukluğu azaltmak, fonksiyon, mobilite ve hayat kalitesinin iyileştirilmek, yapısal hasar ve engelliliği önlemek ve oluşabilecek medikal komorbiditeleri tedavi etmektir. Ankilozan spondilitli hastaların takip ve tedavisinde kardiyak hastalık olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. AS'li hastaların asemptomatik kardiyovasküler tutulumu olabileceği düşünülmeli, hastalar dikkatli şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, kardiyovasküler tutulum

Spondiloartropatiler

Abstract:0129

PP-051

KALITSAL SPONDİLOARTROPATİ: BİR AİLE ÇALIŞMASI

Ömer Karadağ¹, Ezgi Deniz Batu¹, Umut Kalyoncu¹, Ali Akdoğan¹, Sedat Kiraz¹, Nurten Akarsu², Seza Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Vaskülit Tanı, Tedavi, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Spondiloartropati (SpA); ankilozan spondilit (AS), psöriyatik artrit, reaktif artrit ve inflamatuvar bağırsak hastalığıyla (İBH) ilişkili artrit gibi birbiriyle ilişkili çeşitli hastalıkları içeren bir spektrumdur. Bazı çalışmalarda, ailesel yoğunlaşma ve düşük penetranslı otozomal dominant geçiş gösterilmiştir. Büyük aile çalışmaları sonucunda, HLA-B27 ilişkili SPDA1, kromozom 9q31-q34'te bulunan SPDA2 ve kromozom 2q36'da bulunan SPDA3 olmak üzere üç tane hastalığa eğilim yaratan lokus gösterilmiştir. Öte yandan ailevi Akdeniz ateşi (AAA) otozomal resesif geçişli, otoinflamatuvar bir hastalıktır. AS'nin ana bulgularından biri olan sakroiliit, AAA'da nadiren görülmektedir. MEFV mutasyonunun sakroiliit için bir risk faktörü olup olmadığı konusu ise tartışmalıdır. Bu çalışmada anne-baba arasında akrabalık olan, üç bireyde SpA'nın farklı fenotipleri gözlenen ve bu bireylerden birinde ek olarak AAA hastalığı bulunan bir ailede genetik haritalama yapılmıştır.

Yöntem: Periferik venöz kandan genomik DNA izole edilmiştir. Polimeraz zincir tepkimesi ile HLAB27 genotipleme yapılmıştır. MEFV geninin kodlayan bölgeleri, doğrudan dizileme ile taranmıştır. Otozomal resesif geçiş hipotezini test etmek için Affymetrix 250K tek nükleotid polimorfizm (SNP) genotipleme si ve sonrasında homozigotluk haritalaması yapılmıştır. Otozomal dominant geçiş hipotezini test etmek için de Merlin programının parametrik bağlantı içeriği kullanılmıştır. Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

Sonuçlar: Bu çalışmaya, anne-baba arasında akrabalık olan bir ailedeki altı birey dâhil edilmiştir. Hasta fenotip gösteren üç aile bireyinin özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Diğer üç kardeş ve anne sağlıklıdır. Babanın 30 yaşında kaybedildiği, öncesinde SpA veya AAA fenotipi göstermediği öğrenilmiştir. Anne ve sağlıklı olan iki kardeşte de Met680İle MEFV mutasyonu açısından heterozigotluk tespit edilmiştir. Anne dışındaki tüm aile bireyleri HLAB27 pozitifdir. Tek nükleotid polimorfizm (SNP) analizinde kopya sayısı varyasyonu tespit edilmemiştir. Homozigotluk haritalaması ile etkilenmiş bireylerde ortak olan üç lokus belirlenmiştir. Düşük penetranslı otozomal dominant geçiş modeline dayanarak yapılan incelemede ek olarak beş lokus daha belirlenmiştir. Daha önce tespit edilmiş olan dominant SPDA2 ve SPDA3 lokusları bu analizde, net olarak dışlanmıştır.

Tartışma: Sunulan ailede ne Met680İle MEFV mutasyonu ne de HLAB27 pozitifliği tüm etkilenme spektrumunu açıklamaktadır. Bu da, bu karmaşık pedigrinde başka genlerin de etkisi olduğunu göstermektedir. Bu ailedeki SpA spektrumunun genetik temelini aydınlatmak üzere tüm ekzom dizileme üzerinden çalışmalar devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalıtsal, spondiloartropati

Tablo 1. Hasta fenotip gösteren aile bireylerinin özellikleri

	İndeks olgu	Kardeş 1	Kardeş 2
Yaş	29	30	22
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Erkek
İnflamatuvar bağırsak hastalığı	Var	Yok	Var
Sakroiliit	Var	Var	Yok
Periferik artrit	Var	Yok	Var
Ailevi Akdeniz ateşi fenotipi	Var	Yok	Yok
MEFV mutasyonu	M680I/M680I	M680I/-	M680I/-
HLAB27 durumu	(+)	(+)	(+)

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0131

PP-052

SEKİZ HAFTALIK GEBE BİR BEHÇET HASTASINDA MEYDANA GELEN ATİPİK DÖKÜNTÜLER

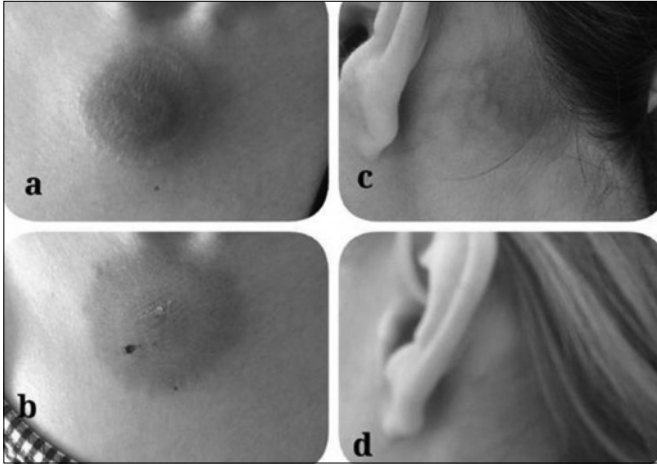
Yunus Durmaz¹, Ahmet Kıvanç Cengiz¹, Nur Mine Umdu², Gözde Sen², Sami Hizmetli¹, Ece Kaptanoğlu¹, Ali Şahin³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Behcet hastalığı (BH) tekrarlayan oral, genital ülserler ve göz bulgularının yanı sıra kas-iskelet ve nörolojik tutulumlar ile seyreden bir vaskülitir. Sweet sendromu ise etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen, ağrılı eritematöz plaklarla karakterize akut seyirli bir dermatozdur. Bununla birlikte literatürde BH'nin Sweet sendromunun altta yatan nedenlerinden biri olabileceği bildirilmektedir. Biz burada BH tanısı ile izlenen bir hastada oral aft, genital ülser, eritema nodozum ve artrit eşlik eden Sweet sendromlu olguyu sunmaktayız.



Şekil 1. Sternum üst cilt kısmına uyan bölgede 2,5x2,5 cm. ortası eritemli çevresi deriden kabarık hedef tahtası şeklinde cilt lezyonları (a). Sol kulak arkasında makülopapüler eritematöz cilt lezyonları (c). Tedavinin 3. gününde sternum (b) ve kulak arkasındaki iyileşmek üzere olan cilt lezyonları (d).

Olgu: İki yıldır BH tanısı ile izlenen 38 yaşında kadın hasta 2 haftadır mevcut olan her iki ayak ön yüzde ağrılı-kızarık şişlikler, genital ülser, sol kulak arkasında ve sternum üst ucuna uyan cilt bölgesinde kızarıklık ve ayak bileklerde ağrı-şişlik olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın romatolojik sorgulamasında bu semptomlar dışında şikayeti yok idi. FM'de Ateş:37,5°C, her iki ayak bilekte artrit, bacak ön yüzde eritema nodozum(EN), oral kavitede 2 adet minor ülser, genital bölgede labium majus iç kısmında 1x1 cm.lik ülser, sternum üst cilt kısmına uyan bölgede 2,5x2,5 cm. ortası eritemli çevresi deriden kabarık hedef tahtası (target lezyon) şeklinde cilt lezyonu (şekil 1a) ve sol kulak arkasında makülopapüler eritematöz cilt lezyonları (şekil 1c) mevcuttu. Bunun dışında hastamız 8 haftalık gebe idi. Hasta gebe olduğu için dış merkezde gebelik öncesi kullandığı kolşisin tedavisi kesilmişti. Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımında lökositoz (beyaz küre: 12190/mm³) ve hafif anemi (hemogloblin: 11,5 g/dL) vardı, trombosit sayısı normaldi (370 000/mm³). Akut faz yanıtı belirgin yüksekti (C-reaktif protein: 156 mg/L, ESR: 74 mm/saat). Kan biyokimyası ve tam idrar tetkiki normaldi. Gönderilen kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın sternum üst ucundaki lezyondan insizyonel biopsisi alındı. Hastanın gebe olması da göz önünde bulundurularak medikal tedavisinde prednizolone 20 mg/gün ve kalsiyum D vit. başlandı Tedavisinin 3. gününde ateşi normale gelen hastanın EN lezyonları geriledi (şekil 1b), kulak arkası ve sternum üst ucundaki cilt lezyonları solmaya başladı (şekil 1d) hastanın oral aftları da geçti. Hastanın biyopsi sonucu akut nötrofilik dermatoz (Sweet Sendromu) olarak raporlandı.

Tartışma: Sweet sendromu bazen üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonlarını takiben veya akut myelositik lösemi başta olmak üzere hematolojik ve solid malignansiler, otoimmün hastalıklar, gebelik ve bazı ilaçların kullanımı ile birlikte görülebilir. Oral aft, genital ülserasyon, üveit, kutanöz vaskülit ve paterji pozitifliği Behçet hastalığı'nın tanı kriterlerini oluşturmaktadır. Benzer semptomlar Sweet sendromu'nda da görülebilmektedir. Bununla birlikte literatürde BH'nin Sweet sendromunun alta yatan nedenlerinden biri olabileceği bildirilmektedir. Sonuçta bu olgu ateş ve atipik cilt döküntüsü olan Behçet hastalarında ayırıcı tanıda Sweet sendromunun da düşünülmesi gerektiğini hatırlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Sweet sendromu

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0132

PP-053

AA AMILOİDOZ VE KUTANÖZ VASKÜLİTİ OLAN PRİMER SJÖGREN SENDROMLU BİR OLGU

Elif Er¹, Senem Tekeoğlu¹, Özün Bayındır¹, Sertaç Ketenci¹, Sercan Gücünmez¹, Gökhan Keser¹, Sait Şen², Kenan Aksu¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: AA amiloidoz, sıklıkla ailesel akdeniz ateşi, romatoid artrit ve ankilozan spondilit gibi romatizmal hastalıklara sekonder olarak ortaya çıkabilir. Primer Sjögren Sendromu (pSS) AA amiloidoza yol açabilen nadir inflammatuar hastalıklardan biridir. Burada pSS'u ve AA amiloidoza ek olarak kutanöz vaskülit ve polinöropatisi olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Atmış üç yaşında hipertansiyon ve diyabet hikayesi olan olguda 2007 yılında kutanöz vaskülit (lökositoklastik vaskülit) bulguları ortaya çıkmıştır. Yapılan inceleme ve değerlendirmelerde anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif olan hastanın, ağız-göz kuruluğu şikayeti olması üzerine bakılan romatoid faktör pozitif, Anti-CCP negatif, anti-Ro ve anti-La pozitif, Schirmer ve BUT testleri düşük, minör tükürük bezi biyopsisi lenfosit skoru 3 saptanarak pSS tanısı konulmuştur. C4 düşük, kriyoglobulin negatif olan hastanın 24 saatlik idrarında 0.5 gr/gün civarında proteinüri olduğu için yapılan böbrek biyopsisinde AA tipi amiloidoz saptanmıştır. Tetkiklerinde ek olarak elektromiyografisinde sensörimotor polinöropati saptanmıştır. Sık sık tekrarlayan palpabl purpurası olan hastaya prednizolon, kolşisin ve azatioprin tedavileri verilmiştir. İzlemede dekompanse kalp yetmezliği tablosu gelişen olgu 2013 yılında kaybedilmiştir.

Sonuç olarak, AA amiloidoz pSS'da nadir olarak görülebilir. pSS'lu bir olguda nefrotik düzeyde olmayan proteinüri nedenleri arasında tubulointerstitiyel nefrit yanı sıra AA tipi amiloidoz da akıld tutulmalıdır. Literatürde bu olgularda, benzer olarak kutanöz vaskülit bulguları da bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren Sendromu, AA amiloidoz

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0133

PP-054

POLİARTERİTİS NODOSAYI TAKLİT EDEN ATRIAL MİKSOMA

Taşkın Şentürk, Gökhan Sargın

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji-Romatoloji Bilim Dalı

Vaskülitler damar duvarının inflamasyonu ile giden heterojen bir hastalık grubudur. Ancak bunların dışında, damar duvarının inflamasyonu olmaksızın damarlarda kan akımını bloke eden birçok hastalık vardır. Bu hastalıklar vaskülit taklitçileri olarak adlandırılır ve enfeksiyonlar, ilaçlar, kolesterol embolisi, fibromusküler displazi veya atrial miksoma gibi birçok hastalık karşımıza vaskülit tablosu ile çıkabilir. Biz, burada poliarteritis nodosa (PAN) klinik tablosu ile kliniğimize başvuran ve takipler sırasında sol atrial miksoma tanısı alan bir hastayı sunmayı amaçladık.

32 yaşında bayan hasta, kliniğimize halsizlik, yorgunluk, eklem ağrısı ve son altı ayda 5 kg kaybı ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon nedeniyle metoprolol kullanımı vardı. Ateş: 37,5 °C; kan basıncı: 160/100 mmHg ve nabızı: 85/dakika idi. Nörolojik ve kardiyopulmoner muayene olağandı. Fizik muayenede, sağ alt ekstremitte iki, üç ve dördüncü parmaklarda iskemi vardı. Hastanın laboratuvar incelemesinde lökosit: 8.600/mm³ (%74 nötrofil), Hb: 10,7 gr/dl, MCV: 81,9 fL, trombosit: 370.000/mm³, ESH: 92 mm/h, CRP: 8,4 mg/dl, ALT: 162 U/L, ALP: 94 U/L, GGT: 63 U/L, Albümin 4 gr/dl, Globulin: 3,7 g/dl ve Üre: 58 mg/dl idi. Koagülasyon testleri normal olup, tam idrar analizi normaldi. Serum protein elektroforezinde poliklonal gamopati saptandı. Kompleman seviyeleri, Rf, ANA, ANCA, kriyoglobulin, anti-fosfolipid antikolar ile viral belirleyiciler (HBsAg pozitifliği dışında) negatifti. Abdominal ultrasonda grade I hepatosteatoz gözlemlendi. Klinik ve laboratuvar bulgular eşliğinde hastaya PAN tanısı konularak kortikosteroid (1 mg/kg/gün) başlandı. Tedaviye rağmen halsizlik, yorgunluğun devam etmesi ve hipertansiyon öyküsü nedeniyle ekokardiyografi yapıldı ve sol atriyal kitle lezyonu görüldü. Hastaya uygulanan kardiyak cerrahi sonrası, histopatolojik olarak atriyal miksoma tanısı konuldu. Operasyon sonrası magnetik rezonans anjiyografi normal olan hastada steroid dozu kademeli olarak azaltılarak kesildi. Semptomlar ile inflamatuvar belirteçleri gerileyen hasta halen takip altındadır.

Poliarteritis nodosa, küçük-orta boy damar inflamasyonuyla karakterize sistemik nekrotizan vaskülit, miksomalar ise genellikle sol atriumda görülen benign kardiyak tümörlerdir. Klinik bulgular her iki grupta benzer olduğu için doğru-etkin tedavi için vaskülit ile taklitçilerini birbirinden ayırmak gerekir. Miksoma valvüler obstruksiyon nedeniyle dispne, senkop; tromboemboli nedeniyle de hemoptizi, hematüri yada dijital iskemiye yol açabilir. Ateş, artralji, kilo kaybı ise tümöral IL-6 ile ilişkilidir. Kırmızı bayraklar (kardiyak üfürüm, splinter hemoraji, ilaç kullanımı, yüksek ateş vb.) vaskülit taklitçileri ile ilişkili olabilir. Laboratuvar ve radyolojik bulgular sorunu çözmede yardımcıdır. Vaskülit tedavisinde immunsuprese ilaçlar kullanılırken, miksoma gibi vaskülit taklitçilerinde cerrahi uygulanmaktadır. Bu nedenle, vaskülit düşünülen hastaların tanısı esnasında, vaskülit taklitçileri de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: vaskülit taklitçisi, atrial miksoma

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0135

PP-055

BEHÇET HASTALIĞINA BAĞLI BUDD-CHIARI SENDROMUNDA ERKEN TANI VE TEDAVİ MORTALİTEYİ AZALTIR

Senem Tekeoğlu¹, Hakan Emmungil², Sercan Gücenmez¹, Özün Bayındır¹, Elif Er¹, Sertaç Ketenci¹, Fulya Günşar³, Vedat İnal¹, Mustafa Özmen⁴, Gökhan Keser¹, Ahmet Ömer Özütemiz², Kenan Aksu¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Mersin Devlet Hastanesi, Mersin

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Behçet Hastalığı (BH) hem arterleri hem venleri tutabilen multisistemik bir vaskülitir. BH'na bağlı pulmoner arter anevrizması, parankimal nörolojik tutulum, sekonder amiloidoz

mortalitesi yüksek hastalık alt gruplarıdır (Kural-Seyahi E. ve ark. Medicine (Baltimore). 2003;82:60-76.). BH'nda mortalitesi yüksek bir diğer hastalık alt grubu, Budd-Chiari Sendromudur (BCS) (Bayraktar Y, ve ark. Am J Gastroenterol, 1997). Bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde takip edilen BH'na bağlı BCS gelişmiş olguların demografik, klinik ve mortalite özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Method: Kliniğimizde 1998-2014 yılları arasında ISBD kriterlerine göre BH tanısı almış 659 hastanın verileri incelendi. Hastaların 390'ı erkek (%59.2), 269'u kadındır (%40.8). Yaş ortalaması 38.8'dir. Bu hastaların 215'inde (%32.6) vasküler tutulum vardır.

Sonuçlar: Toplam 10 hastada (%1.5) BCS saptandı. Bu hastaların 8'si erkek 2'si kadındır. BH tanı tarihinde yaş ortalaması 30'dur. Bu hastaların dördünde BH ve BCS tanısı aynı tarihte konuldu. Tüm hastalarda inferior vena cava (IVC)'da trombüs, 3 hastada intrakardiyak trombüs, 1 hastada dural sinüs trombozu, 7 hastada derin ven trombozu (DVT), 1 hastada pulmoner arter anevrizması, 2 hastada abdominal aort (AA), anevrizması, 1 hastada femoral arter anevrizması, 1 hastada sağ brakiosefalik arter ve asendan aortada anevrizma saptandı. Tüm hastalara yüksek doz metilprednizolon (MP) ve siklofosfamid (CyC) tedavileri, 2 hastaya CyC sonrası idame azatioprin (AZA) tedavisi verildi. Pulmoner arter anevrizması ve AA amiloidoz öyküsü olan bir hasta hariç diğer tüm hastalara heparin/warfarin tedavisi verildi. Karaciğer transplantasyonu yapılan bir hastaya immunsupresif olarak MP yanı sıra mikofenolat mofetil (MMF) ve sirolimus verildi. İki hastada VCI intrahepatik segmentine, 1 hastada AA'a stent implantasyonu, 1 hastada bilateral iliofemoral greft operasyonu yapıldı. BCS tanılı 5 hasta (%50) ilk bir yıl içinde kaybedildi. BCS semptomatolojisi gelişmesi ile immunsupresif tedavi arasındaki zaman, 4 haftadan daha az olan hastaların hemen hepsinin immunsupresif ve antikoagulan tedavi ile başarı ile tedavi edildiği; dört haftadan daha uzun süre sonra başvuran hastaların ise mortalite oranlarının yüksek olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak; BH'a bağlı gelişen BCS sık görülmemesine rağmen mortalitesi yüksek bir hastalık alt grubudur. BH tanısı olan hastalarda karın ağrısı ve batında şişlik etiyolojisinde BCS unutulmamalıdır. BCS gelişmiş hastalara erken dönemde tanı konularak, en kısa sürede immunsupresif ve antikoagulan tedavi uygulanması hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Budd-Chiari Sendromu

Diğer

Abstract:0136

PP-056

METABOLİK SENDROM HASTALARINDA MEFV GEN VARYASYON SIKLIĞI VE KLİNİK BULGULARLA İLİŞKİSİ

Ayşe Balkarlı¹, Emre Tepeli², Veli Çobankara³

¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: IL-1 beta, insülin reseptör substrat-1 (IRS-1) ekspresyonunu transkripsiyonel ya da posttranskripsiyonel düzeyde azaltır ve bu sayede insülin sinyalizasyonu ve etkisini bozabilir. Bu nedenle IL-1'in adipositlerde insülin direncine katkıda bulunabileceği olasıdır. MEFV gen mutasyonu artmış IL-1β aktivasyonu ile metabolik sendrom (MeS) patogenezine katkı sağlıyor olabilir.

Metod: Çalışmaya metabolik sendrom tanısı olan 50 hasta ile sağlıklı gönüllü kontrol grubu olarak 50 kişi alındı. Hasta ve sağlıklı kontrol grubundan izole edilen genomik DNA kullanılarak MEFV geni 2. ve 10. Eksonun dizi analizi yapıldı. Sonuçlar: Hasta grubunun yaş ortalaması $46,04 \pm 4,84$ yıl, kontrol grubunun ise $45,96 \pm 4,699$ yıl idi. Metabolik sendrom hastalarının 21 (%42)'inde, sağlıklı kontrol grubunun ise 12 (%24)'inde MEFV gen varyasyonu saptandı ($p=0.055$). Her bir varyasyon tek tek değerlendirildiğinde R202Q heterozigot varyasyon sıklığının hasta grubunda anlamlı olarak artmış olduğu görüldü ($p=0.037$). Ancak R202Q MEFV gen varyasyon varlığının klinik ve laboratuvar bulguları etkilemediği görüldü ($p>0.05$). Daha penetran olan MEFV gen varyasyonlarının (M694V, M680I, V726A) sıklığı hasta ve kontrol gruplarında benzer olarak saptandı ($p>0.05$). MEFV gen varyasyonuna sahip olan ve olmayan hastalar laboratuvar ve klinik özellikleri açısından değerlendirildiğinde anlamlı farklılık gösteren bir parametre saptanmadı. MEFV varyasyon varlığının inflamatuvar belirteçleri (sedimantasyon, CRP) etkilemediği görüldü.

Tartışma: Bu çalışma metabolik sendrom hastalarında MEFV gen varyasyon sıklığının değerlendirildiği ilk çalışmadır. Metabolik sendrom ile MEFV gen varyasyonları arasında herhangi bir ilişki saptamadık. MEFV gen varyasyon varlığının klinik ve laboratuvar verileri etkilemediğini gördük. Ancak hasta ve kontrol sayısının az olması nedeniyle bu konunun net aydınlatılabilmesi için geniş hasta popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır. Beraberinde serum IL-1 ve daha hassas inflamasyon belirteçlerinin çalışılması konuya netlik kazandıracaktır düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, MEFV gen varyasyonu

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0137

PP-057

IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK- HETEROJEN ORGAN TUTULUMU, HETEROJEN İNFLAMASYON DÜZEYİ

Ömer Karadağ¹, Umur Kalyoncu¹, Arzu Sağlam Ayhan³, İrfan Dönmez², Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹, Bülent Akdoğan², Tuncay Hazırolan¹, Dilek Ertoy Baydar³, İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹

¹Hacettepe Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Gerekeç: IgG4 ilişkili hastalık konseptinde çeşitli sistem ve organ tutulumlarıyla birliktelikler rapor edilmektedir. Bu konuda literatürde sınırlı sayıda veri bulunmakta ve ülkeler arasında sıklık ve tutulum özellikleri açısından farklılıklar gözlenmektedir.

Bu çalışmada hastanemizde değerlendirilen ve IgG4 ilişkili hastalık tanı kriterlerini karşılayan hasta özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Romatoloji ve Üroloji Bölümlerinde takip edilen IgG4 ilişkili hastalık ön tanısı olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, klinik tutulumlar ve görüntüleme yöntemleri ve Serum IgG4 düzeyleri kaydedildi. Biyopsi materyalleri IgG4 ilişkili hastalıklar morfolojik görünümü ile IgG4/total IgG4 oranı açısından tekrar değerlendirildi. IgG4 ilişkili hastalık tanı kriterlerini karşılayan hastalar analize alındı. PET BT değerlendirmesi olan hastaların sonuçları incelendi.

Sonuçlar: IgG4 ilişkili hastalık spektrumunda yer alan toplam 124 hasta incelemeye alındı. Toplam 48 hastanın patolojik örnekleri yeniden değerlendirildi. Sonuçta tanı kriterlerini karşılayan toplam 25 (K/E: 7/18) hasta analize alındı. Hastaların tanı yaşı ortalama 55.9 ± 11.78 yıl idi. Retroperitoneal fibrozis (RPF) en sık bulgu iken yarıdan fazla hastada birden fazla organ tutulumu mevcuttu. Hastaların üçte birinin patolojik boyutta lenfadenopatiye sahip olduğu görüldü. Sekiz (%32) hastada ek olarak kardiyovasküler tutulum (torakal aortitis/inflamatuvar abdominal anevrizma/koroner periarterit) mevcuttu. Organ dağılımları Tablo'da gösterilmektedir.

n(%)

Lakrimal bezler 1 (4)

Orbita ve periorbital dokular 5 (20)

Kulak burun ve paranasal sinüsler 2 (8)

Tükürük bezleri 2 (8)

Meninksler 1 (4)

Lenfadenopati 8 (32)

Tiroid 1 (4)

Akciğer 1 (4)

Kardiyovasküler tutulum

• Torakal Aortitis

• Inflamatuvar abdominal anevrizma

• Koroner periarterit 8 (32)

• 6 (24)

• 2 (8)

• 3 (12)

Retroperitoneal Fibrozis 19 (76)

Pankreas 5 (20)

Biliyer sistem 2 (8)

Karaciğer 1 (4)

On dokuz hastada patolojik olarak desteklenen morfolojik bulgular varken hepsinde IgG4/IgG >%40 idi.

RPF tanısı olan 21 hastanın patolojik örnekleri IgG4 ilişkili hastalıklar için ek olarak değerlendirildi. Bu hastaların 14'ünde (%66.7) ünde IgG4 ilişkili hastalıkla uyumlu bulgular saptandı.

Serum IgG4 düzeyi üç hastada normal sınırlarda idi. PET BT ile saptanan inflamasyon düzeyleri oldukça değişkendi (SUV maks 2.2-11.44 arası).

Tartışma: Çalışmamızdaki hastaların çoğunluğu erkek ve retroperitoneal fibrozis en sık organ tutulumu idi. Kardiyovasküler tutulum, lenfadenopati ve orbital/periorbital tutulum diğer sık görülen özelliklerdir. Hastalığın gerçek prevalansı ve farklı organ sistemlerinin gerçek sıklığını belirlemek için multidisipliner işbirliğiyle çalışmaların yapılması gerekmektedir. IgG4 ilişkili hastalıklarda sadece organ tutulumu değil inflamasyon düzeyleri de oldukça heterojen bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, Retroperitoneal fibrozis

Romatoid Artrit

Abstract:0138

PP-058

ABATASEPT TEDAVİSİ ALTINDA GELİŞEN PSÖRIAZİS VULGARİS: OLGU SUNUMU

Ahmet Kıvanç Cengiz¹, Yunus Durmaz¹, Mustafa Tosun², Ayşe Akbulut Çiçekli³, Sibel Berksoy Hayta², Ali Şahin⁴, Reyhan Eğilmez³, Sami Hizmetli¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁴Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Abatasept (CTLA-4 Ig) kostimülasyon blokajı ile T hücre aktivasyonunu önleyen bir füzyon proteindir. Romatoid artrit (RA) tedavisinde kullanılmakta olan abataseptin psöriatik artritte de etkili olabileceğini gösteren vaka sunumları vardır. Literatürde nadiren de olsa abataseptin psöriazis benzeri cilt döküntülerine neden olabileceği de bildirilmiştir. Biz burada RA tanısı ile abatasept kullanırken psöriazis gelişen bir vakamızı sunmak istedik.

50 yaşında kadın hastaya 5 yıl önce her iki el küçük eklemlerinde ve el bileklerinde artrit ve sabah tutukluğu yakınması ile başvurduğu bir hekim tarafından RA tanısı konulmuş. Methotreksat 15 mg/hafta, hidroksiklorokin 200 mg/gün ve düşük doz steroid tedavisi başlanmış. Takiplerde yakınmaları azalan hastanın son 6 aydır sabah tutukluğu artmış ve her 2 elbileğinde artrit olmuş. Hastanın methotreksat dozu 20 mg/haftaya artırılmış fakat hasta tolere edememiş. Doz tekrar 15 mg/haftaya indirilip leflunamid 20 mg/gün eklenmiş. Yakınmaların gerilememesi üzerine hasta polikliniğimize sevk edilmiş. Üç saatin üzerinde sabah tutukluğu ve yaygın artralji tarifleyen hastanın DAS-28 değeri 6.7 olarak hesaplandı ve hastaya abatacept tedavisi başlanması planlandı. Tedavi başladıktan 6 hafta sonra (üçüncü abatacept infüzyonundan bir hafta sonra) hasta her 2 diz kapağı üzerinde eritemli zeminde üzeri skuamli plaklar ile polikliniğimize başvurdu. Hasta daha önce benzer cilt lezyonları olmadığını ifade etti. Psöriazis açısından aile öyküsü de negatif olan hastaya dermatoloji konsültasyonu sonucunda psöriazis ön tanısı ile cilt biyopsisi yapıldı ve topikal steroid tedavisi başlandı. Topikal tedavi ile lezyonları gerileyen hastanın cilt biyopsisi Psöriazis Vulgaris lehine raporlandı. Abatasept tedavisine devam etmek istemeyen hastaya Adalimumab başlandı. Takiplerde eklem yakınmaları tamamen düzelen hastanın psöriatik döküntüleri tekrarlamadı.

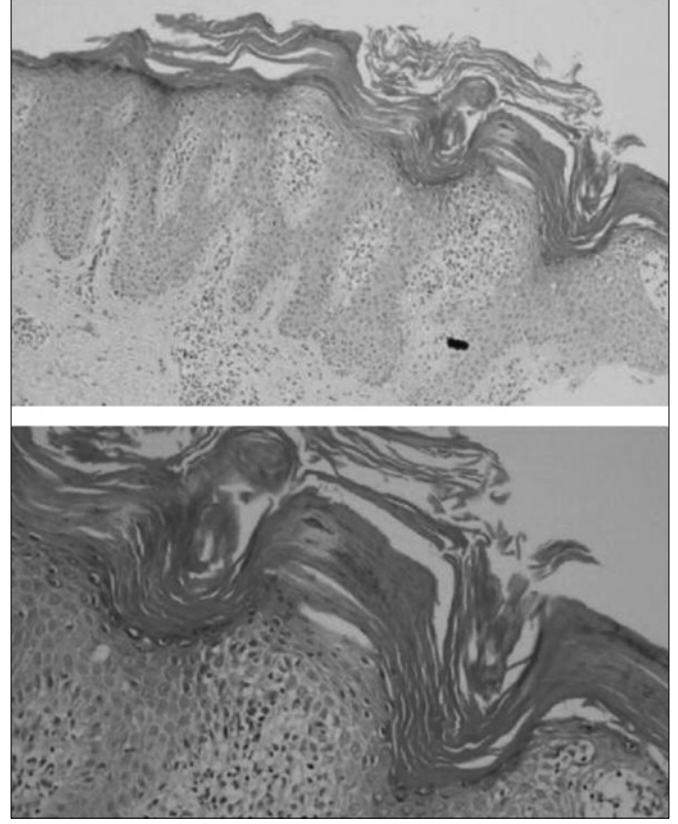
Sibilia ve arkadaşları abataseptin güvenilirliğini inceleyen 5 randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmanın verilerini derledikleri çalışmalarında abatasept kullanan 1955 hastanın 9'unda (%0.5) psöriazis saptandığını bildirmişlerdir. Konsta ve arkadaşları romatoid artrit tanısı ile abatasept kullanan 3 hastalarında tedavi başladıktan 9 -14 ay sonra psöriatik döküntüler geliştiğini bildirmişlerdir.

TNF inhibitörlerinin psöriazis tedavisinde başarıyla kullanılmalarının yanı sıra paradoksik şekilde psöriazis öyküsü olmayan hastalarda tedavi sırasında sitokin dengesini interferon alfa lehine bozarak psöriazisi tetikleyebildikleri bildirilmiştir. Abataseptin ise regülatuar T lenfositlerin aktivasyonunu da engelleyip Th17 aracılıklı immünite üzerindeki supresyonun azalmasına neden olarak yatkın bireylerde psöriazisi tetikleyebilir olabileceği öne sürülmüştür. Biyolojik ajan tedavileri alan hastalarda gelişen psöriazis sadece

TNF inhibitörlerine özgü bir bulgu değildir. Abatasept tedavisi de benzer şekilde psöriatik döküntülere neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: abatasept, psöriazis

Cilt Biyopsisi



Şekil 1. Hiperkeratoz, psöriaziform hiperplazi, intrakorneal abse, fokal spongiyoz

Romatoid Artrit

Abstract:0142

PP-059

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE RAPID3'ÜN, DAS28 VE CDAI İLE KORELASYONU VE EĞİTİM DÜZEYİ İLE KOMORBİD HASTALIKLARIN BU KORELASYON ÜZERİNE ETKİSİ

Kubilay Şahin¹, Yaşar Karaaslan², Zeynep Özbalkan Aşlar¹, Nesibe Karahan Yeşil¹, Ahmet Omma¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gerekeç: RAPID3 tamamen hasta beyanına dayalı bir RA aktivite indeksidir. Eklem sayımı gerektirmemesi ve hekimin çok az vaktini alması, bu indeksi çok çekici kılmaktadır. Klinik çalışmalarda RAPID3'ün diğer RA aktivite indekslerinden DAS28 ve CDAI ile iyi korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Biz bu çalışmada romatoloji polikliniğinde izlenen RA hastalarında hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde RAPID3'ün, DAS28 ve CDAI ile korelasyonunu ve eğitim düzeyi ile komorbid hastalıkların bu korelasyon üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak-Haziran 2013 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve en az 3 aydır RA tanısı ile izlenen 246 hasta alındı. Tüm hastalardan RAPID3 anketini doldurmaları istendi. Okur-yazar olmayan hastalarda anket tıbbi sekreter yardımı ile dolduruldu. Tüm hastaların RAPID3, DAS28 ve CDAI değerleri hesaplandı. Hastalar bu üç indekse göre grup A (remisyon-düşük hastalık aktivitesi) ve grup B (orta-şiddetli hastalık aktivitesi) olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel önem Spearman korelasyonu ve kapa istatistikleri ile analiz edildi.

Bulgular: Hastaların % 80,1'i kadın, ortalama yaş 53,2±12,1 yıl idi. Hastaların %27,2'si okur-yazar değildi. %50,8'i ilköğretim mezunu, %16,6'sı ortaokul-lise mezunu ve %5,3 de üniversite mezunuydu. Hastaların eğitim süresi 0 ile 15 yıl arasında olup ortalama 4,9 yıldır. Hastaların 117'sinde (%47,6), komorbid hastalık olarak hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi, hipertiroidi, koroner arter hastalığı, akciğer hastalığı, amiloidoz veya obeziteden en az bir tanesi mevcuttu. RAPID3'ün DAS28 ve CDAI ile korelasyonu için yapılan Spearman korelasyon katsayısı sırayla r: 0,67 ve r: 0,58 idi (p<0,001). Benzer şekilde okur-yazar olmayan ve komorbid hastalığı olan hastalarda da RAPID3, DAS28 ve CDAI ile korele bulundu (p<0,001). RAPID3'ün DAS28 ve CDAI ile uyumunu gösteren kapa istatistikleri de anlamlıydı (p<0,001). Çalışmamızda DAS28'e göre yüksek hastalık aktivitesi olan 34 hastanın %100'ünde RAPID3'e göre orta veya yüksek hastalık aktivitesi varken, DAS28'e göre remisyonunda olan 107 hastanın ise RAPID3'e göre %77'sinde düşük hastalık aktivitesi veya remisyonuna yakın hastalık vardı. CDAI'ye göre yüksek hastalık aktivitesi olan 32 hastanın %100'ünde RAPID3'e göre orta veya yüksek hastalık aktivitesi hastalık varken, CDAI'ye göre remisyonunda olan 63 hastanın %97'sinde RAPID3'e göre düşük hastalık aktivitesi veya remisyonuna yakın hastalık vardı.

Tartışma: Çalışmamızda önceki çalışmalarla benzer şekilde RAPID3 ile DAS28 ve CDAI arasında anlamlı bir korelasyon saptandı. Ayrıca okur-yazar olmayan ve komorbid hastalığı olan RA'lı hastalarda da RAPID3, DAS28 ve CDAI ile anlamlı olarak korele bulundu. RAPID3, düşük eğitim düzeyi ve komorbid hastalığı olan RA'lı hastalarda da DAS28 ve CDAI'ye benzer şekilde hastalık aktivitesi hakkında kantitatif bilgi sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: RAPID3, DAS28

Tablo 1. Hastalarımızda RAPID-3 ile DAS28 ve CDAI aktivite skorlarının karşılaştırılması

	RAPID3 skoru (0-30)	RAPID3 skoru (0-30)	RAPID3 skoru (0-30)	RAPID3 skoru (0-30)	Toplam
DAS28 skoru (0-10)	Yüksek (>12)	Orta (6,1-12)	Düşük (3,1-6,0)	Remisyonuna yakın (0-3,0)	
Yüksek (>5,1)	34(%89)	4(%11)	0(%0)	0(%0)	38
Orta (3,21-5,1)	49(%65)	23(%31)	1(%1)	2(%2)	75
Düşük (2,61-3,2)	10(%38)	8(%31)	7(%27)	1(%4)	26
Remisyon (0-2,6)	4(%4)	20(%19)	43(%40)	40(%37)	107
Toplam	97	55	51	43	246
CDAI skoru (0-76)	RAPID3 skoru (0-30)	RAPID3 skoru (0-30)	RAPID3 skoru (0-30)	RAPID3 skoru (0-30)	Toplam
Yüksek (>22)	27(%84)	5(%18)	0(%0)	0(%0)	32
Orta (10,1-22)	47(%78)	11(%18)	2(%4)	0(%0)	60
Düşük (2,9-10)	23(%25)	37(%41)	26(%29)	5(%5)	91
Remisyon (0-2,8)	0(%0)	2(%3)	22(%35)	39(%62)	63
Toplam	97	55	50	44	246

Spondiloartropatiler

Abstract:0143

PP-060

MINİMAL HASTALIK AKTİVİTESİNE SAHİP PSORİATİK ARTRİT HASTALARINDA SUBKLİNİK ATEROSKLEROZ VARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Barış Yılmaz¹, Tayfun Şahin², Berrin Öztaş Ünlü³, Hale Maral Kır⁴, Ayşe Çefle⁵

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bilim Dalı

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Kliniği

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Bilim Dalı

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

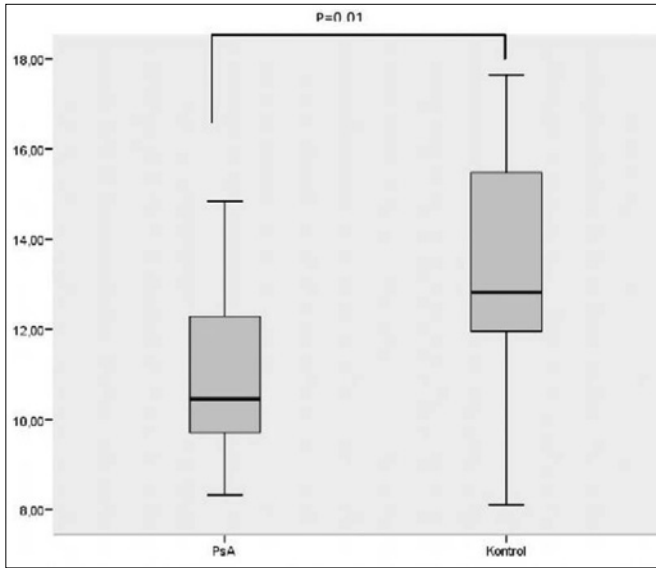
Amaç: Psöriatik artrit (PsA), psöriazis ile ilişkili kronik inflamatuvar bir artritir. PsA'lı hastalarda aterosklerotik vasküler hastalıklar (AVH) önde gelen morbidite ve mortalite sebebidir. Asimetrik dimetilarginin (ADMA), endojen nitrik oksit sentaz inhibitörüdür. Bu nedenle, artmış ateroskleroz ile ilişkili endotel disfonksiyonu için bir risk faktörüdür. Bu çalışmada, kardiyovasküler hastalığı (KVH) ve klasik kardiyovasküler risk faktörü olmayan minimal hastalık aktivitesine (MHA) sahip PsA hastalarında, endotel fonksiyonu değerlendirilerek ve karotis intima-media kalınlığı (İMK) ölçülerek subklinik ateroskleroz varlığının değerlendirilmesi amaçlandı.

Metod: Çalışmaya klinik KVH kanıtı ve klasik kardiyovasküler risk faktörü olmayan 20 PsA hastası ile 20 sağlıklı kontrol alındı. Çalışma popülasyonunda subklinik aterosklerozun değerlendirilmesi amacı ile iki boyutlu karotis ultrasonografisi (USG) yapılarak karotis İMK ölçüldü. Brakiyal arter çapı başlangıçta, tıkanık sonrası reaktif hiperemi (akım aracılı, endotel bağımlı dilatasyon) ile dilatı 400 mikrogram gliseril trinitrat sonrasında (endotel bağımsız dilatasyon) ölçüldü. Vazodilatasyon başlangıç çapına göreli olarak yüzde değişim olarak ifade edildi. Ayrıca, asimetrik dimetilarginin (ADMA) serum düzeyi de ELISA yöntemi ile ölçüldü.

Sonuçlar: Yapılan bu cross-sectional çalışmada endotel bağımlı dilatasyonun PsA hastalarında kontrol grubuna oranla anlamlı oranda azaldığı gösterildi (sırası ile; medyan [IQR] %10.5 [% 9.6-12.3] ve %12.8 [% 11.8-15.6] p=0.01). Endotel bağımsız dilatasyon açısından her iki grup arasında fark saptanmadı (medyan [IQR] %14.3 [% 12.-15.3] ve %13.9 [% 12.8-16.7] p=0.892). PsA hastaları ve kontrol grubu arasında ADMA düzeyi açısından fark yoktu (p>0.05). PsA hastaları ve kontrol grubu arasında, ortalama İMK ve [sırası ile; (ortalama±ss) 0,611±0,08 ve 0,596±0,08 p>0.05], maksimum İMK sonuçları arasında anlamlı fark saptanmadı [sırası ile; (ortalama±ss) 0,753±0,113 ve 0,743±0,09 p>0.05]. PsA hastalarına ait klinik ve laboratuvar değişken sonuçları ile endotel bağımlı dilatasyon sonuçları arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma: Aterosklerotik hastalıkta subklinik dönemdeki en önemli değişiklikler, İMK'da artma ve tüm arteriyel yatakta görülen endotelial disfonksiyondur. Bu çalışmada, KVH ve klasik kardiyovasküler risk faktörü olmayan PsA'lı hastalarda endotel disfonksiyonu olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu, PsA ile aterosklerotik hastalıklar arasındaki potansiyel ilişkiyi bildiren önceki gözlemleri desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Endotel disfonksiyonu, Psöriatik artrit



Şekil 1. PsA ve kontrol grubuna ait endotel bağımlı vazodilatasyon ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 1. PsA hastaları ile kontrol grubuna ait demografik, klinik özellikler ve laboratuvar bulguları

	PsA hastaları (n=20)	Kontrol (n=20)	p
Yaş, yıl	41.4±11,5	40.3±8	0.739
Erkek/Kadın	5/15	9/11	0.185
PsA hastalık süresi, yıl	6 (3.5-18)		
Psoriasis hastalık süresi, yıl	16.8±12		
Beden kitle indeksi, kg/m ²	26±3.6	27±2.8	0.352
Sistolik kan basıncı, mmHg	125 (120-140)	120 (120-130)	0.538
Diastolik kan basıncı, mmHg	80 (80-80)	80 (80-85)	0.389
HAQ Skoru	0.13 (0-1.2)		
DAS28	2.3 ±0.6		
PASİ	0 (0-0.35)		
ESR, mm/saat	8 (6.25-18.25)		
CRP, mg/dl	0.3 (0,16-0.71)		
DMARDs/Anti-TNF, n	13/7		
ADMA düzeyi, µmol/l	0.538±0.145	0.629±0.192	0.103
IMK ortalama, mm	0.611±0.08	0.596±0.08	0.525
IMK maksimum, mm	0.753±0.113	0.743±0.09	0.781
Bazal çap (mm)	3.5±0.5	3.7±0.5	0.158
Ortalama ± SS	3.50	3.50	
Medyan	3.1-3.5	3.22-4.0	
Interquartile aralık			
Endotel Bağımlı Dilatasyon, %	11±2	13.2±2.9	0.01
Ortalama ± SS	10.5	12.8	
Medyan	9.6-12.3	11.8-15.6	
Interquartile aralık			
Endotel Bağımsız Dilatasyon, %	14.2±3	14.3±2.4	0.892
Ortalama ± SS	14.3	13.9	
Medyan	12.5-15.3	12.8-16.7	
Interquartile aralık			

Değerler Ortalama±standart sapma veya median (interkuartil aralık) olarak verilmiştir.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0144

PP-061

SİSTEMİK SKLEROZDA REFRAKTER ANEMİ: MYELODİPLASTİK SENDROM

Taşkın Şentürk¹, Gökhan Sargın¹, İrfan Yavaşoğlu², Serkan Borazan³

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji-Romatoloji Bilim Dalı

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

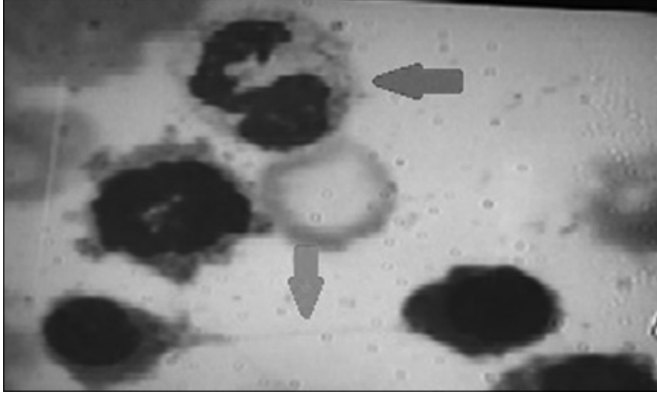
Sistemik skleroz (SSc)'lu hastalarda, başta akciğer kanseri olmak üzere non-melanom deri kanseri, non-Hodgkin lenfoma, özofagus ve karaciğer kanseri gibi kanserlerde artmış bir risk vardır. Ancak sistemik skleroza sekonder olarak gelişen myelodisplastik sendrom (MDS) literatürde nadiren bildirilmiştir. Burada, uzun süredir SSc tanısı ile takip edilen ve daha sonra myelodisplastik sendrom gelişen bir hasta nadir özellikleri nedeniyle sunulmuştur.

54 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıldan beri SSc tanısıyla romatoloji kliniğimizde takip edilmektedir. Hasta efor dispnesinin artması ve soluk görünümü olması ve genel durumunun bozulması nedeniyle kliniğe yatırıldı. Ateş: 37,6 °C; kan basıncı: 90/65 mmHg ve nabızı: 96/dakika idi. Fizik muayenede bilateral akciğerlerde yaygın raller, sklerodaktili, yüzde telenjektazi ve gluteal bölgede cilt altı yumuşak dokuda kalsinozis vardı. Bu yakınmaları nedeniyle metoklopramid, asetilsalisilik asit, metilprednizolon, bosentan, nifedipin, azatiopürin kullanan hastanın, özgeçmişinde akciğer tutulumu nedeniyle siklofosamid ve rituksimab kullanımı vardı. Yaklaşık 1,5 yıldan beri sık sık tekrarlayan anemi nedeniyle eritrosit tansfüzyonu gereken hastada Hb: 8,5 g/dl, Htc: 23,4, MCV: 83,9 fL, lökosit: 8.250/mm³, nötrofil: 6.850/mm³, lenfosit: 780/mm³, trombosit: 172.000/mm³, retikülosit: 0,097/mm³ ve direkt-indirekt Coombs testleri negatifti. Serum demiri 14 µg/dl (N:31-144), transferrin saturasyonu %8, ferritin 296 ng/dl (N:21-274) ve eritropoietin 49,9 mIU/mL (N:2,6-18,5) olarak bulundu. Hastaya yapılan üst endoskopik incelemede sliding herni gözlemlendi ve kolonoskopisi normaldi. Peroral ve intravenöz demir replasmanına rağmen, hastada tedaviye dirençli aneminin devam etmesi üzerine etiyojiye yönelik kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Aspirasyonda 2 normoblast arasında köprüleşme, myelositer seride hipogranülasyon ve hipolobulasyon gözlemlendi (Şekil 1). MDS refrakter anemi tanısı konulan hastada, tedaviye eritropoietin eklendi. Hasta halen poliklinik kontrolleri ile takip edilmektedir.

Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozis, Sjögren's sendrom ve SSc gibi bağı dokusu hastalıklarına sekonder olarak gelişen MDS nadirdir. Literatürde vaka sunumu şeklinde SSc ve MDS vakaları bildirilmiştir. Aksine hematolojik malignitelerde de paraneoplastik skleroderma görülebilir. Genetik, sigara, ilaç gibi çevresel faktörler her iki hastalığın patogenezinde yer alır. İmmünyüpresyon, kronik B-hücre stimülasyonu, siklofosamid, azatiopürin, metotreksat gibi ilaçlar ile kromozomal anormallikler risk faktörlerini oluşturmaktadır. SSc'de görülen otoantikörler ile (anti-sentromer, anti-Scl70), kanser arasındaki ilişki net değildir. Sonuç olarak, SSc hastaları hematolojik malignitelerin ve nadiren de MDS gelişimi için risk altındadır. Bu hastalarda özellikle

tedaviye dirençli anemi saptandığında, MDS gelişimi açısından değerlendirilmesi yararlıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Skleroz, Myelodisplastik Sendrom



Şekil 1. Kemik iliği aspirasyonu
2 normoblast arasında köprüleşme (yeşil ok), myelositer seride hipogranülasyon ve hipobulbulasyon (kırmızı ok)

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0145

PP-062

2010 MODİFİYE FİBROMYALJİ SENDROMU DİAGNOSTİK KRİTERLERİ VE SEMPTOM AĞIRLIK SKALASI FORMUNUN TÜRK HASTALARDA GÜVENİRLİLİĞİ VE GEÇERLİLİĞİ

Müeyesser Nergiz Yanmaz¹, Sevgi Atar², Mualla Biçer³

¹Istanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

³Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Giriş: 2010 modifiye Amerikan Romatoloji Birliği (ARB) Fibromyalji Sendromu (FMS) diagnostik kriterleri ve semptom ağırlık skalası (FDSS) formu FMS nin teşhisi ve semptom derecesinin saptanması için hasta tarafından doldurulan bir ankettir. Çalışmamızda Türk FMS'ü hastalarında bu anketin Türkçe'ye çevirilen versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliğini araştırdık.

Method: İngilizce FDSS formundan çeviri ve geri çeviri yöntemi ile Türkçe form elde edildi. Üzerinde ilgili araştırmacılar tarafından bazı düzeltmeler yapılarak en son şekli verilen form hastane personeli üzerinde denenerek anlaşılabilirliği test edildi. İlk kez FMS tanısı alan, şikayetlerini açıklayacak başka bir hastalığı olmayan, ötiroid ve FMS semptomlarını etkileyecek ilaç kullanmayan ya da mevcut tedaviye cevapsız ana dilleri Türkçe olan hastalardan yukardaki şekilde hazırlanan Türkçe FDSS formunu doldurmaları istendi. Aynı zamanda fizik muayeneleri yapılan ve laboratuvar tetkikleri istenen hastalar, Türkçe geçerliliği ispatlanmış Türkçe revize Fibromyalji etki anketini (rFİA) doldurdular ve son bir haftadaki ağrı ile hastalık etkisini Visual Analog Skalası (VAS) ile değerlendirdiler. Ağrı kesici tedavi düzenlenen tetkiklerini 7 ile 15 gün içinde getiren hastalar ikinci kez aynı Türkçe FDSS formunu doldurdular. Bu şekilde FDSS Türkçe formu test-retest güvenilirlik, internal tutarlılık, yapısal geçerliliği bakımından değerlendirildi.

Sonuçlar: 69 FMS kadın hasta test edildi. 1. Türkçe FDSS formu ile 2. FDSS formu arasında formun 25 maddesi için yapılan kappa uyum katsayıları 0.398 ile 0.766 arasında idi ve uyumun tesadüfi olmadığını göstermekteydi (tüm p<0.01). Ayrıca 1. ve 2. formun total skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı (r=0.700, p<0.01). İnternal tutarlılık analizinde Cronbach's Alpha 1. form için 0.744, 2. form için 0.820 saptandı ve testin oldukça güvenilir olduğuna işaret etmekteydi. Yapısal geçerlilik değerlendirildiğinde FDSS ile rFİA (0.459), VAS ağrı (0.427), VAS hastalık etkisi (0.376) arasında anlamlı korelasyon bulunmaktaydı (tüm p<0.01). Sonuç: Türkçe FDSS formu Türk FMS hastalarında güvenilirlik ve yapısal geçerliliği olan bir instrumandır. Hasta tarafından uygulanabilen, değerlendirmesi kolay bir skaladır.

Anahtar Kelimeler: Fibromyalji Sendromu, semptom skalası

Romatoid Artrit

Abstract:0146

PP-063

ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE RİTUKSİMAB TEDAVİSİ ALAN HASTADA GELİŞEN PLANTAR PÜSTÜLER PSORİAZİS

Özlem Özdemir Işık, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

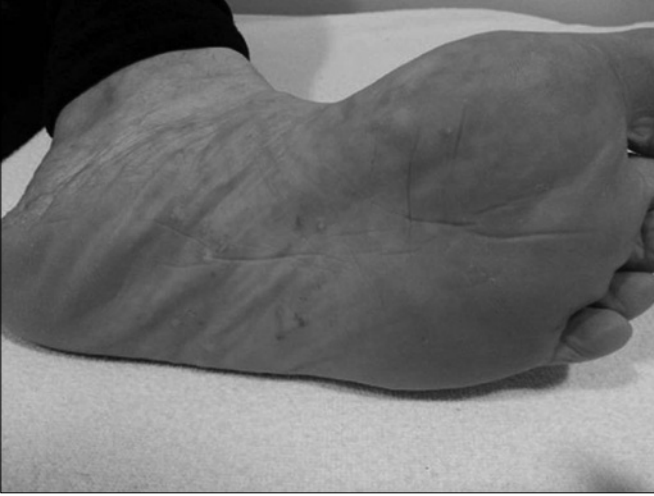
Ritüksimab (RTX) CD20 (+) B hücreleri hedefleyen kimerik monoklonal antikordur. Vaskülit ve romatoid artrit (RA) tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İnfüzyon reaksiyonları, geçici hipo- hipertansiyon atakları, mukokutanöz reaksiyonlar sık karşılaşılan yan etkilerdir. RTX kullanımı sonrası nadir de olsa plantar püstüler psoriasis (PPP) gelişebilmektedir. Burada RA tanısıyla RTX tedavisi almakta olan bir hastada gelişen PPP olgusu sunulacaktır.

Olgu: 67 yaşında bayan hasta. 2009'da sağ el 2.MKF, PIF ve sağ el bileğinde artriti olması nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurmuş. Hastanın RF<20, anti-CCP (-) olup seronegatif RA tanısı ile hidroklorokin ve metilprednizolon tedavisi başlanmış. Takiplerinde bilateral elbileği ve dirseklerde artriti olan hastanın tedavisine Mart 2010'da leflunomid eklenmiş. Baş ağrısı nedeniyle çekilen kranial BT'de sağ parasagittal alanda yaklaşık 13x19 mm boyutlu menenjiom ile uyumlu kitle saptanmış ve beyin cerrahisi poliklinik takibine alınmış. Kasım 2010'da mevcut tedavisine metotreksat 15mg/h eklenmiş. Bu tedavi ile şikayetleri gerilemeyen hastaya anti-TNF planlanmış ancak beyin cerrahisi ile konsülte edilen hastada kranial MR çekilemediğinden(kalp kapak replasmanı mevcut)atipik anaplastik menenjiom ekarte edilemediği belirtilmiş. Bu nedenle hastaya anti- TNF tedavi yerine RTX tedavisi planlanmış. İlk RTX dozunu Ağustos 2012'de alan hasta Kasım 2013'te üçüncü doz RTX tedavisini aldı. Nisan 2014 kontrolünde her iki ayak tabanında 1cm'in altında sert, sarı renkli, deriden kabarık, ağrılı lezyonlar saptandı (Şekil-1). Dermatoloji ile konsülte edilen hastaya PPP ön tanısı ile lokal tedavi başlandı, lezyonlardan biyopsi planlandı; ancak hasta biyopsiyi reddetti. Mevcut PPP'nin RTX kullanımı ile bağlantılı olabileceği düşünüldüğü için RTX tedavisi kesildi. 2 Hafta sonrasında poliklinik kontrolünde hastanın plantar lezyonlarının gerilediği görüldü. Ancak MKF'lerinde yeni gelişen artritinin

olması üzerine metotreksat dozu artırıldı. Temmuz ayında yapılan son kontrolünde her iki ayak plantar yüzde sadece birer adet 1 cm'den küçük püstüler lezyonu mevcuttu. Aktif artriti olmayan hastanın ESH:4mm/h, CRP:0,23mg/dl idi. Tedaviye metotreksat 15 mg/h, leflunomid 20 mg/g ve metilpredizolon 4 mg/g ile devam edilmesine karar verildi.

Püstüler psoriasis(PP), palmoplantar bölgenin rekürren, kronik püstüler dermatozudur. Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülür. Deride 2-4 mm çapında püstüller gelişir. Biyolojik ajanların PP tedavisinde etkili olduğunu gösteren birçok yayın mevcuttur. Ancak biyolojik ajanların başka endikasyonlar ile kullanımları sırasında veya plak psoriasis tedavisi sırasında PP gelişimine sebep olduğunu gösteren olgu bildirimleri de mevcuttur. Biyolojik tedaviler sırasında bu tür yan etkilerin gelişebileceği unutulmamalı, hastalar bu açıdan da sorgulanmalı, lezyonlar geliştiğinde tedavi değişikliği düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, püstüler psoriasis



Şekil 1. Hastanın ayak tabanında görülen 1cm'in altında sert, sarı renkli, deriden kabarık, ağrılı lezyonları

Spondiloartropatiler

Abstract:0148

PP-064

ANKİLOZAN SPONDİLİT VE X'E BAĞLI HIPOFOSFATEMİK RİKETS TANILI HASTADA ADALİMUMAB TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN DEMİYELİNİZAN HASTALIK

Özlem Özdemir Işık, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

TNF α blokerleri özellikle ankilozan spondilitli (AS) hastalarda yüz güldürücü sonuçlara yol açmaktadır. Bununla birlikte anti-TNF ilaçlar nadir de olsa demiyelinizan hastalık oluşturmak veya var olan demiyelinizan hastalığı kötüleştirmek gibi nörolojik yan etkilere sahiptir. Burada adalimumab kullanımına bağlı demiyelinizan hastalık gelişen bir AS olgusu sunulacaktır.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta; yaklaşık 14 yıl önce başlayan inflamatuvar bel ve kalça ağrısı nedeniyle 2004'de ankilozan spondilit tanısı konmuş. Hastaya Sulfasalazin 2gr/g ve Indometazin

150mg/g tedavisi başlanmış. Hasta 2,5 yıl bu tedaviyi kullandıktan sonra dispeptik yakınmaları nedeniyle tedaviye ara vermiş. Mart 2007'de aynı şikayetlerle polikliniğimize başvuran hastanın çekilen suprapubik sakroiliak grafisinde bilateral grade 4 sakroiliit saptanmış. Schober 0.5cm, el-yer 30cm olan hastaya Sulfasalazin 2gr/g ve meloksikam 150mg/g başlanmış. 2007'de çekilen Toraks BT'de kemikte dansite azalması saptanması üzerine metabolik hastalıklar yönünden araştırılan hastaya X'e bağlı hipofosfatemik rikets tanısı konmuş; erişkin yaşta olması ve fosfatürisi olmaması nedeniyle tedavi önerilmemiş ve takibe alınmış. 4 yıl takipzisi olan hasta Mart 2011'de polikliniğe başvurduğunda bel ağrısında artış, 1 saat süren sabah tutukluğu mevcutmuş. Yapılan tetkiklerinde sedimentasyon 5mm/h, CRP 0,7mg/dl saptanmış. BASDAI: 5,3 BASFI: 7,1 olması üzerine anti-TNF tedavi planlanan hastaya Haziran 2011'de adalimumab tedavisi başlanmış. Kasım 2012'de baş ağrısı nedeniyle nöroloji polikliniğine yönlendirilen hastada ön planda migren düşünülmüş, çekilen kranial BT normal saptanmış. Adalimumab tedavisi altında yakınmalarında gerileme olan hasta (BASDAI: 2,6) romatoloji polikliniğinde düzenli takipte iken mart 2014'de banyoda ayağının kayması sonucunda düşmüş ve başını çarpmış. Bu nedenle dış merkeze başvuran hastanın çekilen kranial BT'sinde sol paryetalde yumusak doku ekspansiyonu sefal hematoma lehine değerlendirilmiş, kranial MR'da her iki serebral hemisferde sentrum semiovale ve korona radiatada subkortikal beyaz cevher alanlarında T2 ve FLAIR sekanslarda çok sayıda milimetrik gliotik sinyal odakları izlenmiş. Demiyelinizan hastalık-MS açısından değerlendirilmesi önerilmiş. MR sonucu ile polikliniğe başvuran hastanın kullanmakta olduğu anti-TNF tedavisine ara verildi. MR sonucu ile nöroloji polikliniğinde değerlendirilen hastaya servikal MR planlandı. Servikal MR'ında C2 düzeyinde kordda fokal T2 sinyal artışı izlenmiş olup dış merkezli MR ile birlikte değerlendirildiğinde demiyelinizan lezyon lehine bulundu. Nörolojik defisiti olmayan hasta demiyelinizan hastalık tanısı ile nöroloji tarafından poliklinik takibine alındı. Anti-TNF tedavisine son verildi.

Biyolojik ajanların demiyelinizan hastalığa yol açma ve var olan hastalığı ağırlaştırma potansiyeli olduğu unutulmamalıdır. Bu ilaçları kullanan hastalar kontrolleri sırasında bu açıdan da sorgulanmalı ve yakınmaları olduğunda tedavi kesilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, demiyelinizan hastalık

Spondiloartropatiler

Abstract:0150

PP-065

MİNİMAL HASTALIK AKTİVİTESİNE SAHİP PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARINDA ARTMIŞ AORTİK SERTLEŞME VARLIĞI

Barış Yılmaz¹, Tayfun Şahin², Ayşe Çefle³

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bilim Dalı

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), psöriazis ile ilişkili etyolojisi bilinmeyen, kronik inflamatuvar bir artrit olup, PsA'lı hastalarda, aterosklerotik vasküler hastalıkların önde gelen morbidite ve mortalite sebebi olduğu bildirilmiştir. Son çalışmalar, ventriküler ve arteriyel sertliğin, kardiyovasküler hastalık patofizyolojisinde

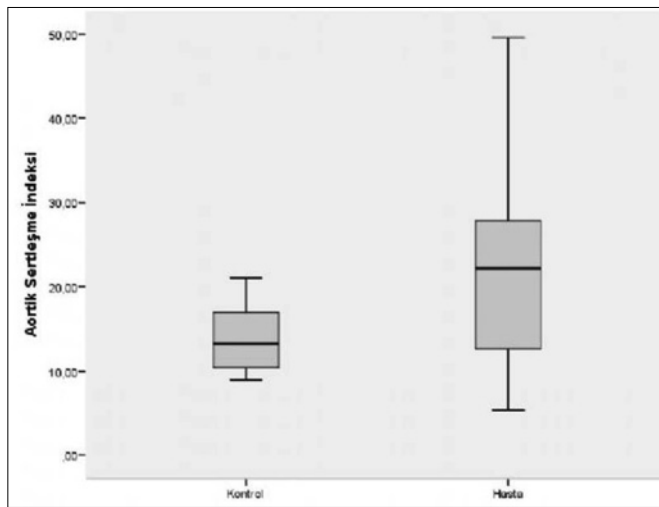
önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Kardiyovasküler risk için prediktör olarak kabul edilen arteriyel sertleşmenin yaşlanma ile birlikte gerçekleştiği ve aterogenez ile anlamlı ilişki gösterdiği ortaya konmuştur. Bu çalışmada, kardiyovasküler hastalığı ve klasik kardiyovasküler risk faktörü olmayan minimal hastalık aktivitesine sahip psoriatik artritli hastalarda aortik sertleşme varlığı ve sol ventrikül fonksiyonları üzerine etkileri değerlendirildi.

Metod: Çalışmaya 16 PsA hastası ve 16 sağlıklı kontrol alındı. Çalışma popülasyonu, doku Doppler görüntüleme ve konvansiyonel ekokardiyografiyi içeren noninvazif metod ile değerlendirildi. Aortik sertleşme indeksi ve distensibilite, brakial cuff kan basınçları ve transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile ölçülen aortik çaplar kullanılarak hesaplandı.

Sonuçlar: Çalışmada, PsA hastalarında aortik sertleşme indeksinin kontrol grubuna oranla önemli oranda arttığı gösterildi (sırası ile; ortalama±SS 21.6±12 ve 13.8±4, p=0,025). PsA hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi açısından düzeltme yapıldıktan sonra da PsA hastalarındaki fark anlamlılığını korumaktaydı ($\beta=8.8$, 95% CI 3.5 to 14, p=0.002). Bu bulguya paralel olarak aortik distensibilite, PsA hastalarında azalmış olmakla beraber kontrol grubu ile karşılaştırıldığında fark saptanmadı (p>0.05). Ancak aortik sertleşme indeksi ile distensibilite sonuçları arasında güçlü negatif korelasyon olduğu gösterildi (r =-0.827, p<0.0001). Sol ventrikül remodelling varlığının ve subklinik diyastolik disfonksiyonu PsA hastalarında daha fazla olmasına rağmen kontrol grubu ile arasında fark saptanmadı (p>0.05). PsA hastaları arasında, aortik sertleşme indeksi ile PsA hastalık süresi, psöriazis hastalık süresi, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, PASİ skoru ve DAS 28 değişkenleri arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma: Bu çalışmada, eşlik eden KVH veya kardiyovasküler risk faktörü olmayan PsA hastalarında artmış aortik sertleşme indeksi varlığı olduğu gösterildi. Sonuç olarak, arteriyel tutulum mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber çalışmamızın sonuçları, PsA'nın artmış kardiyovasküler risk ile ilişkili sistemik bir hastalık olduğu varsayımını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aortik sertleşme, Psöriatik Artrit



Şekil 1. PsA hastaları ile kontrol grubu aortik sertleşme ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması (ortalama±SS: PsA= 21,6±12 ve kontrol 13,8±4; p=0,025).

Tablo 1. PsA hastaları ile kontrol grubu demografik, laboratuvar bulguları ve ekokardiyografik ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması

	PsA hastaları (n=16)	Kontrol (n=16)	p
Yaş, yıl	39.4±10.9	41.3±8.1	0.58
Erkek/Kadın	5/11	7/9	0.46
PsA hastalık süresi, ay	72 (42-126)		
Psöriazis hastalık süresi, ay	144 (72-237)		
Beden kitle indeksi, kg/m ²	26±3.3	27.4±4.2	0.30
Sistolik kan basıncı, mmHg	125 (120-140)	120 (120-130)	0.64
Diyastolik kan basıncı, mmHg	80 (80-87.5)	80 (80-85)	0.64
Nabız basıncı, mmHg	40 (40-50)	40 (40-50)	0.56
Aortik sistolik çap indeksi, mm/m ²	17.9±1.8	16.7±2.1	0.07
Aortik diyastolik çap indeksi, mm/m ²	16.4±2.1	14.9±1.9	0.04
Aortik distensibilite, mmHg-1	0.0048±0.0038	0.0057±0.0019	0.42
Aortik stiffness indeksi	21.6±12	13.8±4	0.025
DAS28	2.17 ±0.4		
PASİ	0 (0-0.35)		
Sedimentasyon, mm/saat	8 (5.5-18.2)		
C reaktif protein, mg/dl	0,3 (0,1-0,7)		
SV konstrikt remodelling, n(%)	6	1	0.083
Sol ventrikül dolum paterni (lateral e' <8 and/or E/e' >15)			
Normal, n(%)	10	15	0.083
Anormal relaksasyon paterni, n(%)	6	1	0.083
Pseudonormal, n(%)	0	0	

Değerler Ortalama±standart sapma veya median (interkuartil aralık) olarak verilmiştir.

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0155

PP-066

BEHÇET HASTALIĞINDA PLAZMA ANGIOPOİETİN-1, -2 DÜZEYLERİ; KLİNİK BULGULAR VE HASTALIK AKTİVİTESİYLE İLİŞKİSİ

Secan Gücenmez¹, Hakan Emmungil², Sertaç Ketenci², Özün Bayındır², Senem Tekeoğlu², Mümine Yüksel², Vedat İnal², Figen Yargucu Zihni², Gökhan Keser², Kenan Aksu², Funda Kaya², Raika Durusoy²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Behçet hastalığı (BH) hem arteriyel hem venöz sistem tutuluşu gösteren sistemik bir vaskülit olup patogenezindeki önemli basamaklardan biri de endotel hasarı ve endotel aktivasyonudur. Angiopoeitinler, endotel hücrelerinden salınan vasküler gelişme, olgunlaşma ve inflamasyon için gerekli anjiogenik faktörlerdir. Şimdiye kadar 4 farklı angiopoietin (ANG) tanımlanmış olup bunlardan ANG-1 vasküler inflamasyonu baskımlarken, ANG-2 vasküler inflamasyonu arttırmaktadır ("Fuxe J, ve ark. Am J Pathol, 2010;176: 2009–2018). Çalışmamıza BH grubuna ek olarak, patogenezinde endotel aktivasyonu olduğu gösterilen bir diğer hastalık olan sistemik lupus eritematoz (SLE), hastalık

kontrol grubu olarak ve sağlıklı kontrol (SK) grubu da alınmıştır. Bu çalışmada; 1-BH, SLE ve SK grupları arasında ANG-1 ve -2 düzeyleri ve gruplar arasındaki ilişkileri, 2-BH klinik alt grupları ile ANG-1 ve -2 ilişkileri ve, 3- BH hastalık aktivitesiyle ANG-1, -2 düzeyleri arasındaki olası ilişkiyi ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Hastalar ve Metod: Çalışmaya ISGBD kriterlerine göre Behçet tanısı konulmuş olan 101 hasta, cinsiyet, yaş uyumlu 76 sağlıklı kontrol ve 1987 ACR kriterlerine göre SLE tanısı konulan 65 hasta alınmıştır. Tüm hasta ve kontrol gruplarında serum ANG düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak Student t testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Serum ANG-2 düzeyleri BH'da, SK grubu ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek saptanmasına ($p=0.039$) rağmen serum ANG-1 düzeyleri her iki grupta benzer düzeylerde bulunmuştur. BH ile SLE grupları karşılaştırıldığında ANG-1 düzeyleri BH'da anlamlı olarak yüksek ($p=0.001$), ANG-2 düzeyleri ise anlamlı düşük ($p=0.005$) saptanmıştır. SLE ile SK grubu karşılaştırıldığında ANG-1 düzeyleri anlamlı düşük ($p=0.001$), ANG-2 düzeyleri ise anlamlı yüksek ($p=0.001$) saptanmıştır. BH'nın vasküler tutuluş dahil organ/sistem tutuluşları ile ve hastalık aktivitesi ile ANG düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç olarak, elimizdeki sonuçlar, özellikle hemen tamamen endotel hücrelerinden salınan ANG-2 düzeylerinin, endotel hasarını göstermesi açısından öncelikle SLE ve daha sonra Behçet hastalarında önemli bir belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Fakat ANG-1, -2 düzeyleri ile ne Behçet hastalık aktivitesi ne de herhangi bir Behçet klinik alt grubu ile korelasyon bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: behçet, angiopoietin

Diğer

Abstract:0156

PP-067

ANTI-TNF TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN HENOCH-SCHÖNLEİN PURPURASI VAKASI

Alperen Mengi, Meryem Can, Ömür Volkan, Necati Çakır

Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Ankilozan spondilit(AS),aksiyel ve periferik tutuluş yapan, kronik inflamatuvar hastalıktır. Hidradenitis suppurativa(HS), vücutta farklı bölgelerin apokrin bezlerini tutan, kronik, supuratif deri hastalığıdır. AS ve HS tedavisinde Anti TNF tedaviler kullanılmaktadır. Anti TNF tedavi sonrası literatürde vaskülit vakaları bildirilmiştir. Henoch-Schönlein purpurası (HSP), çocukluk çağında en sık görülen sistemik vaskülitir. Çocukluk çağında sıklıkla kendi kendini sınırlayan, benign bir seyri olmasına karşın erişkinlerde ağır gastrointestinal (GI) ve renal tutulumu ve hatta ölüme yol açabilmektedir. Bu yazıda, HS ve bilateral sakroileit birlikteliği (BS) olan ve infliximab tedavisi sonrasında HSP gelişen bir vaka sunulmuştur.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta ciltte döküntü, inflamatuvar karakterde bel, sırt ağrısı, eklemlerde ağrı şikayeti ile başvurdu. 1-2 saat süren sabah tutukluk tariflemekteydi. Öyküde üveit vardı. Grafilerde bilateral sakroileiti mevcuttu. Hastaya AS tanısı konuldu. Hasta ciltteki lezyonlar için daha önce akne tedavisi görmüş.

Cilt lezyonları için Dermatoloji ile konsülte edildi. Hastaya hidradenitis suppurativa tanısı konuldu. Dapson ve makrolid tedavisi ile hastanın lezyonlarda gerileme olmadı. Hastaya AS+ HS tanısıyla infliximab tedavisi başlandı. infliximab tedavisi ile hastanın cilt lezyonlarında ve ağrılarında kısmi düzelme oldu. 5. infüzyondan sonra hasta acil servise ateş, karın ağrısı, kanlı dışkılama, artrit ve özellikle alt ekstremitelerde daha belirgin olan purpurik döküntülerle başvurdu. Hasta vaskülit düşünülerek servise yatırıldı. İncelemede renal tutulum yoktu, anti nötrofil sitoplazmik antikor negatifti. Ciltten alınan biyopsi Henoch-Schönlein purpurası ile uyumlu geldi. (Damar duvarında IgA, C3, fibrinojen birikimi mevcut) Hastaya pulse steroid ardından idame 1mg/kg metilprednizolon (MP) başlandı. Steroid dozu azaltıldığında sedimentasyon değerlerinde yükselme oldu. Steroid dozu azaltınca aktivasyon artıyordu. Bunun üzerine tedaviye immunsupressif ajan eklendi. Önce azatiyoprin(AZA) başlandı. AZA ve steroid 80mg tedavisi altında akut batın gelişti. Opreasyonda ileal perforasyon sebebiyle rezeksiyon yapıldı. Yüksek doz steroidle bağımlılığı devam ediyordu. AZA kesilerek siklofosamid başlandı (1g/ay). Metil prednisolon 75mg/gün olarak devam edildi. 2. kür siklofosamid sonrası hastada yine akut batın gelişti. Genel cerrahi ile değerlendirilen hasta akut batın sebebiyle opere edildi. Operasyonda jejunal ve ileal perforasyon sebebiyle barsak rezeksiyonu yapıldı. Postop yoğun bakım ünitesinde takipteyken septik şok sebebiyle hasta kaybedildi.

Tartışma: Anti-TNF tedavinin sonucunda bir çok sistemi ilgilendiren yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu yan etkilerin bir kısmında otoimmünite suçlanmaktadır. Bu yan etkiler bazen ölümcül olabilmektedir. Literatürde Anti TNF sonrası gelişen henoch schönlein vakaları bildirilmiştir. Anti TNF alan hastaların yakın takibi gerekmektedir

Anahtar Kelimeler: Anti TNF, henoch schönlein purpurası

Spondiloartropatiler

Abstract:0157

PP-068

İRİSİN ANKİLOZAN SPONDİLİTEKİ KÖTÜ KARDİYOVASKÜLER PROFİLE KATKIDA BULUNMUYOR OLABİLİR

Dilek Solmaz¹, Hale Bülbüş³, Didem Leyla Kozacı⁵, Neslihan Karaca⁴, Gerçek Can³, Emine Figen Tarhan³, Mustafa Özmen³, Barış Önder Pamuk⁶, Nazmiye Tomaş³, Servet Akar²

¹Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

³İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi (ADU-BILTEM), Aydın, Türkiye

⁵Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

⁶İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı; İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Gerekeç: Ankilozan spondilit (AS) sakroiliak ve spinal inflamasyon ve yeni kemik oluşumu ile karakterize kronik romatizmal bir hastalıktır. Son yıllarda AS'ide içeren inflamatuvar romatizmal hastalıklarda kardiyovasküler mortalite ve morbiditede bir artış olduğu bildirilmiştir. Bu artışın tam olarak nedeni

anlaşılamamıştır. İrisin, ilk olarak kas dokusundan izole edilmiş, 112 aminoasitten oluşan bir proteindir.

İrisinin ana fizyolojik rolünün beyaz yağ dokusunun hareketi ve yağ yıkımı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca irisinin insülin miktarını ve insülin direncini düşürdüğü de gösterilmiştir, bundan dolayı obezite ve metabolik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde yeni bir yaklaşım olabilir.

Amaç: AS hastalarında enerji homeostazı veya metabolik durumun bir belirteci olarak serum irislin düzeylerinin değerlendirilmesi ve serum irislin düzeyleri ile bazı metabolik risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek.

Hastalar ve Metod: Çalışmaya iki merkezden, modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı olan ardışık 95 hasta (74 erkek [%78]; ortalama yaş: 39.1 ± 9.9) ve 47 sağlıklı kontrol (35 erkek [%75]; ortalama yaş: 39.3 ± 5.9) dahil edildi. Anti-TNF ile tedavi edilen hastalar, obezite (VKI>35), kontrolsüz hipertansiyon, diyabet, kardiovasküler hastalık, böbrek yetmezliği olan hastalar dışlandı. Açlık serum glukozu, lipid değerleri, kreatinin düzeyleri ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) analiz edildi. Serum irislin ve IL-8 düzeyleri ELISA yöntemiyle değerlendirildi. İnsülin direnci HOMA indeksi ile hesaplandı. Ayrıca yüksek duyarlılıklı serum C-reaktif protein düzeyleri (hs-CRP) de ölçüldü. AS hastalarının hastalıkla ilişkili özellikleri BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP ve BASMI kullanılarak değerlendirildi.

Sonuçlar: AS ve kontroller arasında yaş, cinsiyet ve VKI açısından bir fark saptanmadı. Beklenildiği üzere hs-CRP ve ESH, AS hastalarında kontrollere göre belirgin derecede yüksek idi. Serum trigliserid, total kolesterol, kreatinin, ürik asit, trombosit sayısı ve hemoglobin konsantrasyonu AS hastalarında kontrollerden farklı olarak irislin düzeyleri gruplar arasında farklı bulunmadı (Tablo). Serum irislin düzeyleri aktif ve inaktif hastalar arasında ve yine sindesmofti olanlar ve olmayanlar arasında da farklı değildi.

Tartışma: Bu çalışmanın sonucunda enerji harcamasına yol açan, termojenik bir protein olan irislinin, kardiovasküler mortalitenin arttığı bildirilmiş bir durum olan AS hastalarında değişmeği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İrisin, ankilozan spondilit

Tablo 1.

	AS hastaları (n=95)	Kontrol (n=47)	P
Vücut kitle indeksi	26.1 ± 3.9	26.7 ± 2.8	0.298
Hastalık başlangıç yaşı	27.7 ± 8.6	N/A	N/A
Ortalama BASDAI	4.4 ± 2.2	N/A	N/A
Ortalama BASFI	3.4 ± 2.4	N/A	N/A
Ortalama BASMI	3.8 ± 1.7	N/A	N/A
Ortalama ASDAS-CRP	3.1 ± 0.9	N/A	N/A
Irisin (ng/mL)	111.7 ± 57.9	108.0 ± 37.8	0.655
IL-8 (pg/mL)	97.9 ± 272.4	68.0 ± 163.0	0.494
hsCRP	5.2 ± 8.5	0.7 ± 1.3	<0.001
ESH	25.6 ± 22.5	10.8 ± 9.2	<0.001
Trigliserit (mg/dL)	118.2 ± 67.9	149.6 ± 69.1	0.011
Total kolesterol (mg/dL)	186.3 ± 39.2	202.9 ± 37.1	0.017
Kreatinin (mg/dL)	0.76 ± 0.15	0.82 ± 0.14	0.017
Ürik asit (mg/dL)	4.7 ± 1.2	5.3 ± 1.3	0.016

Spondiloartropatiler

Abstract:0159

PP-069

SERUM VASKÜLER ENDOTELYAL BÜYÜME FAKTÖRÜ SEVİYESİ ANKİLOZAN SPONDİLİTTE YÜKSELMİŞTİR VE OSTEOKALSİN OSTEOPROLİFERASYON İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR

Dilek Solmaz¹, Hale Bülbül³, Sadettin Usta³, Didem Leyla Kozacı⁵, Neslihan Karaca⁴, Gerçek Can³, Nazmiye Tomaş³, Servet Akar²

¹Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

³İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi (ADU-BİLEM), Aydın, Türkiye

⁵Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Gerekeç: Ankilozan spondilit (AS) sakroiliak ve spinal inflamasyon ve yeni kemik oluşumu (sindesmoft) ile karakterize kronik romatizmal bir hastalıktır. Bu sürecin alta yatan moleküler mekanizması tam olarak anlaşılmamış olsa da mezenkimal hücrelerin kemik yapıcı osteoblastlara farklılaşması patogenetik olayda anahtar rol oynuyor gibi görünmektedir. Vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) potent bir anjiyogenik faktördür ve bir miktar pro-inflamatuvar aktivitesi de vardır. VEGF'in aynı zamanda AS'deki yeni kemik oluşumuyla da ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Amaç: AS hastalarında Serum VEGF ve osteokalsin düzeylerinin değerlendirilmesi. Ayrıca VEGF/osteokalsin ve radyografik sonlanımları da içeren hastalık ilişkili parametreler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek.

Hastalar ve Metod: İki merkezden Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış ardışık 98 hasta (77 erkek [%79]; ortalama yaş: 39.3 ± 10.0 ve 49 sağlıklı kontrol (37 erkek [%76]; ortalama yaş: 39.0 ± 5.9) çalışmaya dahil edildi. Serum VEGF, osteokalsin, interlökin (IL)-8 ve IL-6 düzeyleri ELISA kitleri ile ölçüldü. Ayrıca yüksek duyarlılıklı C reaktif protein (hs-CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) düzeyleri de ölçüldü. Hastaların hastalık ilişkili karakteristikleri BASDAI, BASFI ve BASMI kullanılarak değerlendirildi. Pelvis, servikal ve lomber omurga grafileri modifiye New York ve modifiye stokes ankilozan spondilit spinal skoru (mSASSS) kullanılarak skorlandı.

Sonuçlar: AS ve kontroller arasında yaş ve cinsiyet açısından bir fark saptanmadı. Beklenildiği üzere hs-CRP ve ESH düzeyleri AS hastalarında kontrollere göredaha yüksekti. Serum VEGF düzeyleri AS hastalarında kontrollere kıyasla belirgin şekilde yüksek bulundu. VEGF düzeyleri ve hs-CRP ($\rho=0.285$ ve $P=0.005$), ESH ($\rho=0.247$ ve $P=0.015$), IL-6 ($\rho=0.380$ ve $P<0.001$), IL-8 ($\rho=0.400$ ve $P<0.001$) ve ASDAS-CRP ($\rho=0.203$ and $P=0.048$) arasında korelasyon saptandı.

Serum VEGF düzeyleri sindesmoft varlığı, sakroiliak eklem ankilozu ve kalça tutulumu ile ilişkili olarak saptanmadı. Çalışmamızda AS hastaları ve kontroller arasında serum osteokalsin düzeyleri arasında fark olmamasına karşın sakroiliak eklem ankilozu ve kalça tutulumu olan hastalarda belirgin şekilde yüksek tespit edildi.

Tartışma: Çalışmamızın sonuçlarına göre VEGF AS de hastalık aktivitesinin iyi bir göstergesi olabilir ve osteokalsin yeni kemik oluşumu ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: VEGF, ankilozan spondilit

Tablo 1.

	AS hastaları (n=98)	Kontrol (n=49)	P
Hastalık başlangıç yaşı	27.7 ± 8.6	N/A	N/A
Ortalama BASDAI	4.2 ± 2.1	N/A	N/A
Ortalama BASMI	3.8 ± 1.7	N/A	N/A
Ortalama ASDAS-CRP	3.0 ± 0.9	N/A	N/A
Median mSASSS skoru	6 (0-72)	N/A	N/A
Serum VEGF (pg/mL)	1591.71 ± 753.55	995.70 ± 611.23	<0.001
Osteokalsin (mg/dL)	5.8 ± 7.3	6.3 ± 8.4	0.0507
IL-6 (pg/mL)	22.3 ± 161.6	6.6 ± 31.2	<0.001
IL-8 (pg/mL)	103.9 ± 270.9	66.9 ± 60.1	0.390
hsCRP (µg/mL)	5.2 ± 8.4	0.7 ± 1.3	<0.001
ESH	25.6 ± 22.5	10.8 ± 9.2	<0.001

Spondiloartropatiler

Abstract:0160

PP-070

PERIOSTİN; ANKİLOZAN SPONDİLİTTE ROL OYNUYOR OLABİLİR VE WNT SİNYAL YOLAĞI DÜZENLENMESİ İLE İLİŞKİLİDİR

Servet Akar¹, Sadettin Uslu³, Didem Leyla Kozacı⁵, Neslihan Karaca⁴, Gerçek Can³, Emine Figen Tarhan³, Mustafa Özmen³, Dilek Solmaz²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı; ²İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

³Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, İzmir

⁴İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

⁵Adnan Menderes Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi (ADU-BILTEM), Aydın, Türkiye

⁶Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Gerekeç: Ankilozan spondilit (AS) sakroiliak ve spinalinflamasyon ve yeni kemik oluşumu (sindesmotif) ile karakterize kronik romatizmal bir hastalıktır. Bu sürecin alta yatan moleküler mekanizması tam olarak anlaşılmamış olsa da mezenkimal hücrelerin kemik yapıcı osteoblastlara farklılaşması anahtar rol oynuyor gibi görünmektedir. Periostin, primer olarak osteoblastlar tarafından salgılanan, ekstrasellüler bir matriks proteinidir. Periostinin, Wnt-β-catenin düzenlenmesi aracılığı ile kemik anabolizması üzerinde rol oynadığı gösterilmiştir, böylece AS'deki sindesmotif oluşumunun patogenetik mekanizmalarından biri olabilir.

Amaç: AS hastalarındaki periostin düzeylerinin değerlendirilmesi. Ayrıca, periostin düzeyleri ve diğer kemik oluşumuna katkıda bulunan biyo-belirteçler arasındaki ilişkiyi ve periostinin hastalık sonlanımı, özellikle deradyografik değişiklikler, üzerine olan etkilerini de değerlendirmek.

Hastalar ve Metod: İki merkezden Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış ardışık 98 hasta (77 erkek [%79];

ortalama yaş: 39.3 ± 10.0) ve 49 sağlıklı kontrol (37 erkek [%76]; ortalama yaş: 39.0 ± 5.9) çalışmaya dahil edildi. Serum periostin, interlökin (IL)-8, dickkopf-1 (Dkk-1) düzeyleri ELISA ile değerlendirildi. Ayrıca yüksek duyarlılıklı C reaktif protein (hs-CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) düzeyleri de ölçüldü. Hastaların hastalık ilişkili karakteristikleri BASDAI, BASFI ve BASMI kullanılarak değerlendirildi. Pelvis, servikal ve lomber omurga grafilerimodifiye New York ve modifiyestokes ankilozan spondilit spinal skoru (mSASSS) kullanılarak skorlandı.

Sonuçlar: Beklenildiği üzere hs-CRP ve ESH düzeyleri AS hastalarında kontrollere göredaha yüksekti. Serum periostin ve Dkk-1 düzeyi AS hastalarında kontrollere göre anlamlı derece daha düşüktü. Aktif AS hastalarında (BASDAI>4 olan hastalar) periostin düzeyi daha belirgin şekilde düşük bulundu (35.4 ± 25.8 vs 53.9 ± 42.1 ng/mL ve P=0.014). İstatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamakla birlikte sindesmotifli olan, kalça tutulumu olan ve sakroiliak ankilozu olan hastalarda periostin düzeyi daha yüksek olma eğilimindeydi. Regresyon analizinde Dkk-1 ve IL-8'nun serum periostin düzeylerinin bağımsız belirleyicileri oldukları gösterildi.

Tartışma: Sonuçlarımıza göre periostin düzeyleri aktif AS hastalarında baskılanmıştır ve inaktif dönemde periostindeki artış, Wnt sinyalizasyonu ile birlikte yeni kemik oluşumuna katkıda bulunuyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Periostin, ankilozan spondilit

Tablo 1.

	AS hastaları (n=98)	Kontrol (n=49)	P
Hastalık başlangıç yaşı	27.7 ± 8.6	N/A	N/A
Ortalama BASDAI	4.2 ± 2.1	N/A	N/A
Ortalama BASFI	3.4 ± 2.4	N/A	N/A
Ortalama BASMI	3.8 ± 1.7	N/A	N/A
Ortalama ASDAS-CRP	3.0 ± 0.9	N/A	N/A
Median mSASSS skoru	6 (0-72)	N/A	N/A
Serum periostin (ng/mL)	43.8 ± 35.0	72.5 ± 50.0	0.001
Dkk-1 (ng/mL)	48.9 ± 35.1	68.6 ± 37.8	0.040
IL-8 (pg/mL)	103.9 ± 270.9	66.9 ± 60.1	0.390
hsCRP (µg/mL)	5.2 ± 8.4	0.7 ± 1.3	<0.001
Kreatinin (mg/dL)	0.76 ± 0.15	0.82 ± 0.14	0.017

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0161

PP-071

NEKROTİZAN EPİSKLERİTLE BAŞVURAN HASTADA GRANÜLOMATOZ POLİANJİİT (WEGENER) VE AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ BİRLİKTELİĞİ

Ali Şahin¹, Mustafa Asım Gedikli², Yunus Durmaz¹, Malik Ejder Yıldırım³, Mehmet Fahri Yağcı², Doğan Seven², Ali Yılmaz², Tunahan Uncu², Mehtap Şahin⁴

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genetik Anabilim Dalı, Sivas

⁴Sivas Numune Hastanesi, Fizik Tedavi Ünitesi, Sivas

Giriş: Granülomatoz poliajiit (GPA), daha çok küçük çaplı damarları tutan, üst solunum yolları ve böbrek tutulumunun ön

planda olduğu sistemik nekrotizan bir vaskülitir. Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan kendi kendini sınırlayan inflamatuvar ataklar ve ateş sonucu ortaya çıkan serözit, artrit, erizipel benzeri eritem ile karakterize otoinflamatuvar hastalıktır. Bu iki hastalığın birlikteliğine nadiren rastlanılmaktadır. Biz burada nekrotizanepisklerit ile başvuran hastada varolan GPA ve AAA birlikteliğini sunmak istedik.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta romatolojiye nekrotizanepisklerit etyolojisi araştırılmak üzere yönlendirilmişti. Hastanın sağ gözde belirgin kızarıklık, ağrı ve görmede bulanıklık vardı (Şekil). Anamnezinde şikâyetlerinin yaklaşık bir ay önce başladığı öğrenildi, oral aftı, genital ülseri yoktu. Ağız ve göz kuruluğu yoktu, bel ağrısı ve sabah tutukluğu tariflemiyordu. Raynaud yoktu. Artrit-artraljisi yoktu. Sağ tarafta belirgin yeni başlayan lokalize baş ağrısı, temporal arter bölgesinde hassasiyet vardı. Ateş, döküntü, karın ağrısı, öksürük, balgam, nefes darlığı, pis kokulu burun akıntısı ve hemoptizisi tariflemiyordu. Çenede kladikasyon mevcuttu. Omuz ve kalça kuşağı kaslarda ağrı tarifliyordu. Hastanın derin sorgusunda, yaklaşık dört yıl önce hastaya Wegener tanısı konduğu öğrenildi. Ayrıca 1,5 yıl önce AAA tanısı aldığı ve kolşisin kullandığı öğrenildi. Hasta daha önce GPA için steroid, siklofosfamid tedavileri almış, idame tedavide azatiyoprin önerilmiş fakat hasta kullanmamış, takiplerine düzenli gelmemiş. Hastanın artrit yoktu, temporal arter bölgesinde hassasiyet var, fakat bilateral nabızlar pulsatildi. Wbc:7050, Hgb:13.8, Plt:317.000, ESR:9mm/saat, CRP:76.1mg/L, Cr:1.03, AST:27, ALT:20, ALP:115, CK:86, LDH:364, RF:21.3, CCP:0.31, ANA:-, Anti-dsDNA:-, c-ANCA: (3+), IgG-IgA-IgM-C3-C4:N, fibrinojen: 290 mg/dl (N), TİT= lökosit:3, eritrosit:41 ve 24 saatlik idrarda protein: 347.5 mg/gün. M694V heterozigot olarak saptandı. Ferritin:295, HBV, HCV, HIV:-. PAAG:Retikülodümler tarzda infiltrasyon izlendi (Şekil 1). Sağ sakroiliak eklem aralığında daralma ve düzensizlik izlendi, sağda grade 3-4, solda grade 2 sakroiliit saptandı (Şekil 1D). Temporal Arter RDUSG: periferik halo izlenmedi, her iki temporal arter açık olarak izlendi. Abdominal-Renal-USG: Normaldi. Orbital MR: Tüm paranasal sinüslerde yoğun mukozal kalınlaşmalar saptandı (Şekil 1). Her iki oküler glob normaldi (Şekil 1). Toraks BT: Her iki Ac apekslerde fibrotik çekintiler, alt lob posterobazalde ise minimal buzlu cam alanları mevcuttu (Şekil 1). Hastaya 1 mg/kg dan steroid, kolşisin 3x1 devam edildi ve metotreksat 15 mg/hafta başlandı. Proteinürisi için ARB başlandı. Bu tedavi ile klinik ve laboratuvarı stabil seyreden hastada ileri tedavi amacıyla HLA-B27, PPD istendi ve muhtemel biyolojik ajan (anti-TNF) tedavi planlandı.

Sonuç ve Tartışma: GPA'da hastaların yaklaşık %50'sinde göz bulguları olmaktadır. Sklerit, episklerit, keratit, üveit, orbital inflamatuvar psödötümör sık olarak retinal tutulum ise daha nadiren olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, granülomatöz polianjiit (Wegener) nekrotizan episklerit



Şekil 1. A-B: Sağ gözde kızarıklık, episklerit, **C:** PA AC de retikülodümler infiltrasyon, **D:** Sakroiliak grafide sağda daha belirgin sakroiliit (sağda grade 3-4, solda grade 2), **E:** Orbital MR'da mukozal kalınlaşmalar, **F:** Toraks BT'de buzlu cam alanları.

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0162

PP-072

FİBROMİYALJİ HASTALARINDA SOĞUK UYGULAMANIN AĞRIYA ETKİSİ

Emine Kıyak¹, Naşide Elban²

¹Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

²Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

Amaç: Araştırma, fibromiyalji hastalarında soğuk uygulamanın ağrıya etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Yarı deneysel olarak yapılan araştırma, Erzurum'da bir hastanenin Romatoloji polikliniğine Mayıs 2012 – Temmuz 2013 tarihleri arasında gelen 55 fibromiyalji hastasında yapıldı. Araştırmaya katılan hastaların trapezius kasına 10 dakika soğuk uygulama yapıldı. Hastaların ağrıları uygulama öncesi, uygulamadan 10 dakika, 1.5 saat ve 24 saat sonra değerlendirildi. Araştırma verilerinin toplanmasında; Anket formu ve VAS Ağrı skalası kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik ve ortalama hesaplamaları, Shapiro-Wilks, Friedman ve Willcoxon testleri kullanıldı. Bulgular. Hastaların uygulama öncesi ve sonrası ölçülen ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p<0.001). Uygulamadan önceki ağrı puan ortalamasının, uygulamadan 10 dakika, 1.5 ve 24 saat sonraki ağrı puan ortalamasına göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu, uygulamadan 10 dakika sonraki ağrı puan ortalaması ile 1.5 saat sonraki ağrı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark

olmadığı, uygulamadan 10 dakika sonraki ağrı puan ortalamasının 24 saat sonraki ağrı puan ortalamasından anlamlı bir şekilde düşük olduğu, uygulamadan 1.5 saat sonraki ağrı puan ortalamasının 24 saat sonraki ağrı puan ortalamasına göre anlamlı bir şekilde düşük olduğu bulundu.

Sonuç: Fibromiyalji hastalarında trapezius kasına yapılan soğuk uygulamanın ağrıyı azalttığı tespit edilmiştir. Fibromiyalji hastalarında soğuk uygulamadan 10 dakika ve 1.5 saat sonrası ağrının önemli bir şekilde azaldığı, 24 saat sonraki ağrının ise arttığı, ancak bu artışın uygulama öncesi ağrıya göre anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Fibromiyalji hastalarında ağrının azaltılması için trapezius kasına soğuk uygulama yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Soğuk Uygulama

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0163

PP-073

YOĞUN DUDAK VE ORAL MUKOZA TUTULUMU OLAN VE MİKROSTOMİ KOMPLİKASYONU GELİŞEN BİR KAWASAKİ HASTALIĞI OLGUSU

Mustafa Çakan¹, Hamide Sevinç Genç², Nuray Aktay Ayaz¹, Sertaç Hanedan Onan³, Helen Bornaun⁴, Gonca Keskindemirci²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk çağında Henoch-Schönlein Purpurası'ndan sonra en sık görülen sistemik vaskülitir. Karakteristik bulguları ateş, döküntü, konjunktivit, oral mukoza ve ekstremitelerde değişiklikleri ve servikal lenfadenopatidir. Tanı kriterleri içinde yer alan oral mukoza ve dudak değişiklikleri akut dönemde başlar ve ödemli ve çatlamış dudaklar ile çilek dili görünümü tipiktir. Oral tutulum bulguları genellikle ikinci hafta sonuna doğru komplikasyonsuz iyileşir. Başlangıçtan itibaren yoğun dudak ve oral mukoza tutulumu olan ve iyileşirken cerrahi gerektiren mikrostomi komplikasyonu gelişen olguyu sunmayı uygun bulduk.

Olgu: Altı yaşında erkek hasta 6 gündür var olan ateş şikayeti ile başvurduğu dış merkezde muayenesinde bilateral konjunktivit, perineal eritem, çilek dili, el ve ayak sırtında ödem saptanması üzerine KH tanısıyla IVIG 2 gr/kg ve salisilat tedavisi başlanmıştır. Ekokardiyografide koroner arterlerde dilatasyon saptanmamış. IVIG tedavisinin 48. saatinde ateşi düşmeyen hastaya tekrar 2 gr/kg IVIG verilmiş. Yatışının 7. gününde ateşleri ve yoğun oral mukoza tutulumu devam eden hastanın alt ekstremitelerde döküntüleri arttığı için biyopsi alınmıştır. Sekizinci günde olgu dirençli KH düşünülerek tarafımıza sevk edildi. Geliş fizik muayenesinde ateşi olan hastanın bilateral hafif konjunktivit, deskuamasyon gösteren perineal döküntü, el parmak uçlarında soyulma, dudaklarda yoğun hemorajik krutlanma mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde trombosit sayısı 880.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 90 mm/saat, CRP değeri 120 mg/L idi. İdrar incelemesinde, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde patoloji saptanmadı. Hasta dirençli KH kabul

edilerek 30 mg/kg/gün dozunda 3 gün metilprednizolon tedavisi verildi. Yoğun oral mukoza ve dudak tutulumu ve ağız kokusu olduğu için anaerob etkenleri de kapsayacak şekilde antibiyotik tedavisi başlandı. Steroid tedavisinin birinci haftasında hastanın ateşi düştü ve doz azaltılmaya başlandı. Yoğun oral mukoza tutulumu olan ve ekstremitelerde döküntüleri düzelmediği için bakılan c-ANCA, p-ANCA, MPO ve PR3 antikorları negatif saptandı. Dış merkezde alınan cilt biyopsi sonucunda fibrinoid nekroz veya granülom formasyonu izlenmedi, bulgular non-spesifik inflamasyon ile uyumlu bulundu. Aralıklı yapılan ekokardiyografi kontrollerinde koroner arterlerde ektazi saptanmadı. Yatışının birinci ayında oral mukoza bulguları düzelmeye başlayan hastanın döküntüleri kayboldu ve steroid tedavisi kesilerek düşük doz salisilat ile taburcu edildi. İkinci ayında kontrole gelen hastanın ağızını tam açamadığı ve mikrostomi geliştiği saptandı (Şekil 1). ESH 14 mm/saat bulunan hastanın salisilat tedavisi kesildi. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi bölümü tarafından mikrostomi nedeniyle opere edildi.

Literatür taramasında hastamız kadar yoğun dudak ve oral mukoza tutulumu olan ve mikrostomi ile komplike olan KH olgusuna rastlamadık. Hastamız mikrostomi ile komplike olan ilk olgu olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, Mikrostomi



Şekil 1. İkinci ayda oluşan mikrostomik ağız görünümü

Diğer

Abstract:0165

PP-074

BİYOLOJİK AJANLARIN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÜZERİNDEKİ OLUMLU ETKİLERİ

Nurdan Oruçoğlu¹, Seda Pehlivan², Gezmiş Kimyon³, Ahmet Mesut Onat³, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Bursa

³Gaziantep Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Biyolojik ajanların kullanıma girmesi ile son 15 yılda birçok romatizmal hastalığın tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu yeni ajanlar ağrıyı azaltma, fonksiyonellikte artış ve yaşam kalitesinde iyileşmenin yanında hastalarda hayata daha pozitif bakış, daha mutlu hissetme, sosyal ve iş hayatlarında iyileşme gibi olumlu etkiler

de sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı; biyolojik tedavi kullanan hastaların ilaçla ilgili olarak ağrıda azalma, sosyal, aile ve iş hayatlarındaki olumlu etkileri hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Çalışmaya Romatoid artrit (RA), Ankilozan Spondilit (AS) ve Psöriatik artrit (PsA) tanıları ile en az 3 aydır biyolojik ajan (adalimumab, etanercept, golimumab, infliksimab ve rituksimab) kullanmakta olan hastalar alındı. Hastaların demografik verileri ile hastalık süresi, kullanılan ajan, biyolojik kullanma süresi ve daha önce kullanılan biyolojik tedaviler gibi hastalıkları ve kullanmakta oldukları tedavi hakkındaki bilgileri kaydedildi. Hastaların kullanmakta oldukları ilaca ilişkin düşünceleri çoktan seçmeli sorularla, ilaca ilişkin duyguları ise açık uçlu soru yöneltilerek değerlendirildi.

Çalışmaya alınan 256'sı kadın (%52.1), 217'si erkek (%47.9) toplam 473 hastanın 146'sı RA, 265'i AS, 42'si PsA tanısı ile takip edilmekteydi. Hastaların 95'i adalimumab, 140'ı etanercept, 42'si golimumab, 132'si infliksimab ve 44'ü rituksimab kullanıyordu. Hastaların %88.7'si ilacı kullanma konusunda istekliydi ve %87'si sağlığının kullandıkları ilaca bağlı olduğunu düşünmekteydi. %84.5'i aile hayatında düzelmeye, %86.3'ü sosyal hayatlarında düzelmeye olduğunu belirtirken, %82.0'si işe gidemediği gün sayısında azalma olduğunu belirtti (Tablo-1). Hastaların yaklaşık yarısı ilaç ilk başladığı andaki duygularını "çok iyi hissettim", "mutlu oldum", "ağrılarım azaldı", "rahatladım", "yaşam zevinci hissettim" gibi pozitif duygularla ifade etmekteydi.

Tablo 1. Hastaların ilaç hakkındaki olumlu düşünce ve tecrübeleri

	Katılıyorrum	Kararsızım	Katılmıyorum
Sağlığım şu anda kullandığım ilaca bağlı	394 (%87)	29 (%6.4)	30 (%6.6)
Kullandığım ilaç gelecekteki sağlığımı koruyor	275 (%60.7)	141 (%31.1)	37 (%8.2)
İlaç tedavisi sonrası günlerim ağrısız geçiyor	411 (%90.7)	12 (%2.6)	30 (%6.6)
İlacı kullanmaya başlayınca aile hayatım düzeldi	383 (%84.5)	16 (%3.5)	54 (%11.9)
İlacı kullanmaya başlayınca sosyal hayatım düzeldi	391 (%86.3)	12 (%2.6)	50 (%11.0)
İlacı kullanmaya başlayınca işe gidemediğim günlerin sayısı azaldı	238 (%82.0)	9 (%3.1)	43 (%14.8)
İlacı kullanmayı istiyorum	402 (%88.7)	31 (%6.8)	20 (%4.4)
İlacı kullanmamı ailem/yakınlarım istiyor	323 (%71.3)	51 (%11.3)	79 (%17.4)
İlaçların yan etkisinden çok faydasını görüyorum	397 (%87.6)	32 (%7.1)	24 (%5.3)

Biyolojik tedaviler hastaların ağrı ve fonksiyonelliğinde iyileşmenin yanında kronik hastalıkların tedavisinin diğer çok önemli bir parçası olan psikososyal faktörlerde de iyileşme sağlamaktadır. Hastaların ve hekimlerin tedaviden beklentileri kimi zaman farklılık göstermekte ve hastalar için aile, iş ve sosyal hayattaki pozitif etkileri öncelikli tedavi hedefi olabilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, hastaların ilaçla ilgili olumlu deneyimlerine ve tedaviden beklentilerine ışık tutmaktadır. Klinik pratikte, tedavi hedefleri arasında biyolojik ajanların hastalık aktivitesi üzerindeki etkilerinin yanısıra psikososyal faktörler üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: biyolojik ajan, psikososyal faktörler

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0166

PP-075

ERİŞKİN STILL HASTALIĞINDA ÇOK YÜKSEK SERUM FERRİTİN DÜZEYLERİ HEMOFAGOSİTİK SENDROM İÇİN BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜDÜR?

Taşkın Şentürk¹, Gökhan Sargın¹, İrfan Yavaşoğlu², Firuzan Kaçar Döğer³

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji-Romatoloji Bilim Dalı

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

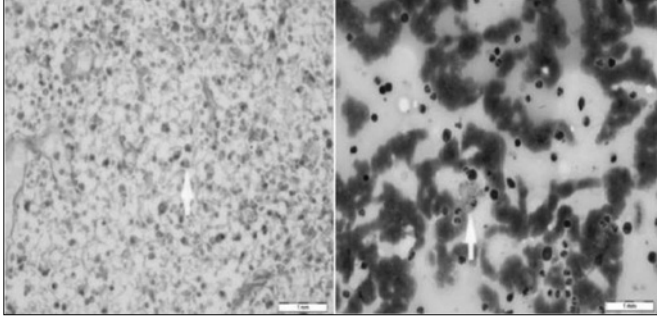
Erişkin Still Hastalığı (ESH) ve Hemofagositik sendrom (HS) nadir görülen iki inflamatuvar hastalıktır ve bazı özelliklerini birbirinden ayırt etmek güç olabilir. Ancak ESH için hiperferritenemi olması, HS için de lökopeni, trombositopeni ve hipertrigliseridemi bulguları ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. ESH' ya sekonder olarak gelişen HS olguları literatürde nadiren bildirilmiştir. Biz burada, ESH tanısıyla takip edilirken serum ferritin düzeyleri çok yükselen ve daha sonra HS bulguları ile komplike olan bir kadın hastayı nadir özellikleri nedeniyle sunmayı amaçladık.

Polikliniğimize 65 yaşında kadın hasta nedeni bilinmeyen epizodik ateş, halsizlik, ishal ve gövde ile sırtta makulopapuler döküntüler ile başvurdu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın ateşi 39,5 derece, TA:100/65 mmHg, nabız: 103/dk idi. Fizik muayenede hepatosplenomegali ve sol aksiler lenfadenopati (LAP) saptandı. Serum protein elektroforezinde poliklonal gamapati saptanan hastanın otoantikörleri negatif bulundu. Hastanın diğer laboratuvar özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaya uygulanan ampirik antibiyotik tedavisine rağmen takipler sırasında ateş yüksekliği epizodik olarak devam etti. Kan, idrar, gaita ve balgam örneklerinde bakteriyolojik, viral, fungal, mikobakterial ve parazitolojik etken gözlenmedi. HIV, hepatit markerları, CMV ve EBV için bakılan testler de negatifti. Abdominal ultrasonda hepatomegali, mamografide sol ve sağ aksiler LAP (sırasıyla 24x11 mm, 30x12 mm) gözlemlendi. Akciğer grafisinde lezyon yada infiltrasyon gözlenmedi. Toraks BT' de ise paratrakeal, subkarinal (kısa aksı 17 mm) birçok LAP gözlemlendi. Hastaya yapılan kemik iliği ve aksiler lenf nodu biyopsisinde hemofagositik hücreler gözlemlendi (Şekil 1). Bu bulgular eşliğinde ESH ve histopatolojik inceleme ile HS tanısı konuldu. 3 gün pulse steroid ardından 1 mg/kg/gün steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında ateş yüksekliği, karaciğer fonksiyon testleri, sedimentasyon, CRP ve ferritin düzeyi gerileyen hasta, halen poliklinik takiplerini sürdürmektedir. Bu birliktelikte IL-18 önemli rol oynayabilir.

ESH tanısında epizodik rekürren ateş, gövde ve ekstremitelerde geçici makulopapuler döküntüler, artralji ve artrit yardımcı olan klinik bulgulardır ve tanıda Cush veya Yamaguchi sınıflama kriterleri kullanılır. LAP, hepatosplenomegali ve serozit (perikardit veya plörezi) her iki sistemik inflamatuvar hastalıkta da bulunabilir. Yüksek sedimentasyon hızı, karaciğer enzimlerinde artış, nötrofil ve negatif otoantikörler (RF, ANA) ESH tanısında nonspesifik, ancak önemli parametrelerdir. İnflamatuvar sitokinler (IL-1, IL-6, TNF- α) karaciğer nekrozu ile ferritin ve hem-oksijenaz-1 sentezini artırarak hiperferritenemiye yol açar. 10.000 ng/mL üzerinde ferritin düzeyleri daha çok HS yada ESH

ile komplike olmuş HS'yi desteklemektedir. Serum ferritin düzeyi her iki inflamatuvar hastalık için tanı kriteri olmasa da, ESH tanısı olan hastalardaki çok yüksek düzeyler eşlik edebilecek HS açısından uyarıcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still Hastalığı, Hemofagositik Sendrom



Şekil 1. Lenf nodu (a) ve kemik iliği biyopsisi (b) Hemofagositik hücreler (sarı oklar)

Tablo 1. Laboratuvar Bulguları

Hemoglobin	8,8 g/dl	Üre	24 mg/dl
Hematokrit	% 26,1	Kreatin	0,5 mg/dl
MCV	81,9 fL	ALT	64 U/L
Lökosit	15.070/mm ³	ALP	227 U/L
Nötrofil	12.090/mm ³	GGT	86 U/L
Trombosit	171.000/mm ³	Total bilirubin	0,6 mg/dL
Sedimantasyon	91 mm/saat	LDH	455 U/L
C-reaktif protein	161,89 mg/L	Total protein	5,8 g/dl
Procalcitonin	0,624 ng/mL	Albumin	2,6 g/dl
Ferritin		Açlık Trigliserit	285 mg/dl
Tedavi öncesi	126.486 ng/mL		
2. haftada	17.609 ng/mL		
4.haftada	228 ng/mL		

Spondiloartropatiler

Abstract:0168

PP-076

SPONDİLARTRİT KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN BİR GENÇ ERKEK PROSTAT ADENOKARSİNOMU OLGUSU

Kubilay Şahin¹, Yaşar Karaaşan², Nesibe Karahan Yeşil¹, Zeynep Özbalkan Aşlar¹, Ahmet Omma¹, Sevinç Can Sandıkcı¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Hittit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gerekeç: Çeşitli patolojiler spondilartrit (SpA) benzeri klinik tablolara yol açabilmektedir. Bunlardan biri de metastatik kemik tümörleridir. Vertebranın metastatik tümörleri primer tümörlerine göre daha sık görülür. Erkeklerde en sık kemik metastazı nedeni, prostat kanseridir. Vertebranın metastatik tümörleri, inflamatuvar karakterde ağrılar yapabileceği gibi mekanik karakterde bel ağrılarına da neden olabilir. Biz de burada SpA kliniğini taklit eden bir metastatik prostat adenokanserli olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 aydır olan bel, kalça ve sırt ağrısı yakınması ve akut faz değerlerinde yükseklik nedeni ile SpA ön tanısıyla sevkli olarak araştırılmak üzere kliniğimize başvurdu. Bilinen bir hastalığı olmayan hastanın öyküsünden, 3 aydır giderek artan ve son zamanlarda sırtına da yayılan bel, kalça ağrıları olduğu öğrenildi. Belinde 30 dakika kadar süren sabah tutukluğu tarif ediyordu. Yine öyküsünden bel-kalça ağrısının hareketle arttığı ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardan kısmen faydalandığı öğrenildi. Diğer romatolojik sorgusunda özellik yoktu. Fizik incelemede bel ve kalça hareketleri 1+ ağrılı ve kısıtlı idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Hastanın dış merkezde yapılan tetkiklerinde ESH 59 mm/s, CRP 25 mg/L ve HLA-B27 testi negatifti. Hastanemizde yapılan tetkiklerde ESH 57 mm/s ve CRP 83 mg/L olarak bulundu. Dış merkezde yapılan bilateral kalça MRG tetkiki, her iki kalça eklem mesafesinde minimal sıvı artışı, kemik iliği ve periferinde kas planlarında minimal ödem ve sakroiliyak eklem (SİE) MRG tetkiki de akut sakroiliit (Sİ) ile uyumlu olarak değerlendirilmişti. Hastanın hastanemizde çekilen düz sakroiliyak grafisini nonspesifik olarak yorumladık. Hastanın daha önce dış merkezde yapılan SİE MRG tetkikini, radyoloji bölümü ile birlikte, tipik sakroiliitten çok sakrum, iliyak kemikler ve incelemeye dahil lomber vertebralarda metastazla uyumlu görüntüler olarak değerlendirdik ve hastayı primer odak araştırılması için yatırdık. Hastanın tetkiklerinde total PSA >153 ng/mL (normali <2,7), serbest PSA ise 18,04 ng/mL (0-1) olarak saptandı. Yapılan tüm vücut kemik sintigrafisi, iskelet sisteminde multipl metastaz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Herhangi bir ürolojik yakınması olmayan hastanın, üroloji bölümünce yapılan prostat biyopsisi, prostat adenokarsinom ile uyumlu olarak rapor edildi. Onkoloji bölümünce takibe alınan hastanın tedavisine devam edilmektedir.

Tartışma: 40 yaş altında bir erkek hastada bel, kalça ve sırt ağrısı ile birlikte akut faz değerlerinde yükseklik varsa ilk olarak SpA grubu hastalıklar akla gelmektedir. Ancak özellikle atipik klinik ve görüntüleme bulguları olduğunda ayırıcı tanıda diğer hastalıklar da düşünülmelidir. Hastamızda olduğu gibi nadir de olsa genç erkek hastalarda metastatik prostat adenokarsinomunun SpA'yı taklit edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilartrit, prostat kanseri

Diğer

Abstract:0169

PP-077

ANTI-TNF TEDAVİNİN NADİR GÖRÜLEN BİR YAN ETKİSİ: SARKOİDOZ

Gönen Mengi, Feride Göğüş

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Sarkoidoz etyolojisi bilinmeyen kronik granüloamatöz bir hastalıktır. TNF- α 'nın sarkoidoz gelişiminde rol aldığına ilişkin görüşler mevcuttur ve infliksimab gibi anti-TNF ajanlar tedavide kullanılmaktadır. Çelişkili olarak, anti-TNF tedavisinin kendisinin de sarkoidoza neden olabileceğine ilişkin görüşler

artmaktadır. Bu paradoksik durumun mekanizması henüz açık değildir.

Olgu: Romatoloji polikliniğinde 13 yıldır ankilozan spondilit nedeniyle takip edilen 29 yaşındaki erkek hasta, rutin kontrol amacıyla polikliniğe başvurdu. Hasta son 3 yıldır etanersept kullanıyordu ve hastalığı bu tedavi ile kontrol altında idi. Hastanın direkt akciğer grafisindeki sağ hiler dolgunluk nedeniyle çekilen toraks tomografisinde mediastende ve her iki hilusta en büyüğü yaklaşık 2 cm çaplı multipl lenf nodu saptandı. Lenfoproliferatif hastalık ekartasyonu için bronkoskopi ile hastadan alınan örneklerin patolojik incelemesi granüloematöz hastalıkla uyumlu olarak raporlandı, mikrobiyolojik incelemelerde herhangi bir mikroorganizmaya ait bulgu saptanmadı. Göğüs Hastalıkları polikliniği tarafından 'sarkoidoz' olarak değerlendirilen hastanın etanersept tedavisi sonlandırıldı, sarkoidoz için ek medikal tedavi önerilmedi. Etanersept kesilmesinden sonra hastanın etanersept tedavisi sırasında normal olan BASDAİ'si 6,3, ESH'ı 53 mm/St, CRP 40 mg/L'a yükseldi. Sarkoidoz takibi için 5 ay sonra tekrarlanan toraks tomografisinde daha önce saptanan lenfadenopatilerin tamamen gerilediği görüldü ve Golimumab 50 mg/ay başlandı. Golimumab ile eklem ağrıları geriledi ve şu ana kadar solunum sistemine ait semptomu olmadı.

Tartışma: Anti-TNF tedavi sırasında sarkoidoz gelişen olguların çoğu bu olguda da olduğu gibi etanersept tedavisi sırasında olmakla birlikte az sayıda infliksimab ve adalimumab gibi diğer anti-TNF ajanlarla tedavi sırasında da bildirilen olgular bulunmaktadır. Etanersept ile sarkoidoz gelişiminin daha sık görülmesinin nedeninin etanerseptin moleküler yapısının ve etki mekanizmasının farklılığı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte diğer anti-TNF tedavilerle de sarkoidoz gelişebilmesi etanerseptin kendisine ait faktörler dışında da henüz ortaya konmamış bazı kolaylaştırıcı mekanizmaları düşündürmektedir.

Anti-TNF tedavi alan hastaların takibi sırasında karşılaşılabilecek yan etkiler arasında nadir de olsa sarkoidozun akılda tutulması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: etanersept, sarkoidoz

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0170

PP-078

EOZİNOFİLİK FASİİT; OLGU SUNUMU

Mustafa Özmen¹, Gerçek Can¹, Murat Ermete², Nazmiye Hanım Baş Tomas¹, Servet Akar¹

¹Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Skleroderma cilt sertliği ile karakterize inflamatuvar romatizmal kronik bir hastalıktır. Cilt sertliği yapabilen eozinofilik fasiit gibi diğer nadir hastalıklarla ayırıcı tanısı önemlidir. Bu olgu sunumunda eozinofilik fasiit tanısı almış bir erkek hasta eğitici olması amacıyla sunulmuştur.

Olgu: 29 yaşında erkek olgu, 3 aydır kol ve bacaklarda cilt sertliği ve yaygın ağrı şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurdu.

Hastanın sorgulamasında başta Raynaud fenomeni olmak üzere bir özellik yoktu. Fizik bakıda yaşamsal bulgular olağan sınırlardaydı. Önkol ve bacaklarda yaygın cilt sertliği dikkati çekti. Hastanın önkolları yukarıya kaldırılıp bir süre baş üstü pozisyonda bekletildiğinde oluk belirtisi (groove sign) görüldü. Bunun dışında diğer bölgelerde cilt sertliği yoktu. Diğer sistem bulguları olağan sınırlardaydı. Laboratuvarında periferik kanda eozinofil %38 oranda tespit edildi. Diğer hemogram, rutin biyokimya ve akut faz yanıt değerleri olağan sınırlardaydı. Romatoid faktör negatifti. Anti nükleer antikor antiaktin +/- titrede tespit edildi. ENA paneli ise negatifti. Tırnak yatağı kapilleroskopisinde patoloji tespit edilmedi. Yapılan cilt, ciltaltı ve fasya biyopsisi "eozinofilik fasiit" ile uyumlu değerlendirildi. Tedavi olarak metotreksat 10 mg/hafta, metilprednisolon 0.8 mg/kg/gün başlandı ve hasta takibe alındı.

Sonuç: Nadir hastalıklardan olan eozinofilik fasiit, cilt sertliği ile başvuran hastalar tetkik edilirken akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: eozinofilik fasiit

Diğer

Abstract:0172

PP-079

ANTI-TNF TEDAVİSİ İLE GELİŞEN VASKÜLİT VE PSÖRİYAZİS VAKALARI

Alperen Mengi, Meryem Can, Ömür Volkan, Necati Çakır

Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş: Anti tümör nekrozis faktör alfa (anti TNF) ajanlar romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriyatik artrit gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu tedavilere bağlı infeksiyon, malignite, otoimmün hastalıklar, vaskülit, konjestif kalp yetmezliği gibi yan etkiler bildirilmektedir. Bu çalışmada Anti-TNF ajanlarla tedavi edilirken gelişen psöriyazis ve vaskülit vakaları sunulmuştur

Olgu 1: 50 yaşında erkek hastanın yaklaşık 15 yıldır inflamatuvar karakterde bel, sırt ağrısı ve bir saatten fazla süren sabah tutukluğu tarifetmekteydi. 6 yıl önce Ankilozan spondilit tanısı konularak NSAİİ ve salazopyrin başlanmış. Son dönemde ağrıları ve sabah tutukluğu artan hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın bilateral sakroileiti mevcuttu. Sedimentasyon:105mm/h, CRP:4,2mg/dl, BASDAİ:6,4, Basfi:5,5 idi. PPD:6x8mm. Hastaya INH profilaksisi ile İnfliximab başlandı. İnfliximab sonrası hastanın şikayetleri geriledi, akut faz değerleri düştü. 7. infüzyon sonrasında bacakta purpurik lezyonlar gelişti, akut faz değerleri yükseldi. Ciltten alınan biyopsi lökositoklastik vaskülit olarak geldi. İnfliximab tedavisi kesildi. Takiplerde hastanın döküntüleri geriledi fakat inflamatuvar bel ağrıları tekrarladı. NSAİİ ile şikayetleri geçmeyen, hayat kalitesi düşen hastaya Adalimumab(ADA) başlandı. ADA sonrası hastanın şikayetleri geriledi, akut faz, BASDAİ, BASFI değerleri düştü. ADA tedavisinin 4. ayında hastanın el içinde ve ayak tabanında döküntüler gelişti. Dermatoloji ile konsülte edildi, hasta psöriyazis olarak değerlendirildi. ADA tedavisi kesildi. Metotreksat başlandı. Tedavi altında ağrıları artan ve döküntüleri devam eden hastaya Golimumab tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolde ağrıları ve cilt lezyonları geçmişti, akut faz değerleri

gerilemişti. Hasta şu an golimumab tedavisinin 4. ayında takip edilmektedir

Olgu 2: 47 yaşında bayan hastaya 5 yıl önce bilateral el-el bilekte ağrı, şişlik, ayak bileklerinde ağrı, 1-2 saat süren sabah tutukluk başlamış. Başvurduğu romatoloji hekimi tarafından romatoid artrit tanısı konularak metotreksat, salazopyrin, del-tacortil başlanmış. Daha sonra tedaviye leflunamid eklenmiş. Tarafımıza başvuran hastanın RF (+), AntiCCP (+), DAS 28:6,2 idi. Hastaya INH profilaksisi ile infliximab başlandı. Bu tedavi ile hastanın şikayetleri geriledi. 8. infüzyondan sonra hastanın ayak tabanında döküntüler gelişti. Hasta Dermatoloji ile konsülte edildi. Biyopsi alınan hastaya psöriyazis tanısı konuldu. İnfliximab tedavisi kesildi. Eklem ağrıları ve akut faz değerleri yükselen hastaya etanercept(ETA) başlandı. ETA tedavisi ile döküntüler geriledi. Hasta 6 aydır ETA tedavisine devam etmektedir

Tartışma: Psöriyazis vakalarında Anti Tnf tedaviler kullanılmasına rağmen, bazen paradoksal olarak bu tedaviler psöriyazise yol açabilir. Bir Anti Tnf psöriyazise sebep olurken başka bir Anti Tnf psöriyazisi engelleyebilmektedir

Anahtar Kelimeler: Anti TNE, yan etki

Diğer

Abstract:0173

PP-080

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ VE SOSYAL DESTEK

Seda Pehlivan¹, Fethiye Özgür², Hicran Yıldız¹, Ediz Dalkılıç³, Yavuz Pehlivan³

¹Uludağ Üniversitesi SYO

²Uludağ Üniversitesi SUAM, Romatoloji Poliklinik

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Gerekeç: Romatolojik hastalıklarda; ağrı, hareket kısıtlılığı, tutukluk, yorgunluk ve depresyon gibi duygusal sorunlar en sık görülen semptomlardır. Bu semptomlara bağlı olarak romatolojik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanır, ortaya çıkan fiziksel kısıtlılıklarla birlikte fonksiyonel bağımlılıkları artar. Romatolojik hastalıklarda kısıtlılık arttıkça hastaya bakım verenin yükü ve sosyal desteğe ihtiyacı da artar. Yurt dışında romatolojik hastalıklarda bakım veren yükü konusunda yapılan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanırken; ülkemizde bu alanda yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda çalışma, romatolojik hastalıklarda bakım veren yükü ve sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla yapıldı. Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma, 01/02/2014 tarihinden itibaren 6 aylık sürede romatoloji polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 61 hasta ve yakını ile yapıldı. Romatolojik hastalık dışında başka bir kronik hastalığı ve iletişim problemi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmanın verileri, "Hasta Tanıtım Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Bakım Veren Yükü Ölçeği" ile toplandı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; SPSS kullanılarak, ki-kare, student t testi, one-way ANOVA testi ve pearson korelasyon analizleri yapıldı. Çalışmaya başlamadan önce etik kuruldan, kurumdandan ve hastalardan gerekli izinler alındı. Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 51.98±17.29 yıl, %88.5'i kadın, %73.8'i evli, %78.7'si orta gelir düzeyine sahiptir. Hastaların %63.7'si RA hastasıdır ve %57.4'ü aktif hastalık döneminindedir. Bakım verenlerin yaş

ortalaması 43.45±14.74 yıl, %62.7'si kadın, %80.7'si evli, %75.4'ü orta gelir düzeyine sahiptir. Bakım verenlerin %34.4'nün hastanın çocuğu olduğu ve %65.6'sının hasta ile birlikte yaşadığı belirlendi. Hastaların sosyal destek puanı ortalaması 67.18±12.46 ve HAQ skoru ortalaması 1.34±0.86 bulunurken; hasta yakınlarının toplam sosyal destek puanı ortalaması 68.08±13.96 ve bakım yükü puanı ortalaması 21.63±14.15'tir. Hastaların sosyal destek düzeyleri ile HAQ skoru ve bakım yükü puan ortalaması arasında negatif korelasyon saptanırken (p<0.05), hasta yakınlarının bakım yükü puan ortalaması ile sosyal destek düzeyleri arasında negatif korelasyon (p<0.05) olduğu belirlendi. Aktif hastalık, eklemlerde değişiklik ve sistemik tutulumu olan hastaların, hasta yakını bakım yükü puanı ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0.05). Tartışma: Romatoloji hasta ve yakınlarının sosyal destek düzeyleri yüksek ve bakım yükü puanları düşüktür. En fazla engelliliğe neden olan kronik hastalıklar arasında yer alan romatolojik hastalıklarda bakım veren yükü ve sosyal destek düzeyleri ile bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesinin, hemşirelerin hasta ve bakım verenlerde bakım yükününün ve sosyal destek ihtiyacının azaltılmasına yönelik etkili stratejiler geliştirmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: bakım yükü, sosyal destek

Spondiloartropatiler

Abstract:0177

PP-081

ANKILOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA SERVİKAL ROTASYON ÖLÇÜMÜ İÇİN IPHONE PUSULA UYGULAMASININ KULLANIMI

Gökçe Kenar, Berrin Zengin, Handan Yarkan, Pınar Çetin, İsmail Sari, Merih Birlik, Fatoş Önen, Nurullah Akkoç

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

Gerekeç: Servikal rotasyon derecesi ölçümü, ankilozan spondilitin (AS) aksiyel tutulumunda, mobilite kısıtlılığını değerlendirmede kullanılmaktadır. Bu ölçüm inklinometre, gonyometre, mezura ölçümü gibi çeşitli yöntemlerle hesaplanabilir. Son dönem akıllı telefonların işletim sistemlerinde veya belirli yazılım uygulamalarında bulunan akselerometre ve jiroskop uygulamaları sayesinde bir çok inklinometrik ölçüm gerçekleştirilebilir. Çalışmamızın amacı AS hastalarında iPhone pusula uygulaması ile servikal rotasyon derecesi ölçümünün, standart ölçüm yöntemi olan gonyometre ile kıyaslandığında geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışmamıza yaş ortalamaları 47.8 (± 10.2) olan 20 AS hastası(6 kadın, 14 erkek) dahil edilmiştir. İki araştırmacı tarafından her bir hastanın hem iPhone4 pusula uygulaması ile hem de gonyometre ile servikal rotasyon ölçümleri her metod için ikişer kez tekrarlanarak yapılmıştır. Hastaların BASMI ölçümleri ayrıca kaydedilmiştir. Ölçümler sırasında hastanın başı üzerinde iPhone'un pozisyonunu stabilize etmek amacıyla, Velcro bandı ile oluşturulmuş olan bir başlık ve üzerinde yine bantla oturtulmuş olan bir iPhone kılıfı düzeneği oluşturulmuştur. Gözlemci-içi ve gözlemciler-arası güvenilirlik hesaplanması amacı ile korelasyon katsayısı(intra-class correlation coefficient-ICC)kullanılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya katılan AS hastalarının ortalama BASMI skorları 43 (\pm 22.7) olarak tespit edilmiştir. Sırası ile BASDAI, ASDAS, BASFI skorlarının ortalama değerleri ise 3.7 (\pm 1.99), 2.9 (\pm 0.96) ve 3.5 (\pm 2.4) olarak bulunmuştur. Tüm hasta grubunda her iki metod için de gözlemci-içi ve gözlemciler-arası güvenilirliklerinin çok iyi olduğu görülmüştür. (Tablo 1 ve Tablo 2). Bland-Altman analizi ile değerlendirildiğinde iPhone-gonyometre arası uyumun, 1.araştırmacı için -1.7 (95% CI -5.9 ile -2.7) ve 2.araştırmacı için -4.6 (95% CI -8.9 ile -0.4) ortalama farkı ile iyi derecede olduğu saptanmıştır.

Tartışma: Bu çalışma ile AS hastalarında servikal rotasyon ölçümü için iPhone pusula uygulaması pratik, basit, kolay ulaşılabilir bir yol olarak değerlendirildi. iPhone ölçümlerinin mükemmel gözlemci-içi ve gözlemciler-arası güvenilirlik gösterdiği ve gonyometre ile yapılan ölçümler ile oldukça uyumlu olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: servikal rotasyon, gonyometri

Tablo 1. iPhone ve gonyometre ile yapılan ortalama servikal rotasyon ölçümleri (derece cinsinden) ve her iki metod için gözlemci-içi ve gözlemciler arası güvenilirlik değerlendirilmesi

Metod	1.araştırmacı				2.araştırmacı			
	1.ölçüm	2.ölçüm	ICC	95% CI	1.ölçüm	2.ölçüm	ICC	95% CI
	ortalama \pm SD*				ortalama \pm SD*			
Gonyometre	46.8 \pm 16.5	46.3 \pm 16.5	0.98	0.97-0.99	46.5 \pm 16.9	46.4 \pm 16.6	0.98	0.97-0.99
iPhone	48.3 \pm 22.1	48.1 \pm 21.3	0.98	0.96-0.99	51.8 \pm 21.3	50.3 \pm 20.1	0.96	0.90-0.98
	1.araştırmacı		2.araştırmacı		ICC		95% CI	
	ortalama \pm SD&		ortalama \pm SD&					
Gonyometre	46.6 \pm 16.44		46.5 \pm 16.91		0.99		0.97-0.99	
iPhone-i	48.2 \pm 21.6		51.05 \pm 20.49		0.93		0.84-0.97	

*Sağ ve sol servikal rotasyon derecesinin ortalaması, & Aynı araştırmacı tarafından ölçülen iki ölçümün ortalaması

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0181

PP-082

FİBROMİYALJİLİ KADIN HASTALARDA UYKU KALİTESİ VE UYKU KALİTESİNİN DEPRESYON, AĞRI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Duygu Tecer¹, Günşah Şahin², Melek Sezgin², Nurgül Arıncı İnce²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Mersin

Amaç: Bu çalışmanın amacı Fibromiyalji Sendromlu (FMS) kadın hastalarda uyku kalitesini ve uyku kalitesinin depresyon, ağrı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 35 kadın hasta ile yaş ortalamaları aynı 37 sağlıklı kadın kontrol alındı. Uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), depresyon Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), ağrı Vizüel Ağrı Skalası (VAS), fiziksel fonksiyon Fibromiyalji Etki Skalası (FES), yaşam kalitesi sağlık değerlendirme anketi (Health assesment questionnaire, HAQ) ile değerlendirildi.

Bulgular: FMS' li hastaların PUKİ total skoru kontrol grubundan daha yüksekti ($p < 0.001$). Benzer şekilde hasta grubunun

uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt skalaları skorları kontrol grubundan daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). Hasta grubunda uyku latansı skoru ile HAQ skoru ile arasında pozitif korelasyon vardı ($p < 0,01$). Uyku kalitesi skoru ile BDÖ skoru ve HAQ skoru arasında pozitif korelasyon vardı ($p < 0,05$). PUKİ total skoru ile FES skoru ve BDÖ total skoru arasında korelasyon saptanmazken ($p > 0,05$), PUKİ total skoru ile HAQ arasında pozitif korelasyon vardı ($p < 0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak FMS' li hastalarda uyku kalitesi daha kötüydü ve uyku kalitesi ile depresyon ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardı.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Uyku Kalitesi

Tablo 1. Hasta grubunda, PUKİ ile BDÖ, FES ve HAQ skorları arasındaki korelasyon

		FES total	BDÖ total	HAQ skoru
Uyku süresi	r	-,233	-,025	,043
	p	,177	,885	,808
Uyku bozukluğu	r	-,057	,215	,002
	p	,744	,215	,992
Uyku latansı	r	,061	,232	,577**
	p	,729	,179	,000
Gündüz işlev bozukluğu	r	,002	,186	,312
	p	,991	,285	,068
Alışılmış uyku etkinliği	r	,148	,051	,029
	p	,397	,772	,871
Uyku kalitesi	r	,246	,344*	,341*
	p	,154	,043	,045
PUKİ total	r	,141	,301	,365*
	p	,420	,078	,031

Hasta grubunda, PUKİ ile BDÖ, FES ve HAQ skorları arasındaki korelasyon

Diğer

Abstract:0183

PP-083

RENAL TRANSPLANT HASTALARINDA BİYOLOJİK İLAÇ KULLANIMI: OLGU SERİSİ

Sibel Üreyen¹, Vural Taner Yılmaz², Veli Yazısız¹, Hüseyin Koçak², İrem Gayret¹, Ali Berkant Avcı¹, Ayhan Dinçkan³, Mustafa Ender Terzioğlu¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji (İç Hastalıkları) Anabilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Gerekeç: Renal transplantlı (Tx) hastalarda biyolojik ilaç kullanımı ile ilgili çok az veri vardır. İlaç etkileşimleri ve enfeksiyon riskleri nedeniyle kullanılacak ilaç sayısı sınırlıdır. Biyolojik ilaçların bu hastalardaki etkinlik ve güvenlik profillerini değerlendirmeyi amaçladık. Yöntem: Biyolojik ilaç kullanırken renal Tx yapılan veya renal Tx sonrası biyolojik ilaç başlanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Literatürdeki vakaların verileri ile birleştirilerek bulgular özetlendi. Sonuçlar: 1. Hasta: 25 yıldır ankilozan spondilit (AS)'i olan erkek hasta, NSAIİ nefropatisi nedeniyle 2008 yılında renal Tx yapıldı. 5 yıl sonra böbrek

fonksiyonlarında kötüleşme ve 1 gr /gün proteinüri gelişmesi üzerine sekonder amiloidoz düşünüldü. Fakat biyopsi yapılamadı. 2013 yılında AS yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle adalimumab 40 mg başlandı. Tedavinin 3. ayında renal fonksiyonlar düzeldi ve proteinüri 280 mg/gün idi. 2. Hasta: 20 yıldır FMF'i olan bayan hasta, 5 yıl önce renal biyopsi ile amiloidoz tanısı aldı. 2013 yılında anakinra başlandı. Hemen takiben renal Tx yapıldı. Tx sonrası anakinra ve kolşisin tedavisi devam eden hastada FMF atağı görülmedi ve proteinürisi 0.4 g/gün geriledi. 3. Hasta: 24 yıldır AS'isi olan erkek hasta, 2008 yılında sekonder amiloidoz-KBY nedeniyle renal Tx yapıldı. Tx sonrası yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle etanercept başlandı. Konik rejeksiyon gelişen ve kompanse KBY olarak takip edilen hastada etanercepte sekonder yanıtızsızlık gelişmesi üzerine adalimumab başlandı. Adalimumab tedavisi ile hastalık aktivitesi baskılandı. Literatürdeki Vaka: 2 hastaya FMF'e bağlı sekonder amiloidoz nedeniyle renal Tx yapıldığı ve anakinra aldığı; bir hastaya Good-Pasture Sendromu ve insüline bağımlı diabetes mellitusu nedeniyle böbrek-pankreas Tx yapıldığı ve psöriasis nedeniyle etanercept kullandığı; bir hasta AS-NSAİİ'ne bağlı tübülointerstisyel nefrit geliştiği için renal Tx yapıldığı ve transplantasyondan sonra adalimumab ile tedavi edildiği görüldü. Hastaların tümünde biyolojik ajanların etkin olduğu ve renal fonksiyonlar stabil kaldığı görülmektedir. Herhangi bir ciddi yan etki ile karşılaşılmaksızın ilaçların iyi tolere edildiği tespit edilmiştir. Tartışma: Renal transplantasyon yapılan ve klasik DMARD'lara yanıtızsız inflamatuvar romatolojik hastalığı olan hastalarda biyolojik ajanların (anti-TNF ilaçlar ve anakinra) etkin ve güvenilir olduğu görülmektedir. Bu hastalarda biyolojik ajanların uzun dönem etkinliği ve güvenilirliğini değerlendiren daha fazla gözlemsel veriye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: biyolojik ajanlar, böbrek transplantasyonu

Tablo 1. Biyolojik ajan kullanan renal transplanlı hastaların klinik özellikleri

	1.Vaka (Ref.1)	2.Vaka (Ref.2)	3.Vaka (Ref.3)	4.Vaka (Ref.4)	5.Vaka	6.Vaka	7.Vaka
Tanı	FMF	FMF	Psöriasis	AS	AS	AS	FMF
Yaş	52	30	42	47	47	49	27
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın
Hastalık süresi (y)	7	16	20	20	25	24	20
Böbrek disfonksiyonunun nedeni	Amiloidoz	Amiloidoz	Good Pasture Sendromu	TIN, Amiloidoz	Amiloidoz	Amiloidoz	Amiloidoz
Tedavi	anakinra	anakinra	ETA	ADA	ADA	ETA-ADA	anakinra
Tedavi değişikliğinin nedeni	aktif hastalık, kolşisin intoleransı	aktif hastalık	aktif hastalık	aktif hastalık	aktif hastalık	aktif hastalık	aktif hastalık
Tedavi sonrası Renal sonuçlar	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil
Transplantasyon tarihi	2007	2006	1999	2004	2008	2008	2013
Biyolojik ilaç başlanma tarihi	2010	2006	2009	2005	2013	2010 2012	2013

Ref.1. Alpay N, Sumnu A, Çalışkan Y, Yazıcı H, Türkmen A, Gül A. Efficacy of anakinra treatment in a patient with colchicine-resistant familial Mediterranean fever. *Rheumatol Int* (2012); 32:3277-3279 **Ref.2.** Christian Moser1, Gudrun Pohl2, Isabella Haslinger3, Sylvia Knapp3, Dorota Rowczenio4, Tonia Russel4, Helen J. Lachmann4, Ursula Lang1 and Josef Kovarik1. Successful treatment of familial Mediterranean fever with Anakinra and outcome after renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant* (2009); 24: 676-678 **Ref.3.** E.I. Brokalaki, N. Voshege, O. Witzke, A. Kribben, D. Schadendorf, and U. Hilten. Treatment of Severe Psoriasis With Etanercept in a Pancreas-Kidney Transplant Recipient. *Transplantation Proceedings*, (2012);44, 2776-2777 **Ref.4.** 21.Rebecca Rojas1, Michelle A. Josephson2, Anthony Chang3 and Shane M. Meehan. AA amyloidosis in the renal allograft: a report of two cases and review of the literature. *Clin Kidney J* (2012); 5: 146-149

Spondiloartropatiler

Abstract:0184

PP-084

GLUKAGON BENZERİ PEPTİD-1, PSÖRİATİK ARTRİTEKİ İNFLAMASYON İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Murat Keser¹, Berrin Zengin², Pınar Çetin², Dilek Solmaz², Didem Kozacı³, İsmail Sarı², Merih Birlik², Nurullah Akkoç², Fatoş Önen²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

³Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın

Gerekeç: Psöriasis ve psöriatik artrit (PsA) tanı hastalarda tip 2 diyabet sıklığının arttığı bilinmektedir. İlginç olarak; obez diabetik ve psöriasis olan hastalarda, obezitenin düzeltilmesi için yapılan gastrik bypass operasyonu sonrası, henüz kilo vermeden kan şekeri düzeylerinde ve psöriasisde düzelmeye saptanmış ve bu durum, kanda düzeyleri artan glukagon benzeri peptid -1 (GLP-) seviyesi ile ilişkilendirilmiştir. Yine GLP-1 reseptör agonisiti ve dipeptidil peptidaz-IV (DPP-IV) tedavileri alan diabetik olgularda psöriasis lezyonlarında iyileşme görüldüğü bildirilmiştir. GLP-1'in hücre düzeyinde anti-inflamatuvar etkilerinin olduğu da bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, PsA hastalarında görülen inflamasyon ile GLP-1 arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya diyabeti olmayan PsA hastaları ve sağlıklı kontroller alınmıştır. Hastalık aktivitesi hastalığın periferik tutulum, daktilit, entezit, aksiyal tutulum ve cilt bulgularını değerlendiren, kompleks bir indeks olan Kompozit Psöriatik Hastalık Aktivite İndeksi (CPDAİ) ile değerlendirilmiştir. Hastaların yüksek duyarlı C-reaktif protein (hs-CRP) ve bazal insülin düzeyleri ayrıca kaydedilmiştir. PsA hastalarının açlık kan GLP-1 düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçülmüş ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: CASPAR kriterlerini dolduran 97 PsA hastası, yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) uyumlu 57 hastane çalışması sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmıştır (Tablo 1). Ondört hastanın aksiyal, 52 hastanın periferik, 31 hastanın hem aksiyal hem de periferik hastalığının olduğu görülmüştür. Yirmiyedi (%27.8) hastanın kortikosteroid, 12 (%12.4) hastanın tümör nekrozis faktör inhibitör (TNFi) 78 (%80.4) hastanın metotreksat, 16 (%16.5) hastanın leflunomid ve 12 (%12.4) hastanın sulfasalazin aldığı saptanmıştır. PsA hastaları ile sağlıklı kontrollerin serum GLP-1 düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1). Hastalık aktivasyonu veya aksiyal ve periferik tutulum ile GLP-1 düzeyleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. GLP-1 düzeyleri, diğer hastalık aktivite göstergeleri olan şiş, hassas eklem, BASDAI, DAS 28, PASI ve hs-CRP düzeyleri ile korelasyon göstermemiştir. Kortizon almayan hastalarla yapılan subgroup analizlerinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları, PsA hastalarındaki inflamasyon ile GLP-1 arasında anlamlı bir ilişki olmadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: GLP-1, psöriatik artrit

Tablo 1. hasta ve kontrollerin demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Psöriyatik artrit, n=97	Sağlıklı kontrol, n=57	p değeri
Ortalama yaş (yıl)	48 (25-65)	43 (31-57)	0.09
Cinsiyet, E/K	32/65	24/33	0.29
Ortanca hastalık süresi (yıl)	4 (0-43)		
Sigara içiciliği, %	28.9	40.4	0.15
GLP-1 (pmol/L)	15.2 (3.6-58.6)	15.3 (3-56.3)	0.77
İnsulin (µIU/ml)	7.4 (2-24.7)	5.7 (2.5-14.2)	0.02
HOMA-IR	1.6 (0.4-5.6)	1.3 (0.4-3.3)	0.054
ESH (mm/h)	26 (2-100)	12 (3-35)	<0.001
hs-CRP(mg/L)	4.9 (0.7-65.2)	1.5 (0.2-6.8)	<0.001

Romatoid Artrit

Abstract:0185

PP-085

SERTOLİZUMAB PEGOL'E MARUZİYET SONRASI GEBELİK SONUÇLARI GÜVENLİLİK GÖZETİMİNDE ELDE EDİLEN GÜNCELLENMİŞ SONUÇLAR

Megan Clowse¹, Douglas Wolf², Frauke Förger³, John Cush⁴, Amanda Golembesky⁵, Laura Shaughnessy⁵, Dirk De Cuyper⁶, Kristel Luijstens⁶, Sarah Abbas⁷, Uma Mahadevan⁸, Bülent Yıldırım⁹

¹Duke University Medical Center, Durham, Amerika

²Atlanta Gastroenterology Associates, Atlanta, Amerika

³Department of Rheumatology and Clinical Immunology and Allergology, Inselspital, University of Bern, Bern, İsviçre

⁴Baylor Research Institute and Baylor University Medical Center, Dallas, Amerika

⁵UCB Pharma, Raleigh, Amerika

⁶UCB Pharma, Brüksel, Belçika

⁷UCB Pharma, Paris, Fransa

⁸UCSF Medical Center, San Francisco, Amerika

⁹UCB Pharma AŞ, İstanbul

Gerekeç: Sertolizumab pegol (CZP), romatoid artrit (RA) ve/veya Crohn hastalığının (CH) tedavisi için 45 ülkede onaylanmış PEGile, Fc içermeyen bir anti-TNF'dir; kısa süre önce, psöriyatik artrit (PsA) ve aksiyel spondilartirit (SpA) için Avrupa Tıp Ajansı tarafından onaylanmıştır. 6 Mart 2012'ye kadar UCB global güvenlik veritabanı gebelik verisinin analizi önceden yayınlanmıştır (Clowse M. A&R 2012; 64, S10:S702). Bu çalışmanın amacı CZP maruziyetinden sonra yeni raporlar ve en son retrospektif analiz sırasında devam eden gebelikler ile RA'ya odaklanarak romatolojik hastalarda gebelik sonuçlarının güncellenmiş analizini sunmaktır.

Yöntem: Advers olaylar için tasarlanan UCB global güvenlik veritabanında 28 Mart 2013'e kadar tıbbi olarak doğrulanmış gebelik vakaları aranmıştır. Bildirilen gebelikler bir klinik çalışmaya katılım sırasında gebe kalanları ve spontan pazarlama sonrası raporları kapsamaktadır. CZP'ye maruz kalmış (maternal ve paternal) yenidoğanlar için canlı doğum, spontan düşük ve elektif terminasyonların sayısı incelenmiştir. Konjenital anomaliler, yenidoğan ölümleri ve maternal demografik özellikler de araştırılmıştır.

Sonuçlar: 28 Mart 2013 itibarıyla CZP'ye maruz kalan 309 gebelikten 285'i maternal, 24'ü paternaldir. Maternal maruziyet, en sık CH için olsa da 190/285, 285 kadının 52'sinde RA ve 43/285 kadında ise aksiyel SpA ve PsA dahil olmak üzere diğer

endikasyonlar bulunmaktadır. 42 RA, 124 CH ve 24 diğer romatolojik endikasyonlar olmak üzere 285 gebeliğin 190'ında sonuçlar mevcuttur. RA'sı olan kadınlarda sonuçları bilinen 42 gebelikten 26'sı (%61.9) canlı doğum, 9'u (%21.4) spontan düşük ve 7'si (%16.7) elektif terminasyonla sonuçlanmıştır. Tabloda RA'sı olan kadınlardaki gebelikler ile tüm maternal maruziyetli gebeliklerin özellikleri karşılaştırılmalı sunulmuştur. Maternal CZP maruziyetinin olduğu tüm canlı doğumlar arasında (n=132), dört yenidoğanda beş konjenital anomali bildirilmiştir: veziköüretal reflü, konjenital hirschsprung hastalığı ve pes equinovarus, aberran sol subklavyen arter ile birlikte sağ aortik yay ve antenatal ultrasonda hafif unilateral hidronefroz (doğumda sağlıklı olarak tarif edilmiştir). Bu olayların hiçbirisi tedaviyi uygulayan hekim tarafından CZP ile ilişkili düşünülmemiştir. 26 haftadan önce doğan, ikiz bebeklerin birinde maternal maruziyetten sonra neonatal ölüm bildirilmiştir.

Tartışma: Gebelik sonuçlarıyla ilgili güncellenmiş analiz, maternal CZP maruziyetinin belirgin bir etki yapmadığını bildiren raporları desteklemektedir. Gebelikte CZP'nin güvenilirlik ve tolerabilitesini tam olarak değerlendirmek için ek prospektif veriler gereklidir.

Teşekkür: Yazarlar UCB tarafından fonlanan yazım ve editöryal desteği için Costello Medical Consulting'e teşekkür eder.

Menfaat Beyanı: UCB için; MC: Danışmanlık hizmeti, DW: Araştırma desteği/ödenek ve danışmanlık hizmeti, FF: Konuşmacı, JC: Araştırma desteği/ödenek, AG, LS, SA: Çalışan ve hissedarı, DC, KL ve BY: Çalışanı, UM: Danışmanlık hizmeti

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Sertolizumab pegol

Tablo 1. RA'sı olan alt gruptaki kadınlar da dahil olmak üzere bildirilen tüm maternal maruziyetli gebeliklerin özellikleri

Parametre	Alt grup: RA'sı olan kadınlarda gebelikler (n=52)	Tüm maternal maruziyetli gebelikler ^a (n=285)
Bilinen gebelik sonucu, n	42	190
Canlı Doğum, n (%)	26 (%61.9)	132 (%69.5)
Spontan abortus, n (%)	9 (%21.4)	36 (%18.9)
Elektif terminasyon, n (%)	7 (%16.7)	22 (%11.6)
Doğum sırasında annenin yaşı^b (yıl)		
Verilerin mevcut olduğu kişi sayısı	21	101
Ortalama (SD)	31.2 (5.74)	30.5 (5.10)
Medyan	30.7	29.8
Min, Maks	21.5, 40.1	21.5, 42.9
Sonuç sırasında gebelik yaşı^c (hafta)		
Verilerin mevcut olduğu kişi sayısı	22	77
Ortalama (SD)	37.9 (1.99)	38.3 (1.97)
Medyan	38.1	39.0
Min, Maks	33.7, 41.0	32.0, 41.7
Prematürite^d		
Verilerin mevcut olduğu kişi sayısı	24	86
<32 hafta	0 (%0.0)	1 (%1.2)
32 - 36 hafta	4 (%16.7)	10 (%11.6)
≥37 hafta	20 (%83.3)	75 (%87.2)
Bebek Ağırlığı (gram)^e		
Verilerin mevcut olduğu kişi sayısı	16	62
Ortalama (SD)	3168.7(523.89)	3194.3 (447.84)
Medyan	3080.0	3215.0
Min, Maks	2500.0, 4535.9	2100.0, 4535.9
Düşük Doğum Ağırlığı^f		
1500 - 2499 gram	0 (%0.0)	2 (%3.2)
≥ 2500 gram	16 (%100.0)	60 (%96.8)

aCD, RA, axSpA ve PsA dahil olmak üzere tüm romatolojik endikasyonların olduğu hastalar; bcanlı doğumlarla kısıtlanmış analizler; ctekli canlı doğumlarla kısıtlanmış analizler; dteklil, term ve canlı doğumlarla kısıtlanmış analizler.

Spondiloartropatiler

Abstract:0186

PP-086

PSÖRİATİK ARTRİTLİ HASTALARIN KLİNİK İZLEMİNDE “HASTA KABUL EDİLEBİLİR SEMPTOM DURUMU (PASS)” KULLANILABİLİR Mİ?

Pınar Çetin¹, Dilek Solmaz¹, Murat Keser², İsmail Sarı¹, Merih Birlik¹, Nurullah Akkoç¹, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Gerekeç: “Hasta kabul edilebilir semptom durumu (PASS)”, çeşitli romatolojik hastalıkların tedaviye yanıtını değerlendirmek için kullanılan, hastanın iyilik halini tek bir soru ile sorgulayan bir değerlendirme ölçeğidir. Bu çalışmada, PASS’ın PsA’da uygulanabilirlik ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya CASPAR kriterlerini karşılayan PsA hastaları alınmıştır. Hastalık aktivitesi, “Kompozit Psöriatik Hastalık Aktivite İndeksi (CPDAI)”, “Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI)”, “Hasta Global”, “Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28” ve “Psöriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI)” ile değerlendirilmiştir. Yüksek duyarlı C-reaktif protein (hs-CRP) aktiviteyi gösteren laboratuvar göstergesi olarak ayrıca kaydedilmiştir. Diğer takip parametreleri olarak “Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI)”, “Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ)” ve “Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi (ASQoL)” kullanılmıştır. Kabul edilebilir semptom durumunda olan (PASS (+)) ve olmayan (PASS(-)) grupların demografik özellikleri ve hastalık aktivite durumları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. PASS ile ilişkili parametreleri değerlendirmek için stepwise logistik regresyon analizleri yapılmıştır. Kümülatif dağılımın 75. persantilini değerlendiren sınır değerler ayrıca hesaplanmıştır.

Sonuçlar: 101 PsA hastası (34 erkek, 67 kadın; ortalama yaş 46.8 ± 11.5) çalışmaya alınmıştır. Onsekiz (%17.8) hastanın aksiyal, 52 (%51.5) hastanın periferik ve 31 (%30.7) hastanın aksiyal+periferik semptomlarının olduğu görülmüştür. Otuzdört (%33.6) hasta PASS (+) olarak değerlendirilmiştir. Bu grup hastaların CPDAI, BASDAI, DAS 28 CRP, ASQoL ve hasta global skorlarının “kabul edilebilir semptom durumunda” olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 1). PASS ile en yakın ilişki gösteren aktivasyon parametresinin BASDAI ($r:-0.343$ Exp(B) 0.71; $p<0.001$) olduğu görülmüştür. PASS (+) 75. persantil eşik değerleri, BASDAI için 4.3 (duyarlılık: %70.6, özgüllük: %64); CPDAI için 4.0 (duyarlılık: %76.5, özgüllük: %54) olarak belirlenmiştir.

Tartışma: PASS, PsA hastalık aktivitesini değerlendirmede kullanılabilecek pratik bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: hasta kabul edilebilir semptom durumu, psöriatik artrit

Tablo 1. PASS (+) ve PASS (-) PsA hastalarının klinik ve demografik özellikleri

	PASS (+) (n:34)	PASS(-) (n:67)	p
Yaş, ortalama \pm SD	47.9 \pm 12.3	46 \pm 11.0	>0.05
Erkek cinsiyet, n; %	13, 38.2	21, 31.3	>0.05
Eğitim süresi (yıl), ortalama \pm SD	9.1 \pm 4.1	9.2 \pm 4.0	>0.05
CPDAI, ortalama \pm SD	2.9 \pm 2.1	4.0 \pm 2.5	0.012
BASDAI, ortalama \pm SD	2.5 \pm 2.2	4.5 \pm 2.3	<0.001
DAS28 CRP, ortalama \pm SD	2.2 \pm 0.8	2.7 \pm 1.1	0.044
PASI, ortalama \pm SD	5.8 \pm 7.4	6.7 \pm 10.1	>0.05
hs CRP, ortalama \pm SD	10.4 \pm 13.1	10.2 \pm 12.5	>0.05
HAQ, ortalama \pm SD	0.4 \pm 0.5	0.8 \pm 0.6	>0.05
ASQoL, ortalama \pm SD	5.7 \pm 5.8	8.6 \pm 5.7	0.012
Hasta global, ortalama \pm SD	2.85 \pm 2.8	4.4 \pm 2.8	0.011

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0187

PP-087

GRANÜLOMATOZÜZ POLİANJİTİS (WEGENER GRANÜLOMATOZU) TANISINDA POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİSİNİN ROLÜ. 2 VAKA SUNUMU

Nergiz Huseynova, Orhan Zengin, Gezmiş Kimyon, Bünyamin Kısacak, Ahmet Mesut Onat

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Ünitesi Gaziantep

Giriş: Granülomatöz polianjitis (GP-Wegener Granülomatozu) üst ve alt solunum yolları, böbrek, deri, göz, kulak, beyin, kalp tutulumu ile kendini gösteren granülomatöz bir vaskülitir. Solid organ kanserlerinde tanı ve takibinde kullanılır. Burada 2 yeni GP tanısı konulan hastanın PET-CT özelliklerini vermeyi amaçladık.

Olgu 1: 52 yaşında erkek hasta temmuz 2013’de kilo kaybı nedeniyle tetkik edilirken çekilen PET-CT’de en belirgin sağ akciğer apekte olmak üzere her iki akciğerlerde değişik boyutlarda multiple lezyonlar belirgin hipermetabolik, (Sağ akciğer apeksdeki lezyon erken SUV 6.3 geç 13.3 sol akciğer apekte erken SUV 2.3), mediastinal lenf nodları hafif hipermetabolik saptanmış. Tetkikleri sırasında nefes darlığı, ayaklarda şişlik, el ve ayaklarda purpura tarzı döküntü, balgam ve burundan akıntı şikayetleri başlamış. Fizik muayenede her iki akciğerde yaygın ralleri mevcutmuş. Tetkiklerinde üre 79 mg/dl, kreatinin 7,26 mg/dl, mmol/L, C-Reaktif protein (CRP) 62 mg/l, Sedimentasyon 24 mm/h, ANA negatif, C-ANCA pozitif, P-ANCA negatif olan hastaya GP tanısı konuldu.

Olgu 2: 31 yaşında erkek hasta son bir aydır özellikle el eklemlerinde ağrı şişlik hareket kısıtlılığı yakınması ile başvurdu ancak muayenesinde aktif eklem bulgusu saptanmadı. Sedimentasyon 35 mm/h, CRP 8.4 mg/l, Romatoid faktör negatif saptandı. Hastaya diklofenak 75 mg/gün başlandı. Bir ay sonraki kontrolden eklem yakınması olmayan hastanın öksürük şikayeti başladı. Sedim 90mm/h, CRP 107mmg/l olan hastanın akciğer grafisinde akciğer hiler bölgede infiltrasyon, toraks BT’de her iki akciğerde

nodüler tarzda infiltrasyon alanları saptandı. 24 saatlik idrarda 7gr/gun proteinüri olan hastanın P-ANCA ve C-ANCA negative saptandı. Malignite düşünülerek çekilen PET-CT'de en belirgin sol akciğer alt lob perikard komşuluğunda olmak üzere her iki akciğerde değişik boyutlarda multiple lezyonlar belirgin hipermetabolik izlendi (sağ akciğer alt lob perikard komşuluğundaki lezyon erken SUV 16.4-geç 24.4, Sağ apikal inferior juguler erken SUV 3.1, sağ alt paratrakeal SUV 3.1, karinal SUV 2,7 lenf nodlari hafif hipermetabolik). Tekrarlanan C-ANCA pozitif olan hastaya GP tanısı konuldu.

Tartışma: GP tanı ve takibinde PET-CT rolü az sayıda vaka bildirimi bulunmaktadır. Başta GP'in akciğer tutulumu olmak üzere üst ve alt solunum yolu tutulumunu gösterilebilir. Ayrıca tedavi sonrası lezyonların tutulumlarında anlamlı azalma gösterilmiştir. Bizim sunduğumuz iki vakada da PET-CT ile akciğer lezyonlarında tanı zamanında anlamlı tutulum saptanmıştır ve önceki verileri desteklemektedir.

Sonuç: GP tanısı konulmasında ve tedaviye cevabı değerlendirmede PET-CT yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Granulomatöz Polianjitis, PET-CT

Spondiloartropatiler

Abstract:0190

PP-088

ANTI-TNF İLAÇLARINDA DEVAMLILIK PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARINDA ANKİLOZAN SPONDİLİT'DEN DAHA İYİDİR: HÜR-BİO/SPA GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli

Hacettepe Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji bilim dalı, Ankara

Gerekeç: Anti-TNF ilaçta devamlılık oranları ilaçların etkinliğini değerlendirmek için geçerli ölçüm parametrelerinden birisidir. Bu çalışmanın amacı Psöriatik artrit (PsA) ve Ankilozan spondilit (AS) hastalarında anti-TNF ilaçta devamlılık oranlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. Bu veri tabanında Ocak 2014 itibarıyla biyolojik tedavi alan 1290 SpA hastası kayıtlıdır. HÜR-BİO/SpA veri tabanında hastaların demografik özellikleri, hastalık ve semptom süresi, üveit, psöriasis, inflamatuvar barsak hastalığı sorgulaması, sigara kullanımı, ilk başlanan anti-TNF ilaçlar, anti-TNF'ler arasında değişimler, son anti-TNF tarihi, hastalık ölçüm parametreleri olarak BASDAI, BASFI, şiş-hassas eklem sayısı ve akut faz yanıtları bulunmaktadır. Lokal veri tabanında ilk başlanan anti-TNF ilacın en son reçetelenme tarihine göre Kaplan-Meier yöntemiyle ilaçta kalım oranları belirlenmiştir. Bu analiz yapılırken hastaların anti-TNF ilaçlarını bir dış merkezde devam edip etmediği hesaba katılmamıştır.

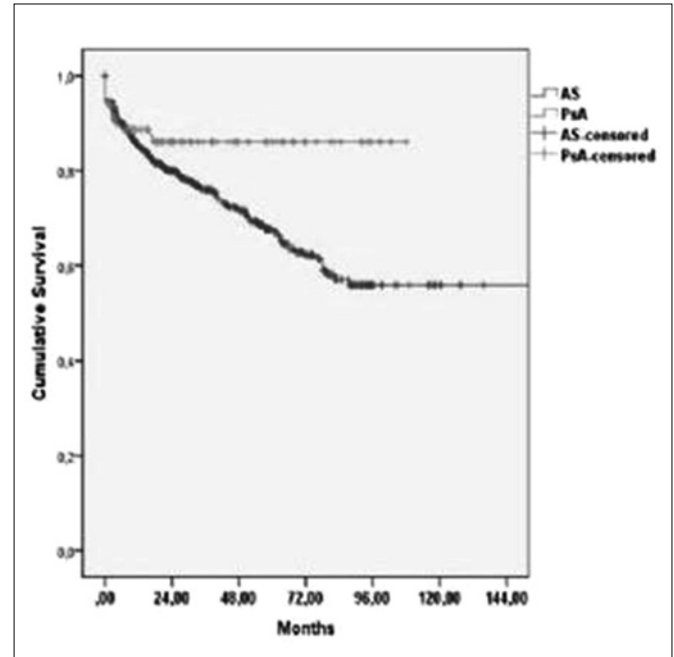
Sonuçlar: HÜR-BİO/SpA veri tabanında 630 AS ve 119 PsA [30'u (%25,2) psöriatik spondilit] hastası yer almaktadır. PsA ve AS hastalarının ortalama yaşları 45 ± 11 ve 41 ± 11 'dir ($p=0.005$). PsA ve AS hastalarının ortalama hastalık süreleri farklıdır [$7,1 \pm 5,6$ vs $9,7 \pm 7,2$ yıl, ($p<0.001$)]. AS hastaları daha sık erkek cinsiyettedir [$415/630$ (65,8%) vs $34/119$ (28,6%), $p<0.001$]. Ortalama anti-TNF kullanım süreleri benzerdir [29 ± 29 vs 34 ± 31 ay, $p>0.05$].

PsA ve AS hastalarında ilk anti-TNF seçenekleri farklıdır [adalimumab (%36,1 vs %23,1), etanercept (%27,7 vs %38,1), infliximab (%26,9 vs %34,4) ve golimumab (%8,4 vs %4,1), $p<0.001$]. PsA ve AS hastaları arasında birlikte kullanılan DMARD'lar açısından da fark vardır [methotrexate %48,2 vs %6,9, $p<0.001$, leflunomide %20,1 vs %0,9, $p<0.001$, sulphasalazine %14,0 vs %25,4, $p>0.05$]. PsA hastalarında anti-TNF ilaçlar arasında değişim daha siktir [$45/116$ (%38,8) vs $154/578$ (%26,6), $p=0.008$]. Başlangıç hastalık aktivite ölçümleri benzerken [ESH 30 ± 26 vs 33 ± 23 mm/saat, CRP $2,39 \pm 3,27$ vs $3,70 \pm 7,24$ mg/dl, BASDAI skoru $5,6 \pm 2,0$ vs $5,6 \pm 1,8$ ve BASFI skoru $4,2 \pm 2,9$ vs $4,4 \pm 2,6$, $p>0.05$], hassas eklem sayısı [$5,2 \pm 5,4$ vs $0,29 \pm 0,96$, $p<0.001$] ve şiş eklem sayısı [$2,54 \pm 2,73$ vs $0,58 \pm 0,27$, $p<0.001$] PsA hastalarında daha belirgindir. PsA hastalarında ilk anti-TNF ilaçta devamlılık AS'lilere göre daha iyidir (log rank 0.012) (şekil 1).

Tartışma: Her ne kadar AS ve PsA spondiloartrit hastalık grubu içerisinde değerlendirilse de demografik özellikler, ilk tercih edilen anti-TNF ilaç, konkomitant kullanılan DMARD'lar, şiş ve hassas eklem sayıları her iki hastalık grubunda farklıdır. Sonuçta iki farklı hastalık grubunda anti-TNF ilaçların devamlılığında da farklılıklar ortaya çıkmaktadır. PsA'da anti-TNF ilaçlarla aksiyal sistemin yanı sıra, periferik eklemler ve deride de ortaya çıkan olumlu gelişmeler, Anti-TNF ilaçta daha uzun süre kalımdan sorumlu olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF, Psöriatik Artrit

PsA ve AS hastalarında ilk anti-TNF ilaçtaki kalım süreleri



Spondiloartropatiler

Abstract:0191

PP-089

PSÖRİATİK ARTRİT'DE YORGUNLUK DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERDEN ÇOK HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİLDİR: PSAID ÇALIŞMASI ALT ANALİZ SONUÇLARI**Umut Kalyoncu¹, Levent Kılıç¹, Laure Gossec², Maarten De Wit², Turid Heiberg², Mara Maccarone², Philip Helliwell², Thomas Luger², Andra Balanescu², Juan Canete², Uta Klitz², Kati Otsa², Douglas Veale², Tore Kvien²**¹Hacettepe Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji bilim dalı, Ankara²Eular PsAID Taskforce, Zurich, Switzerland

Gerekeç: Psöriatik Artrit (PsA) hastalarında yorgunluk hastalık değerlendirilmesi için önemli parametrelerden birisidir. Ancak, PsA hastalarında yorgunluk ile ilişkili faktörler hakkında çok az bilgimiz vardır. Nitekim, PsA dışındaki diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklarda da (örneğin ankilozan spondilit ve romatoid artrit) yorgunluğun sebebi net değildir; birçok çalışmada yorgunluğun hastanın karakteristikleriyle [örneğin demografik, fizyolojik ve sosyal nedenler] veya hastalığın karakteristikleri [örneğin hastalık aktivitesi] ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada PsA hastalarında yorgunluğun daha çok hasta özelliği ile mi hastalık aktivitesi ile mi ilişkili olduğu araştırılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Avrupa'da 13 merkezin katılımıyla geliştirilmiş PsAID skorunun veri tabanı kullanılmıştır. Orjinal çalışmadaki hastalar arasında CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı almış olanlar arasında post-hoc analizi yapılmıştır. Yorgunluğun değerlendirilmesi amacıyla 0-10 arası numeric skala kullanılmıştır. Yüksek derecede yorgunluk (>5/10) ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi için multivariate analiz yapılmıştır. Test edilen faktörler şunlardır; hasta ilişkili (yaş, cins, hastalık süresi, ülke, eğitim süresi) ve hastalık ilişkili (iş ve hassas eklem sayısı, deri aktivitesi (>%5 vücut yüzey alanında psoriasis varlığı), diğer aktivite ölçümleri (aksiyal tutulum, entesis, daktilitis, eklem dışı tutulumlar), yapısal hasar]. Yaşam kalitesi ile ilişkili diğer hasta kökenli ölçütler, yorgunluk ile yakın ilişkisinden dolayı analize dahil edilmemiştir.

Sonuçlar: 246 hasta (119 erkek, %48,8) bu çalışmada değerlendirilmiştir. Ortalama yorgunluk düzeyi 5,0 (3,0) ve %44,7'sinde yorgunluk seviyesi 5 ve üzerindedir. Multivariate analizde (model'de AUC 0,73) yüksek yorgunluk ile ilişkili faktörler yüksek deri aktivitesi OR 4,7 (%95 GA 1,1-20,7), yüksek hassas eklem sayısı OR 1,1 (1,0-1,1) ve düşük eğitim düzeyi OR 0,9 (0,8-1,0) olarak bulunmuştur.

Tartışma: PsAID çalışmasının alt analizinde hastaların yaklaşık yarısında yüksek düzeyde yorgunluk olduğu görülmüştür. Yüksek derecedeki yorgunluk düzeyi asıl olarak hastalık aktivitesi ile açıklanabilmektedir. Bu durum yorgunluğun PsA'da hastalık süreciyle yakın ilişkide olduğunu düşündürmektedir. Bu ilişkiyi açıklayacak nedenler üzerinde daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, Yorgunluk

Spondiloartropatiler

Abstract:0192

PP-090

ANKILOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA GOLİMUMAB KULLANIMI: HÜR-BİO/SPONDİLOARTRİT GERÇEK YAŞAM DENEYİMİ**Umut Kalyoncu, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz**

Hacettepe Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Ankilozan Spondilit (AS) hastalarında anti-TNF tedavilerin etkili olduğu bilinmektedir. Golimumab, Ocak 2013 tarihinden itibaren ülkemizde AS endikasyonunda kullanıma girmiş bir anti-TNF ilaçtır. Bu çalışmada tek merkezdeki AS hastalarında Golimumab kullanımının etkinliğine dair verilerin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Biyolojik Veri Tabanı (HÜR-BİO) 2005 yılında oluşturulmuştur. Golimumab 2013 Ocak ayından itibaren ülkemizde AS tanısında kullanıma başlanmıştır. Bu inceleme Mayıs 2014 tarihinde yapılmıştır. Bu tarih itibarıyla HÜR-BİO veri tabanında Spondiloartrit olup biyolojik tedavi kullanan 1344 hasta vardı. Bu çalışmada modifiye New-York kriterlerine göre AS tanısı olup Golimumab kullanan 105 hasta incelenmiştir. Hastalar DMARD dirençli ve anti-TNF sonrası olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır. Golimumab başlanmadan önce hastaların demografik özellikleri, üveit ve aile öyküleri sorgulanmıştır. HLA-B27 sonucu 36 (%34,2) hastada bilinmektedir. Golimumab öncesi DMARD (sulfasalazin ve metotreksat) kullanımı not edilmiştir. Golimumab öncesi hastalık aktivite ölçütleri olarak akut faz yanıtları, BASDAI, BASFI ve ASDAS-CRP, ASDAS-ESH skorları hesaplanmıştır. Tedavi sonrası 3. ayda BASDAI sonuçları, BASDAI %50 cevabı ve 6. ayda ASDAS-CRP cevapları hesaplanmıştır.

Sonuç: 105 AS hastası bu çalışmada değerlendirilmiştir. Hastaların %60'ı erkek, ortalama yaşı 37,0 (8,8), ortalama semptom süresi 7,6 (6,3) yıl, ortalama tanı süresi 5,5 (5,5) yıldır. HLA-B27 pozitifliği 20/36 (%55,5), üveit %6,5, pozitif aile öyküsü %28,5 hastada vardı. Golimumab öncesi hastaların %86'sında sulfasalazin, %19'unda metotreksat kullanma öyküsü vardı. Golimumab öncesi 63 (%60) hastada DMARD ve/veya NSAİ ilaç, 42'sinde (%40) anti-TNF ilaç kullanılmıştır. Anti-TNF sonrası Golimumab kullananların nedenleri şu şekildedir; 24'ünde anti-TNF etkisizliği (14'ü bir anti-TNF, 10'u en az iki anti-TNF dirençli), 18'inde ise anti-TNF yan etkisidir. Golimumab öncesi hastalık aktivite ölçütleri tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalar ortanca 6 ay süreyle takip edilmiştir. 66 hastanın Golimumab sonrası ilk takip süresi dolmuştur. Buna göre hastaların 53/66'sı (%80,3) merkezimizde Golimumab kullanmaya devam ediyordu. Son kontrolde ASDAS-CRP klinik anlamlı düzelme ve 3. ayda BASDAI %50'lik düzelme oranları tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma: Tek merkezli HÜR-BİO veri tabanının sonuçlarına göre, AS hastalarında Golimumab'ın etkili olduğu görülmüştür. DMARD/NSAİ dirençli hasta gruplarında Golimumab daha etkili olmakla birlikte, anti-TNF sonrasında da etkinlik elde edilmektedir. Daha önce anti-TNF ilaç kullanmamış hasta grubunda hastaların yaklaşık dörtte birinde majör klinik yanıt elde edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Golimumab

Tablo 1. Golimumab Öncesi Hastalık Aktivite Ölçütleri

	DMARD dirençli n=63	Anti-TNF dirençli n=24	Anti-TNF yan etki n=18
ESH mm/saat	19 (2-60)	14 (12)	21 (20)
CRP	1.3 (0.14-12.1)	1.0 (1.2)	1.8 (2.5)
BASDAI	5.1 (1.9)	5.2 (2.0)	4.2 (2.7)
BASFI	4.1 (2.6)	4.8 (2.8)	3.5 (2.8)
ASDAS-CRP	3.27 (0.66)	3.06 (0.60)	2.86 (1.00)
ASDAS-ESH	2.81 (0.68)	2.66 (0.62)	2.44 (0.96)
ASDAS-CRP klinik anlamlı düzelme (%)	54.3	35.1	35.1
ASDAS-CRP Majör düzelme	28.6	5.9	5.9
3. ay BASDAI %50 düzelme	48.5	35.0	35.0

Veriler ortalama (SD) veya ortanca (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0194

PP-091

YANLIŞLIKLA FAMILİYAL MEDİTERRANEAN FEVER (FMF) TANISI KONULMUŞ HEREDİTER ANJİOÖDEM OLGUSU

Şengül Aksakal¹, Kevser Gökçe Demir², Refik Ali Sarı¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Hastalıkları İmmünoloji-Alerji Bilim Dalı/Trabzon

²Tokat Üniversitesi İç Hastalıkları

Hereditör Anjioödem (HEA); ürtikerin eşlik etmediği tekrarlayan deri ve mukozalarda anjioödem ile karakterize otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Prevalansı net değildir, coğrafi bölgeye göre değişiklik göstermekle birlikte 50.000-100.000 de bir hastada görüldüğü tahmin edilmektedir. GIS tutulumu olduğunda atak halinde karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal şeklinde klinik gelişir. Karın ağrısı atakları, periferik anjioödem başlamadan ilk başvuru şikayeti olabilir. Aile öyküsünde olan bu hastaların Familial Mediterranean Fever (FMF) ile kliniği karıştığından yanlışlıkla FMF tanısı alabilmektedir. Biz 17 yaşında HEA'lı bir hastanın daha önce yanlışlıkla FMF tanısı alması nedeniyle bu vakayı sunuyoruz.

32 yaşında bayan hasta, İmmünoloji alerji polikliniğine ellerinde, ayaklarında, yüzde şişlik olması nedeniyle başvurdu. Yaklaşık 10 yıldır bu şikayeti varmış. Yılda 3-4 defa gelişiyormuş ve tedavisiz 2-3 günde geçiyormuş. Kaşıntı olmuyormuş. Özgeçmişinde ise; 12 yaşından beri karın ağrısı şikayetinin olduğu öğrenildi. Karın ağrısı sağ alt kadrandan başlayıp tüm karına yayılıyormuş. Ateş yüksekliği olmamış. Mide bulantısı eşlik etmiş ancak kusma ve ishal olmamış. Bir yada iki gün sürüyormuş. Haftada bir veya iki defa atak geçiriyormuş. Ataklar sırasında eklem ağrısı olmuyormuş. Bazen ataklarında ellerde şişlik oluyormuş. Parmaklarda şişlik çok olduğunda ağrı oluyormuş. Akut faz reaktanları ve batın ultrasonografi normalmiş. Başvurduğu sağlık kuruluşunda FMF düşünülerek FMF gen analizi istenmiş. M694V mutasyonu heterozigot pozitif sonuçlanmış. FMF tanısı konularak kolşisin 3x0,5

mg başlanmış. Tedavi sonrası hastanın karın ağrısı şikayeti kısmi düzelmiş. Tam geçmediği için steroid tedavisinde zaman zaman kullanıyormuş. Bu şikayetler ile değerlendirildiğinde hastanın anjioödem kliniği bradikinin aracılı anjioödem destekliyordu. Bu nedenle hastanın aile öyküsü sorgulandı. Ailesinde anne, annesinin babasında, dayısında, kız kardeşinde ve kızında benzer yakınmaları olduğu öğrenildi. Hereditör Anjioödem olabileceği düşünülerek C3, C4 ve C1 inhibitör tetkikleri istendi. Tetkiklerinde C3 normal, C4 seviyesi 1.8 mg/dl (10-40mg/dl), C1 inhibitör seviyesi:11 (21-39 mg/dl) olarak sonuçlandı. Hastanın kızında da C4 düzeyi ve C1 inhibitör düzeyi düşük saptandı. Hereditör Anjioödem tanısı aldı. Şuan hasta profilaksi tedavisiz izlemde. Hereditör Anjioödem cilt, gastrointestinal sistem ve solunum sistemini etkiler. Patogenezinde kompleman yolağında rolü olan C1 inhibitör'ün sayıca yetersiz olmasından yada fonksiyon görmemesinden dolayı bradikinin seviyesinin yüksek olmasına neden olur. Ataklarda hastaların %80 ile 95'inde GIS etkilenmektedir ve %25 olguda sadece GIS tutulmaktadır. Tekrarlayan karın ağrısı atakları hastaların %17-24'ünde yanlışlıkla Familial Mediterranean Fever (FMF) tanısının konulmasına neden olmaktadır. Bu olgudaki amacımız HEA farkındalığını artırmaktır

Anahtar Kelimeler: FMF, anjioödem

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0195

PP-092

KANAMA İLE BAŞVURAN SLE, ANTİFOSFOLİPİD SENDROM TANILI ERKEK HASTA OLGUSU

Şengül Aksakal¹, Hasan Mücahit Özbağ², Refik Ali Sarı¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Hastalıkları İmmünoloji-Alerji Bilim Dalı/Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı/Trabzon

Antifosfolipid sendromu (APS), arteryal-venöz küçük damarlarda tromboz ile seyreden, kadın hastalarda tekrarlayıcı düşüklere neden olan ve antifosfolipid antikor pozitifliği ile seyreden otoimmün bir hastalıktır. Primer olabildiği gibi SLE gibi hastalıklara sekonder olarak da gelişebilir. Hematolojik tutulum olarak trombositopeni, trombotik mikroangiopati ve kanama görülebilir. Ancak kanama APS de sık görülen bir durum değildir. Protrombine karşı otoantikor varlığında kanama olabilir. Biz 17 yıl önce SLE, APS tanısı almış ama tedavi ile kontrol altında olmayan dış eti kanaması ile başvuran, aPTT ve PT zamanında uzama saptanan bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 42 yaşında erkek hasta. 25 yaşında bacadaki oluşan rekürren derin ven trombozu ve reynaud fenomeni araştırılırken ANA ve antikardiyolipin antikorları pozitif olması üzerine SLE, APS tanısı almış. Steroid, hidroklorokin, antikoagülan tedavi başlanmış. Bu tedaviyi 3-4 yıl kullanmış. Ama uzun bir süredir tedavisiz ve takipsiz kalmış. Daha sonra kanamalı hemoroidi olması nedeniyle genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Operasyon yapılması planlanmış. Hastanın aPTT, PT-INR değerlerinde yükseklik olması nedeniyle hematoloji polikliniğine ve immünoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Poliklinikte değerlendirilen hastanın dış eti

kanaması da olduğu öğrenildi. Oral aft, fotosensitivite, reynaud fenomeni, eklem ağrıları, aksiller lenfnodu tutulumu mevcuttu. Fizik muayenesinde ellerinde reynaud fenomenine ait bulgular, bacaklarda peteşial döküntüler mevcuttu. Laboratuvarında karaciğer enzim değerleri, böbrek fonksiyon testleri, LDH, CK, fibrinojen, D-dimer, tam idrar tetkiki ve idrar mikroskopik incelemesi normaldi. Diğer bulguları tablo-1 de sunulmuştur. ANA immüno floresan yöntem ile homojen granüler 1/160 pozitif, AntiSm pozitif, AntiRNP pozitif, AntidsDNA negatif, lupus antikoagülan pozitif, Antikardiyolipin antikor IgM ve IgG yüksek titrede >300 GPL/mL pozitif saptandı. Hasta PT uzaması nedeni ile kronik karaciğer hastalıkları açısından da değerlendirildi. Ancak bir patoloji saptanmadı. Hematoloji bilim dalı tarafında değerlendirilen hasta bu duruma neden olabilecek hastalıklar, faktör eksiklikleri araştırıldı. Ancak bir patoloji saptanmadı. Hastaya hidroksiklorakin ve prednizolon tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın lökosit ve trombosit değerleri düzeldi. Diş eti kanaması geriledi. Ancak aPTT ve PT değerinde belirgin bir düzelme olmadı. Hastada protrombine karşı antikor geliştiğini düşünüyoruz. Literatürde kanamalı APS hastalar nadir bildirilmiştir. APS de kanama nedeni hipoprotrombinemiye sekonder olduğu ileri sürülmüştür. Hipoprotrombinemi nedeni ise ona karşı oluşan antikorlar nedeni olduğu düşünülüyor. Kanama beyin kanaması gibi ciddi sonuçlar doğurabileceği gibi minör kanamalarda neden olabilmektedir. Bu hastalarda steroid tedavisi ile başarılı sonuçlar elde edilmiş. Ancak hasta sayısı yeterli değildir. Çok nadir hastada siklofosfamid ve azotiopürin tedavisine ihtiyaç duyulur.

Anahtar Kelimeler: SLE, APS

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulguları

WBC:3600 / μ L	aPTT:153 sn(23-34)	IgG:2330 mg/dl
PNL:2400/ μ L	PT:27.6sn(11-15)	IgM: 73 mg/dl
Hb:12.5 mg/dl	INR: 2.55	IgA: 451 mg/dl
Plt:117.000/ μ L	C3:55 mg/dl(90-180)	
CRP:0.34 mg/dl	C4:5.8 mg/dl (10-40)	
ESR:39 mm/sa	Direk coombs: negatif	

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0196

PP-093

YAYGIN TROMBOZ İLE PREZENTE OLAN BEHÇET HASTASI

Muhammet Bilici¹, Orhan Zengin², Nergiz Hüseynova², Gezmiş Kimyon², Bünyamin Kısacık², Ahmet Mesut Onat², Mehmet Türker¹, Salih Subari¹

¹Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Behçet hastalığı (BH) oral aft, genital ülser, göz lezyonlarının olduğu bununla birlikte gastrointestinal, kas-iskelet, nörolojik ve vasküler sistem tutulumlarının izlendiği multisistemik bir hastalıktır. BH da görülen major damar tutulumları; arteriyel oklüzyon, arteryel anevrizma, venöz oklüzyon, venöz varisler şeklinde dört grupta toplanmaktadır. Venöz tutulum arteriyel tutulumdan daha sık gözlenmektedir. Burada yaygın tromboz ile başvuran sonrasında Behçet tanısı olan bir vaka sunulacaktır.

Olgu: 32 yaşında erkek hastanın 1 aydır olan karın ağrısı olması üzerine acile başvurmuş. Sistemik bir hastalık öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde batın ön yüzde kolleteraller ve yaygın hasasiyet vardı. Hastanın ilk başvuruda Hemoglobin:12mg/dl, lökosit: 6000, trombosit:129.000, AST:273 U/L, ALT:660 U/L, INR:2.18, ESR:2 mm/h, CRP:94 mg/l idi. Batın ultrasonografisinde karaciğer konjesyone, sağ ve sol orta hepatik vende akım saptanmadı, batında yaygın asit saptandı. Hasta Budd-Chiari sendromu ön tanısıyla yatırıldı. Tromboz etiolojisine yönelik olarak yapılan ANA, Anti-dsDNA, Anti kardiyolipin antikor, Anti-B2 Glikoprotein1, lupus antikoagülanı negatifti. Protein C, protein S, homosistein düzeyleri normaldi. Kardiyovasküler hastalık panelinde (CVD) mutasyon saptanmadı. BT-anjiyografide hepatik venlerde, portal vende, vena cava inferior içinde ve sağ atriuma kadar uzanım gösteren yaygın trombozlar saptandı. Oral aft ve genital aft öyküsü olmayan hastanın paterji ve HLA B51 testi pozitif saptandı. Hastaya mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla Behçet tanısı kondu. Takiplerinde bilateral bacaklarda yaygın ödem gelişen ve genel durumu kötüleşen hastaya 3 gün 1 gr pulse steroid ve 500 mg siklofosfamid tedavisi verildi. İdame olarak 60 mg steroid ile devam edildi. Takiplerinde hastanın bacaklarındaki ödem ve batındaki yaygın asit geriledi. Genel durumu düzelen ve akut fazları gerileyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Vasküler tutulum Behçet hastalarının %40'lara varan oranda ve çoğunlukla erkeklerde görülür. Venöz tutulum alt ekstremiteleri üstte göre daha sık tutmaktadır. Budd-Chiari BH'da görülen ve ölümcül tutulumlardan biridir. İlk bir yıl içinde %50 oranında mortal seyretmektedir. Genelde inferior vena cava sendromu ile beraber görülmektedir. Öksürük, hemoptizi, dispne ve kalp trombozu ilk bulgularındandır. Vasküler tutulumda ön planda suçlanan mekanizma inflamatuvar süreç olduğundan tedavide öncelikli olarak anti-inflamatuvar ilaçların seçilmesi gerekmektedir. Budd-Chiari sendromu ile başvuran hastalarda BH ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, Budd-Chiari Sendromu

Diğer

Abstract:0198

PP-094

DİRENÇLİ ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STILL HASTALIĞI TANISI İLE İZLENEN HASTADA TOSİLİZUMAB SONRASI GELİŞEN ALLERJİK REAKSİYON VE CİDDİ TRANSAMİNAZ YÜKSEKLİĞİ

Kubilay Şahin¹, Yaşar Karaaslan², Nesibe Karahan Yeşil¹, Zeynep Özbalkan Aşlar¹, Ahmet Omma¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gerekeç: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (EBSH), etyolojisi bilinmeyen ateş, geçici döküntü, artrit ve çoklu organ tutulumu ile karakterize, nadir görülen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. EBSH tedavisinde NSAII'lar, kortikosteroidler ve metotreksat (MTX), leflunomid ve siklosporin A gibi hastalık modifiye edici ilaçlar kullanılır. Son yıllarda bu tedavilere dirençli hastalarda interlökin-6 (IL-6) blokajı çekici bir tedavi seçeneği olarak

öne çıkmaktadır. IL-6 blokajı hafif karaciğer enzim yüksekliği, nötropeni ve allerjik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Biz de tosilizumab (TOC) infüzyonu sonrası ciltte allerjik reaksiyon ile birlikte ciddi transaminaz yüksekliği gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 3 yıldır EBSH tanısı ile takip edilen 57 yaşında bayan hasta, 3-4 gündür olan ateş yüksekliği, cilt döküntüleri ve eklem ağrıları nedeni ile yatırıldı. Hasta metil prednizolon (MP), hidrok-siklorokin (HK) ve MTX kullanılmaktaydı. Muayenede sağ el bileği ve sağ diz şiş ve hassas, her iki el MKF eklemleri hassastı. Ateşi 38,7 oC idi. Hastanın yatışında ESH 89 mm/s, CRP 240 mg/L, lökosit 18.720/mm³, ALT 26 IU/L, AST 13 IU/L, ANA, ANCA ve RF negatifti. Hastanın son 6 ay içindeki ESH ve CRP değerleri de genellikle yüksekti. İleri tetkik ve tedavi için yatırılan hastaya almakta olduğu tedavilere ek olarak 3 gün süreyle 1 g pulse MP ve sonrasında 60 mg/gün dozunda MP verildi. Bu tedavilere karşın yakınmaları ve akut faz yüksekliği devam etti. Tekrarlanan kültürleri ve viral serolojileri negatif geldi. Mevcut tedavilerden fayda görmeyen hastaya endikasyon dışı ilaç kullanma onayı alınarak, 600 mg TOC verildi. Hastanın TOC aldıktan 1 gün sonra yüz, boyun ve göğüs bölgesinde yaygın kaşıntılı eritematöz döküntüleri oldu. Antihistaminik ile bir kaç gün içinde döküntüleri geriledi. TOC infüzyonundan 2 gün sonra ALT 426 IU/L ve AST 156 IU/L'ye yükseldi. Takibinde ALT 685 IU/L ve AST 165 IU/L'ye kadar yükseldi. 1 hafta sonra transaminaz değerleri düşmeye başladı ve infüzyondan yaklaşık bir ay sonra ALT 25 IU/L ve AST 18 IU/L'ye kadar indi. Hastanın MTX, MP ve HK tedavilerine devam edildi, ancak allerjik reaksiyon ve transaminaz yüksekliği yan etkisi nedeni ile TOC tedavisi kesildi.

Tartışma: Son yıllarda dirençli EBSH tedavisinde IL-6 blokajı çekici bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Ancak bizim bu hastamızda TOC tedavisine bağlı olarak kaşıntılı cilt döküntüleri ve yaklaşık 20 kata ulaşan transaminaz yüksekliği gelişmiştir. Bu yan etkiler bir ay içinde spontan olarak düzelse de hem hastamızı, hem de bizi ciddi tedirgin etmiştir. Özellikle diğer tedavilere dirençli ağır sistemik inflamasyon ile seyreden EBSH olgularında TOC çekici bir tedavi seçeneği olmakla beraber, seyrek de olsa bu gibi yan etkilerinin görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, Tosilizumab

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0199

PP-095

MYASTENIA GRAVIS HASTALARINDA SLE SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Umut Kalyoncu¹, Can Ebru Bekircan Kurt², Aslı Tuncer², Sevim Erdem Özdamar², Rana Karabudak², Ersin Tan², Sedat Kiraz¹, İhsan Erenli¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Myastenia Gravis (MG) nöromusküler kavşağın oto-immün bir hastalığıdır. MG, birçok bağ dokusu hastalığı ile birlikte görülebilmektedir. SLE ve MG birlikteliği de birkaç vaka

serisinde bildirilmiştir [1]. MG hastaları SLE ile birlikte olduğunda klinik bulgularında farklılık olup olmadığı üzerinde net bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmada tek merkezde takip edilmekte olan MG hastalarında SLE'nin sıklığı ve klinik bulgularının özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Nöroloji bölümünde 2000-2010 yılları arasında değerlendirilmiş 132 MG hastası bulunmaktadır [2]. MG'in tanısal incelemesinde tensilon, buz veya pyridostigmin testi yapılmıştır. Tüm hastalarda Asetilkolin reseptör anti-koru incelenmiştir. Bu test negatif olması durumunda anti-muscle spesifik tirozin kinaz antikoru test edilmiştir. MG tanısı konulan tüm hastalarda timus patolojilerinin değerlendirilmesi için toraks BT incelemesi yapılmıştır. MG tanısı konulan tüm hastalarda tiroid hastalıkları araştırılmıştır ve otoimmün hastalıkların belirlenmesi için oto-antikorlar (ANA, ds-DNA ve ENA antikorları) değerlendirilmiştir. Oto-immün bir hastalıktan şüphelenildiğinde nöroloji bölümünce Romatoloji konsültasyonu istenmiştir. Romatoloji doktoru tarafından SLE tanısı ACR kriterlerine göre konulmuştur.

Sonuç: 132 MG hastasının 12'sinde (%9,1) 1/160 ve üzerinde ANA pozitifliği saptanmıştır. Beş (%3,8) MG hastası SLE'nin tanı kriterlerini doldurmaktadır. 4/5 (%80) hasta kadındır. Tüm hastalarda SLE tanısı MG tanısından önce konulmuştur (2-14 yıl). MG tanısı konulduğu sırada 3 hasta düşük-orta doz steroid, 1 hasta da hidrosiklorokin kullanılmaktadır. 5 SLE hastasının üçünde ana SLE tutulumu böbrek, ikisinde hematolojik tutulumken, iki hastada SLE ile birlikte Sjögren sendromu da bulunmaktadır. Bir hastada timoma (timektomi yapılmıştır), bir hastada ise timik hiperplazi mevcuttur. Başlangıçta 2 hastada yaygın MG bulunurken, takip sırasında tüm hastalarda yaygın MG gelişmiştir. 5 hastanın 4'ünde en az bir MG krizi görülmüştür. 5 hastanın üçünde hafif MG tutulumu varken birisinde eksitus, birisinde ise gastrotomi/trakeostomi gereksinimi olacak ağır seyir gözlenmiştir.

Bizim MG serimizde saptanan %3,8 SLE sıklığı daha önce bildirilen %7,7 oranına göre daha azdır [1]. SLE tanısı MG'den yıllarca önce bulunmaktadır. Literatürde, MG'yi tetikleyebileceği düşünülen hidrosiklorokin sadece 1 hastada kullanılmaktaydı ve bu hastada da MG diğer hastalara göre oldukça hafif seyirliydi. Sonuç olarak SLE hastalarını takip eden romatoloji uzmanları bu kendine özgü oto-immün nörolojik hastalık hakkında uyanık olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Myastenia Gravis, SLE

Tablo 1. Myastenia gravisli SLE hastalarının klinik özellikleri

Hasta No	Cinsiyet	SLE tanı yaşı	MG tanı yaşı	Başlangıç MG semptomu	Asıl SLE semptomu	Oto-Antikorlar	Tedavi
1	Kadın	21	34	Okülo-bulbar	Böbrek	ANA, ds-DNA, Anti-AchR	Steroid, AZA
2	Erkek	58	65	Oküler	Hematolojik	ANA, ds-DNA, Anti-AchR	Steroid, PD
3	Kadın	28	31	Oküler	Böbrek Hematolojik	ANA, ds-DNA, Anti-AchR	Steroid, AZA, PD, IVIG
4	Kadın	10	24	Yaygın	Deri Sjögren sendromu	ANA, ds-DNA, SS-A, RF, Anti-AchR	Steroid, AZA, PD, IVIG
5	Kadın	49	51	Yaygın	Böbrek Sjögren sendromu	ANA, ds-DNA, Anti-AchR	Steroid, HQ

Diğer

Abstract:0200

PP-096

STERÖİD TEDAVİSİ ALTINDA CİDDİ KARACİĞER ENZİM YÜKSEKLİĞİ OLAN ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STILL HASTASINDA ANAKİNRA TEDAVİSİ; OLGU SUNUMUUğur Karasu¹, Funda Erbasan¹, Umay Balcı²¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji, Antalya²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Antalya

Giriş: Erişkin Still Hastalığı (ESH) ateş, deri bulguları, artirit/artralji, lökositöz ve yüksek ferritin düzeyleri ile karakterize kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Karaciğer tutulumu hastalığın temel bulgularından olmamakla birlikte ılımlı düzeyde karaciğer enzim yüksekliği gelişebilmekte ve komplikasyon olarak Hemofagositik lenfositosis gelişmediği takdirde tedaviyle normale dönmektedir. Burada, steroid tedavisine dirençli karaciğer enzim yüksekliği ile seyreden yeni tanı bir ESH hastası sunulacaktır.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta yaklaşık 30 gün önce başlayan ve antibiyotik tedavilerine yanıt vermeyen ateş, döküntü ve boğaz ağrısı yakınması ile başvurdu. Sistemik sorgulamasında bu yakınmalar dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenede; 40 C ateş, göğüs ve alt ekstremitelerde özellikle ateşle birlikte gelişen pembemsi makülopapüler döküntüleri mevcuttu. Periferik lenfadenopatisi yoktu. Yapılan tetkiklerinde saptanan hemogram ve biyokimyasal değerleri Tablo 1. de verilmiştir. Diğer kan tetkiklerinde Brucella ve tüm viral serolojik testler (HBV, HIV, HCV, CMV, EBV, Rubella ve Parvovirus) negatif; RF: 90 IU/ml (0-20), C3: 0.87 g/l (0.9-1.8) ve C4: 0.09 g/l (0.1-0.4), ANA - ANCA - AMA - ASMA ve LKM negatif saptandı. İdrar tetkikinde aktif idrar sedimenti yoktu. Kan ve idrar kültürleri sterildi. Akciğer grafisi, transtorasik EKO normal olarak izlendi. Toraks CT normal; Batın CT'de karaciğer boyutu ve parankim yapısı normal, dalak 14 cm iken lenfadenopati saptanmadı. Bu değerlendirmeler sonucunda enfeksiyöz nedenler, lenfoma ve diğer maligniteler, sistemik lupus eritematosuz gibi otoimmün hastalıklar ve vaskülitler dışlandı. Bu bulgularla Yamaguchi kriterlerini karşılayan ve Ferritin düzeyi (44.630 ng/ml) çok yüksek saptanan hastaya ESH tanısı konularak Metilprednizolon 500 mg/gün (3 gün) iv ve takiben 1 mg/kg/gün oral olmak üzere başlandı. Hastanın takiplerinde ateş yanıtı ile birlikte ESR, CRP ve ferritin düzeylerinde gerileme olmasına rağmen karaciğer enzimlerinde ciddi yükselme (Tablo 1) gelişti. Hastanın takibinde ateşinin olmaması, tetkiklerde sitopeni ve hipofibrinojenemi gelişmemesi, ve ferritin düzeyinde belirgin gerileme olması nedeniyle ciddi KC enzim yüksekliği yapan Hemofagositik lenfositosis düşünülmüdü. Karaciğer enzimlerinde gelişen bu yükselme Still hastalığının karaciğer tutulumu olarak değerlendirildi ve steroide ek olarak Anakinra tedavisi başlandı. Bu tedavi sonrasında karaciğer enzimlerinde dramatik bir gerileme başladı ve 1 hafta sonra değerler normal sınırlara döndü.

Sonuç: Literatürde dirençli ESH vakalarında; IL-1, IL-6 ve TNF inhibitörleri, Rituximab gibi çeşitli immünsüpresif ilaçların kullanımı ile hastalığın kontrol altına alınabildiği bildirilmektedir. Ancak ciddi karaciğer tutulumu nadir olarak gözlenmekte olması nedeni ile bu hastalarda biyolojik tedavi konusunda çok az veri

bulunmaktadır. IL-1 antagonisti olan Anakinra ciddi karaciğer tutulumu olan vakalarda bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Still hastalığı, Anakinra

Tablo 1. Laboratuvar Değerleri

	Başlangıç	Steroid tedavisi esnasında
Hemoglobin (g/dl)	11,0	12,4
Lökosit (/mm ³)	20,500	31,800
Trombosit (/mm ³)	305,000	268,000
ESR (mm/sa)	88	45
CRP (mg/dl)	271	71
ALT (U/l)	133	1,538
AST (U/l)	112	717
GGT (U/l)	293	423
Albumin (g/dl)	2,5	2,6
Total Bilirubin (mg/dl)	0,82	0,76
Direkt Bilirubin (mg/dl)	0,22	0,26
Ferritin (ng/ml)	44,630	1,961

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0202

PP-097

BEHÇET SENDROMU'NDA PANÜVEİT VE PARENKİMAL NÖROLOJİK TUTULUM RİSKİ ARASINDAKİ KORELASYONUN ANALİZİ

Berivan Bitik¹, Kubilay Şahin², Yeşim Sücüllü Karadağ², Abdurrahman Tufan¹, Ridvan Mercan¹, Belgin Koçer¹, Fikri Ak², Yaşar Karaaslan³, Berna Göker¹, Şeminur Haznedaroğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi²Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi³Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Gerekeç: Behçet Sendromu (BS) birçok organ sistemini eş zamanlı olarak tutabilen ve klinikte bu tutulumların yansımalarından oluşan bulgu kümeleri ile prezente olan bir sistemik vaskülit-dir. Çeşitli klinik bulguların birlikteliğinin gözlemlenmesi BS'nin keşfinden günümüze kadar önemini koruduğu gibi nörolojik tutulumun tanısı ve prognozu açısından da önem taşımaktadır. Nöro-Behçet Sendromu (NBS) parenkimal veya parankim dışı (en sık vasküler) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu iki tutulum şekli çok nadir olarak aynı hastada eşzamanlı görülebilse de patogenezinin birbirinden farklı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın gerekeçesi, BS'de nörolojik tutulum ile panüveit arasında klinik bir korelasyon olup olmadığının araştırılmasıdır.

Yöntem: Ankarada iki Romatoloji kliniğinde, Uluslararası Behçet Çalışma Grubu'nun önerdiği tanı kriterlerini karşılayan, 2000-2014 yılları arasında takip edilmiş 295 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Demografik özellikler, göz muayeneleri, nörolojik tutulumu olan hastaların radyolojik tutulum özellikleri kaydedilmiştir. Analiz için Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: BS'li toplam 295 hastanın 100'ünde panüveit, 44'ünde nörolojik tutulum saptanmıştır. Nörolojik tutulum, 30 hastada parenkimal tip (ortalama yaş 32, min-max: 21-55), 14

hastada ise vasküler tip (ortalama yaş 35, min-max: 25-51) şeklinde görülmüştür. Sinüs ven trombozu tek vasküler tutulum şekli olarak bulunmuştur. Panüveit öyküsü olan 100 hastanın 19 tanesinde parenkimal tip, 3 tanesinde vasküler tip olmak üzere toplam 22 tanesinde nörolojik tutulum görülmüştür. Panüveitli hasta grubunda nörolojik tutulum sıklığı panüveit öyküsü olmayan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla %22 ve %11,2 P=0.02). Parenkimal nörolojik tutulum oranı panüveit öyküsü olan hasta grubunda panüveit öyküsü olmayan hasta grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek bulunmuştur (sırasıyla %86 ve %50 P=0.02). Panüveit, hastaların tamamında nörolojik tutulumdan önce veya nörolojik tutulum ile eş zamanlı olarak gözlenmiştir. Panüveit ile nörolojik tutulumun görülmesi arasında geçen ortalama süre 12 ay (çeyreklikler: 9-39) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Behçet Sendromunda embriyojenik kökeni ortak olan posterior uvea ve beyin parenkimi tutulumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Panüveitli hastalar Behçet Sendromu'nun nörolojik tutulumu açısından yakın takip edilmeli ve nörolojik tutulum belirti ve bulguları konusunda eğitilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Nörobeçet, panüveit

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0205

PP-098

PRİMER SJÖGREN SENDROMU'NUN PATOBİYOLOJİK SEYRİNDE ANTİSENTROMER ANTİKOR POZİTİFLİĞİ VE İGG4

Evrin Güzel¹, Berivan Bitik¹, Bilkay Baştürk², Resul Karakuş¹, Rıdvan Mercan¹, Abdurrahman Tufan¹, Hamit Küçük¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Berna Göker¹, Seminur Haznedaroğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Gerekeç: Sjögren Sendromu (SS), ağız kuruluğu ve göz kuruluğuna neden olan temelde fokal lenfositik infiltrasyon ile ekzokrin bezlerini etkileyen kronik sistemik inflamatuvar bir bozukluktur. İki hastalık arasındaki histopatolojik benzerliklere dayanarak, Mikulicz Hastalığı, Sjögren Sendromu'nun bir alt türü olarak kabul edilmektedir. Mikulicz Hastalığı genellikle, IgG4 ilişkili hastalık (İgG4-İH) olarak kabul edilmekte ve İgG4 bağlantılı dakriyoadenit ve siyaloadenit olarak sınıflandırılmaktadır. Antisentromer antikor (ASA) SS'de çok nadir görülmeyen bir antikordur ve ASA pozitif SS, ASA negatif SS ile Sistemik Sklerozis arasında bir ara klinik fenotip olarak kabul edilmektedir. IgG4-İH ve Sistemik Sklerozis, hedef organlardaki fibrozisin nedeni bilinmeyen etiyolojileridir. IgG4 konsantrasyonlarının yükselmesi, SS ve IgG4-İH'da gözlemlenebilmektedir. Bu çalışmada, primer SS ve IgG4-İH'da serum IgG4 konsantrasyonları ve ASA pozitifliğini saptamak ve iki hastalık arasındaki ilişkiye açıklık getirmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğinde, yeni tanı konulan elli Amerikan Avrupa uzlaşma grubu kriterlerini karşılayan primer SS, 10 IgG4-İH hastası ve 50 sağlıklı kontrol çalışmamıza dahil edilmiştir. IgG4 seviyeleri nefelometre kullanılarak ölçülmüştür ve immunfloresan antikor (IFA) tekniği ile ASA varlığı araştırılmıştır. İGG4 normal serum değeri 3,92-86,4mg/dl olarak kabul edilmiştir.

Sonuçlar: IgG4 konsantrasyonlarının yükselmesi, primer SS grubunda %8 hastada ve sağlıklı kontrol grubunda %2 bireyde tespit edildi. Her iki grup arasında serum İGG4 düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). IgG4 konsantrasyonları IgG4-İH grubunda, 10 hastanın 7'sinde, %70) önemli derecede yüksek bulundu (Tablo 1). Primer SS grubunda 2 hastada (%4), IgG4-İH grubunda bir hastada (%10) ASA pozitifliği. Normal kontrollerde herhangi bir pozitiflik yoktu.

Tartışma: IgG4 konsantrasyonlarının yükselmesi, primer SS ve IgG4-İH'da gözlemlenebildiği için sadece IgG4-İH'ye özgü değildir. Bununla birlikte IgG4 konsantrasyonları, IgG4-İH'de yüksek ölçülmüştür. ASA pozitifliği her iki hastalıkta da düşük sıklıkta tespit edildi. IgG4 konsantrasyonlarında yükseklik ve ASA pozitifliği, Sjögren Sendromu'nda belirgin değildi. SS ve IgG4-İH arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri açıklamak için daha çok çalışmanın yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İgG4 ilişkili hastalık, sjögren sendromu

Tablo 1. Primer SS, İgG4-İH grubu ve sağlıklı kontrol grubunda serum İGG4 düzeyleri

Serum İgG4	Primer SS	Sağlıklı kontrol	İgG4-İH	p değeri
ortanca (min-max)	19,5 (7,6-113)	24,1 (7,6-91,8)	131 (24,9-155)	0,001 ¹

¹Farklılık İgG4-İH'dan kaynaklanmaktadır. Primer SS ve sağlıklı kontrol grupları arasında Mann-Whitney U testi p değeri=0,4

Diğer

Abstract:0206

PP-099

TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ MİDE KANSERİNDE PARANEOPLASTİK SENDROM OLARAK İNFLAMATUAR MYOPATİ

Aslıhan Avanoğlu, Tolga Gümüşkemler, Ekin Kırçalı, Tahsin Murat Turgay

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: inflamatuvar myopatiler, kas inflamasyonu ile karakterize özellikle distal kas zayıflığı ve proksimal kas güçsüzlüğü ile semptom veren bir grup hastalıktır. inflamatuvar myopati çok sık olmamakla birlikte paraneoplastik sendrom olarak karşımıza çıkabilmektedir. İnflamatuvar myopati ile kanser arasındaki yakın paraneoplastik süre tam bilinmemekle birlikte, onkogenezis ve otoimmünite ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Akciğer, serviks, overler, pankreas, mesane ve mide adenokarsinomu, inflamatuvar miyopatilerle birlikte görülen kanserlerin %70'ini oluşturmaktadır. Taşlı hücreli kanser nadir rastlanan bir kanser çeşidi olmakla birlikte en sık midede gözlenmektedir. Olgumuz daha önce fazla vaka rastlanmayan inflamatuvar myopati tanısı alan hastanın taşlı hücreli mide kanseri tanısı almasıdır.

Olgu: Hastamız 44 yaşında erkek, 5 ay önce sağ bacakta şişlik, ağrı ve cilt renginden açık lezyonlar oluşmuş. Takibinde her iki bacak proksimalinde güçsüzlük ve merdiven çıkmakta zorlanan hasta başka merkeze başvurduğunda myogloblin ve CK yüksekliği nedeni ile yapılan kas biyopsisinde; rejenerasyon gösteren miyopati ile uyumlu, fosforilaz boyası ile azalmış boyanma elde edilmiş olması kısmi fosforilaz eksikliğini düşündürmektedir, şeklinde raporlanmış. 8 mg metilprednisolon ve 200mg hidroklorokin tedavisi verilen hastanın şikayetlerinde azalma olmamış. Hastanın bu dönemde kilo kaybı mevcuttur. Kliniğimize başvurduğunda; CK:5814 U/L, myogloblin:2308 ng /ml, RF<10, ANA:-, immunblot yöntemi ile bakılan otoantikörleri:- gelen hastanın tedavisi metilprednisolon ile devam edilmiş. Yapılan ekstremite MR 'de; sağ uylukta posterior kompartman kaslarında ve tanımlanan sağ kruris kaslarında miyozit lehine değerlendirilebilecek patolojik kas içi sinyal değişiklikler saptanmış. Hastanın malignite yönünden yapılan TAP-BT 'de; mide distalinde büyük kürvatura tarafında asimetrik duvar kalınlaşması ve sol gastrik arka perigastrik yağ dokusunda lenf nodülleri saptanması üzerine yapılan endoskopide; korpus'tan antrum'a geçişte lümeni daraltan etrafi ödemli, erode, yer yer peteşiyel kanama alanlarının olduğu alan ve angulus üzerinde normal mukozadan soluk nodüler alanlar saptanmış. Alınan korpus mide biopsisinde, histopatolojik tanı, Taşlı Yüzük Hücreli Karsinom ile uyumlu gelmiş. Hasta genel cerrahi tarafından subtotal gastrektomi sonrasında total gastrektomi yapılmış. Hastanın operasyon öncesi yüksek seyreden CK (2912 U/L) değeri operasyon sonrası dramatik bir şekilde düşmüştür (72U/L). Bu durum, bize paranoplastik sendrom olduğunu bir kez daha göstermiştir. Ayrıca kanser kitlesinin alınması ile myositin dönüşümlü olabileceğini ve myosit tedavisine etkili olduğunu göstermiştir.

Tartışma: Nadir gözlenen taşlı hücreli mide kanserinde paranoplastik sendrom olarak inflamatuvar miyopatiyi olgumuzda sergiledik. İnflamatuvar miyopati tanısı ile prezente olan hastalarda paranoplastik sendrom mutlaka göz önünde bulundurulmalı, hasta malignite açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: inflamatuvar miyopati, paranoplastik sendrom

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0207

PP-100

BEHÇET HASTALIĞINDA ARTMIŞ STAT3 EKSPRESYONU

Aysin Tulunay¹, Ali Uğur Ünal², Rabia Deniz¹, Gülsen Özen², Fatma Alibaz Öner³, Filiz Türe Özdemir¹, Haner Direskeneli²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmunoloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

³Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

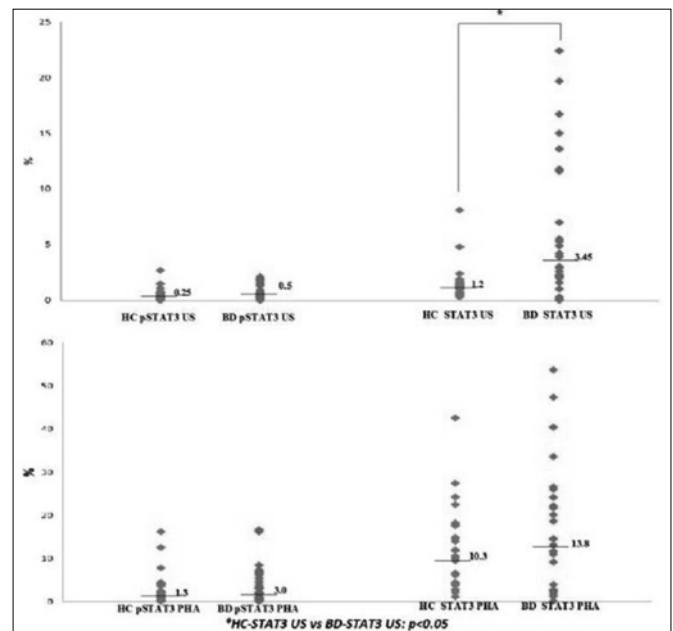
Giriş: Behçet hastalığı (BH) hem Th1 hem de Th17 tip T hücre yanıtının gözlemlendiği kronik, inflamatuvar, multisistemik bir hastalıktır. Proinflamatuvar ve Th1/Th17 ile ilişkili birçok sitokinin Behçet hastalığı patogenezindeki yeri bilindiği halde, JAK/STAT3 (signal transducer and activator of transcription 3) sistemi gibi intraselüler sinyal yollarının patogenezindeki rolü açık değildir. Bu çalışmada, flow sitometrik analiz yöntemiyle, Behçet hastalarındaki STAT3 ekspresyonu araştırıldı.

Materyal-Metod: ISG kriterlerine uyan ve Marmara Üniversitesi TF Hastanesi Behçet Kliniğinde takip edilen 26 Behçetli hasta (n=26, 15K/11E, ortalama yaş: 35,3 ± 9,1) ve 26 sağlıklı kontrol (SK) çalışmaya alındı. Hastaların ortalama hastalık süresi 6,9 ± 4,6 yıldır. Hasta grubunda oral ülser %100, kutanöz bulgular %95, genital ülser %81, kas-iskelet sorunları %31, vasküler % 19, oküler %12, MSS tutulumu %4 saptandı. Paterji pozitifliği %50 idi. Alınan kandan izole edilen periferik kan mononükleer hücreleri (PKMH) intraselüler STAT3 ve p STAT3 seviyelerinin analizi için uyarılmadan ya da 10 mikrogram/ml fitohemaglutinin (PHA) ile 72 saat uyarı sonrası incelendi. Hücreler STAT3-spesifik allophyococyanin konjuge edilmiş anti-STAT3 monoklonal antikörlerle boyandı. pSTAT3 tespit etmek için phycoerythrin ile konjuge edilmiş anti-STAT3 monoklonal antikör kullanıldı. PKMH'lerin STAT3 ve p STAT3 seviyeleri FACSCanto flow sitometri ile analiz edildi.

Bulgular: p STAT3 ve total STAT3 ekspresyonları bazal (uyarılmamış) ve uyarılmış (PHA) durumda karşılaştırıldığında; bazal total STAT3 seviyeleri Behçet hastalarında anlamlı derecede yüksek idi (Şekil 1). (BH: 1,2 (0,3-8,1) vs SK: 3,45 (0-22,4), p<0,05). Hastalık belirtileri, hastalık süresi, yaş, cinsiyet ve hastaların aldığı tedaviyle Behçet hastalarındaki total STAT3 seviyeleri arasında korelasyon gözlenmedi. Uyarılmadan sonra hem pSTAT3 hem de STAT3 ekspresyonları bazale göre anlamlı düzeyde arttı, fakat Behçet hastalarıyla (pSTAT3: bazal: 0,5 (0-2,1) vs PHA: 3,0 (0-16,6); STAT3: bazal: 3,45 (0-22,4) vs PHA:13,8 (0,1-53,7)) sağlıklı kontrol grubu (pSTAT3: bazal: 0,25 (0-2,7) vs PHA: 1,3 (0-16,2); STAT3: bazal: 1,2 (0,3-8,1) vs PHA: 10,3 (1,1-42,6)) arasında fark yoktu.

Sonuç: Behçet hastalığında JAK1/STAT3 sinyal yolağı muhtemelen Th1/Th17 tip sitokinlerin uyarısına bağlı aktive olmaktadır. Özellikle refrakter Behçet hastalığında JAK/STAT yolağını baskılamayı hedefleyen spesifik tedaviler yeni terapötik yaklaşımlar olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, STAT3



Şekil 1. Behçet hastaları ve kontrol grubu PKMH'de STAT3 ve pSTAT3 ekspresyonu

Spondiloartropatiler

Abstract:0208

PP-101

PSÖRİATİK ARTRİT HASTALIK ETKİSİ ANKETİNİN (PSAID) DİĞER ÖLÇÜM SONUÇLARI İLE KORRELASYONU: HÜR-BİO GERÇEK YAŞAM SONUÇLARI**Levent Kılıç¹, Karadağ Ömer¹, Laure Gossec², Şule Apraş Bilgen¹, Ali Akdoğan¹, Sedat Kiraz¹, İhsan Ertenli¹, Umut Kalyoncu¹**¹Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji, Bilim Dalı, Ankara²Service de Rhumatologie, Maître de Conférence Universitaire - Praticien Hospitalier Université Pierre et Marie Curie Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Giriş-Amaç: PsAID (PsA impact of disease) EULAR inisiyatifinde oluşturulan, hasta perspektifinden PsA'nın hasta üzerine etkisini ölçmeyi amaçlayan bir ankettir. Anket ağrı, deri problemleri, yorgunluk, iş ve/veya boş zaman aktiviteleri, fonksiyonel kapasite, rahatsızlık hissetme, uyku problemleri, endişe-korku ve belirsizlik, başa çıkabilme, sıkıntı ve/veya utanç duyma, sosyal katılım, depresyonu içeren 12 parametreden oluşmaktadır. Bu çalışmada, PsAID anketinin rutin klinik pratikte diğer ölçüm parametreleri ile korelasyonu değerlendirilmek amaçlandı.

Method: Ocak-Aralık 2013 tarihleri arasında, anti-TNF tedavisi alan PsA hastaları HURBIO (Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Biyolojik Kütüğü) gözlemsel çalışmasına dahil edildi. Toplanan veriler; PsAID, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKI), Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Hasta global Görsel Analog Skalası (VAS), hassas / şiş eklem sayısı ve DAS28'i içermekte idi. PSAID ve diğer ölçüm parametreleri arasındaki non-parametrik korelasyon kesitsel olarak değerlendirildi. Fizibilite eksik verilerin %'si olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: 111 hasta (%70 kadın) değerlendirildi. Ortalama yaş 44 ± 12 yıl, hastalık süresi $10,3 \pm 7,6$ yıl, ortalama anti-TNF tedavi süresi 16 (0- 100) ay idi. PsAID ile BASDAI ($r = 0.71$), BASFI ($r = 0.72$), HAQ ($r = 0.60$), DLQI ($r = 0.47$), hasta global VAS ($r = 0.59$) arasında iyi bir korelasyon vardı. PsAID ile DAS28 C-Reaktif Protein ($r = 0.55$), hassas eklem sayısı ($r = 0.39$), şiş eklem sayısı ($r = 0.25$) arasında orta derecede bir korelasyon vardı. Sedimantasyon ve C-RP düzeyi ile PsAID arasında korelasyon saptanmadı. 12 soruluk PsAID anketinde eksik veri oranı % 0.5 düşük olarak saptandı.

Tartışma: PsAID, PsA'lı hastalar için son dönemde geliştirilmiş hasta temelli bir ölçüm metodudur. Bu çalışmada rutin klinik pratikte anti-TNF alan PsA hastalarında, PsAID'in diğer kompozit indeksler ile iyi korele olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, PSAID**Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları**

Abstract:0210

PP-102

SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA DİJİTAL ÜLSER OLUŞUMU VE KÜÇÜK LİF NÖROPATİSİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Umut Kalyoncu, Şule Apraş Bilgen, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz**

Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

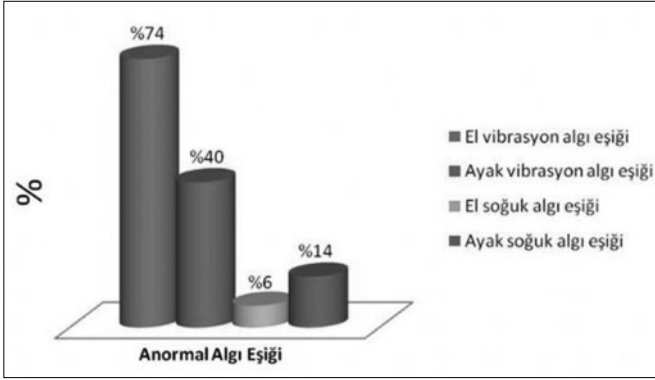
Gerekeç: Nöropati kollajen doku hastalıklarında sık görülen bulgulardandır. Kantitatif duyu testi (KDT) periferik nöropati tanı ve sınıflandırmasında kullanılan non-invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmada; sistemik skleroz hastalarının ince ve kalın lif nöropati açısından değerlendirilmesi, dijital ülser gelişimi ve nöropati ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Nisan- Eylül 2013 tarihleri arasında ünitemize başvuran 1980 American College of Rheumatology sistemik skleroz sınıflandırma kriterlerini karşılayan hastalar sıralı olarak çalışmaya alındı. Kooperasyonu yeterli olmayan, ekstremitte deformasyonu nedeniyle işlem yapılamayan, diabetes mellitusu olan hastalar çalışmaya alınmadı. Her hasta ayrıntılı medikal öykü ve fizik muayene (nörolojik muayene dahil) ile değerlendirildi. Boy / kilo ölçümleri yapılarak kaydedildi. Hastalık tutulumlarına ait bulgu ve laboratuvar sonuçlarına hastane dosyaları incelenerek ulaşıldı. Tüm hastalarda KDT ölçümü için CASE IV cihazı (WR Medical Electronics, Stillwater, Minnesota) kullanılmıştır. Ayrıca hastalar nörolojik muayene ve Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), Small Fiber Neuropathy Symptoms Inventory Questionnaire (SFN-SIQ) anketleri ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Çalışma 50 (%92 kadın) sistemik skleroz hastası ile yapılmıştır. Hastaların ortalama yaşları 47 ± 12 yıl, hastalık süresi $11,3 \pm 7,2$ yıldır. Hastaların 30 (%60)'u limitli, 20 (%40)'si difüz sistemik skleroz idi. Hastaların 33 (%66,0)'ünde dijital ülser ya da pitting skar öyküsü vardı. Hastaların 21 (%42,0)'inde nörolojik muayenelerinde anormal bulgu vardı, 10 (%20,0) unda MNSI skoru ≥ 4 ' idi, SFN-SIQ medyan skoru 8 (min. - maks.: 0 -22)' idi. KDT değerlendirmesinde 42 (%84) hastada vibrasyon ya da soğuk algı eşiklerinden herhangi birinde anormallik saptandı. Hastaların 40 (%80,0)'ünde vibrasyon algı eşiklerinde, 10 (%20,0) unda soğuk-algı eşiklerinde anormallik vardı (Figür). Üst ekstremitede vibrasyon algı eşiklerinde anormallik olan hasta sayısı alt ekstremitede anormallik saptanan hasta sayısından fazla idi. Ancak hasta sayıları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). KDT bulguları olan ve olmayan hastalar arasında dijital ülser dahil klinik bulgular arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (hepsi için; $p > 0,05$).

Tartışma: Sonuç olarak; bu çalışmada önemli oranda sistemik skleroz hastasında vibrasyon algı eşiklerinde belirgin olmak üzere KDT ile algı eşik değeri anormallik saptanmıştır. Sistemik skleroz hastalarında KDT değerlendirilmesinin klinik öneminin belirlenmesi için daha fazla sayıda hasta ile uzun süre takipli, tekrarlanan ölçümler içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, nöropati



Şekil 1. Sistemik Skleroz Hastalarında Anormal Duyusal Eşik Değerlerinin Dağılımı (n=50)

Romatoid Artrit

Abstract:0211

PP-103

BAĞ DOKU HASTALIĞINA BAĞLI İNTERSTİYEL AKCİĞER TUTULUMU OLAN HASTALARIN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Berivan Bitik, Murat Türk, Abdurrahman Tufan, Nurdan Köktürk, Rıdvan Mercan, Hamit Küçük, Haluk Gökaş, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Gerekeç: Bağ dokusu hastalığı (BDH) ilişkili akciğer parankim tutulumu, hastaların morbidite ve mortalitesini arttıran önemli bir tutulum biçimidir ve tedavi seçenekleri de hala tartışmalıdır. Bu çalışmada BDH ile ilişkili interstiyel akciğer tutulumu olan hastaların klinik ve radyolojik özelliklerinin incelenmesi planlanmıştır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Romatoloji Bölümü'nde 2000-2014 yılları arasında takip edilen BDH olan toplamda 1225 hasta (900 romatoid artrit [RA], 250 sjögren sendromu [SjS], 75 skleroderma) arasından İAH tanısı alan hastaların dosya bilgileri retrospektif olarak incelenmiştir. Akciğer yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi görüntüleri (HRCT), solunum fonksiyon testleri ve almış oldukları tedaviler incelenmiş, tanı anından akciğer tutulumuna ve solunum yetmezliğine kadar geçen süreler belirlenmiştir. Akciğer parankimi dışındaki izole solunum sistemi tutulumları çalışma dışı bırakılmıştır. Akciğer parankim tutulumu olan hasta sayısının az olduğu SLE, dermatomyozit ve polimiyozit (sırası ile 1,2,1 hasta) hastaları çalışmaya dahil edilmemiştir. İnterstiyel tutulum paternleri, HRCT görüntülerine göre "UIP patern" (usual interstiyel pnömoni) ve "undiferansiye interstiyel patern" (UIP consistent [uyumlu] ve UIP inconsistent [uyumsuz] görünüm bu gruba dahil edilmiştir) olarak gruplanmıştır.

Sonuçlar: Toplam 1225 hastanın 55'inde (%4.4) klinik ve radyolojik olarak belirgin İAH saptanmıştır. İAH OLAN hastaların 28'i (%3) RA [14 kadın, ortalama yaş 62,21±10,20], 18'i (%24) skleroderma (6 kadın, ortalama yaş 50,11±11,15), 9'u (%3) SjS [17 kadın, ortalama yaş 59,44±13,86] idi. 55 hastanın 25'inde sigara içme öyküsü yoktu. Hastalarda görülen komorbiditeler sırasıyla hipertansiyon (15 hasta), diyabet (5 hasta), koroner arter

hastalığı (5 hasta), malignite (2 hasta) ve KOAH (4 hasta) idi. En sık semptomlar sırasıyla dispne, öksürük, göğüs ağrısı, halsizlik, balgam ve hemoptiziydi. Toplam 55 hastanın 12'sinde (%21,8) solunum yetmezliği saptandı. Solunum yetmezliğine bağlı mortalite 7 hastada (%12,7) saptanmıştır. Hastaların HRCT'lerinde paternler tablo 1'de verilmiştir.

Tartışma: Bu çalışmada BDH'da İAH sıklığı oldukça düşük bulunmuştur. Bunun en önemli nedeni subklinik akciğer tutulumu olan hastaların tespit edilememesi olabilir. Romatoid artrit, Skleroderma ve Sjögren Sendromu parenkimal akciğer tutulum paternlerinin, klinik ve radyolojik olarak farklılık göstermediği bulunmuştur. Romatoloji kliniklerinde, BDH olan hastalarda interstiyel akciğer tutulumu ihtimali her zaman akılda tutulmalıdır ve hastalar bu açıdan yakından takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: interstiyel akciğer hastalığı, bağ dokusu hastalığı

Tablo 1. Hastaların HRCT'lerinde izlenen baskın paternler

	RA	Skleroderma	Sjögren	p değeri
UIP patern; n (%)	8 (28,6)	9 (50)	1 (11,1)	0,1
Undiferansiye interstiyel patern; n (%)	20 (71,4)	9 (50)	8 (88,9)	0,1

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0212

PP-104

PULMONER ARTERDE DEV ANEVİZMASI OLAN BİR BEHÇET OLGUSU:

Şengül Aksakal¹, Kevser Gökçe Demir², Refik Ali Sarı¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Hastalıkları İmmünoloji-Alerji Bilim Dalı/Trabzon

²Tokat Üniversitesi İç Hastalıkları

Behçet hastalığı nedeni tam bilinmeyen bir multiorgan vaskülit olup mukokutanöz, lökomotor, santral sinir sistemi, kalp damar sistemi, gastrointestinal ve solunum sistemi tutulumlarıyla kendini gösterir. Behçet hastalığı nedeni tam bilinmeyen bir multiorgan vaskülitidir. Vasküler tutulum %7.7 ile %38 arasında bildirilmekte olup, venöz tutulum daha sık, arteriyel tutulum daha nadirdir. Damar tutulumu Behçet hastalığının ilk klinik prezentasyonu olabilir. Pulmoner tutulum Behçet hastalığı için karakteristik olup erken saptanması prognoz açısından önemlidir. Hemoptizi en sık görülen semptomlardandır. Biz sol ana pulmoner arterde dev boyutta sakküler anevrizması olan bir olguyu literatür eşliğinde sunuyoruz.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta. Yaklaşık on yıldır devam eden ve 2-3 ayda bir çıkan ağrılı oral aft şikayeti vardı. Genital aft bir kez olmuş. Balgamsız kuru öksürük şikayeti olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Laboratuvar incelemede WBC:13.100/uL, Hb:12 gr/dl, PLT:583.000 / uL, CRP: 18mg/dl, ESR:102mm/saat, karaciğer enzim değerleri, LDH, CK, böbrek fonksiyon testleri normaldi. 2011 yılında hastada çekilen akciğer grafisinde sol akciğer orta lobda 11x9cm boyutlarında düzgün sınırlı radyodens lezyon saptandı. Akciğer CT anjiyografide pulmoner anevrizma olarak değerlendirildi (Şekil-1). Alt ekstremitelerde derin ve yüzeysel venlerde patoloji saptanmadı.

Hastaya pulse steroid ve 1000 mg siklofosfamid tedavisi başlandı. Daha sonra 60mg/gün metil prednizolon verilerek idame dozuna geçildi. Metilprednizolon tedricen azaltılarak devam edildi. Siklofosfamid tedavisi 6 süreyle ayda bir daha sonra da 3 ay aralıklarla devam edildi. Hastada pulmoner anevrizmanın çapında 3cm kadar küçülme oldu. Laboratuvar bulgularında düzelme sağlandı. Tedaviye başladıktan sonra hasta göğüs cerrahi hastalıkları uzmanına anevrizma operasyonu için yönlendirildi. Orada değerlendirildiğinde anevrizma boyutu büyük olduğu için operasyon riskli kabul edilip operasyon yapılmadı. Hasta 2013 yılında anevrizma rüptürü nedeniyle ex oldu. Behçet hastalığında sıklıkla yüzeysel ve derin venlerde trombozis gözlenir. Arteriyel tutulum da orta-büyük damarları tutar. Anevrizmatik tutulum daha fazla olmakla birlikte stenotik tutulum da gözlenebilir ve lezyonlar genellikle segmenterdir. Pulmoner arter anevrizması olan hastalarda yüksek doz steroid ve tercihen siklofosfomit veya diğer immünsüpresif tedavisi ile klinik remisyona elde edildikten sonra cerrahi düşünülmelidir. Ancak cerrahi komplikasyonlarda oldukça sık görülmektedir. En sık görülen komplikasyonlar arasında greft yerinde oklüzyonlar ve yeni oluşan anevrizmalar sayılabilir. Postoperatif her üç hastadan birinde bu komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ancak immünsüpresif tedavi alan grupta bu komplikasyonlar daha az görüldüğü tespit edilmiştir. Bizim olgumuzda anevrizma boyutu büyük olduğundan operasyon riskli bulunduğu için uygulanmadı. Son sekiz ayda remisyonda olmasına rağmen rüptürü nedeniyle ex oldu.

Anahtar Kelimeler: Behçet, anevrizma



Şekil 1. Hastanın P-A Akciğer Grafi Bulguları

Spondiloartropatiler

Abstract:0213

PP-105

ANDİFERANSİYE SPONDİLOARTRİTLİ VE ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA SERUM TOTAL OKSİDATİF DURUM, TOTAL ANTİOKSİDAN KAPASİTE, PARAOKSONAZ, TUZ İLE STİMÜLE PARAOKSONAZ VE ARİL ESTERAZ DÜZEYLERİNİN VE HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Şen¹, Şükran Erten², Merve Ergin³, Selami Akkuş⁴, Bülent Yalçın⁵, Özcan Erel³

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Bilim Dalı

⁴Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

⁵Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Ankilozan Spondilit (AS) hastalarında; Total Antioksidatif Kapasite (TAS), Total Oksidatif Durum (TOS), Paraoksonaz (PON), Stimüle Paraoksonaz (SPON) ve Arilesteraz (ARES) düzeyini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmasına rağmen, yapılan literatür taramasında Andiferansiye Spondiloartrit (aSpA) hastalarında oksidatif stresi değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın birinci amacı; AS ve AS hastalarında oksidatif stres ile ilişkili olan serumda TAS, TOS, PON, SPON, ARES düzeyleri, ikincil amaç ise; bunların hastalık aktivasyonunu gösteren parametreler ile ilişkisini değerlendirmektir. Materyal-Metod: Bu çalışmaya, Aralık 2014 ile Şubat 2014 tarihleri arasında, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniğine ayaktan başvuran 59 AS hastası, 62 aSpA hastası ve 73 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Hastalık aktivasyonunu değerlendirmede kullanılan skorlama sistemleri ASDAS ve BASDAI idi. Oksidatif stres-antioksidan sistemin değerlendirilmesinde; TAS, TOS, PON, SPON ve ARES düzeyleri çalışıldı. Hastalar ve kontroller demografik özellikler, tetkik sonuçları ve TAS, TOS, PON, SPON ve ARES düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Bulgular: Kontrol grubu ile kıyaslandığında AS hastalarında serum TOS düzeyi anlamlı yüksek iken serum TAS düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı. AS hastalarında hastalık aktivasyonunu gösteren ESH CRP, BASDAI ve ASDAS ile serum TAS ve TOS düzeyi arasında korelasyon saptanmadı. AS hastalarında sağlıklı kontrolle kıyaslandığında; serum PON, ARES ve SPON düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Yine AS hastalarında ESH, CRP, BASDAI ve ASDAS ile serum PON, ARES ve SPON düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. aSpA'li hastalarda kontrol grubu ile kıyaslandığında, serum TAS, ARES, PON ve SPON düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken, serum TOS düzeyi anlamlı yüksek saptandı. Yine aSpA hastalarında ESH, CRP, BASDAI ve ASDAS ile serum TAS, TOS, ARES, PON ve SPON düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı. AS grubunda serum TAS ve TOS düzeyleri açısından, Anti-TNF ajan kullananlar ile DMARD tedavisi alan hastalar karşılaştırıldı. Gruplar arasında hem serum TAS, hem de serum TOS düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı (tablo 1). Sonuç: AS hastalarında Türkiye'den yapılan bir çalışmada serum TOS düzeyleri yüksek bulunurken, TAS düzeyleri düşük bulunmuştur (1). Başka bir çalışmada, TAS kontrol grubu ile kıyaslandığında AS hastalarında TAS düzeyi düşük olarak bulunmuştur (2). SpA hastalarında TOS

düzeylerinin yüksek çıkması oksidatif stresin spondiloartrit patogenezinde rolü olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Oksidatif Stres

Tablo 1. Grupra göre olguların antioksidan parametrelere ilişkin ölçümler

Değişkenler	ASpA (n:62)	AS (n:59)	kontrol (n:73)	p-değeri
TAS*	1,79±0,16	1,80±0,19	1,75±0,19	0,333
TOS**	5,6 (3,02) ^a	5,4 (2,95) ^b	4,4 (2,03) ^{ab}	≤0,001
POH***	166,1 (203,62)	215,4 (204,00) ^b	126,7 (156,30) ^b	0,042
SPON***	444,2 (664,90)	695,1 (609,10)	312,5 (491,45)	0,058
ARES***	212,9 (62,25)	221,7 (51,10)	232,4 (80,50)	0,388

a: ASpA ile kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001); b: AS ile kontrol grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05); * µmol H2O2 Ekv/L; ** µmol Trolox Ekv/L; *** µM/L

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0214

PP-106

PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA ANTI-SİKLİK SİTRÜLINE PEPTİD(ANTI-CCP) PREVELANSI VE KLİNİK ÖNEMİ

Tuba Aktan Köşker¹, Şükran Erten², Orhan Küçükşahin², Alpaslan Altunoğlu³, Ebru Uz³, Bülent Yalçın⁴

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁴Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji

Amaç: Anti-siklik sitriline peptid (Anti-cyclic citrullinated peptid, anti-CCP), romatoid artrit (RA) için spesifik bir marker olmakla birlikte, diğer bazı romatolojik hastalarda ve hatta sağlıklı insanlarda da pozitif saptanmaktadır. Bu çalışma, Türk popülasyonunda primer Sjögren sendromu (SS) hastalarında serum anti-CCP'nin prevalansını ve klinik önemini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal-Metod: Retrospektif olarak Ekim 2011-Haziran 2013 tarihleri arasında Romatoloji polikliniğine başvuran 35-50 yaş grubunda olan, 82 Primer SS, 100 RA tanısı alan hasta ile 100 sağlıklı kontrol grubu incelendi. Hastalar ve kontrol grupları demografik özellikler, tetkik sonuçları ve anti-CCP açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: SS hastalarının %96,3'ü (n=79) kadın, %3,7'si (n=3) erkekti ve kadın/erkek oranı 26,3/1 'di. RA hastalarının ise %69'u (n=69) kadın, %31'i (n=31) erkekti. SS grubunun yaş ortancası 49,0 (ÇAG=11,0) yılı ve tanı gecikme süresinin ortancası ise 2,0 (ÇAG=11,0) ay'di. Çalışmamızda SS hastalarında sık görülen ekstremiteler bulgu %80,5 (n=66) oranıyla eklem tutulumuydu. Bunların %72,7'si (n=48) sadece artralji, %7,6'sı ise (n=5) sadece artrit ile başvurmuşlardı.%15,9'unda (n=13) ise hem artrit hem artralji birlikte bulunmaktaydı. Eklem dışı tutulumlardan sırasıyla, hastalarının14'ünde (%53,8) renal tutulum, 6'sında (%23,0) Raynaud fenomeni, 3'ünde (%11,5) nörolojik tutulum, 1'inde (%3,8) akciğer tutulumu ve 1'inde (%3,8) ise renal ve cilt tutulumu birlikte saptandı. Sadece 1 hastada (%3,8) ise non-Hodgkin Lenfoma görüldü. Anti-CCP değişkeninin >20 IU/mL üzerinde olması pozitif kabul edilmiştir. Anti-CCP'nin pozitiflik oranı da SS, RA ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık

göstermektedir ($\chi^2=112,176$, $p<0,001$). SS grubunda % 4,9 (n=4) oranında anti-CCP pozitif, RA grubunda ise %56 (n=56) oranında anti-CCP pozitif, iken kontrol grubunda anti-CCP pozitifliği (n=0) saptanmamıştır. İkili karşılaştırma sonucunda; Anti-CCP dağılımının SS ve RA gruplarında ($\chi^2=53,283$; $p<0,001$), SS ve kontrol gruplarında ($\chi^2=6,488$; $p=0,011$), RA ve kontrol gruplarında ($\chi^2=77,778$; $p<0,001$) anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamız primer SS'de anti-CCP prevalansını saptamada, Türk popülasyonunda yapılan birey sayısı bakımından en geniş çaplı çalışmadır. 82 primer SS hastası üzerinde yapılan çalışmamızda %4,9 oranında anti-CCP pozitifliği saptandı. Çalışmamızda anti-CCP ile ESR ve CRP değişkenleri arasında pozitif yönde, MPV ile arasında negative yönde ilişki tespit edildi. Primer SS'de anti-CCP antikoru pozitif olanlar, ileride RA gibi eroziv bir hastalık veya diğer otoimmün hastalık gelişme olasılığı nedeniyle yakından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, Anti-siklik sitriline peptid

Tablo 1. Anti-CCP değişkeni ile grupların karşılaştırılması

Anti-CCP	Grup			χ^2	P
	Sjögren n (%)	RA n (%)	Kontrol n (%)		
Negatif	78 (95,1)	44 (44,0)	100 (100,0)	112,176	<0,001
Pozitif	4 (4,9)	56 (56,0)	0 (0,0)		

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0215

PP-107

AILEVİ AKDENİZ ATEŞİ (FMF), PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ BİRLİKTELİĞİ; NADİR BİR VAKA SUNUMU

Şükran Erten¹, İlyas Ferit Kanat², Orhan Küçükşahin², Nurdan Çay³

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bilim Dalı

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bilim Dalı

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi ataklar halinde olan, eşlik eden seröz zarların inflamasyonu karakterize, otozomal resesif geçen otoinflamatuvar bir hastalıktır. Psödötümör cerebri (idiyopatik intrakraniyel hipertansiyon) intrakraniyel kitle, hidrocefali olmaksızın beyin omurilik sıvısının (BOS) basıncının arttığı, BOS bulgularının normal olduğu intrakraniyel basıncın arttığı durumdur.

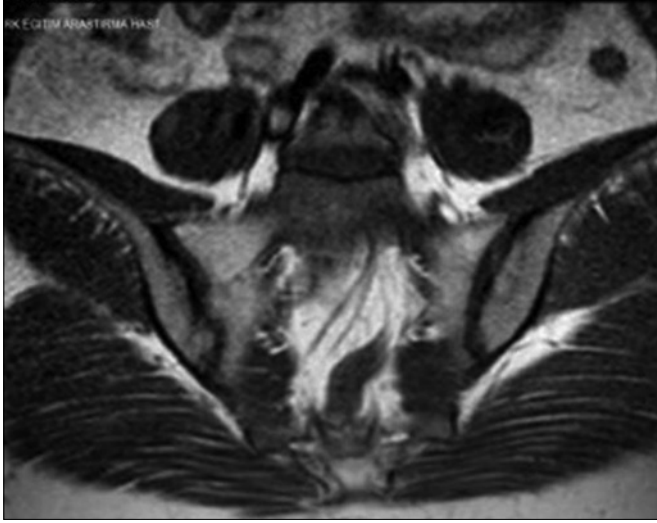
Yazımızda FMF ile psödötümör cerebri birlikteliği olan bir vakayı sunuyoruz.

Olgu: 30 yaşında bayan hasta 2 yıldır olan bel ağrısı nedeniyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Yaklaşık 3 yıl önce ağrıları ve çift görme şikayeti nedeni ile dış merkezde araştırılan, psödötümör cerebri tanısı alan hastanın soygeçmişinde 2 çocuğunda da ailesel Akdeniz ateşi tanısı mevcuttu. Hastanın da yılda birkaç kez olan karın ağrıları ve ateş atakları nedeni ile yapılan genetik analizde M694V/V726A birleşik heterozigot mutasyon saptandı. Fizik muayenesinde sağ faber, sakroiliak kompresyon testi ve sağ bacak düz germe testi pozitifliği dışında bulgu olmaması üzerine çekilen sakroiliak MR'da sağda sakroiliak eklem aralığında daralma ve

düzensizlikler (Şekil 1),saptanması üzerine hastada ailesel Akdeniz ateşi ile ilişkili spondiloartropati düşünüldü. Hastaya kolşisin tb 3x1ve diklofenak 100 mg 1x1ile ev egzersizleri verildi. Tedavi sonrası karın ağrısı atakları düzelen ve bel ağrısı rahatlayan hastanın takipleri halen devam etmektedir.

Sonuç: Ailesel Akdeniz ateşi, sakroileit ve psödötümör cerebri(idiopatik intrakraniyel hipertansiyon) birlikteliği literatürde ender görülen vakalardan biri olup tekrarlayan baş ağrısı ve görme bozukluğu olan hastalarda psödötümör serebri açısından dikkatli olunmalı ve bu hastalara nadir de olsa ailesel Akdeniz ateşinin eşlik edebileceği unutulmamalıdır(1).

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, psödötümör serebri



Şekil 1.

Spondiloartropatiler

Abstract:0216

PP-108

ANKILOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Duygu Temiz Karadağ¹, Özlem Özdemir Işık¹, Canan Albayrak Yaşar², Ayten Yazıcı¹, Ayşe Cefle¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Ankilozan spondilit (AS), genellikle 45 yaş öncesinde inflamatuvar bel ağrısı ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada kliniğimizde AS tanısı ile takip edilen hastaların demografik ve klinik verilerini inceledik.

Yöntem: 2004-2013 yılları arasında Romatoloji kliniğimizde Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı konulan 369 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tanı yaşı, ilk semptomların ortaya çıktığı tarihten günümüze kadar geçen süre (hastalık yaşı), tanı aldıkları tarihten günümüze kadar geçen süre (takip süresi), tanı sırasındaki klinik ve radyolojik bulguları, aile öyküsü, aldıkları tedaviler ve tedavi yanıtları, aktivite göstergeleri (BASDAI ve BASFI), akut faz yanıtları [eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C reaktif protein (CRP)] incelendi.

Sonuçlar: Kliniğimizde AS tanısı ile takip edilmekte olan 369 hastanın %67'si (248 hasta) erkek, %33'ü (121 hasta) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 41,1±10,8 yıl olup, ortalama takip süresi 7,6±6,4 yıl ve hastalık süresi 13±8,7 yıldır. Hastaların %91'inde başvuru sırasında inflamatuvar bel ağrısı olup, %50'sinde kalça ağrısı, %30'unda topuk ağrısı, %15'inde periferik artrit, %11'inde üveit vardı. 57 hastanın aile öyküsü olduğu; bunların 40 tanesinde AS ve 17'sinde AS dışı romatolojik hastalık bulunduğu saptandı. Tanı sırasında 208 hastaya direkt grafi çekildiği ve bunların %40'ında (148 hasta) grade 4, %42'sinde (155 hasta) grade 3, %18'inde grade 2 (66 hasta) sakroileit olduğu görüldü. Tanı sırasında Manyetik Resonans Görüntüleme (MRG) yapılan 189 hastada sakroileit bulgusu görüldü. Hastaların 181 tanesine HLA B27 bakılmış ve bunların %74'ünde (134 hasta) pozitif saptanmıştı. Tedaviye başlandığı sırada ortalama ESH: 27,2±22,9 mm/sa; CRP: 3±5,4 mg/dl; BASDAI: 5±2,5; BASFI: 4,3±3,2 saptandı. Hastaların %87,3 (322 hasta) NSAID kullanmış; %69,4'üne (256 hasta) başka bir merkezde tanı aldığında veya kliniğimize geldiğinde sulfosalazin başlanmıştı. Ortalama sulfosalazin kullanım süresi 35,5±25,3 aydır. Hastaların %47,2'sine (174 hasta) anti-TNF tedavi başlanmıştı. Ortalama anti-TNF kullanım süresi 35,5±25,3 aydır. Yaklaşık 9 yıllık dönemde 369 hastanın 142'sinin takipten çıktığı görüldü. Kalan 227 hastanın 145'inde anti-TNF tedaviye devam edildi, 65 hasta sulfosalazin ve 17 hasta ise sadece NSAID kullanmaktaydı. 1. yılın sonunda ESH: 16,6±17,7 mm/sa, CRP: 1,9±4,9 mg/dl, BASDAI: 3,6±2,2, BASFI: 3,4±2,9 saptandı.

Tartışma: Hastaların çoğu anti-TNF tedavi ile kalanı ise sulfosalazin ve/veya NSAID ile kontrol altında olup sulfosalazin başlanan hastaların %25,4'ü halen kullanmaya devam etmekteydi. Anti-TNF tedavisi takip sırasında kesilen hastaların çoğu (6 hasta) gebelik isteği olan genç kadınlardı. Bunun yanında, 1 hastada kemik tümörü, 1 hastada Paroksizmal Nokturnal hemoglobiniüri geliştiği için tedaviye devam edilmemişti. Anti-TNF tedavisi alan 19 hastanın kayıtlarına takipten çıktıkları için ulaşılammıştır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-TNF

Tablo 1. AS hastalarının klinik, radyolojik ve tedavi bulguları

N = 369	n (%)
İnflamatuvar Bel Ağrısı	336 (%91)
Kalça Ağrısı	186 (%50)
Topuk Ağrısı	109 (%30)
Periferik Artrit	55 (%15)
Üveit	41 (%11)
Aile Öyküsü	57 (%15,4)
AS	40 (%10,8)
AS dışı romatolojik	17 (%4,6)
Sakroileit	66 (%18)
Grade II	155 (%42)
Grade III	148 (%40)
Grade IV	
NSAID	322 (%87,3)
Sulfosalazin kullanımı	256 (%69,4)
*Devam eden	65 (%17,6)
Anti-TNF kullanımı	174 (%47,2)
*Devam eden	145 (%39,3)

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0217

PP-109

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSLU HASTADA DEV OVER KİTLESİ

Duygu Temiz Karadağ¹, Özlem Özdemir Işık¹, Ayten Yazıcı¹, Bahar Müezzinoğlu², Ayşe Cefle¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

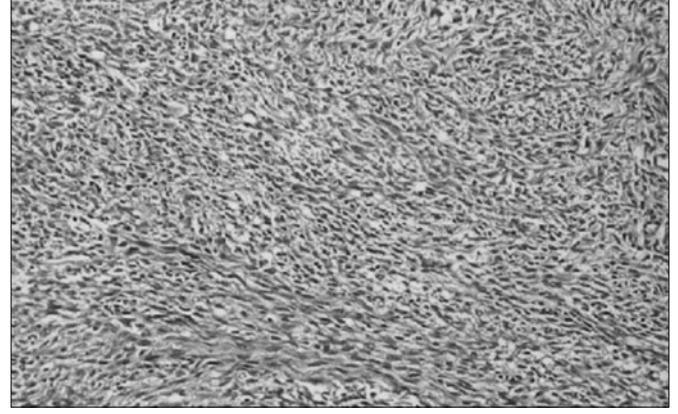
Giriş: Fibrotekoma, “Seks Kord Stromal Tümör” sınıfından kadınlarda ender görülen over tümörüdür. Klinik bulguları arasında karın ağrısı, karında kitle, pollaküri, vajinal kanama olabileceği gibi bazı hastalar tanı konulduğunda asemptomatiktir. Burada, karında kitle nedeniyle başvuran bir Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) olgusu sunulacaktır.

Olgu: 18 yaşında kadın hastaya, 2008 yılında eklem ağrısı nedeniyle başvurduğu bir merkezde artralji, artrit, malar raş, kompleman düşüklüğü, Coombs pozitif hemolitik anemi, ANA(+) ve anti-ds DNA(+) saptanması üzerine SLE tanısı konularak hidroklorokin (200mg/gün) ve metilprednizolon (4mg/gün) tedavisi başlanmış. 2010 yılında eklem yakınmalarının devam etmesi nedeniyle metotreksat (10mg/hafta) eklenmiş. Mayıs 2013'te artrit ve geçici görme kaybı nedeniyle yatırılarak tetkik edilen hastanın 24 saatlik idrarında 1090mg/gün proteinüri tespit edilmiş. Böbrek biyopsi sonucunda “Fokal Proliferatif Lupus Nefriti” saptanmış. Pulse steroid ve mikofenolat mofetil (2,5g/gün) başlanmış. Ekokardiyografide mitral valv prolapsusu, grade2 mitral yetersizliği ve orta triküsit yetersizliği saptanmış. Görme kaybı açısından patoloji bulunmamış. Anti-Kardiyolopin IgM/G(-) ve lupus antikoagülan(-) saptanmış. Eylül 2014'de rutin kontrolü sırasında karın ağrısı şikayeti nedeniyle çekilen batin ultrasonografide (US) sağ adneksiyal lojda 6.5cm çaplı, endometriyoma ile uyumlu kitle tespit edilmiş. Kadın Doğum takip önermiş. Hasta, yaklaşık 6 ay sonra karında hızla büyüyen kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede batin orta hatta yaklaşık 20 cm çaplı kitle palpe edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit:6530/mm³, hemoglobin:10.8g/dl, ESH:34mm/sa, CRP:0.92mg/dl, Ca125:41.3U/mL, FSH:3.46mIU/mL, LH:5.81U/L, E2:248pg/mL, Beta-hCG:1.83mIU/mL, Ca19.9:8.4U/mL, CEA:0.59ng/mL saptandı. Batin US'de sağ adneksiyal lojdan başlayıp tüm kadranlara doğru yayılım gösteren, yaklaşık 20 cm çaplı kitle görüldü. Batin Magnetik Resonans Görüntüleme (MRG)'de 18x18x7 cm boyutlarında basit kistik yapıda kitle (Mezenterik kist) tesbit edildi. Hasta operasyon için kadın doğuma devredildi. Kitle eksizyonu ve sağ oofektomi yapıldı. Operasyon materyalinin histopatolojik inceleme sonucu en büyük çapı 18 cm olan, kistik ve solid alanlar içeren bej renkte kitle “Fibrotekoma” olarak rapor edildi. İmmunohistokimyasal incelemede tümör hücreleri İnhibin, Kalretinin ve Aktin ile dağınık pozitif boyandı (Şekil-1).

Tartışma: Otoimmün hastalıkların seyri sırasında hızlı büyüyen kitleler malign tümör olasılığı açısından tetkik edilmelidir. SLE hastalarında başta Non-Hodgkin Lenfomalar olmak üzere bazı malign tümörlerin sıklığında artış olduğu bildirilmiştir. Ancak, SLE hastalarında benign tümörlerle ilgili bilgi sınırlıdır.

Bu hastalarda, Fibrotekoma gibi benign tümörlerin kitle etkisine bağlı karın şişliği, ağrı, pollaküri gibi semptomlar dışında asit ve plevral efüzyonla seyredebileceği ve SLE aktivasyonu ile de karşılaşabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, fibrotekoma



Şekil 1. Hematoksilen eozin ile boyanmış iğsi tümör hücreleri

Romatoid Artrit

Abstract:0218

PP-110

LEFLUNOMİD TEDAVİSİ ALTINDA KAPOSİ SARKOMU GELİŞEN ROMATOİD ARTRİTLİ HASTA: OLGU SUNUMU

Duygu Temiz Karadağ¹, Özlem Özdemir Işık¹, Ayten Yazıcı¹, Kürşat Yıldız², Ayşe Cefle¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

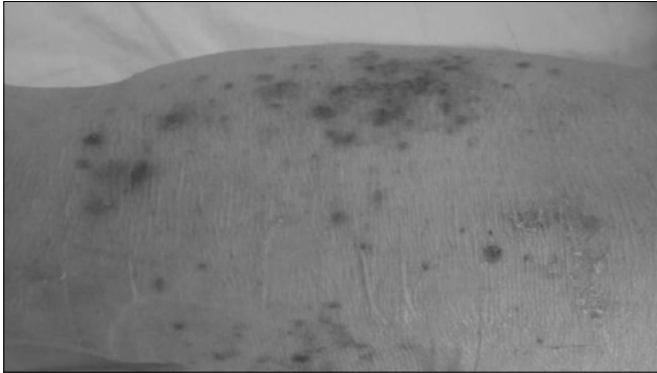
Giriş: Kaposi Sarkomu (KS), Human Herpes Virüs 8 (HHV8) veya Kaposi Sarkomu bağlantılı Herpes Virüsün (KSHV) sebep olduğu, başlıca cildi etkileyen vasküler yapıların nadir bir tümörüdür. KS'nin, sıklıkla Acquired İmmundeficiency Syndrome (AIDS) ile birlikte ve organ transplantasyonu sonrasında görüldüğü bildirilmekle birlikte, aralarında Romatoid Artrit (RA)'in de bulunduğu bir çok romatizmal hastalıkla birlikteliği gösterilmiştir. Bu vakada leflunomid ve metilprednizolon tedavisi almakta olan RA tanılı hastada gelişen KS bildirilmektedir.

Olgu: 20 yıldır RA tanısı ile takip edilmekte olan 68 yaşında erkek hasta halsizlik, solunum sıkıntısı ve yaygın vücut ağrısı nedeniyle başvurdu. Tıbbi öyküsünde 3 yıldır kronik atriyal fibrilasyon, 1 yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanılarının yanında 2 ay önce geçici iskemik atak geçirdiği öğrenildi. RA tedavisi için daha önce yaklaşık 4 yıl metotreksat (15 mg/hafta), hidroklorokin (200 mg/gün) ve metilprednizolon (4 mg/gün) kullandı; hastalık aktivasyonu nedeniyle 1 yıl önce metotreksat'ın kesilerek leflunomid (20 mg/gün) geçildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın oldukça soluk görünümde ve zayıf olduğu gözlemlendi. Her iki alt ekstremitede, ayak, baldır ve diz çevresinde yerleşen, mor-siyah renkli, yer yer nodüller oluşturan ancak çoğunluğu maküler özellikte çok sayıda cilt lezyonu görüldü (Şekil 1). Laboratuvar tetkiklerinde lökosit:10.800/mm³, Hb:12.5g/dl ve Plt 235.000/mm³ saptandı. Yatışında ESH:34 mm/sa ve CRP: 5.85 mg/dl saptandı. Ancak atipik pnömoni tanısı ile başlanan ampirik antibiyotik

tedavisinden sonra sırasıyla 6 mm/sa ve 0.14 mg/dl'ye geriledi. Dermatoloji tarafından Kaposi Sarkomu ön tanısı ile alınan punch biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi sonucunda görülen "Atipik vasküler endotelial proliferasyon" Kaposi Sarkomu ile uyumlu olarak değerlendirildi. İmmunhistokimyasal boyamada CD34 yaygın pozitif ve ki 67 %1 pozitif saptandı. AntiHIV, antiHCV ve HBsAg negatif olan hastanın göğüs ve batin bilgisayarlı tomografisinde visseral tutulum açısından patolojik bulgu saptanmadı. Yaygın cilt tutulumu olan hasta tedavi açısından değerlendirilmek ve takip için Radyasyon Onkolojisi ile konsülte edildi. Lezyonların asemptomatik olması nedeniyle radyoterapi uygun görülmedi; takibine karar verildi. RA açısından remisyonda olan hastanın almakta olduğu leflunomid, metilprednizolon, hidroklorokin tedavisine devam edildi.

Tartışma: RA hastalarında gelişen KS ile ilgili pek çok olgu sunumu vardır. Bu olguların çoğunda aralarında kortikosteroidler, leflunomid ve antiTNF tedavilerin de bulunduğu pek çok ilaç suçlansa da bu ilaçların ne dozları, ne de zamanlaması ile KS gelişimi arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır. Leflunomid'in cytomegalovirus ve herpes simplex virus1'e karşı antiviral etkinliği olduğu bilinmektedir. Ancak leflunomid, henüz bilinmeyen mekanizmalarla HHV8'i aktiveleştiriyor olabilir ve bu konuda daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kaposi sarkomu



Şekil 1. Sağ baldırda mor-siyah renkte lezyonlar

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0219

PP-111

SKLERODERMA HASTALARINDA TIRNAK YATAĞI KAPİLLEROSKOPİ BULGULARI İLE GÖZ DİBİ BULGULARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mustafa Özmen¹, Şirin Akın Sarı², Gerçek Can¹, Feray Koç³, Sevinç Şahin Atik³, Nazmiye Tomaş¹, Figen Tarhan¹, Servet Akar¹

¹Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

³Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, İzmir

Gerekeç: Sklerodermada mikrovasküler hasarlanma özellikle arteriyol olmak üzere küçük damarları ilgilendirir ve hemen tüm organlarda görülür. Hem tırnak yatağı hem göz dibi vasküler değişiklikleri gözlemek için birer penceredir. Bu çalışmada

skleroderma hastalarında tırnak yatağı kapillerlerindeki değişiklikler ile göz dibi damarlarındaki değişiklikler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology) 1980 yılı kriterlerini karşılayan 37 skleroderma hastası alındı. Hasta kontrol grubu olarak diabetik retinopati (DRP) tanılı 26 diabet hastası, sağlıklı kontrol grubu olarak bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 32 kişi çalışmaya alındı.

Çalışmaya alınan tüm hasta ve sağlıklı kişilerin tırnak yatağı kapillerleri, video kapilleroskopik yöntem kullanılarak değerlendirildi. Göz dibi bakışı 90 D mercek ve Goldmann üç aynalı gonyolen lens kullanılarak gerçekleştirildi.

Sonuçlar: Skleroderma hastalarının yaş ortancası 48 (24-69) yıl ve kadın:erkek oranı 33:4 (%89-%11) idi. DRP hastalarının yaş ortancası 56 (28-68) yıl ve kadın:erkek oranı 22:4 (%85-%15) idi. Sağlıklı kontrol grubunun yaş ortancası 47 (25-64) yıl ve kadın:erkek oranı 28:4 (%88-%12) idi. Gruplar arasında cinsiyet açısından fark yokken (p=0.86) yaş açısından fark vardı (p=0.02) ve bu fark DRP grubundan kaynaklanıyordu. Skleroderma grubunda hastalık süresi ortancası 3 (0-11) yıl, DRP grubunda ise 2 (0-13) yıldır. Skleroderma hastalarının 25'i (%68) sınırlı tip, 12'si (%32) diffüz tip tutulumluydu. DRP'li hastaların 21'i (%81) nonproliferatif, 5'i (%19) proliferatif evredeydi.

Tırnak yatağı kapilleroskopisinde skleroderma hastalarının 14'ünde (%38) erken, 11'inde (%30) aktif ve 12'sinde (%32) geç patern izlendi. Kapilleroskopi bulguları tabloda verilmiştir.

DRP'li hastaların kapilleroskopi bulguları, evrelerine (proliferatif & nonproliferatif) göre karşılaştırıldığında aralarında bir fark yoktu (p>0.05).

Sklerodermalı hastaların klinik özellikleri arasında ilişki varlığı araştırıldığında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (p>0.05).

Sağlıklı kontrol grubunda hiçbir kişide patolojik göz dibi bulgusu yokken 4 (%11) skleroderma hastasında patolojik bulgu izlendi; 2 hastada mikroanevrizma, 1 hastada retinal incelme ve 1 hastada arterlerde hafif daralma. Son iki bulguya sahip hastalarda diffüz tip tutulum ve pulmoner fibroz vardı. Patolojik göz dibi bulgusu olan skleroderma hastaları ile olmayan hastaların klinik özellikleri ve kapilleroskopi bulguları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Tablo 1. Skleroderma, DRP ve sağlıklı kontrol gruplarının kapilleroskopi bulguları

Bulgu	Skleroderma grubu n=37	DRP grubu n=26	Sağlıklı grup n=32	p
Dev kapiller varlığı (>50 µm)	36(%97)*	15(%58)	9(%28)	<0.001
Mikrokanama varlığı	31(%84)*	8(%31)	9(%28)	<0.001
Kapiller kayıp varlığı	22(%60)*	0	0	<0.001
Mimari düzensizlik varlığı	33(%89)*	2(%8)	1(%3)	<0.001
Avasküler alan varlığı	19(%51)*	0	0	<0.001
Kapiller tortiozite varlığı	22(%60)	15(%58)	10(%31)*	0.04
Apikal çap(µm)	38 (16-145)*	18 (14-37)	16 (10-31)	<0.001
Kapiller çap (µm)	91 (47-283)*	55 (34-72)	46 (29-68)	<0.001

* Farkın kaynaklandığı grup

Tartışma: Bakılması ve ulaşılabilirliği kolay olan göz dibi bakısı, özellikle aktif ve geç fazda olan skleroderma hastalarında damar tutulumunun değerlendirilmesinde önemli bilgiler verebilir. Bu bulguların, klinik ve prognostik değerini belirlemek için ileri incelemelere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: skleroderma, kapilleroskopi

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0222

PP-112

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA NÖTROFİL APOPİTOZİSİ ÜZERİNDE KOLŞİSİNİN ETKİLERİ

Atalay Doğru¹, Erhan Kaya², Hüseyin Şencan², Abdulhadi Cihangir Uğuz³, Mustafa Nazıroğlu³, Mehmet Şahin¹, Şevket Ercan Tunç¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) kendini sınırlayan ateş ve serozit ataklarıyla seyreden, herediter otoinflamatuvar bir hastalıktır. AAA hastalığına pyrin proteinini kodlayan MEFV (Mediterranean Fever) genindeki mutasyonların neden olduğu ileri sürülmektedir. Pyrin başlıca myeloid ve monositer hücrelerde eksprese olup IL-1 β modülasyonu, NF- κ B aktivasyonu ile apoptoziste rol oynar. Nötrofillerin aktivasyonunun baskılanmasında görevlidir. Pyrin apoptozis için gereken protein-protein etkileşimlerinde de görev alır. Hücre içinden ve dışından gelen sinyaller hücre içindeki kaspaz (cysteine aspartate spesifik proteases) adı verilen proteazları aktive etmektedir. Apoptotik sürecin ilk basamaklarından birisi olarak gözlemlenen kaspazların aktivasyonu, hücre yapının ve fonksiyonlarının kaybolması ve bunun sonucunda hücreyi ölüme götüren sürecin tetiklenmesi ile sonuçlanır. Biz bu çalışmada akut atakla başvuran AAA hastalarında nötrofillerdeki apoptozis belirteçlerini ve böylece apoptozisi değerlendirmeyi ve bu belirteçler üzerinden kolşisinin apoptozise etkisini araştırmayı planladık.

Metod: Bu çalışma akut atak ile başvuran 7 hasta ile 7 sağlıklı kişide yapıldı. Apoptozis göstergeleri olarak kaspaz-3 ve kaspaz-9 çalışıldı. Nötrofillerin kolşisin ile 1 saat hücre kültürü ortamında inkübe edilmesi sonrası apoptozis, kaspaz 3 ve kaspaz 9 aktivitesi tekrar değerlendirildi.

Sonuç: Nötrofillerdeki apoptozis düzeyleri ve apoptozis belirteçleri (kaspaz 3 ve 9) AAA atak grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek saptandı (p <0,001). Kolşisinin apoptozis düzeylerinde ve apoptozis belirteçlerinde başlangıç değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağladığı tespit edildi (p<0,001).

Tartışma: AAA hastalığının patogenezinde çeşitli mekanizmalar rol almaktadır. En çok kabul edilen teori pyrin proteinini kodlayan MEFV genindeki mutasyonlardır. Pyrin apoptozisde de görev alır. Çalışmalarda AAA hastalarında farklı periferik hücrelerde apoptozis belirteçlerine ait farklı bulgular yer almaktadır. Bu da AAA gibi inflamatuvar hastalıkların patogenezinde diğer hipotezlerin yanı sıra apoptozis regülasyonundaki defektlerin de rolü olabileceğini düşündürmektedir. Mutasyon sonrasında yapısı değişen pyrin,

inflamasyonun ve apoptozisin regülasyonunda yetersizliğe neden olabilir. Nötrofillerdeki apoptozis düzeyleri AAA hastalarında akut atak döneminde artış göstermektedir. Kolşisin apoptozis yolağını baskılamakta ve apoptozis düzeylerini azaltmaktadır. Kolşisinin bir etki mekanizması da bu yolağın inhibisyonu gibi görünmektedir. Fakat kolşisinin apoptozis yolağını hangi basamakta inhibe ettiği tam net değildir. Bu konuda daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kolşisin, kaspaz, pyrin

Tablo 1. AAA li hastaların nötrofil apoptozis düzeyleri ile kaspaz-3 ve kaspaz-9 aktiviteilerinin kontrol grubu ve kolşisin tedavisi sonrası değerlerle karşılaştırılması

Değerler	AAA(n:7)	Kontrol(n:7)	P değeri
Apoptosis	0,21±0,009	0,17±0,009	<0,05
Kaspaz 3	14,33±0,69	8,01±0,18	<0,001
Kaspaz 9	12,54±1,57	6,17±0,83	<0,001
Değerler	AAA(n:7)	AAA+Kolşisin(n:7)	P değeri
Apoptosis	0,21±0,009	0,15±0,014	<0,01
Kaspaz 3	14,33±0,69	9,16±1,99	<0,001
Kaspaz 9	12,54±1,57	7,11±1,99	<0,001

Spondiloartropatiler

Abstract:0223

PP-113

ANKİLOZAN SPONDİLİT, SJÖGREN SENDROMU VE ANKİLOZAN SPONDİLİT İLE SJÖGREN SENDROMU BİRLİKTELİĞİ OLAN HASTA GRUPLARINDA İNTERLÖKİN-23 RESEPTÖR GEN POLİMORFİZMİ

Şahin Temel¹, Ayşe Balkarlı², Emre Tepeli³, Veli Çobankara⁴

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

²Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Kliniği, Antalya

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Denizli

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Ankilozan spondilitte (AS) IL-23R gen polimorfizm sıklığı daha önceden çalışılmıştır. Sjögren sendromunda (SjS) ve Sjögren sendromu olan Ankilozan spondilitli hastalarda IL-23R gen polimorfizmi daha önceden çalışmamıştır. Bu çalışmada her üç hastalık grubunda IL-23 gen polimorfizmi araştırılmıştır.

Metod: Bu çalışmaya 124 AS, 55 SjS, 12 AS ile SjS birlikteliği olan hasta ve 96 sağlıklı gönüllü alındı.

Sonuçlar: AS hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre rs10889677 gen mutant genotip sıklığında artış, rs11209032 gen mutant genotip sıklığında azalma saptandı. Sjögren sendromlu hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre rs11805303 gen wild genotip, rs2201841 gen wild genotip sıklığında artış, rs11209032 gen heterozigot genotip ve rs10489629 gen mutant genotip sıklığında azalma saptandı. AS ve SjS birlikteliği olan hasta grubunda rs11209032 gen wild genotip sıklığında kontrol grubuna göre belirgin artış saptandı. AS ve SjS hasta grupları karşılaştırıldığında ise AS hasta grubunda rs11805303 gen mutant genotip, rs10489629 gen mutant genotip sıklığında artış, SjS grubunda ise rs10889677 gen heterozigot genotip, rs2201841 gen wild genotip, rs11209032 gen mutant genotip sıklığında artış saptandı. AS ve SjS birlikteliği olan hasta grubunda ise AS hasta grubuna göre rs11209032 gen

wild genotip sıklığında artış saptandı. AS ve Sjögren sendromu birlikteliği olan hasta grubunda rs11805303 gen mutant genotip, rs11209032 gen wild genotip, rs10489629 gen mutant genotip sıklığı sjögren sendromu hasta grubuna göre artmış saptandı.

Tartışma: Literatürle benzer şekilde AS hasta grubunda rs10889677 gen mutant genotip sıklığında artış, rs11209032 gen mutant genotip sıklığında azalma saptadık. Bu rs10889677 gen mutant genotipin AS'ye yakınlık, rs11209032 gen mutant genotipin ise AS'den koruyucu olduğu şeklinde yorumlanabilir. Literatürde SjS hasta grubunda IL-23R gen polimorfizminin değerlendirildiği tek çalışma vardır ve herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Biz Sjögren sendromlu hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre rs11805303 gen wild genotip, rs2201841 gen wild genotip sıklığında artış, rs11209032 gen heterozigot genotip ve rs10489629 gen mutant genotip sıklığında azalma saptadık. Bizim sonuçlarımıza göre rs11805303 ve rs2201841 gen wild genotip sjögren sendromuna yakınlık sağlarken, rs11209032 gen heterozigot genotip ve rs10489629 gen mutant genotip SjS'dan koruyucu gen olarak saptandı. AS ve SjS için koruyucu gen olarak değerlendirilen rs11209032 gen mutant ve heterozigot genotip sıklığının tek başına AS tanısı olan hasta grubuna göre AS ile SjS birlikteliğinin olduğu hasta grubunda azaldığı, wild genotip sıklığının arttığı görüldü. Bu sonuç rs11209032 gen wild genotipinin AS hastalarında SjS gelişimi ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Genotip dağılımı ve genetik çeşitlilik etnik gruplar arası farklılık göstermektedir. Konunun net aydınlatılabilmesi için geniş hasta popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ankirozan spondilit, sjögren sendromu, IL-23R gen polimorfizmi

Tablo 1. Gruplara göre IL-23R gen polimorfizm dağılımı

IL-23R gen	AS		SjS		AS+SjS		Kontrol		p1	p2	p3	p4	p5	p6
	n=124	n=55	n=12	n=96										
rs11209032														
Wild, %	17,7	1,8	41,7	0			**	*	**					
Heterozigot, %	59,7	20	25	55,2			**							
Mutant, %	22,6	78,2	33,3	44,8	**		**							
rs10889677														
Wild, %	34,7	30,9	50	39,6										
Heterozigot, %	29	52,7	25	40,6				*						
Mutant, %	36,3	16,4	25	19,8	*									
rs2201841														
Wild, %	46	67,3	41,7	41,7	*		*							
Heterozigot, %	26,6	18,2	33,3	37,5										
Mutant, %	27,4	14,5	25	20,8										
rs11805303														
Wild, %	33,9	80	41,7	37,5	**									
Heterozigot, %	38,7	18,2	25	43,8										
Mutant, %	27,4	1,8	33,3	18,8			**	**						
rs10489629														
Wild, %	36,3	32,7	41,7	37,5					*	*				
Heterozigot, %	40,3	58,2	16,7	33,3										
Mutant, %	23,4	9,1	41,7	29,2			*	*						

p1: AS-Kontrol p2:SjS-Kontrol p3: AS+SjS-Kontrol p4: AS-SjS p5: AS+SjS-AS p6: AS+SjS-SjS *: p<0,05 **: p<0,001

Diğer

Abstract:0224

PP-114

ROMATOLOJİ KLİNİĞİ'NDE TANI KONULAN BİR MCARDLE (TİP V GLİKOJEN DEPO) HASTALIĞI OLGUSU

İpek Türk¹, Bilal Altunışık², İsmail Kızıldağ³, H. Neslihan Önenli Mungan³, Goncağül Torun⁴, Suzan Zorludemir⁴, Özlem Kudaş¹, Eren Erken¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmunoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Metabolizma Bilim Dalı, Adana

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: McArdle (Tip 5 Glikojen Depo) hastalığı kas fosforilaz enzim eksikliğine bağlı otozomal resesif geçen, kalıtsal kas enerjisi metabolizma bozukluklarından biridir. Tipik formu egzersiz sonrası artan kas güçsüzlüğü, myoglobulinüri ve kramplarla kendini gösterir. Bulgular dinlenmeyle geçer. Genellikle ergenlik veya erken yetişkin dönemde kendini gösterir.

Olgu: 15 yaşında erkek hasta kliniğimize 2 yıldır olan kas krampları, çabuk yorulma şikayetleri ile başvurdu. Hasta yaklaşık 500 metre yürüyünce yoruluyormuş. Ara ara eforla gelen çarpıntısı oluyormuş. Hastanın uzun egzersiz sonrası bacak, karın ve kol kaslarında kramplar oluyormuş ve sonrasında hastanın idrarı koyu renkli oluyormuş. Atak dışında idrarı normalmiş. Hastanın şikayetleri egzersiz ve stres ile tetiklenirken istirahatle herhangi bir şikayeti olmuyormuş. Fizik muayenesinde hastanın kas gücü ve nörolojik muayenesi doğaldı. Soygeçmişinde hastanın 3 kızkardeşi olup kardeşlerinde herhangi rahatsızlık yoktu. Anne baba arasında 1. derece kuzen evliliği mevcuttu. Ailede benzer şikayetleri olan herhangi biri yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinde aspartat aminotransferaz (AST):37 u/l, alanin aminotransferaz (ALT):70 u/l, kreatinin kinaz (CK):788 u/l, laktat dehidrogenaz (LDH):380 u/l, kreatinin:0.65 mg/dl albumin:4.2g/dl, hemoglobin:16.6 gr/dl trombosit:375 000 u/l, beyaz küre:8000 u/l, sedimentasyon hızı (ESR):2 mm/s C-reaktif protein (CRP):0.256 mg/dl idi. Eski tetkikleri incelendiğinde atak sırasında hastanın CK değerinin 41810'a yükseldiği saptandı. Etyolojiye yönelik gönderilen kan aminoasit kromatografisi, idrar organik asit analizi, HbA1c ve karnitin profili normaldi. Yenidoğan metabolik tarama testlerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. EKO'sunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan abdomen USG'de herhangi bir patoloji saptanmadı. Myopati protokolü ile yapılan EMG'si normaldi. Glikojen depo hastalığı ön tanısıyla yapılan kas biyopsisinde myofosforilaz kaybı, glikojen depo hastalığı (tip V) ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın 1. ay kontrolünde CK değerinin 16365'e yükseldiği görüldü. Hastanın diyeti düzenlendi. Ağır egzersizden kaçınması önerildi.

Sonuç olarak egzersiz intoleransı ve kas güçsüzlüğü ile başvuran, istirahat döneminde şikayetleri gerileyen, ataklar halinde idrar koyulaşması şikayeti olan, yapılan tetkiklerinde CK yüksekliği saptanan hastalarda ayırıcı tanıda McArdle (Tip 5 Glikojen Depo) hastalığı da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar kelime: McArdle hastalığı, Glikojen depo hastalığı, CK yüksekliği

Diğer

Abstract:0226

PP-115

KRONİK RENAL ENFARK VE NORMAL FERRİTİN DEĞERİ OLAN, ADULT'S STILL HASTALIĞI OLGUSU

Şengül Aksakal, Refik Ali Sarı

Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Hastalıkları İmmünoloji-Bilim Dalı/Trabzon

Adult Still hastalığı ateş, artrit, cilt döküntüleri ile seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların bir çoğunda kas ağrısı, faranjit, lenfadenopati, splenomegali gibi semptom ve bulgular vardır. Nadir olarak hepatomegali, plevral efüzyon, perikardit ve karın ağrısı gibi bulgularda olabilir. Biz karın ağrısı olan, renal enfark saptadığımız Adult Still hastalıklı bir olgu sunuyoruz. 38 yaşında kadın hasta, yaklaşık dört aydır 39 dereceyi bulan ateşi, el bileği, el parmakları, dirsek eklemlerinde ağrı olmayan kas ağrısı, halsizlik, kilo kaybı (3 yada 8-10 kg) da şikayetlerine eklenmiş. Haftada iki üç defa ateşi yükseliyor. Daha önce karın ağrısı şikayeti olmayan hasta kliniğimize şiddetli karın ağrıları ile başvurdu. Hasta hospitalize edildi. Hastanın karın ağrısı kolik tarzda, bulantı ve kusma eşlik ediyordu. İshal yoktu. Ateş yüksekliği, akut faz reaktanların da yükseklik mevcuttu. Tam idrar tetkikinde proteinüri yoktu ancak spot idrarda 6 eritrosit mevcuttu. Kostovertebral açı hassasiyeti dışında diğer sistem fizik muayenesinde bir patoloji yoktu. Laboratuvarı ise Tablo-1 de sunulmuştur. Hasta yaklaşık iki yıl önce acil servise kolik tarzda karın ağrısı ile başvurmuş ve laboratuvarında akut faz reaktan yüksekliği, LDH ve karaciğer enzim yüksekliği saptamış. Bu bulgular ile hastada FMF, takayasu vaskülit, Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), Adult Still hastalığı, ön tanısı düşünüldü. ANA ve ENA, FMF gen mutasyonu, torakal ve abdominal MR anjiyografi normal olarak sonuçlandı. Hastada FMF olabileceği gibi ateş yüksekliği, eklem ağrısı, kas ağrısı, cilt döküntülerinin olması, akut faz reaktanlarının, AST, ALT, LDH değerlerindeki yükseklik olması öncelikle bu hastada adult still hastalığı olabileceğini bize düşündürdü. Maligniteyi de ekarte etmek için toraks-abdomen BT ve tümör markerları istendi. Abdomen BT de ise hepatomegali (197 mm), sağ böbrekte orta, alt polde kronik enfark ile uyumlu kontrastlanmayan alan dışında patoloji saptanmadı. LDH değeri yüksek olması ve enfark olması nedeniyle intravasküler koagülopati açısından değerlendirildi. Ancak hastanın periferik yayma bulguları, Aptt, PT zamanı d-dimer değeri normal olarak geldi. Enfeksiyon açısından tüm viral tetkikleri ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Lenfoma açısından Beta2 mikroglobülin değerinin normal olması, iki yıl öncede yüksek karaciğer enzimleri ve LDH olması bizi lenfomadan uzaklaştırdı. Adult Still hastalığı olduğu düşünülerek 1 mg/kg steroid tedavisi başlandı 10 gün sonra klinik ve laboratuvar cevap alındı. Prednizolon tedavisi azaltılarak 5mg/gün olarak almaya devam ediyor. Şuan hasta klinik remisyondadır. Adult Still hastalığı genç erişkinlerde gözlenen akut febril sendrom olarak da bilinir. Tipik olarak çok sayıda organ etkilenir. Çeşitli klinik ve laboratuvar bulguları bir arada izlenir. Tanı genelde diğer hastalıkların dışlanması ile konur. Olgumuz renal enfarkt olan, normal ferritin değerli tek vakadır.

Anahtar Kelimeler: Still Hastalığı



Şekil 1. Abdomen BT de sağ renal enfark

Tablo 1. Hastanın Laboratuvar Bulguları

WBC:13900/μl	IgG:1640mg/dl	AST:117 U/L
Hb:12.9 g/dl	IgM:110mg/dl	ALT:67 U/L
Plt:368.000/μl	RF:<10 IU/ml	ALP:69U/L
MCV:83 fL	AntiCCP:0.8U/ml	GGT:46U/L
Ferritin:153ng/ml	Kreatinin0.5mg/dl	T.Prot:6.6 g/dl
CRP:9.67mg/dl	Ürik asit:4.5mg/dl	Alb:3.6g/dl
ESR: 90mm/saat	CK:46 U/L	LDH:1035 U/L

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0227

PP-116

TÜRKİYE'DE OSTEOPOROZ TEDAVİSİNDE MEVCUT ÖDEME KRİTERİNE KARŞI YENİ ÖNERİLEN ÖDEME KRİTERİNE YÖNELİK MALİYET ETKİLİLİK ANALİZİ

Lale Aktekin¹, Ergun Öksüz², Cem Nuri Aktekin³, Selami Akkuş¹, Simten Malhan⁴¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, Ankara⁴Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Ankara

Amaç: Sağlık uygulama Tebliğinde osteoporoz tedavisine başlama kriterine karşı (>65 yaş ve BMD T skoru -2,5 olduğu durumda tedavilerin ödenmesi) geri ödeme kriteri olarak >50 yaş ve kalça kırık riski olan BMD T skoru -2,5 olduğunda tedavilerin ödenmesi durumuna yönelik maliyet etkililik analizi çalışmanın amacıdır.

Metod: Her iki ödeme kriterini maliyet ve etkililik açısından değerlendirmek üzere bir ekonomik değerlendirme modeli kurgulanmıştır. Sadece postmenopozal kadın kalça kırık riskleri açısından yapılan değerlendirmede geri ödeyici perspektifinden direkt maliyetlere odaklanılmıştır. Çalışmaya alınan geri ödeme-deki tedavilerin kırık risklerini azaltma oranı "European Guidance

for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women” dan alınmıştır. Maliyetlere ait veriler klinik kılavuzlar ve uzman görüşüne dayanarak “hastalık maliyeti” metodolojisi ile elde edilmiştir. Elde edilen maliyet ve etkililik değeri olarak seçilen tedavilerin kırık riskini önleme olasılıkları modele girilerek, mevcut ve yeni önerilen geri ödeme kriterleri birbirileri ile kıyaslanmış maliyet etkililik değeri (artırımlı maliyet etkililik rasyosu(ICER)) yönünden incelenmiştir.

Bulgular: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu ödeme listesinde yer alan seçenekler açısından maliyetler belirlenmiştir. Mevcut geri ödeme koşullarına uygun tedaviye başlandığında hasta başı ortalama direkt maliyet 1259,48 TL’dir. Önerilen yeni ödeme kriteri esas alınarak yapılan hasta başı ortalama direkt maliyet 1.108,53 TL’dir. Etkililik değeri olarak kullanılan kalça kırığı riskini azaltma oranı mevcut ödemede >65 yaş ve BMD T skoru -2,5 olduğu durum ile yeni önerilen geri ödeme kriteri >50 yaş ve kalça kırık riski olan BMD T skoru -2,5 olduğunda tedavilerin ödenmesi durumunda oluşabilecek 10 yıllık kırık olasılıkları sırasıyla yıllık kırık olasılıklarına dönüştürülmüştür (%1,02-%0,41). Kalça kırığı tedavi maliyeti ise hasta başı 4291 TL olarak hesaplanmıştır. Tüm bulgular modele girilerek maliyet etkililik rasyosu tespit edilmiştir. Yeni ödeme koşulu, varolan geri ödeme koşuluna göre kırık riskini önleme başı 247,45 TL ile maliyet etkili bulunmuştur.

Tartışma: Sonuç olarak yeni ödeme kriterine göre tedavi başlandığında, hasta başına 247,45 TL daha fazla ödenmiş olacaktır. Bu durum maliyet etkililik düzleminde değerlendirildiğinde sadece hasta başı 247,45 TL ödeyerek aslında 4.192 TL’lik kalça kırığı maliyetini engellemiş olduğundan maliyet etkili bir geri ödeme kriteri olarak kabul edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, SUT geri ödeme, FRAX

Diğer

Abstract:0228

PP-117

ANTI TNF- A İLAÇ TEDAVİSİ ALAN ROMATOLOJİ HASTALARININ İLAÇ UYUMUNA VE İLACA BAĞLI YAŞANILAN GÜÇLÜKLERE TELEFON TAKİP SİSTEMİNİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Ayşe Özkarman¹, Güler Balcı Alparlan¹, Burcu Babadağ¹, Timuçin Kaşifoğlu², Canan Baydemir³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek okulu

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan biyolojik ajanlardan olan anti TNF- α grubu ilaçlar hastalıkların belirti ve bulguların ilerlemesini engelleyerek yapısal hasarın ilerlemesini durdurmada ve fiziksel fonksiyonları iyileştirmede etkilidir. İlaç tedavisinin başarısında ise hastanın ilaca olan uyumu önemlidir. Bu araştırma ilk defa anti TNF- α ilaç tedavisi alacak hastalara verilen ilaç hakkında verilen eğitim ve telefon takibi ile yapılan danışmanlığın ilaç uyumuna ve ilaca bağlı yaşanan güçlüklerle etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Randomize kontrollü deneysel türde yapılan bu araştırma, Eskişehir’de bir hastanenin romatoloji kliniğinde ilk defa anti TNF- α grubu ilaç alacak olan hastalarla 1 Nisan 2013-30

Nisan 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmada uygulama ve kontrol grubundaki hastalara ilaç hakkında sözlü ve yazılı eğitim verildikten sonra uygulama grubuna ilaca bağlı yaşanan güçlüklerle yönelik olarak telefonla danışmanlık hizmeti verilmiş, kontrol grubuna rutin bakım uygulanmıştır. Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu, Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ), İlaça Yönelik Yaşanılan Güçlükleri Belirleme Formu ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği Hemşirelik Tanı Kategorileri kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada uygulama grubundaki hastaların yaş ortalaması 48.88±13.85yıl, hastalık süresi 143.58±153.35ay, ortalama 17adet/gün ilaç kullandıkları belirlenirken; kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 44.06±14.27yıl, hastalık süresi 101.26±95.02ay, ortalama 15adet/gün ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Uygulama ve kontrol grubundaki hastalara verilen ilaç eğitiminden sonra MUÖ-1’e göre MUÖ-2’nin “ilaç almayı unutma” ve “ilaç almada dikkatsiz davranma” maddeleri ile ilgili olumsuz verilen yanıtların olumlu yönde değiştiği (p>0.001), “iyi hissettiğinizde ilacı bırakma” ve “kötü hissettiğinizde ilacı bırakma” maddelerine verilen yanıtta ise değişiklik olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Yapılan telefon görüşmesinde, uygulama grubundaki hastaların %41.2’sinde ilaca bağlı yan etki görüldüğü, %35.3’ünün bu yan etkiye bağlı yaşamının etkilendiği saptanmış ve bu hastaların %5.9’unda yorgunluk, %5.9’unda aktivite intoleransı hemşirelik tanıları konularak danışmanlık yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastalarda ise %76.5’inin ilaca bağlı yan etki görüldüğü, %82.4’ünün ilaç yan etkisine bağlı yaşamının etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuç: Romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan anti TNF- α grubu ilaç uygulanan hastalara verilen eğitim ve danışmanlık ilaç uyumunu artırırken, ilaca bağlı görülen yan etkiyi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: anti TNF- α , ilaç uyumu, hemşire

Romatoid Artrit

Abstract:0229

PP-118

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA UYKU BOZUKLUKLARI

N Şule Yaşar Bilge¹, Uğur Bilge², Seda Güler²

¹Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Bölümü, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir

Gereççe: Romatoid artrit (RA) kronik, inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Çalışmalarda RA hastalarının %54-70’inde uykuya dalmada güçlük, kötü uyku kalitesi, uykusuzluk ve gündüz uykuya eğilimde artış gibi uyku bozukluklarının olduğu bildirilmiştir. Amacımız RA hastalarında uyku bozukluğunu ve hastalık aktivitesi ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: RA tanılı alan 40 hastaya Pittsburg uyku kalitesi indeksi, Berlin anketi, Epworth uykululuk ölçeği uygulandı. Bu anketlerde sırasıyla hastaların uyku kalitesi, obstrüktif uyku apnesi riski ve gün içindeki uykuya eğilimleri değerlendirildi, sonuçlar hastaların cinsiyet, yaş ve DAS 28 skorları ile korele edildi. RA hastalarının sonuçları başka bir kronik hastalık olan diabetes mellituslu (DM) 30 hasta ile karşılaştırıldı.

Sonuçlar: RA hastalarının %75'i (30)kadın, %25'i (10) erkekti. Ortalama yaş 49.7±14.3 idi. DM hastalarının %66.7 (20) kadın, %33.3 (10) erkekti. Ortalama yaş 59.8±8.0 idi. RA hastalarının yaş, cinsiyet ve hastalık aktivitesi ile uyku kalitesi, obstrüktif uyku apnesi riski ve gün içindeki uykuya eğilimleri arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Remisyonda ve düşük hastalık aktivitesine sahip hastalar ile (DAS-28 <3.2, n: 21) orta ve yüksek hastalık aktivitesine sahip hastaların (DAS-28 \geq 3.2, n: 19) ile uyku kalitesi, obstrüktif uyku apnesi riski ve gün içindeki uykuya eğilimleri arasında fark saptanmadı ($p>0.05$). Pittsburg uyku kalitesi indeksi sonuçlarına göre RA hastalarının %87.5'i, DM hastalarının ise %56.7'si kötü uyku kalitesine sahipti ve aralarında anlamlı farklılık vardı ($p=0.003$). Berlin anketi sonuçlarına göre RA'lı hastaların % 38.5'i obstrüktif uyku apnesi için yüksek risk taşıırken; DM'li hastalarda bu oran %46.7'ydi ve aralarında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Epworth uykululuk ölçeğine göre RA'lı hastaların %7.9'unda, DM'li hastaların ise %30'unda uyku laboratuvarı incelemesi gerektiren gündüz uykululuk hali mevcuttu ve anlamlı bir fark vardı ($p=0.018$).

Tartışma: Çalışmamızda RA hastalarında hastalık aktivitesi ile uyku kalitesi, obstrüktif uyku apnesi riski ve gün içindeki uykuya eğilimleri arasındaki ilişki araştırıldı ve sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda RA hastalarında hastalık aktivitesi ile uyku kalitesi arasında ters ilişki saptanmış ve sebebin artmış hastalık aktivitesi olanlarda ağrıya karşı gelişen aşırı duyarlılığın olabileceği belirtilmiştir. RA hastalarında gece uykusuzluğunun fazla ve gündüz uyku eğiliminin DM hastalarına göre az olması aynı nedenden kaynaklanabilir. Hastalık aktivitesi ile korelasyon sağlanamamasının nedeni hasta sayısının az olması olabilir. Uyku bozukluğuna neden olabilecek RA-dışı stres kaynağı sebeplerin değerlendirilmemesi çalışmamızın kısıtlılığıdır. RA gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıkta uyku kalitesi ve hastalık şiddeti ile ilişkisini ortaya koymak için geniş hasta serileri ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, uyku bozuklukları

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0230

PP-119

EROZİV POLİARTİKÜLER TOFUSLU GUT

Meltem Yener Mankır, Lale Aktekin, Selami Akkuş

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Gut; inflamatuvar artrit epizotları ile karakterize, monosodyum urat kristallerinin sinovyal sıvı ve diğer dokularda birikmesi sonucu oluşan yaygın bir ürik asit metabolizması bozukluğudur. İğne benzeri ürik asit kristalleri kronik dönemde artıklar ve periartiküler dokularda birikerek kronik inflamasyona yol açarlar. Monosodyum urat kristallerinin depozisyonu sonucu tofus oluşumu ve kronik gut artriti oluşur. Gut günümüzde genellikle hafif seyirli ve tedavi edilebilir bir hastalıktır, ciddi eklem deformitesi daha nadirdir. Bu sunumda 82 yaşında ciddi kronik poliartriküler toföz gut artritli bir vaka bildirilmiştir. Hastanın öyküsünden

şikayetlerinin 4-5 yıl önce el bileği ve el eklemlerinde başladığını ve küçük, ağrısız olan şişliklerin zamanla büyüdüğü ve gittikçe sayılarının artıp başka eklemlerde de oluştuğu öğrenildi. Hasta kızarıklık, ani gelişen şişlik şeklindeki bir akut gut artriti öyküsü tanımlanamamaktaydı. Hastanın bir kızında akut gut artriti hikayesi mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde bilateral el bileği, elde küçük eklemler, dirsekler, dizler, ayak bilekleri ve ayak metatarsal-falangeal eklemlerinde toföz şişlikler, eklem deformiteleri mevcuttu. Hastanın kan ürik asit düzeyi 7,6 mg/dl, bobrek fonksiyon testleri normal, CRP 0,4 mg/dl, RF negatif idi. 24 saatlik idrarda ürik asit düzeyi 202 mg idi. Hastaya daha önce başlanan Kolşisin tedavisine ek olarak Allopürinol başlandı.

Anahtar Kelimeler: Gut, poliartrit, tofus



Şekil 1. Hastanın ayak grafisinde toföz oluşumları ve litik lezyonlar izlenmektedir.

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0231

PP-120

HENOCH-SCHONLEİN PURPURASI VE SAKROİLİT BİRLİKTELİĞİ

Ali Şahin¹, Tunahan Uncu², Mustafa Asım Gedikli², Doğan Seven², Ali Yılmaz², Ahmet Kerim TÜresin², Yunus Durmaz¹, Ayşe Çiçekli³, Fahrettin Göze³, Mehmet Fahri Yağcı²

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı

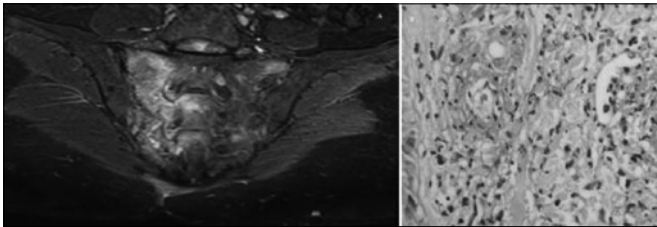
²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Henoch-schonlein purpurası (HSP) çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülse de, ileri yaşlarda da rastlanabilen etyolojisi tam olarak bilinmeyen küçük damar vaskülitidir. Purpura karın ağrısı artrit kliniği hastalarda yaklaşık %60 oranında görülür. Renal tutulum ve proteinüri bildirilsede bunun kalıcı olmadığı gösterilmiştir. Nadir dirençli tutulumların kronikleşebileceği bildirilmiştir. Artrit, artralji daha çok diz, ayak bilekleri gibi büyük eklemlerde olmaktadır. Biz burada HSP'ı olan kadın hastada

saptanan sakroiliit birlikteliğini sunmak istedik. Olgu: 29 yaşında bayan hasta her iki alt ekstremitede ciltten kabarıklık, kızarıklık, baskıya solmayan döküntülü lezyonlarının olması üzerine başvurdu. Hasta 25 gün önce sezeryan ile doğum yapmıştı. Hastanın ilaç kullanımı öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hastanın ateşi, gece terlemesi, kilo kaybı, oral aft, genital ülser yoktu. Karın ağrısı aralıklı ve künt idi. Özellikle bel, diz, ayak bileklerinde ağrı ve 30 dk yi geçemeyen tutukluk tarifliyordu. Yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Her iki bacakta, deriden kabarıklık, baskıya solmayan purpurik lezyonlar vardı. WBC: 7830/ μ L trombosit: 393.000/ μ L hemoglobin: 13.9 gr/dl, eozinofili yoktu. INR: 1.08 aptt: 27.6 Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normaldi. idrarda: protein: 1+ eritrosit: 3 lökosit: 1, 24 saatlik idrarda 1725 mg/gün proteinürisi vardı. CRP: 34.6 (0-8) mg/dl, ESH: 34 mm/h idi. CK: 78 LDH: 220 idi. RF, brucella negatifti. CCP: 0.3 U/ml (0-17). HBV-HCV-HIV ve diğer viral panel negatifti. ANA(+), IFA 1/100 ANA profili ve anti-dsDNA p-/c-ANCA negatifti. C3, C4: N. IgA: 289 (82-453) mg/dL, IgG, IgM, Total IgE normaldi, gayta mikroskobisi ve kültür negatifti. Batın-renal usg, EKO su normal olarak değerlendirildi. Toraks BT'de buzlu cam alanları izlendi. Takiplerinde bel ağrısı tarifleyen hastanın, sakroiliak grafisi düzensizlik saptanması üzerine çekilen Sakroiliak MR da sağda belirgin kemik iliği ödemi, sakroiliit saptandı (Şekil 1). HLA-B27 ve MEFV gen mutasyonu negatifti. Cilt biyopsisi: HSP ile uyumlu raporlandı (Şekil 1). Renal biyopsi normal olarak değerlendirildi. Hastaya 1 mg/kg/gün steroid, indometazin 2x25 mg/gün, kolşisin 2x1 tedavisi başlandı. Takibinde döküntüleri gerileyen, 24 saatlik idrarda proteinürisi normale dönen ve eklem ağrısı, tutukluğu olmayan hastanın steroid dozu son olarak 12 mg/güne indirildi. ANA pozitifliği ve eklem bulgularının ön planda olmayışı nedeniyle tedaviye sulfasalazin eklenmedi ve takibe alındı. Sonuç ve Tartışma: Bel ağrısı olması üzerine sakroiliit saptanan hastada, FMF açısından öykü ve mutasyon negatifti. AS açısından HLA-B27 negatifti ve diğer SpA bulgularını (entezite, üveit, daktilit, psoriasis, Crohn/ülseratif kolit gibi) karşılamıyordu. HSP renal tutulumda immünsüpresiflerin çok faydalı olmadığı, steroid tedavisinin de uzun süre kullanımının gerekmeyeceği saptanmıştır. HSP ve sakroiliit birlikteliği nadir görülen bir durum olduğu için burada sunulmak istendi.

Anahtar Kelimeler: Henoch-Schonlein purpurası, sakroiliit



Şekil 1. A) Sakroiliak MR'da sağda belirgin düzensizlik, skleroz, kemik iliği ödemi. **B)** Cilt biyopsisinde perivasküler nötrofilik infiltrasyon, nekroz, pembe amorf fibrin depositleri, lökositoklastik vaskülit ile uyumlu görünüm.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract: 0232

PP-121

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS'DA SERUM 25 (OH) D3 DÜZEYİ İLE HASTALIK AKTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Berivan Bitik¹, Arif Kaya¹, Mehmet Engin Tezcan¹, Abdurrahman Tufan¹, Rıdvan Mercan¹, Hamit Küçük¹, Meenakshi Jolly², Mehmet Akif Öztürk¹, Şeminur Haznedaroğlu¹, Berna Göker¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Rush Üniversitesi Tıp Fakültesi

Gerekeç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) hastalarında, güneşten korunma veya renal yetmezlik gibi durumlara bağlı olarak sıklıkla D vitamini (25 (OH) D3) eksikliği görülmektedir. Serum D vitamini düzeyi ile SLE hastalık aktivitesi arasında ters bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmakla birlikte bu konu hala tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı SLE hastalarında serum D vitamini düzeyleri ile SLE hastalık aktivasyonu arasında bir ilişki olup olmadığının saptanmasıdır.

Yöntem: Mart-Haziran 2012 tarihleri arasında tamamlanan kültürler arası doğrulama çalışması olan Türkçe Lupus PRO (Patient Reported Outcome) çalışmasına dahil olan 102 SLE hastasının dosyası retrospektif olarak incelendi. Çalışma boyunca rutin poliklinik kontrollerinde serum D vitamini düzeyi ölçülen hastaların D vitamini düzeyleri ve hastalık aktiviteleri kaydedildi. D vitamini kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalık aktivite skorları; "physician global assessment (PGA)", "Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index" (SLEDAI), "Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus" (SLICC) olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Toplam 102 SLE hastasının 67'sinde (52 kadın; ortalama yaş 39.5±11.1) hastalık aktivitelerinin ölçüldüğü dönemde serum 25 (OH) D3 düzeylerinin ölçüldüğü belirlendi. Hastaların ortalama serum vitamin D düzeyleri 13,7 ±10,11 ng/ml [minimum ve maksimum 2 ve 43 ng/ml] idi. Serum D vitamini 6 (%8) hastada > 30 ng/ml, 9 (%13) hastada 20-30 ng/ml arasında, 52 (%77) hastada <20 ng/ml olduğu bulundu. Ortalama SLEDAI skoru 2,92±3,1, ortalama SLICC skoru 0,46±0,69 idi. Hastaların vitamin D düzeyi ile PAG, SLEDAI ve SLICC skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,66).

Tartışma: Bu çalışmada serum D vitamini düzeyi ile SLE hastalık aktivitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. SLE hastalarında D vitamini eksikliğinin çok sık olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, birçoğunun da steroid tedavisi altında olduğu göz önünde bulundurulduğunda SLE hastalarına mutlaka D vitamini tedavisi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: lupus, d vitamini

Tablo 1. SLE Hastalarının D vitamini düzeyleri

Serum 25 (OH) D3 düzeyleri (ng/ml)	Hasta sayısı (n:67)
>=30	6
20-30	9
<20	52

Romatoid Artrit

Abstract:0233

PP-122

AVASKÜLER NEKROZ VE KO-MORBİDİTELERİ OLAN ROMATOİD ARTRİT OLGUSUAli Şahin¹, Mustafa Asım Gedikli², Doğan Seven², Derya Seven³, Mehmet Fahri Yağcı², Tolga Gümüşkemer⁴, Yunus Durmaz¹¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

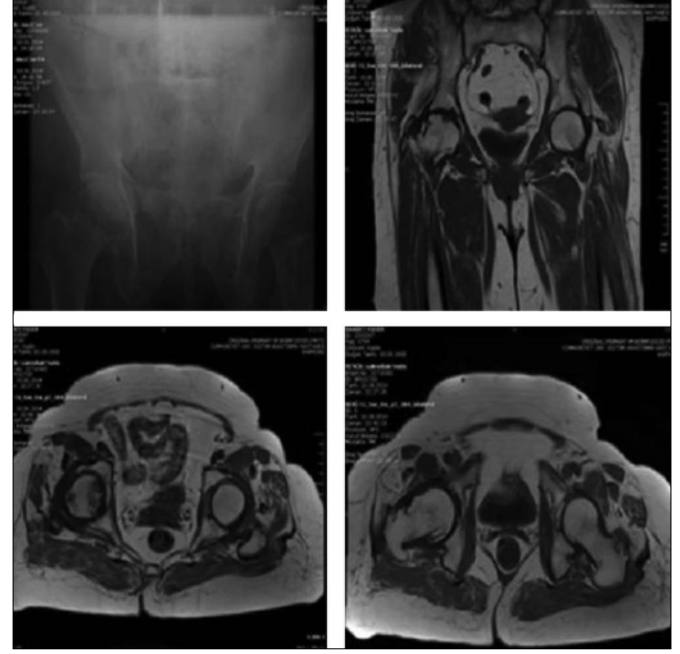
Giriş: Romatoid artrit (RA) başlıca diartroidal eklemlerin simetrik, poliartiküler ve additif tutulumu ile karakterize, yorgunluk halsizlik ve ateş gibi sistemik bulgulara da neden olabilen kronik bir hastalıktır. Femur başı avasküler nekrozu (AN) kalça eklemine ilerleyici bir hastalıktır. Femur başında çökme ve erken eklem dejenerasyonu ile sonuçlanan patolojik bir süreçtir. Günümüzde steroidlerin bilinçsiz kullanımının artması bu hastalığın daha sık görülmesine neden olmaktadır. Biz burada AN, RA ve ko-morbid durumları olan bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: 79 yaşında bayan hasta RA ile takipli olup kliniğimize yaygın eklem ağrısı nedeniyle başvurmuş. Özgeçmişinde HT ve KBH mevcut. Hastanın oral aftı, genital ülseri yoktu. Ağız ve göz kuruluğu yoktu, bel ağrısı ve sabah tutukluğu mevcut. Raynaud yoktu. Artrit ve artraljisi mevcuttu. Sağ tarafta kalçada belirgin ağrı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Ateş, öksürük, balgam, nefes darlığı ve hemoptizi tariflemiyordu. Hasta daha önce RA için steroid, metotreksat, sulfasalazin tedavileri almış. Hastanın muayenesinde sağ kalçada ağrı, el bilekleri ve sağ 2-4 PIP de şişlik, hassasiyet vardı. Wbc:6050, Hgb:11.9, Plt:351.000, ESR:61 mm/saat, CRP:15 (0-8) mg/L, Tam idrar tetkiki=N, Cr:1.73, AST:83, ALT:89, ALP:78, CK:95, LDH:292, RF:<20, CCP:4.75, ANA:., Anti-dsDNA:.-, c-ANCA:.-, IgG, IgA, IGM ve C3, C4 normaldi, fibrinojen:270 mg/dl (N), 24 saatlik idrarda protein:34.4mg/gün, ferritin:19.3. HBV, HCV, HIV:.-. Kalça X-ray de sağ da düzensizlik üzerine çekilen kalça MR da avasküler nekroz ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 1). Dexa da osteopenik olarak değerlendirildi. Ac tutulumu açısından Toraks BT çekildi ve her iki akciğerde buzlu cam alanları ve fibrotik çekintiler izlendi. Takibinde karaciğer fonksiyonları düzelen hastanın bu durumu önceki kullandığı tedavilere bağlandı. Hastaya steroid ve non-steroid tedavileri veremeyeceğimiz için anti TNF planlandı, PPD yapıldı. Anergik olarak yorumlandı. İNH tedavisi başlandı. KBH ve avasküler nekrozu olan RA hastasına hidroksiklorokin 2x1, leflunomid 1x10 mg adalimumab 40mg/hafta başlandı. Takibinde KCFT normal seyretti, böbrek fonksiyonları KBH ile uyumlu stabildi, klinik olarak ağrı, tutukluk gerilemişti ve günlük işlerini yapabilmeye başladı.

Sonuç ve Tartışma: AN da etyolojide sıklıkla yaş, cinsiyet, travma (baro-mekanik), steroid, SLE, AFS, alkol, orak hücreli anemi, gebelik, renal transplantasyon, Gaucher, trombofili, kalıtsal AN (COL2A1 gen), bifosfonatlar, HIV gibi durumlar yer alır. Tanıda direkt grafi, radyonüklid tarama, BT ve özellikle MR (% 90 sensitif) faydalıdır. Kalça ağrısı ile gelen yaşlı, RA ve/veya benzeri romatizmal hastalığı olan, steroid kullananlarda unutulması gereken bir durumdur. RA olup da steroid veremeyeceğimiz

birden çok karaciğer, böbrek ve AN problemi olan hastaların tedavileri konusunda henüz bir fikir birliği oluşmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, Romatoid artrit



Şekil 1. Direkt grafide sağ femurda eklem aralığında daralma ve femur başında düzensizlik, Kalça MR da kistik, sklerotik alanlar, avasküler nekroz ile uyumlu görünüm

Spondiloartropatiler

Abstract:0234

PP-123

ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA BEYİN KAN AKIMINDAKİ DEĞİŞİKLİKLERUygur Utku¹, Gözde Yıldırım Çetin², Nurhan Atilla³, Kadir Gişi⁴, Mustafa Gökçe¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji B.D.³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji B.D.

Giriş: Günümüzde Ankilozan Spondilit (AS) ile kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Ancak AS'nin beyin damar hastalıkları açısından bir risk faktörü olduğu konusu tartışmalıdır. Biz; çalışmamızda AS'nin beyin kan akım hızı üzerine etkilerini transkraniyal Doppler ultrasonografik (TCD) inceleme ile araştırdık.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz Dahiliye-Romatoloji bölümüne ardı-sıra başvuran 20-40 yaş arası, 30 AS hastası ve aterosklerotik risk faktörü taşımayan kontrol grubu çalışmaya dâhil edildi. TCD; Nöroloji-Nörosonoloji bölümünce kör olarak, bilateral orta serebral arter (MCA) pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları, Gosling pulsatilite indeksi değeri ve Pourcelot rezistans indeksi değeri kaydedilerek yapıldı. Değerler birbirleri ile kıyaslandı.

Sonuçlar: Her grupta 30 kişi vardı. AS hasta grubunda 12 kadın, 18 erkek vardı. Dolayısıyla kontrol grubu benzer seçildi. Yaş ortalaması AS grubunda $37,4 \pm 6,2$ iken kontrol grubunda $35,2 \pm 4,9$ idi. TCD değerleri; AS grubunda kontrol grubu ile kıyaslandığında pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tartışma: İnflamasyon aterosklerozun patogenezi ve prognozunda önemli bir role sahiptir. Bu hastalarda özellikle IL-6, TNF-alfa ve CRP gibi inflamatuvar belirteçler yüksek düzeyde bulunmaktadır. Ayrıca AS'li hastalarda aterosklerozun erken bir bulgusu olan karotis intima media kalınlığı artışı gösterilmiştir. Dolayısıyla görülmektedir ki sistemik inflamasyon ateroskleroz oluşumunu hızlandırarak iskemik inme meydana getirmektedir. AS grubunda beyin kan akım hızlarının anlamlı derecede artmış olmasının altında yatan mekanizmanın aterosklerozdan kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Sonuç olarak; klinik inflamasyonun AS hastalarında beyin kan akım hızının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, ateroskleroz, beyin kan akım hızı

Tablo 1. AS grubunun TCD verilerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması.

	AS grubu (ortalama \pm SD)	Kontrol grubu (ortalama \pm SD)	p
L-pik-sistolik KAH	142,3 \pm 20,5	103,5 \pm 12	<0,001
L-end-diyastolik KAH	56,4 \pm 13,5	37,4 \pm 6,2	<0,001
L-ortalama KAH	90 \pm 14,1	60,3 \pm 8,1	<0,001
L-PI	0,84 \pm 0,07	0,89 \pm 0,08	0,01
L-RI	0,59 \pm 0,04	0,5 \pm 0,05	0,57
R-pik-sistolik KAH	142,6 \pm 21,9	103,5 \pm 16	<0,001
R-end-diyastolik KAH	60 \pm 13,6	36,6 \pm 12,3	<0,001
R-ortalama KAH	90 \pm 15,4	63,3 \pm 9,5	<0,001
R-PI	0,84 \pm 0,08	0,9 \pm 0,09	0,93
R-RI	0,56 \pm 0,04	0,5 \pm 0,06	0,32

*L: sol, R: sağ, PI: pulsatile indeks, RI: rezistans indeksi, KAH: kan akım hızı

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0236

PP-124

PRİMER SJÖGREN SENDROMU TANILI HASTALARDA RİTUKSİMAB DENEYİMİ

Özün Bayındır, Sercan Gücenmez, Elif Er, Figen Yargucu Zihni, Hayriye Koçanoğulları, Gonca Karabulut, Vedat İnal, Yasemin Kabasakal, Fahrettin Oksel, Gökhan Keser, Kenan Aksu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Primer Sjögren sendromu (PSS); ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize sistemik otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. En sık tutulan yerler ekzokrin bezler olsa da ekstraplandüler birçok organ, sistem tutulumu da görülebilir. PSS tedavisinde amaç sistemik enflamasyonun baskılanması ve kalıcı

hasarın engellenmesidir. Düşük doz steroid, metotreksat, hidroklorokin, azatioprin, siklosporin ve anti-TNF- α tedavi ile ne glandüler ne de ekstraplandüler bulgular üzerinde objektif olumlu etki gösterilememiştir. Hastalığın patogenezi B hücre aktivasyonunun önemli rolünün olması, CD-20 monoklonal antikor olan rituksimabın bu hastalıkta etkin olabileceğini düşündürmektedir.

Materyal-Metod: Avrupa Amerika sınıflandırma kriterlerine göre PSS tanısı konulan ve mevcut tedavilere dirençli ekstraplandüler tutulumları nedeniyle endikasyon dışı onay ile rituksimab kullanılan 5 hastanın dosyaları retrospektif olarak gözden geçirildi. Tüm hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Kliniğimizde takip etmekte olduğumuz yaşları 40-65 arasında değişen 5 hasta (2E, 3K) sunulmuştur. Hastaların tamamı rituksimab öncesi steroid kullanmış olup, bazılarının ek olarak hidroklorokin, azatioprin, metotreksat, salazoprin, leflunomid ve siklofosfamidten en az iki tanesini birlikte kullanım öyküsü mevcuttur (Tablo). Tedaviye yanıt klinik, laboratuvar, EMG ve radyolojik bulgular üzerinden değerlendirilmiştir. Değerlendirmede; sikka semptomları ve eklem tutulumu için klinik Bulgular: hematolojik tutulum için laboratuvar bulguları; akciğer ve santral sinir sistemi tutulumu için klinik ve radyolojik Bulgular: periferik sinir sistemi ve kas tutulumu için klinik ve EMG bulgularında düzelme anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Sonuç: Hastaların tamamında hastalık aktivitelerinin devam etmesi ve mevcut ekstraplandüler tutulumlarda progresyon izlenmesi üzerine tedaviye rituksimab eklenmiştir. Birinci kür sonrası değerlendirilmede hastaların tümünde sikka semptomlarında subjektif iyileşme sağlanmıştır. Bunun yanı sıra akciğer tutulumu olan 3 hastanın, nörolojik tutulumu olan 1 hastanın ve eklem tutulumu olan 1 hastanın hiçbirinde klinik, EMG ve radyolojik değerlendirmelerde progresyon izlenmemiştir. Hastalardan 2'sine 2. kür, 1'ine 3. kür infüzyonları da yapılmıştır. Yalnızca bir hastada premedikasyon yapılmasına rağmen 2. kürde infüzyon reaksiyonu nedeniyle rituksimaba devam edilememiştir. Sonrasında bu hastanın tedavisine steroid, azatioprin, hidroklorokin kombinasyonu ile devam edilmiştir. Diğer hastaların hiçbirinde Rituksimab tedavisi süresince ciddi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Tartışma: Rituksimab; dirençli glandüler ve ekstraplandüler organ tutulumu olan PSS'nde alternatif tedavi seçeneğidir. Rituksimab tedavisi ile bu hastalarda iyi klinik ve laboratuvar yanıt alınmış olup, radyolojik progresyon izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: primer sjögren sendromu, rituksimab

Tablo 1. Primer Sjögren Sendromlu hastalarda rituksimab deneyimi

Yaş	Cinsiyet	Glandüler Tutulum	Ekstraplandüler Tutulum	Kür	Rtx öncesi tedaviler	
1	40	K	+	SSS,PS	3	St, Aza, Sf
2	56	E	+	ART	2	St, Hq, Mtx, Slz, Lef
3	49	E	+	AC, HEM	2	St, Aza, Hq
4	62	K	+	AC, MY	1	St, Aza, Sf
5	65	K	+	AC	1	St, Aza, Mtx

E: Erkek, K: Kadın; SSS: Santral sinir sistemi, PS: Periferik sinir sistemi, ART: Artrit, AC: Akciğer, HEM: Hematolojik, MY: Miyozit; Rtx: Rituksimab, St: Steroid, Aza: Azatioprin, Sf: Siklofosfamid, Hq: Hidroklorokin, Mtx: Metotreksat, Slz: Salazoprin, Lef: Leflunomid

Romatoid Artrit

Abstract:0238

PP-125

FARKLI KRİTERLERE GÖRE REMİSYONDA OLAN ROMATOİD ARTRİT HASTALARININ BİYOMARKER PROFİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Sibel Yılmaz Öner, Meryem Can, Gülsen Özen, Pamir Atagündüz, Haner Direskeneli, Nevsun İnanç**

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

Gerekeç: Romatoid artrit tedavisinde amaç, inflamasyonu en iyi şekilde baskılayarak remisyonun sağlanmasıdır. Çalışmamızda, farklı remisyon kriterlerini karşılayan hastaların biyomarker profilleri arasındaki farklılıkları tespit etmeyi ve bu biyomarker düzeylerini herhangi bir romatolojik hastalığı olmayan; yaş, cinsiyet ve komorbiditeler açısından benzer hastalarla eşleştirilmiş bir kontrol grubu ile kıyaslamayı hedefledik.

Yöntem: DAS28-ESR remisyonunda olan 80 hasta ve 80 kontrolün (K/E:54/26, ort.yaş: 51,4±12 yıl, ort.hastalık süresi:11,4±8 yıl, %68,7 [n=55] RF pozitif, %60,7 [n=48] anti-CCP pozitif) serum Calprotectin, IL-6, Helix II, ICTP, MMP-3, resistin ve leptin düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. Hastalar 6 ay sonra tekrar değerlendirildi; her iki vizitte yeni ACR/EULAR remisyon kriterleri (Boolean) ve SDAI remisyonunda olan hastalar belirlendi.

Sonuçlar: Bazal değerlendirmede, DAS28 remisyonunda olan toplam 80 RA hastasından, 33 hasta (%41,2) Boolean ve 39 (%48,7) hasta SDAI remisyonundaydı. 6 ay sonraki vizitte, 51 (%63,8) hasta DAS28-ESR, 22 (%27,5) Boolean ve 34 (%42,5) hasta SDAI remisyonundaydı. Çalışma grubunda, yer alan ve tamamı DAS28 remisyonunda olan 80 RA hastasının, ortalama serum MMP-3, ICTP, resistin ve IL-6 düzeyleri sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Boolean ve SDAI remisyonunda olan hasta gruplarının ise serum ICTP, resistin ve IL-6 düzeyleri sağlıklı kontrollerden yüksek saptandı.

Boolean remisyonundaki hastalarla, bu remisyon kriterini karşılayamayan hastaların biyomarker düzeylerinde farklılık saptanmazken, SDAI remisyonundaki hastaların IL-6 düzeyleri remisyon olmayan hastalardan anlamlı olarak daha düşük saptandı.

Tartışma: Boolean ve SDAI remisyonunu karşılayan hastalarda biyomarker düzeylerinin kontrol grubuna göre yüksek saptanması, bu hastalarda düşük düzeyde hastalık aktivitesi varlığının ve relaps riskinin devam ettiğini düşündürmektedir. Farklı remisyon kriterlerini (DAS28, Boolean, SDAI) karşıladıkları halde hastalar biyomarker biyomarker profilleri açısından benzer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: biyomarker, remisyon kriterleri, romatoid artrit

Romatoid Artrit

Abstract:0239

PP-126

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA BEYİN KAN AKIMINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER**Uygur Utku¹, Gözde Yıldırım Çetin², Nurhan Atilla³, Kadir Gişi⁴, Mehmet Sayarlıoğlu⁵, Mustafa Gökçe¹**¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Romatoloji B.D.

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Gastroenteroloji B.D.⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Romatoloji B.D., Samsun

Giriş: Günümüzde Romatoid Artrit (RA) ile kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Ancak RA'nın beyin damar hastalıkları açısından bir risk faktörü olduğu konusu tartışmalıdır. Biz; çalışmamızda RA'nın beyin kan akım hızı üzerine etkilerini transkraniyal Doppler ultrasonografik (TCD) inceleme ile araştırdık.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz Dahiliye-Romatoloji bölümüne ardi-sıra başvuran 20-40 yaş arası, aterosklerotik risk faktörü taşımayan 12 RA hastası ve kontrol grubu çalışmaya dâhil edildi. TCD; Nöroloji-Nörosonoloji bölümünce kör olarak, bilateral orta serebral arter (MCA) pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları, Gosling pulsatilite indeksi değeri ve Pourcelot rezistans indeksi değeri kaydedilerek yapıldı. Değerler birbirleri ile kıyaslandı.

Sonuçlar: Her grupta 12 kişi vardı. RA hasta grubunda 10 kadın, 2 erkek vardı. Dolayısıyla kontrol grubu benzer seçildi. Yaş ortalaması RA grubunda 38,6±5,4 iken kontrol grubunda 37,8±4,3 idi. TCD değerleri; RA grubunda kontrol grubu ile kıyaslandığında pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tartışma: İnflamasyon aterosklerozun patogenezi ve prognozunda önemli bir role sahiptir. Bu hastalarda özellikle IL-6, TNF-alfa ve CRP gibi inflamatuvar belirteçler yüksek düzeyde bulunmaktadır. Ayrıca yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ve glukoz değerleri gibi komorbid durumlar da RA'lı hastalarda ateroskleroza neden olmaktadır. Çalışmamıza aterosklerotik risk faktörü taşımayan hastalar alındı, bu yüzden az sayıda hasta çalışmaya alındı. Bu RA'lı hastalarda beyin kan akım hızlarının anlamlı derecede artmış olmasının altında yatan mekanizmanın aterosklerozdan kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Sonuç olarak; klinik inflamasyonun RA hastalarında beyin kan akım hızının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ateroskleroz, beyin kan akım hızı

Tablo 1. RA grubunun TCD verilerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması

	RA grubu (ortalama ± SD)	Kontrol grubu (ortalama ± SD)	p
L-pik-sistolik KAH	160,2±12,4	92±6,6	<0,001
L-end-diyastolik KAH	66,8±6,78	33,4±2,15	<0,001
L-ortalama KAH	106±5,45	54,8±4,23	<0,001
L-PI	0,87±0,09	0,83±0,06	0,22
L-RI	0,6±0,05	0,59±0,02	0,33
R-pik-sistolik KAH	158,3±15	94,3±11	<0,001
R-end-diyastolik KAH	69±10,98	30±10	<0,001
R-ortalama KAH	101,6±13,3	58,9±9,34	<0,001
R-PI	0,87±0,08	0,83±0,09	0,28
R-RI	0,61±0,05	0,56±0,04	0,07

*L: sol, R: sağ, PI: pulsatilite indeksi, RI: rezistans indeksi, KAH: kan akım hızı

Diğer

Abstract:0240

PP-127

ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE ETANERSEPT KULLANIMI SONRASI GELİŞEN ALVEOLAR HEMORAJİ OLGUSU**Müge Aydın Tufan¹, Nazan Şen², Hatice Eylül Bozkurt Yılmaz², Ahmet Eftal Yücel¹**¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, Ankara²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

Etanersept, Romatoid Artrit tedavisinde kullanılan TNF- α inhibitörüdür. İlaça bağlı pulmoner yan etkiler;orta ve ciddi hipersensitivite pnömonisi, ciddi enfeksiyon, tüberküloz aktivasyonu, fulminan pnömoni, akciğer nodüllerinde artış şeklindedir. Literatürde etanersept sonrası alveolar hemoraji gelişen bir olgu bildirilmiştir.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta bir yıldır olan el eklemlerde şişme ve ağrı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Sabahları 2 saat süren tutukluğu mevcuttu. Fizik incelemede; her iki el bilek ve dirsek artriti, her iki el 2-3 mkf artriti vardı. Özgeçmişinde geçirilmiş akciğer Tbc mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde Sedimentasyon (ESH) 60 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 24 mg/l, RF 20 IU/ML, anti CCP negatif, ANA negatif, Hb 13 gr/dl, tam idrar tetkiki normaldi. Kontrol toraks BT'de bronşiektazi ve sekel Tbc bulguları tespit edildi. Hastaya Seronegatif Romatoid Artrit teşhisi ile 7,5 mg prednizolon, 15 mg/hf metotreksat, 2*200 mg hidroklorokin başlandı. Takibinde metotreksatı tolere edemeyince 20 mg/gün leflunomid verildi. DAS28>6,4 olan hastaya üç ay önce 2*25 mg/hf etanersept tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü ay kontrolünde hasta halsizlik, efor dispnesi, ara ara olan hemoptizi yakınmasıyla başvurdu. PAAG'de yaygın retikülodüler infiltrasyon tespit edildi. Çekilen tomografide her iki akciğerde asiner tipte yaygın infiltrasyon, konsolide alanlar tespit edildi. DLCO %111, Hb 5,8 gr/dl, ESH 130 mm/saat, CRP 60 mg/L, kreatinin 0,7 mg/dl, TIT bol eritrosit tespit edilmesi üzerine hastaneye yatırıldı. Bronkoskopi ve BAL yapılan hastanın BAL alveolar hemoraji ile uyumluydu. ARB negatif, kültür negatif tespit edildi. Hastaya 500 mg 5 gün pulse steroid ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Kliniği düzelen hastada oral metilprednizolonla tedaviye devam edildi. c-ANCA negatif, ANA negatif, pANCA zayıf pozitif saptandı.

Tartışma: Anti-TNF ilaçların kullanımına bağlı çeşitli yan etkiler gözlenebilmektedir. Enfeksiyonlar yan etkiler içinde ilk sırayı almaktadır. Demiyelinizan hastalık, lupus-benzeri klinik tablo, konjestif kalp yetmezliği ve özellikle lenfoma olmak üzere maligniteler ortaya çıkabilir. Alveolar hemoraji, vaskülit çok nadir bir komplikasyondur.

Anahtar Kelimeler: Alveolar hemoraji, etanersept

Akciğer grafisi



Şekil 1. Bilateral retikülodüler infiltrasyon

Spondiloartropatiler

Abstract:0242

PP-128

ANKILOZAN SPONDİLİT'Lİ BİREYLERDE DENGEGEZERSİZLERİNİN KAPLICA İLE KOMBİNE FİZYOTERAPİ UYGULAMALARINA KATKISI: PİLOT ÇALIŞMA**Selim Mahmut Günay¹, Zemzem Tuba Biçer², İlke Keser³**¹Uludağ Üniversitesi Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa²Uludağ Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa³Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

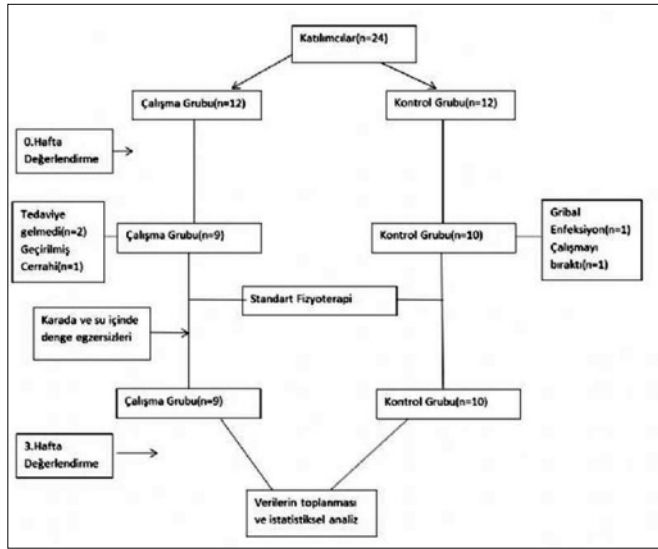
Gerekçe: Ankilozan Spondilit (AS)'de dengesel fonksiyonların da etkilendiği güncel literatürde belirtilmiş olmasına rağmen, AS rehabilitasyonunda denge ve postural stabilite eğitiminin etkisi ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, AS'li bireylerde kaplica ile kombine fizyoterapi uygulamalarının denge ve fonksiyonel ölçümlere etkisini incelemektir.

Yöntem: Vakalar romatoloji polikliniğine düzenli kontrole gelen hastalar arasından kura yöntemi ile belirlendi. Etik kurul onayı alınarak, fizyoterapi programına katılmayı gönüllülikle kabul eden vakalar çalışma (n=9) ve kontrol (n=10) gruplarına ayrıldı. Kontrol grubuna; fizyoterapist eşliğinde 80 dakikalık AS rehabilitasyonunda kullanılan rutin egzersiz programı (kaplicada su içinde 20 dakika egzersiz, karada 60 dakika normal eklem hareket açıklığı, germe ve kuvvetlendirme egzersizleri) ve 20 dakikalık konvansiyonel transkutanöz elektrikli sinir stimülasyonu (TENS) uygulandı. Çalışma grubu, kontrol grubuna uygulanan fizyoterapi programı ve ek olarak hem su içerisinde dengeye yönelik özel egzersizler, hem de karada denge tahtası, dirençli egzersiz bantları ve farklı zeminlerde denge ve postural stabilite egzersizleri ile takip edildi. Fizyoterapi programı 3 hafta, haftada 5 gün düzenli olarak sürdürüldü. Vakalar Berg Denge Skalası (BBS); tek ayak üzerinde denge testi, Süreli Kalk Yürü Testi (SKYT), Fonksiyonel Uzanma Testi (FUT); Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışma ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları sırasıyla 45(28-61) ve 43,5(25-64) yılı. Tedavi sonrasında BASHAİ her iki grupta da anlamlı azaldı (Z:-2,66 p:0.007). Tek ayak üzerinde durma testi göz açık ve kapalı durumda, çalışma grubunda her iki bacakta da (p<0.01), kontrol grubunda sol bacakta (p<0.02) anlamlı arttı. Hem çalışma grubunda TUG (Z:-2.31 p:0.02), FUT (Z:-2.66 p:0.007); hem kontrol grubunda TUG (Z:-2.54 p:0.01), FUT (Z:-1.98 p:0.04) puanları anlamlı olarak arttı. BBS'deki değişim her iki grupta da tedavi sonrasında anlamlı değildi (p<0.05). Çalışma grubu kontrol grubuna göre göz açık durumda hem sağ bacakta (p:0.004) hem sol bacakta (p:0.02) daha uzun süre tek ayak üzerinde kalabildi. BASDAI, BBS, TUG, FUT'de gruplar arasında fark gözlenmedi (p>0.05).

Tartışma: AS rehabilitasyonunda, fizyoterapi uygulamalarının hastalık aktivitesi, denge ve yürüyüş üzerine olumlu etkileri görüldü. Denge ve postural stabilite egzersizlerinin rutin fizyoterapi programına eklenmesi ile dar destek yüzeyinde bile daha uzun süre dengenin korunabildiği saptandı. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, AS rehabilitasyonu içerisinde rutin fizyoterapi uygulamalarına ek olarak su içerisinde ve karada dengeye yönelik egzersiz yaklaşımlarının tedavinin etkinliğine katkı sağlayabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropati, Aquaterapi, Fizyoterapi



Şekil 1. Akış Diyagramı

Spondiloartropatiler

Abstract:0245

PP-129

SJÖGREN SENDROMU, SPONDİLARTRİT VE FMF BİRLİKTELİĞİ

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz², Hüseyin Semiz¹, Ahmet Karaarslan²

¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF); karın, akciğerler ve eklemlerin ağrılı inflamasyonu ve yineleyici yüksek ateş atakları ile karakterize bir hastalıktır. Sjögren sendromu, ekzokrin

bezlerin (tükürük, gözyaşı, vajinal salgılar, alt ve üst solunum yolu salgı bezleri gibi) öncelikle tutulduğu, sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastamızda FMF Sjögren ve SPA birlikteliğini rapor ettik.

Olgu: 21 yaşında bayan hasta ayak bileklerinde ve dizinde ağrı, şişlik şikayetlerinin olması üzerine Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sistemik sorgulamasında baş ağrısı, tekrarlayan karın ağrıları, üst ekstremitelerde ağrı, bel ağrısı ve sabah tutukluğu şikayetleri de mevcut. Fizik muayenesinde diz ve ayak bileklerinde hassasiyet mevcut, bilateral Fabere/Fadır pozitif olarak saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak saptandı. Yapılan laboratuvar tetkiklerde; CRP: 1,23 mg/dl(0-0,5 mg/dl), sedimentasyon:48 mm/saat(normal 0-20), Hb:12,5gr/dl(10,8-14,9), WBC: 8300/uL(3040-9640/uL), kreatinin: 0,58 mg/dl(0,5-0,9 mg/dl), üre:16 mg/dl(0-38 mg/dl) ALT:16U/L(0-31 U/L), AST:17U/L(0-32 U/L), albumin: 4,2 g/dl(3,4-4,8 g/dl),TSH:1.29ng/dl (0,27-4,2 ng/dl), RF:8iu/ml (0-14 iu/ml), ANA:1:100 granüler, anti-CCP: 1,13ru/ml (pozitif >5ru/ml), C3:1,38g/l (0,9-1,8 g/l) C4:0,2 g/l (0,1-0,4 g/l). Hastada ANA pozitifliği olması üzerine ANA profil bakıldı ve SS-A: ++(yüksek pozitif), SS-B: negatif olarak saptandı. Diğer otoantikorlar negatif olarak izlendi. Ailesel Aldeniz Ateşi olabileceği düşünülerek yapılan AAA DNA dizi analizi sonucu hastanın MEFV geninin 10. ekzonunda bulunan M694V mutasyonunu ve 2. ekzonunda bulunan R202Q varyasyonunu heterozigot olarak saptandı. Schirmer testi yapıldı, 3 mm/5 mm olarak değerlendirildi. Çekilen sakroiliak eklem direk grafi ve MR'da bilateral sakroiliitis saptandı. Lateral kal kaneus grafisinde epin formasyonu izlendi. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular eşliğinde hastaya FMF, spondiloartrit, Sjögren sendromu tanıları konuldu. Hastaya NSAİİ, Kolşisin 1,5 mg/gün ile Hidroksiklorokin 200 mg/gün başlandı. Hastanın 2 ay sonraki poliklinik kontrolünde sedimentasyon yüksekliğinin devam ettiği, CRP yüksekliğinin gerilediği saptandı. Klinik olarak stabil olan ve genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: FMF, Sjögren ve spondiloartritlerin ortak özellikleri kronik, inflamatuvar hastalıklar olmalarıdır. Bu hastalıkların hepsinin birlikte olması ortak bir etyopatogenez mi, yoksa rastlantı mı, bilinmemektedir. Bu konuda yeni çalışmalar yapılmasına gerek vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren Sendromu, Spondilartrit, FMF

Spondiloartropatiler

Abstract:0247

PP-130

PSÖRİATİK ARTRİT VE SJÖGREN SENDROMU BİRLİKTELİĞİ

Şenol Kobak, Hatice Yılmaz

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Psoriatik artrit, spondilartropati grubu içinde yer alan, bir kronik, inflamatuvar hastalıktır. Sjögren sendromu, ekzokrin bez ve lokomotor sistem tutuluşu yapan, bir kronik otoimmün hastalık. Bu iki hastalığın birlikte görülmesi nadirdir. Bu bildiriye psoriatik artrit ve Sjögren sendromu birlikteliğini rapor ettik.

Olgu: Yaklaşık 10 yıldan beri psoriatik artrit tanısı ile takipte olan 58 yaşında, erkek hasta, ağız ve göz kuruluğu, artralji ve sabah

tutukluğu şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde tip 2 DM ve HT mevcut. Sistemik sorgulamasında halsizlik, ağız ve göz kuruluğu, sık idrar çıkma, el ve ayaklarında uyuşma şikayetleri de mevcuttu. Fizik muayenesinde tırnaklarında, her iki dirsek ve dizinde psöriazis ile uyumlu deri lezyonları mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; KCFT, BFT, R.İdrar normal olarak saptandı. Akut faz reaktanları bakıldı; CRP: 0,4 mg/dl (normal 0-0.5mg/dl), ESH: 18 mm/saat olarak saptandı. Serolojik tetkiklerde; ANA:1/100 granüler, anti-CCP: 1,34 ru/ml (normal 0-5 ru/ml), RF:pozitif olarak saptandı. İmmunoblot yöntemi ile bakılan ANA profil'de;SS-A: +++(yüksek pozitif), SS-B: negatif, Ro-52: +++(yüksek pozitif) olarak değerlendirildi. HLA-B27 negatif olarak saptandı. Göz konsültasyonu yapıldı; Shirmer testi:4/4mm olarak saptandı. Dudak biopsi sonucu Chisholm grade 3 olarak rapor edildi.Radyolojik tetkiklerde; el ve el bilek grafisi, akciğer grafisi normal olarak rapor edildi. Sakroiliak eklem grafide sol sakroiliak eklemde hafif derecede sklerotik görünüm bulundu. El ve ayak uyuşma şikayetleri için çekilen EMG'de DM bağlı miks polinöröpati saptandı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular eşliğinde hastaya psöriatik artrit ve Avrupa-Amerika Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre primer Sjögren sendromu tanıları konuldu. Hastaya NSAİİ ile hidroklorokin 200 mg/gün ve göz yaşı damlaları başlandı. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Bu bildiri, literatürde nadir görülen psöriatik artrit ve primer Sjögren sendromu birlikteliğini rapor ettik. Bu iki hastalığın ortak bir etiopatogenezin varlığını ortaya koymak için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, Sjögren Sendromu, birlikteliği

Romatoid Artrit

Abstract:0249

PP-131

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA AKCİĞER ADENOKARSİNOMU

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz¹, Hüseyin Semiz¹, Fidan Sever²

¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

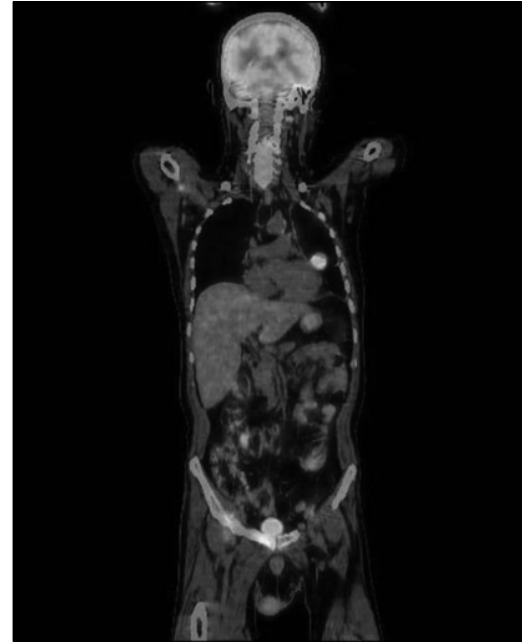
Giriş: Romatoid artrit, öncelikle el bilek, MKF,PİF eklemleri tutabilen, erozyon ve destruksiyon yapabilen bir kronik, inflamatuvar hastalık. Hastalık seyri esnasında, sekonder malignite gelişimi literatürde rapor edilmiştir. Bu bildiri, uzun yıllar RA tanısı ile takipte olan hastamızda, akciğer adenokarsinom tespit ettik.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta, artralji, el parmak eklemlerinde ağrı, sırt ve diz ağrıları şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Ayrıca öksürük ve nefes darlığı şikayetleri mevcut. 4 yıl önce romatoid artrit tanısı konulmuş, bu sebeble MTX 15mg/hafta, KS 4mg/gün, Plaquenil 200mg/gün kullanmakta. 30 yıldır sigara öyküsü mevcut. Yapılan fizik muayenesinde her iki el bilekte hassasiyet, hareket kısıtlılığı, her iki dirsekte fleksiyon kontraktür, her iki dirsekte romatoid nodülle uyumlu nodülleri mevcut. Diğer sistem muayeneleri normal olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde KCFT ve BFT normal olarak saptandı. Akut faz reaktanları bakıldı; CRP:37mg/dl (normal 0-0.5mg/dl), ESH: 74 mm/saat (normal 0-20 mm/saat) olarak saptandı. Serolojik testlerde;

RF: 203 iu/ml (normal 0-14 iu/ml), ANA:negatif, anti-CCP antikor: 130 ru/ml (normal 0-5) olarak saptandı. Hemogramda kronik hastalık anemisi ile uyumlu bulgular mevcuttu. Rutin idrar tetkiki normal, hepatit markerları negatif olarak saptandı. Çekilen AC grafide kuşukulu, santimetrik boyutlu, parankimal lezyon saptandı. Toraks BT'de sol AC linguler segmentte kitle saptandı. Göğüs hastalıkları uzmanı ile konsülte edildi, PET CT önerildi. Çekilen 18F-FDG PET-CT'de sol akciğer linguler segmentte izlenen yaklaşık 3x2 cm boyutlarında plevrada çekinti oluşturan düzensiz konturlu hipermetabolik kitle lezyonu primer akciğer malignitesi ile, karaciğer ve kemikte tanımlanan lezyonlar metastaz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Kesin tanı ve doku tipi tayini amacıyla histopatolojik inceleme önerildi. Alınan AC biopsinin histopatolojik incelemesinde, adenokarsinom tespit edildi. Medikal onkoloji ile görüşülen hasta, ileri tetkik ve tedavi için yönlendirildi.

Sonuç: Romatoid artrit, bir multisistemik, kronik inflamatuvar hastalık. Hastalık seyri esnasında, RA ve malignite ilişkisi iyi tanımlanmış ve farklı yayınlarda rapor edilmiştir. Farklı hipotezler sunulmakla beraber, hastalığın ağır seyretmesi, antikor pozitifliği yanısıra, kullanılan ilaçlarla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca anti-TNF-alfa kullanımı ile malignite gelişmesi bildirilmiştir. Bizim olgumuzda, biyolojik ilaç kullanmaksızın, hastalık seyri esnasında akciğer karsinom gelişmesini rapor ettik. Bu sadece bir tesadüf mü (sigara öyküsü de var), yoksa hastalığın bir komplikasyonu mu sorusu gündemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Adenokarsinom



Şekil 1. PET-CT'de sol akciğerde aktivite gösteren kitle

Spondiloartropatiler

Abstract:0250

PP-132

ROMATOİD ARTRİTLİ VE ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA ADALİMUMAB VE İNFLİKSİMAB KULLANIMININ SERUM İNFLAMATUVAR BELİRTEÇLERİ VE MATRİKS METALLOPROTEİNAZ-3 DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Sibel serin¹, Yıldız Okuturlar², Ertuğrul Zencirci³, Duygu Kurtuluş⁴, Ayşe Gözkaman², Belkis Nihan Coşkun², Vehbi Yağız¹, Kamil Dilek²¹Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği İstanbul²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa³Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği İstanbul⁴Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği İstanbul

Amaç: Romatoid Artrit (RA) ve Ankilozan spondilitli (AS) hastalarda, Adalimumab (ADA) ve İnfliksimab (İNFİ) kullanımı ile elde edilen etkinliğin eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C reaktif protein (CRP) ve matriks metalloproteinaz-3 (MMP-3) yönünden karşılaştırılması amaçlandı.

Metod: Çalışmaya, 16'sı RA ve 15'i AS toplam 31 hasta alındı. RA'li hastaların yarısına ADA, diğer yarısına İNFİ, AS'li hastalardan 7'sine ADA 8'ine İNFİ randomize olarak uygulandı. Hastaların 0., 1., 4. ve 12. haftalarda kan örnekleri alındı. ESH ve CRP kontrollerle eş zamanlı olarak çalışıldı. MMP-3 ölçümleri için serumlar -20 °C'de takip sonunda çalışılmak üzere saklandı.

Bulgular: ESH ve CRP'ye göre yapılan karşılaştırmada RA ve AS'de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (>0,05). MMP-3, her iki hastalıkta, her iki ilaç grubunda ESH ve CRP'ye benzer bir seyir gösterdi. Bununla birlikte MMP-3 özellikle AS'de ADA grubunda İNFİ grubuna göre anlamlı olarak daha fazla baskılandı (<0,05).

Sonuç: MMP-3'ün AS'de ADA grubunda İNFİ grubuna göre anlamlı olarak daha fazla baskılanması ile AS'de ADA'nın etkinliğinin İNFİ'dan daha iyi olduğu söylenebilir. MMP-3 kronik inflamatuvar artritlerin hastalık aktivitesini belirlemede ve tedaviye yanıtın takibinde sitokinlere göre daha kararlı bir belirteç olabilir. Bu yönde çok sayıda hastanın yer alacağı benzer çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, İnfliksimab, MMP-3

Tablo 1. AS laboratuvar değerlerinin yüzde değişimleri ve Man Whitney U testi sonuçları

	0-1 hafta	0-4 hafta	0-12 hafta
ESH mm/h	ADA:-0,32±0,22 İNFİ:-0,58±0,35 Mwu:>0.05	ADA:-0,75±0,14 İNFİ:-0,76±0,27 Mwu:>0.05	ADA:-0,85±0,06 İNFİ:-0,71±0,29 Mwu:>0.05
CRP mg/dl	ADA:-0,79±0,09 İNFİ:-0,76±0,22 Mwu:>0.05	ADA:-0,79±0,15 İNFİ:-0,84±0,09 Mwu:>0.05	ADA:-0,89±0,05 İNFİ:-0,80±0,15 Mwu:>0.05
MMP-3 ng/ml	ADA:-0,21±0,32 İNFİ:-0,04±0,35 Mwu:>0.05	ADA:-0,47±0,33 İNFİ:-0,01±0,85 Mwu:>0.05	ADA:-0,52±0,71 İNFİ:-0,16±0,60 Mwu=0.04

Romatoid Artrit

Abstract:0251

PP-133

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA BAZOSELÜLER KARSİNOM

Şenol Kobak, Hatice Yılmaz, Hüseyin Semiz

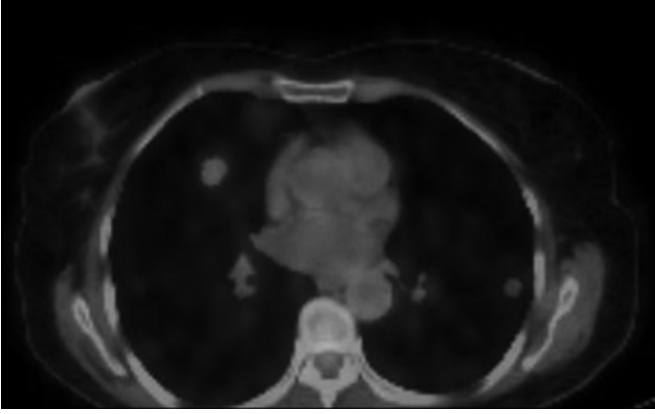
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Romatoid artrit, en sık karşılaşılan inflamatuvar romatizmal hastalıktır. Sıklıkla eklemleri tutar ve kalıcı eklem hasarına yol açar. Romatoid artritli hastalarda malignite riski arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu bildiride Romatoid artritli hastamızda bazoselüler karsinom gelişimini rapor ettik.

Olgu: Yaklaşık 25 yıldan beri RA tanısı ile takipte olan 75 yaşında bayan hasta, burun bölgesinde çıkan deri lezyonları nedeniyle Dermatoloji hekimine başvurmuş. 4 ay boyunca lokal kortikosteroid kullanmasına rağmen deri lezyonunda gerileme olmayınca biopsi yapılmış ve bazoselüler karsinom tanısı konulmuş. Takip önerilmiş. Lokomotor sistem şikayetleri ile başvurdu. Sorgulamasında; MTX 15mg/gün, KS 4mg/gün almaktaydı. Fizik muayenesinde sol diz popliteal fossada Baker kisti, her iki dizde krepitasyonlar mevcuttur. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 0,37 mg/dl(0-0,5 mg/dl), sedimentasyon: 17 mm/saat (0-20), Hb: 12,2gr/dl(10,8-14,9), Plt: 283000/uL(150000-400000/uL), WBC: 6000/uL(3040-9640/uL), kreatinin: 0,62 mg/dl(0,5-0,9 mg/dl), üre: 28,6 mg/Dl(0-38 mg/dl) ALT: 15 U/L(0-31 U/L), AST: 23 U/L(0-32 U/L), albumin: 4,3 g/dl(3,4-4,8 g/dl) RF: 26 IU /ml(0-14 IU /ml) Hepatit markerleri: negatif, ANA: <1/100 negatif, anti-CCP: 200 ru/ml(0-5 ru/ml) olarak saptandı. Çekilen AC grafide şüpheli nodül saptandı. Toraks BT'de yaygın, metastaz ile uyumlu olabilecek nodüller rapor edildi. Öyküsünde bazoselüler karsinomu da olan hastanın, olası bir metastaz açısından araştırıldı. Göğüs hastalıkları ile konsülte edildi, PET-CT önerildi. Çekilen PET-CT'de akciğerde yaygın nodüllerin aktivite tuttuğu gözlemlendi, metastatik olabileceği rapor edildi ve histopatolojik verifikasyon önerildi. Transtorasik biopsi yapıldı, benign nodül, RA ile uyumlu olabileceğini söylendi. Methotrexate stoplandı, KS 4mg/gün ve Leflunomid 20mg/gün başlandı. Klinik takiplerinde 6.ayda çekilen kontrol toraks BT'de nodüllerde herhangi bir progresyon olmadığı, bazılarında ise gerileme olduğu gözlemlendi. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Romatoid artrit, etiyojisi bilinmeyen, bir kronik, inflamatuvar, destrüktif hastalıktır. Kanserise çok basamaklı ve uzun süreli genotipik ve fenotipik düzeyde bir süreçtir. RA seyri esnasında, RA ve malignite ilişkisi iyi tanımlanmış ve farklı yayınlarda rapor edilmiştir. Farklı hipotezler sunulmakla beraber, hastalığın ağır seyretmesi, antikor pozitifliği yanısıra, kullanılan ilaçlarla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca antiromatizmal ilaç kullanımı ile malignite gelişmesi bildirilmiştir. Bu konu hakkında detaylı araştırmalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Bazoselüler karsinom



Şekil 1. PET-CT'de akciğerde aktivite gösteren nodüller

Diğer

Abstract:0254

PP-134

SARKOİDOZ VE GRAVES HASTALIĞI BİRLİKTELİĞİ

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz¹, Fidan Sever², Muamer Karadeniz³¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir³Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı, İzmir

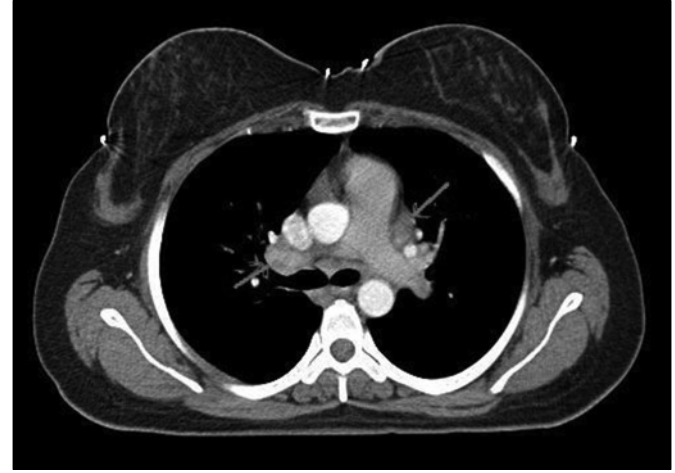
Giriş: Sarkoidoz, non-kazeifiye granülom formasyonları ile karakterize, nedeni bilinmeyen, kronik, inflamatuvar hastalıktır. Bilateral hiler lenfadenopati, deri lezyonları, göz tutuluşu ve lokomotor sistem bulguları ile prezante olabilmektedir. Nadir de olsa, tiroid bez tutulumu da olabilmektedir. Graves hastalığı, bir kronik otoimmün hastalıktır. Bu hastalıkların birlikte görülmesi nadir bir antitedir. Bu bildiride sarkoidoz ve Graves hastalığı birlikteliğini rapor ettik.

Olgu: 35 yaşında bayan hasta, ayak bilek ağrı ve şişlik, sabah tutukluğu, halsizlik, çarpıntı şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ ayak bilek artrit bulguları, tiroid bezinde büyüme, palpasyonda hassasiyet, auskültasyonda taşikardi tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde; K-CFT, BFT, Rutin idrar ve hemogram normal olarak saptandı. Tiroid fonksiyon testlerinde; Serbest T3: 14,27 pg/ml (2-4,4 pg/ml), serbest T4: 5,25 ng/dl (0,93-1,7 ng/dl), TSH: 0,01 ng/dl (0,27-4,2 ng/dl), anti-tiroglobulin: 164,7 IU/ml (0-115 IU/ml), anti-TPO: 7,10 IU/ml (0-34 IU/ml), TSH reseptör antikor: 12,77 IU/L (normal < 1,22 IU/L) olarak saptandı. Akut faz reaktanları; CRP: 0,48 mg/dl (normal 0-0,5 mg/dl), ESH: 13 mm/saat (normal 0-20 mm/saat) olarak bulundu. Serolojik testlerde; ANA, anti-CCP, RF negatif olarak saptandı. Çekilen AC grafide hiler dolgunluk saptandı. Toraks BT'de mediastinal ve bilateral hiler LAP, sağ akciğer üst lob apikoposterior, alt lob apikal, sol akciğer üst lob mediaolateral alt lob apikal ve inferior medialde nodüler infiltratif değişiklikler, buzlu cam dansitesi ve perilenfatik mikronodüller izlendi (Şekil 1). Bulgular evre 2 sarkoidoz ile uyumlu idi. Çekilen transtorasik ekokardiyografisi normal olarak izlendi. Çekilen tiroid USG'de tiroid bez boyutları artmış, tiroid glandi parankimi heterojen ve kabalaşmış, görünüm Graves hastalığı ile uyumlu olarak izlendi. Nodül oluşumu saptanmadı. Hasta endokrinoloji ile konsülte edildi. Çekilen

tiroid sintigrafisinde diffüz olarak radyoaktif iyot tutulumu saptandı. Hastaya klinik, laboratuvar ve radyolojik veriler eşliğinde Graves hastalığı tanısı konuldu. Hastaya propiltiyousil başlandı. Hastanın klinik takiplerinin 6. ayında tiroid fonksiyon testlerinin normale geldiği ve şikayetlerinin gerilediği izlendi. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Literatürde tiroid tutulumu yapan sarkoidoz olgular bildirilmiştir. Sarkoidoz ve Graves hastalığının birlikte görülmesi çok nadirdir. Her iki hastalığın kronik, inflamatuvar olması, ortak bir etiopatogenezi ve/veya tesadüf eseri olabileceği akla getirmektedir. Yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Graves hastalığı, birlikteliği



Şekil 1. Toraks BT'de bilateral hiler ve mediastinal LAP

Diğer

Abstract:0256

PP-135

ORBİTAL PSÖDOTÜMÖR İLE BAŞLAYAN SARKOİDOZ OLGUSU

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz¹, Aziz Serkan Topaloğlu², Güray Öncel³, Fidan Sever⁴¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir³Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir⁴Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sarkoidoz, birçok doku ve organları tutabilen ve nedeni tam olarak bilinmeyen, non-kazeifiye granülom reaksiyonu ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Sarkoidozda göz tutulumu % 25-60 oranında bildirilmiştir.

Olgu: Yirmi dört yaşında bayan hasta, her iki ayak bilek ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı, kuru öksürük, eritema nodosum ve sol üst göz kapağı şişliği ile kliniğimize başvurdu. Sorgulamasında daha önce de eklem ağrıları ve eritema nodosum şikayetleri olduğunu, fakat son 3 aydan beri şikayetlerinin artması ve sol göz kapağı şişmesi üzerine başvurduğunu söylüyor. Fizik muayenesinde her iki ayak bilek eklemlerde sinovit, pretibial bölgede eritema nodosum deri lezyonları, sol göz kapağında şişlik tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde; sedimentasyon: 48 mm/h, C-reaktif protein: 5,2 mg/dl (normal 0-5 mg/dl), RF: N, ANA: N, Anti-CCP, ANCA negatif olarak saptandı. Rutin idrar, TFT, KCFT ve BFT normal idi.

Diğer

Abstract:0258

PP-136

LENFÖDEM İLE BAŞVURAN SARKOİDOZ OLGUSU

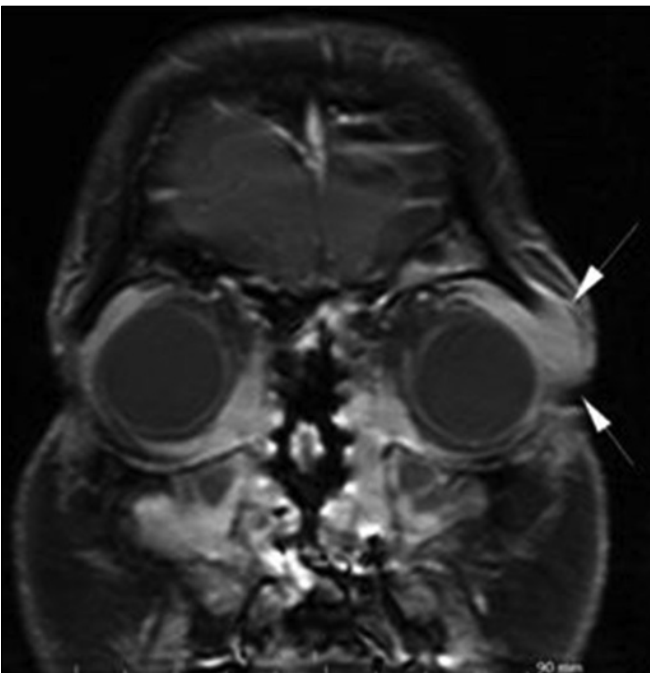
Şenol Kobak, Hatice Yılmaz, Yasin Göksu

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Batın USG normal idi. Çekilen AC grafide bilateral hiler dolgunluk saptandı. Toraks BT'de en büyüğü 2cm olan bilateral hiler lenfadenopatiler saptandı(Şekil 1). Serum ACE düzeyi bakıldı, 118mg/dl(normal <56mg/dl) olarak saptandı. Serum calcium ve hidroksi D3 vitamini normal idi. Göğüs hastalıkları uzmanı tarafından hiler LAP'dan EBUS biopsi yapıldı, non-kazeifiye granülomlar sarkoidoz ile uyumlu idi. Göz şişliği nedeniyle Göz hekimi konsültasyonu yapıldı. Yapılan göz muayenesinde sol üst göz kapağının 1/3 dış kısmında şişlik olduğu gözlemlendi. Bu şişliğe cilt üzerinde kırmızılık eşlik etmiyordu. Palpasyon ile muayenesinde kitlenin çevre dokulardan ayırt edilebilen, mobil kitle olduğu saptandı. Fundus muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Orbita MR'ında sol orbitanın üst temporalinde lakrimal bezdeki büyümeye kemik destrüksiyonunun eşlik etmediği izlendi(Şekil 2). Sağ lakrimal bez doğaldı. Sol lakrimal bezdeki inflamatuvar reaksiyon sarkoidoz hastalığının bir parçası olarak değerlendirildi. Sarkoidoz tanısı EBUS biyopsi ile konulan hastamıza lakrimal bez biyopsisi yapılmadı. Hastaya 1mg/kg/gün p.o. kortikosteroid tedavisi başlandı. Tedavisinin İlk ayında haftalık kontroller yapılması planlandı, klinik iyileşme gözlenmez ise lakrimal bez biyopsisi yapılması düşünüldü. Tedavinin 3.ayında kontrole geldiğinde lokomotor sistem şikayetlerin olmadığı, laboratuvar değerleri (ESH, CRP) de normale geldiği görüldü. Göz muayenesinde ise kitlenin belirgin bir şekilde küçüldüğü gözlemlendi. Tedavinin 6. ayında çekilen orbita MR'ında her iki lakrimal bez normal sınırlarda, toraks BT'de ise hiler lenfadenopatilerde belirgin regresyon gözlemlendi. Oral kortikosteroid dozu daha uzun zamana yayılarak azaltılması şeklinde düzenlenen hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Bizim olgumuz, 24 yaşında bayan hasta olup, literatürde bugüne kadar rapor edilmiş en genç orbital sarkoidoz olgusu özelliğini taşımaktadır. Orbital tümör ile başvuran bir olguda, sarkoidoz düşünülmelidir ve sistemik tutuluşu açısından araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, orbital psödötümör



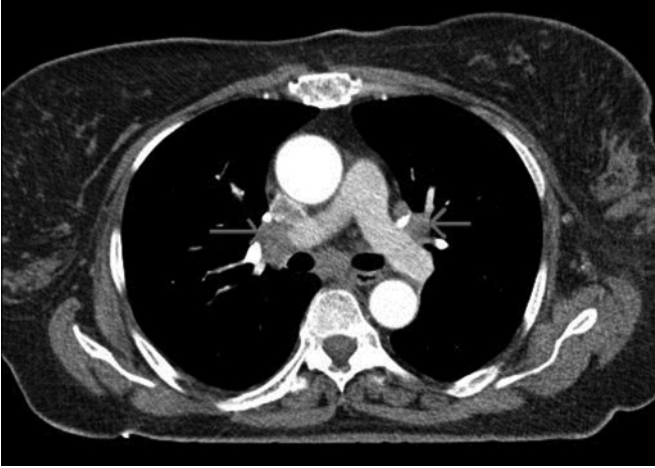
Şekil 1. Orbital MR'da sol orbitada psödötümör görüntüsü

Giriş: Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen, kazeifiye olmayan granülom ile seyreden bir kronik, inflamatuvar hastalık. Sıklıkla akciğer, deri, göz ve lokomotor sistem tutuluşu yapmaktadır. Granümatöz lenfadenit yapan en önemli sebeplerinden birisidir. Bu bildiride, sol ayak lenfödem ile başvuran bir sarkoidozlu olguyu rapor ettik.

Olgu: 50 yaşında bayan hasta, sol ayak yaygın ödem, her iki ayak bilek eklemine ağrı ve şişlik, inflamatuvar tipte bel ağrı şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol ayakta yaygın ödem, sol inguinal bölgede yaygın lenfadenopatiler, boyun hareketlerinde ve kalça hareketlerinde kısıtlılık, bilateral Fabere/Fadır pozitifliği saptandı. Alt ekstremitelerde sol femur ve tibia bölgesinde sağ tarafla kıyaslandığında çap farkı mevcuttu. Yaklaşık 4-5 aydan beri yıldan beri inguinal lenfadenopati nedeniyle tetkik ediliyormuş. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; akut faz yanıt yüksekliği, serum calcium ve ACE yüksekliği, kronik hastalık anemisi saptandı. Tümör markırları normal idi. Batın USG normal olarak değerlendirildi. İnguinal bölge yumuşak doku USG'de sol tarafta yaygın konglomere lenfadenopatiler saptandı. Çekilen toraks BT'de bilateral hiler ve mediastinal LAP saptandı. Sağ akciğer posterobazal segmentte çizgisel tarzda sekel fibrotik bantlar izlendi. Çekilen lateral kalkaneus grafisi normal sınırlarda saptanırken, sakroiliak eklem grafisinde bilateral eklem aralığında ileri derece daralma ve skleroz bulguları, bilateral sakroiliitis ile uyumlu idi. Çekilen sakroiliak eklem MR'da aktif lezyonlar yanısıra, kronik sakroilit ile uyumlu olarak rapor edildi. Yapılan genetik tetkiklerde HLA-B27 pozitif olarak saptandı. İnguinal bölge lenf düğümünden alınan biyopsi sonucu granümatöz lenfadenit, non-kazeifiye granülomlar ile uyumlu olarak rapor edildi. PPD negatif, ARB direk bakı ve biopsi doku örneklerinde M.tuberkülozis saptanmadı. Klinik, laboratuvar, histopatolojik ve radyolojik veriler eşliğinde hastaya sarkoidoz ve ankiroz spondilit tanıları konuldu ve 48 mg metilprednizolon başlandı.Klinik takiplerinde şikayetlerinin, alt ekstremitelerde ödem ve inguinal lenf nodlarının gerilediği izlendi. Kontrol sedimentasyon, CRP normal olarak saptandı. Kontrol amaçlı çekilen toraks BT'de mediastinal, hiler ve bilateral aksiler alandaki lenf nodlarında boyutsal regresyon izlendi. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Granümatöz lenfadenit, sarkoidozun önemli prezentasyonlarından birisidir. Konglomere olmuş lenf bezlerin basısı sonucunda farklı klinik bulgular ile ortaya çıkmaktadır. Bizim olgumuzda, alt ekstremitelerde lenfödem şikayetleri ile başvuran hastanın, yapılan klinik, laboratuvar, radyolojik ve histopatolojik tetkikler sonucu sarkoidoz tanısını aldı. Tedavi sonrası, belirgin regresyon gözlemlendi. Bası oluşturan periferik lenfadenopati ile başvuran olgularda, sarkoidoz akıld tutulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, lenfödem, prezentasyon



Şekil 1. Toraks BT'de bilateral hiler LAP

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0260

PP-137

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VE OSTEOİD OSTEOOMA BİRLİKTELİĞİ

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz¹, Yasin Göksu¹, Ahmet Karaarslan²¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Bilim Dalı, İzmir

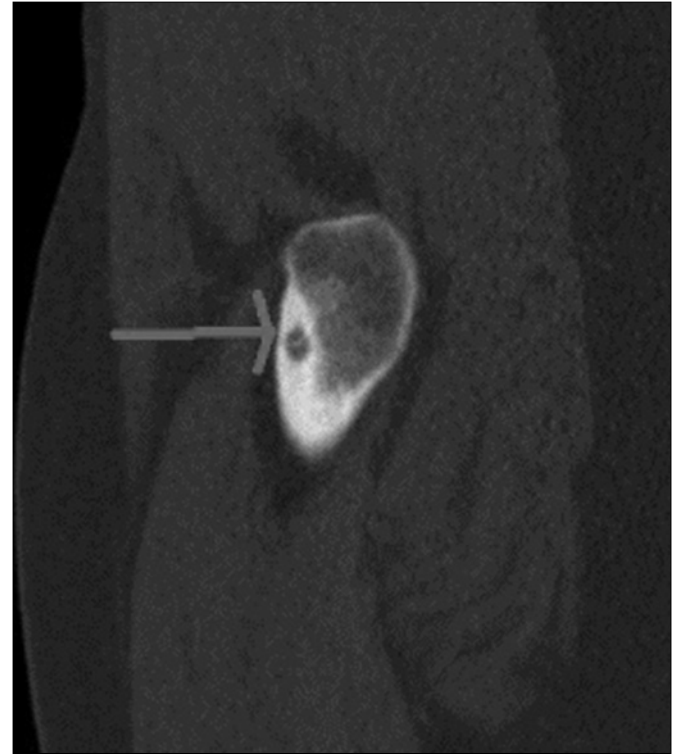
Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) bir sistemik otoimmün hastalıktır. Başta eklemler, cilt, akciğer, kalp ve böbrekler başta olmak üzere birçok organı etkilemektedir. Osteoid osteoma(OO), osteoblast kaynaklı, bir benign kemik tümörüdür. Genelde uzun kemikleri etkiler ve en önemli semptomu ağrıdır. Bu bildiride, SLE ve osteoid osteoma birlikteliğini rapor ettik.

Olgu: 17 yaşında bayan hasta, yaklaşık 2yıldan beri sol kalça ağrısı, alopesi, el bilek, MKF, PİF eklemlerinde ağrı ve sabah tutukluğu şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sorgulamasında şüpheli Raynaud tarif ediyor. Bilinen hastalığı ve kullandığı ilaç yok. Yapılan fizik muayenesinde sol kalça eklemdede hassasiyet ve kısıtlılık, el bilek, MKF, PİF eklemlerinde hassasiyet mevcut. Yapılan laboratuvar tetkiklerde; CRP:0.06 mg/dl(0-0,5 mg/dl), sedimentasyon:7 mm/saat(0-20), Hb:12,5gr/dl(10,8-14,9), WBC: 7800/uL(3040-9640/uL), kreatinin: 0,51mg/dl(0,5-0,9 mg/dl), üre:3 mg/Dl(0-38 mg/dl), ALT:18 U/L(0-31 U/L), AST:21 U/L(0-32 U/L), albumin:4,6 g/dl(3,4-4,8 g/dl), TSH:1.05ng/dl(0,27-4,2ng/dl), RF:7iu/ml (0-14 iu/ml), ANA 1:100 homojen+ granüler, anti-CCP: 0.71ru/ml (pozitif >5ru/ml), C3:0.7g/l (0,9-1,8 g/l), C4: 0,41 g/l (0,1-0,4 g/l). Rutin idrar tetkiki normal. Brucella aglütinasyon testleri negatif olarak saptandı. Hastada ANA pozitifliği olması üzerine immunoblot ile ANA profil bakıldı; anti-dsDNA yüksek pozitifliği saptandı. Diğer otoantikörler negatif idi. Çekilen sakroiliak eklem direk grafi ve MR normal olarak saptandı. Çekilen PA femur grafisinde sol trochanter majorde osteoid osteoma ile uyumlu olabilecek 8 x 5 mm boyutta etrafı sklerotik, nodüller lüsendansite değişikliği izlendi. Çekilen sol femur BT tetkikinde, solda trochanter majör

seviyesi lateral anteriorda, iyi sınırlı, santrali lüsen, çevresel kortikal hiperosteoz gösteren lezyon izlendi. Lüsen nidus içinde mm'rik kalsifik değişiklikler mevcut. Bulgular osteoid osteoma ile uyumlu olarak saptandı. Kemik sintigrafisi çekildi, sol femur proksimalinde trochanter majör lokalizasyonunda izlenen fokal özellikte kan akımı ve osteoblastik aktivite artışı öncelikle bu alanda lokalize primer kemik tümörünü (sintigrafik görünüm olarak öncelikle osteoid osteoma, daha düşük olasılıkla primer malign kemik tümörleri) desteklemektedir. Hasta ortopedi bölümü ile konsülte edildi ve opere edildi. Patolojik incelemesinde osteoid osteoma ile uyumlu olarak geldi. Hasta klinik, laboratuvar, radyolojik ve histopatolojik veriler eşliğinde sistemik lupus eritematozus ve osteoid osteoma tanıları ile Hidroksiklorokin 200mg/gün ve NSAİİ başlandı. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Sistemik lupus eritematozis deriyi de tutan kronik otoimmün bir hastalıktır. Fakat osteoid osteoma gelişimine neden olup olmadığı konusunda yeterli çalışma ve bilgi mevcut değildir. Bu birliktelik tamamen tesadüfi de olabilir ya da sistemik lupus eritematozis osteoid osteoma gelişimine neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: SLE, osteoid osteoma, birlikteliği



Şekil 1. Sol femur BT'de iyi sınırlı, santrali lüsen, çevresel kortikal hiperosteoz gösteren lezyon

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0263

PP-138

CHURG STRAUSS SENDROMU: OLGU SUNUMU**Ahmet Yıldırım¹, Servet Yolbaş¹, Barış Gündoğdu¹, Bedrettin Orhan², Süleyman Arslan², Turgut Karlıdağ³, Süleyman Serdar Koca¹**¹Firat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ²Firat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ³Firat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Churg-Strauss sendromu (CSS), orta ve küçük çaplı damarların eozinofilik infiltrasyonu ile karakterize granülomatöz nekrotizan bir vaskülitir (1,2). CSS multi-sistemik bir hastalıktır ve solunum yolları başta olmak üzere çoğu organlar etkilenirler (1-4).

Olgu: Altmış üç yaşındaki erkek hastada, son 1 haftadır, deriden kabarık döküntüler ve uyuşma yakınması gelişmiş. EMG[^]de nöropati olduğu belirtilmiş. Altı yıldır astım varmış. Fizik muayenede, palpabl purpura mevcuttu.

Laboratuvar parametrelerinde; lökosit:16.60 K/ul, eozinofil: 4.88 K/ul, eozinofil:% 29.3, ESH: 26 mm/h, CRP: 10.6 mg/L, RF: 85.3 IU/ml, ANA: Negatif, CCP: 25.6 IU/ml, ANCA-C: 4.8 IU/ml, ANCA P: 2.2 IU/ml, Total IgE: 1410 IU/ml. Her iki kulak orta meatusta nazal polipler olduğu saptandı. Döküntülerden biyopside, eozinofilik infiltrasyon görüldü. 1990 ACR'ye göre CSS tanısı konuldu (5).Hastaya 1mg/kg dozunda metilprednizolon, azatioprin 100 mg/gün başlandı. Olguda, tedavinin ilk haftasında klinik iyileşme gözlenmeye başlandı.

Tartışma: Eozinofili durumunda, nedene bağlı olmaksızın multisistemik bir tutulum gelişebilmekte ve hedef organlarda hasarlanma gelişebilmektedir. İlk tanımlandığı yıllarda astım, eozinofili ve nekrotizan vaskülit şeklinde belirtildiğinden, bu bulguların silik olduğu veya olmadığı durumlarda pek düşünülmemektedir. Oysa hastalığın değişik fenotiplerinin olabileceği belirtilmektedir (1-4). Olgumuzda astım, eozinofili, nöropati ve eozinofil infiltrasyon nedeniyle CSS düşünülmüştür. Olgumuzda MPO-ANCA'nın negatif olması ise bizi CSS'yi araştırmaktan uzaklaştırmamıştır. MPO-ANCA'nın hem tanı kriterleri içinde yer almaması, hem de negatifliğinin, CSS'nin değişik fenotipleri ile açıklanabileceği ileri sürülmüştür (1-6).

CSS'nin, hipereozinofilik sendrom (HES) ile karışabileceği belirtilmektedir (1-4,7). Her iki hastalıkta da hedef organlar çok benzer olmasına karşın CSS'de akciğer tutulumu ön plandadır ve HES'te pek görülmez. Bu nedenle astım tanısı, CSS tanısına yönelmemize neden olmuştur. Ek olarak HES'te görülen kalp tutulumu mevcut değildi.

Nörolojik belirtilerle seyreden oldukça fazla CSS olduğu gözlenir (8,9). Özellikle periferik nöropati varlığında CSS'den kuşkulunmalı ve eozinofil bakılmalıdır. Olgumuzda EMG'de nöropatinin saptanması, eozinofili ile birlikte değerlendirildiğinde CSS tanısına yaklaştırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Churg Strauss Sendromu

Diğer

Abstract:0264

PP-139

RİTUKSİMAB TEDAVİSİ ALAN ROMATOLOJİ HASTALARINDA İLAÇ ÖNCESİ VE SONRASINDA BEYİN KAN AKIMI DEĞİŞİKLİKLERİ**Uygar Utku¹, Gözde Yıldırım Çetin², Nurhan Atilla³**¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Romatoloji B.D.³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Rituksimab Tedavisi Alan Romatoloji Hastalarında İlaç Öncesi ve Sonrasında Beyin Kan Akımı Değişiklikleri

Giriş: Rituksimab bir monoklonal antikor olup malignitelerde ve otoimmün hastalıklarda kullanılan bir ilaçtır. Rituksimab tedavisi ile inflamasyon baskılanarak hastalık kontrol altına alınır. Çalışmamızda romatoloji hastalarında Rituksimab tedavisinin beyin kan akım hızı üzerine etkilerini transkraniyal Doppler ultrasonografik (TCD) inceleme ile araştırdık.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz Dahiliye-Romatoloji bölümüne ardı-sıra başvuran 20-65 yaş arası, romatolojik hastalığından dolayı zaten Rituksimab tedavisi alacak olan 7 hasta (2 hasta: Romatoid artrit sekonder interstisyel akciğer tutulumu, 3 hasta sistemik lupus eritematozus ve lupus nefriti, 2 hasta skleroderma ve sekonder interstisyel akciğer hastalığı) çalışmaya dahil edildi. Rituksimab tedavisinden önce ve tedaviden 6 ay sonra hastalar değerlendirildi. TCD; Nöroloji-Nörosonoloji bölümünce kör olarak, bilateral orta serebral arter (MCA) pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları, Gosling pulsatilite indeks değeri ve Pourcelot rezistans indeks değeri kaydedilerek yapıldı. Değerler birbirleri ile kıyaslandı.

Sonuçlar: 7 hastanın 6'sı kadın, 1'i erkekti. Yaş ortalaması 52,3±4,7 tespit edildi. TCD değerleri; Rituksimab tedavisi öncesi ve sonrası olarak kıyaslandığında, tedavi sonrasında pik-sistolik, end-diyastolik ve ortalama kan akım hızları anlamlı derecede düşük bulundu.

Tartışma: İnflamasyon aterosklerozun patogenezi ve prognozunda önemli bir role sahiptir. Bu hastalarda özellikle IL-6, TNF-alfa ve CRP gibi inflamatuvar belirteçler yüksek düzeyde bulunmaktadır. Bu hastalardatedavi öncesinde beyin kan akım hızlarının anlamlı derecede artmış olmasının altında yatan mekanizmanın aterosklerozdan kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Yüksek olan beyin kan akım hızının Rituksimab tedavisi sonrası altıncı ayda düşmesinin inflamasyonun azalmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab tedavisi, inflamasyon, beyin kan akım hızı

Tablo 1. Rituksimab tedavisi öncesi ve tedaviden 6 ay sonraki TCD verilerinin karşılaştırılması.

	<i>Rtx tedavisinden önce (ortalama±SD)</i>	<i>Rtx tedavisinden 6 ay sonra (ortalama±SD)</i>	<i>p</i>
L-pik-sistolik KAH	168,7±6,8	96,57±4,89	<0,001
L-end-diyastolik KAH	62,4±11,6	35,85±4,33	<0,001
L-ortalama KAH	106±8,83	58,7±6,89	<0,001
L-PI	0,87±0,09	0,81±0,06	0,22
L-RI	0,61±0,03	0,6±0,0	0,33
R-pik-sistolik KAH	157±7,2	97,42±11,2	<0,001
R-end-diyastolik KAH	65,7±14,6	34,8±13,8	0,002
R-ortalama KAH	97,7±16,45	62,8±10,9	0,001
R-PI	0,9±0,08	0,8±0,08	0,06
R-RI	0,6±0,0	0,55±0,05	0,06

*Rtx: rituksimab, L: sol, R: sağ, PI: pulsatile indeks, RI: rezistans indeks, KAH: kan akım hızı

Diğer

Abstract:0265

PP-140

OLGU SUNUMU: TEKRARLAYAN POLİKONDRİT

Ahmet Yıldırım¹, Servet Yolbaş¹, Barış Gündoğdu¹, Sibel Oyucu Orhan², Turgay Yılmaz², Turgut Karlıdağ³, Süleyman Serdar Koca¹

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

³Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Tekrarlayan polikondrit (TP), kıkırdak dokuların tekrarlayan inflamasyonu ile karakterize, kronik otoimmün bir hastalıktır. Oldukça nadir görülmektedir. Prevalansı 0.45/milyon, kadın-erkek tutulumu eşit ve 40-50 yaş aralığında daha siktir (1-3).

Olgu: Elli iki yaşındaki kadın olgunun 10 yıldır her iki kulak sayvanında tekrarlayan kızarıklık ve şişlik atakları oluyormuş. Son 15 gündür kulak sayvanındaki kızarıklık ve şişlikte artış olmuş ve kendiliğinden geçmemiş. Her iki kulağında yaklaşık 1 yıldır işitme azlığı belirtiyor. Halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve nefes darlığı gibi yapısal semptomlar belirten olgunun, uzun süredir küçük eklemlerinde tutukluk ve yaygın ağrıları oluyormuş. Üç yıldır astım hastalığı varmış.

Fizik muayenesinde, TA: 120/70 mm/Hg ve nabız: 77/dk bulundu. Her iki akciğer sahalarında raller ve ronküsler saptandı. Her iki kulak sayvanında kızarıklık bulundu. Burun kökünde basıklık mevcuttu (Şekil 1).

Laboratuvar parametreleri: ESH: 11 mm/h, CRP: 3.45 mg/L, lökosit:6.8 K/ul, AKŞ 96 mg/dl, üre: 27 mg/dl, kreatinin: 0.64 mg/dl, AST: 20 U/L, ALT: 23 U/L, albumin: 4.4 gr/dl, RF: 10 IU/ml, ANA: Negatif saptandı.

Olguya Modifiye Mc Adam tanı kriterleri'ne göre tekrarlayan polikondrit tanısı konuldu (4). Üç gün pulse 40 mg

metiprednizolon sonrasında 24 mg/gün oral tedaviye devam edildi ve metotreksat 15 mg/hafta eklendi.

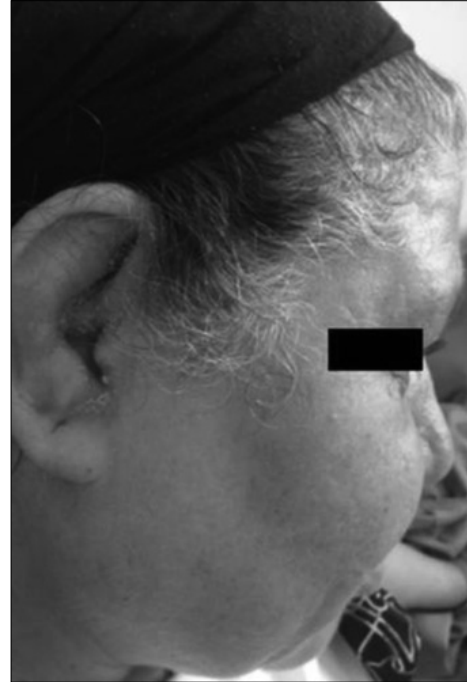
Tartışma: TP'de en sık kulak sayvanı tutulurken, ikinci sıklıkta burun kıkırdığı etkilenir. Kulak kepçesinde ani başlangıçlı, kendiliğinden gerileyen hassasiyet ve kızarıklık gözlenir. Ancak inflamasyon ataklar halinde tekrar eder ve ileride kıkırdak yapılarında harabiyet gelişir. Sonuçta kıkırdak dokularında yıkıma bağlı kulak sayvanında yumuşama ve burunda çökmeye bağlı semer burun görünümü gelişebilir (1-3). Olgumuzda, TP'ye bağlı kulak lezyonları ve burun kökünde basıklık vardı.

TP'de, trakeal kıkırdakların çökmesine bağlı yaşamsal tehlike gelişebilmektedir. Ayrıca akciğerlerde tedaviye dirençli enfeksiyon artmıştır (5). Olgumuzda antibiyotik tedavisine yeterince yanıt alınamayan enfeksiyon vardı.

TP'de sıklıkla sklerit veya episklerit şeklinde göz tutulumu gözlenirken, konjonktivit, keratit, ya da üveitte gelişebilmektedir (6). Bu durum ise kırmızı göz olarak adlandırılır. Olgumuzda kırmızı göz bulguları yoktu.

Glukokortikoidler, azathioprin, siklosporin, metotreksat ve mikofenolat mofetil kullanılan ilaçlardır. Yaşamı tehdit eden durumlarda ise siklofosamid kullanılabilir. Bu tedavilere yanıtız olgularda, biyolojik ajanlar da denenmektedir (7). Olgumuzda ise steroid ile metotreksat yeterli olmuştur ve klinik izlem devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan Polikondrit



Şekil 1. Olgunun kulak lezyonları ve burun kökünde basıklık.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0268

PP-141

SİSTEMİK SKLEROZ TEDAVİSİNDE KEMİK İLİĞİ NAKLI

N. Şule Yaşar Bilge¹, Zafer Gülbaş²¹Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Bölümü, Eskişehir²Anadolu Sağlık Merkezi, İç Hastalıkları-Hematoloji Bölümü, Kemik İliği Nakli Ünitesi, Gebze, İstanbul

Gerekeç: Sistemik skleroz (SSc) multisistem tutulumu ile giden otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. CREST sendromu (kalsinozis, Raynaud fenomeni, özefajial dismotilite, sklerodakti, telenjektazi) SSc'un bir alt tipi olup burada kök hücre nakli yapılmış bir CREST sendromu hastasından bahsedilecektir.

Olgu: 43 yaşında bayan hasta 2006'da, yurtdışında CREST sendromu, ankilozan spondilit (AS) ve ürtikeryal vaskülit tanıları almış. Bel ağrısı, enteziti ve şiddetli cilt tutulumu olan hasta takipli olduğu merkezde metotreksat, siklofosamid ve rituksimab tedavileri almış ve kendisine olog kemik iliği nakli önerilmiştir.

Tedaviye yanıt alınamayan, yutma güçlüğü ve cilt tutulumu şikayetleri ön planda olan hastaya Mart 2011'de olog kök hücre nakli yapıldı. Klinik bulgularında tama yakın düzelme sağlanan hastanın izlemine devam edilmektedir.

Sonuç: CREST sendromu, ankilozan spondilit (AS) ve ürtikeryal vaskülit tanıları ile izlenen hasta ülkemizde olog kök hücre nakli ile tedavi edilen bilginiz dahilindeki ilk hastadır. Kök hücre nakli otoimmün hastalıkların tedavisinde umut vaat eden bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: CREST sendromu, kemik iliği nakli, Sistemik skleroz

Diğer

Abstract:0270

PP-142

SARKOİDOZ; ATİPİK PREZENTASYON

Duygu Tecer¹, Berivan Bitik², Hamit Küçük², Abdurrahman Tufan², Şeminur Haznedaroğlu², Mehmet Akif Öztürk², Berna Göker²¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

37 yaşında kadın hasta, 1 aydır süregelen ateş, artralji, anoreksi ve kilo kaybı şikayeti ile romatoloji kliniğimize başvurdu. Hasta öncesinde 7 gün süresince amoksisilin/klavulanat kullanmış, ancak şikayetleri progresif olarak artmış. Medikal özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde, sol omuzunda, sol dirseğinde, sağ el bileğinde ve bilateral dizlerinde aktif artriti vardı. Hemogramında pansitopeni mevcuttu. Serum ALT, AST, ALP, BUN, Kreatinin düzeyleri normal sınırlardaydı. RF, Anti CCP, Anti ds DNA, Anti SSA ve Anti SSB negatifti. Kompleman düzeyi normaldi. Direk Coombs testi pozitif. Brucella, CMV, EBV ve Parvovirus B19 için bakılan serolojik testler negatifti. PA Akciğer Grafisi normaldi. Periferik yaymasında atipik hücre yada blast saptanmadı. Kemik iliği biyopsisi uygulanan hastada çok

sayıda nonkazeifiye epitelooid granuloma saptandı. Kemik iliği materyalinin mikobakteri kültüründe, histopatolojisinde ve PCR'da patoloji saptanmadı. Lösemik yada lenfoid infiltrasyon yoktu. Hastaya sarkoidoz tanısı konuldu ve 60 mg/gün prednisonolon tedavisi 4 hafta süresince verildi, sonrasında doz 30 mg/gün'e düşürüldü. Steroid tedavisi ile hastanın pansitopenisi ve klinik durumu tam olarak düzeldi. Sarkoidozun en sık presentasyonu hiler lenfadenopati olmasına rağmen, ekstratorasik hastalık manifestasyonları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, pansitopeni

Spondiloartropatiler

Abstract:0272

PP-143

ANKILOZAN SPONDİLİTTE RADYOGRAFİK HASARIN YORUMLANMASI: "MODİFİYE STOKE ANKYLOSİNG SPONDYLİTİS SPİNE SCORE"UNUN GÜVENİLİRLİĞİNİN FARKLI İSTATİSTİKSEL METOTLARLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Sibel Zehra Aydın¹, Esen Kasapoğlu Günal², Esra Kurum³, Servet Akar⁴, Halit Eyyup Mungan⁵, Fatma Alibaz Öner⁶, Pamir Atagündüz⁶, Walter Maksymowych⁷¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, İstanbul²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, İstanbul³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik, İstanbul⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, İzmir⁵İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye, İstanbul⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji, İstanbul⁷Alberta Heritage Foundation for Medical Research, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada

Giriş: Direk grafi ankilozan spondilite (AS) hasarın değerlendirilmesinde kullanılan ana metottur. Bu amaçla en sık Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (mSASSS) kullanılmaktadır. 0-72 arasında değişen ve hastaların bu aralıkta homojen dağılmadığı bu skorlamanın tekrarlanabilirliği intraclass coefficient (ICC) yöntemi ile test edildiğinde mSASSS'in alt bulgularının tekrarlanabilirliği ölçülememektedir. Literatürde AS'de mSASSS'ta yıllık progresyonun 1.3 civarında olduğunu söylenmekte, ilaç çalışmalarında ise her 1-2 birimlik artış progresyon olarak tanımlanmaktadır. Biz bu çalışmada farklı istatistik yöntemleri ile mSASSS'in tekrarlanabilirliğinin değişip değişmediğini, 1 birimlik artışın progresyon kabul edildiği gözönünde bulundurulmuş araştırmacıların özellikle skor 1 bulgularını benzer oranda tespit edip etmediğini araştırmayı hedefledik.

Metod: Araştırma için "Spondyloarthritis Radiography" (SPAR) modülü kullanıldı. Bu alanda daha önce de araştırmaları olan 4 araştırmacı standardizasyon egzersizini takiben 34 hastanın 2 yıl ara ile çekilmiş 68 servikal ve lomber lateral grafilerini mSASSS bulguları için değerlendirdi (skor 1: skleroz, erozyon ve kareleşme; 2: sindezmoz; 3: ankiloz). Total mSASSS için güvenilirlik 4 araştırmacının 2 altın standard ile karşılaştırmalı ICC değerlerinin hesaplanması ile bulundu. 1632 vertebra köşesinde her bir lezyon için ayrı ayrı uyum analizleri kappa yöntemi ve lezyonların düşük sıklıkta saptanması nedeni ile pozitif uyum oranları (her iki araştırmacının da lezyon saptadığı durumların analizi) hesaplanarak yapıldı.

Sonuçlar: ICC kullanılarak yapılan analizlerde tüm araştırmacıların toplam mSASSS için mükemmel uyuma sahip olduğu izlendi (0.858-0.948). Kappa analizi ile gösterilen uyum ise daha zayıftı (erozyon: 0.41-0.87; skleroz:0.525-0.736; kareleşme: 0.33-0.696). En iyi kappa değerleri sıklıkla ankiloz için elde edildi (0.624-0.889)

Pozitif uyum oranlarına bakıldığında ise bir lezyonun olup olmadığı konusunda uyumun çok daha düşük olduğu izlendi. Skor1 bulguları içinde 4 araştırmacının hiçbirisi altın standartlarla karşılaştırıldığında aynı vertebra köşesinde erozyon saptamamıştı (uyum %0). Skleroz için de pozitif uyum oranı düşüktü (% 0-15). Skor 1'ler içinde en iyi pozitif uyum oranı kareleşmede izlendi (araştırmacıların birisi için %59.7).Ankiloz en iyi pozitif uyum oranına sahip bulgu idi (%66.1-89.6). İki altın standart kendi içinde de karşılaştırıldığında yine pozitif uyum oranlarının skor 1'ler için benzer şekilde düşük olduğu izlendi (erozyon %0, skleroz %4.3; kareleşme %43.4)

Tartışma: Çalışmamız hem araştırmacıların, hem de altın standartların mSASSS'taki skor 1 bulgularını değerlendirmede ciddi uyumsuzluk gösterdiğini, ölçüm hatasının yüksek olduğunu göstermiştir. Standart olarak kullanılan ICC yöntemi mSASSS'ın tekrarlanabilirliğini olduğundan iyi gösteriyor olabilir ve ilaç çalışmalarında progresyon olarak kabul ettiğimiz değişikliklerin ölçüm hatasına bağlı olma riski yüksektir.

Anahtar Kelimeler: ankilozan spondilit, radyografik skorlama

Romatoid Artrit

Abstract:0273

PP-144

ROMATOİD VASKÜLİTLİ BİR OLGU

Sema Yılmaz¹, Mehmet Alper Karaman¹, Fatih Şahin²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Romatoid artritte görülen klinik bulguların çoğu küçük damar vaskülitleri ile ilişkilidir ve hastalar ülsere veya nekroze cilt bulguları ile gelebilir. Olgu: 48 yaşında kadın hasta sol ayak bileğinde yara ve ayak bileklerinde ağrı, ayaklarda uyuşma şikayeti ile başvurdu. Ayak bileğindeki yarası yaklaşık 15 gün önce kızarıklıkla beraber başlamış. Hasta 1996 yılında sol el 5. parmağında yara nedeni ile dış merkezde vaskülit tanısı ile damardan ilaç tedavisi verildiğini, tedaviye yanıt vermediği için amputasyon yapıldığını belirtti. Hasta yaklaşık 3 yıldır başka bir merkezde, romatoid artrit teşhisi ile başlanan subkutan metotreksat 10mg/hafta ve folik asit tedavisi kullanmaktaydı. İlaçlarını düzensiz kullandığını belirtti. Özgeçmişde periferik venöz yetmezlik ve hipertansiyon mevcuttu. Soygeçmişde anne lösemiden eksitus olmuştu. Sistem sorgulamasında ayaklarda uyuşma dışında özellik yoktu. Fizik muayenede sol ayak bileğinde lateral malleolden aşıl tendon üstüne kadar ülsere lezyonu dışında özellik yoktu. Rutin hemogram, biyokimya ve idrar tetkikinde patoloji saptanmayan hastanın CRP'si 46,5 mg/L, sedimentasyonu 39 m/h idi. Otoimmün testlerden ANA, ANCA ve RF testleri negatif olarak saptandı. 24 saatlik idrarda protein değerleri normal düzeylerde idi. Abdomen ultrasonografisi ve akciğer grafisi normaldi. Yaradan kültür alındı ve enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek intravenöz ampisilin başlandı.

Yara kültüründe stafylokok aureus üredi ve antibiyotik piperasilin-tazobaktam ile değiştirildi. Plastik cerrahi hekimi tarafından yara debridmanı yapıldı. Ortopedi bölümüne konsülte edilerek yapılan tetkiklerle osteomyelit dışlandı. Hasta nöroloji bölümüne konsülte edildi. Çekilen beyin MR'da "Bilateral frontoparietalde subkortikal ve yer yer periventriküler beyaz cevherde T2A ve FLAIR sekansta hiperintens milimetrik odaklar görüldü (kronik iskemik-gliotik değişiklikler?). EMG'de ileri düzeyde sensorimotor demyelinizan polinöropati tespit edildi. Nöroloji önerisiyle pregabalin başlandı. Göz muayenesinde sol nazal görme alanı defekti saptandı. Hastanın günlük yara bakımı ile birlikte antibiyotik tedavisine devam edilmektedir. Enfeksiyon tablosu düzeldikten sonra immünsüpresif tedavi planlanmaktadır. Tartışma: Küçük damar vaskülitleri genellikle deriyi tutar ve tırnak yatağı infarktlarına, parmak gangrenine ve bacak ülserlerine neden olur. Ülserin genişlemesi ve kronikleşmesinde venöz veya arteriyel yetmezlik, ödem, travma, diyabet ve glukokortikoidlerin uzun süre kullanımı gibi faktörler de önemli rol oynar. Küçük damar vaskülitinin diğer bir bulgusu da distal duyuşsal nöropatidir. Deri vaskülitlerini ve distal multipl nöropatiyi içeren, ilerleyici tutulumlar kötü prognoz göstergesidir. Vaskülit tedavisinde siklofosamid, azatiopürin gibi bir immünsüpresif ile kortikosteroid kombine kullanılmaktadır. Sonuç: Romatoid artritli hastaların takibinde ortaya çıkabilecek eklem dışı tutulumlar iyi bilinmeli ve hastalar bu yönden dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cilt ülseri, küçük damar vaskülitleri, romatoid artrit

Spondiloartropatiler

Abstract:0275

PP-145

AKSİYEL SPONDİLOARTRİT VE HİDRAADENİTİS SÜPÜRATİVALI HASTANIN ADALİMUMAB İLE TEDAVİSİ

Murat Yiğit, Beray Doğan Can, Veli Çobankara, Arif Kaya

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Hidraadenitis süpurativa (HS) özellikle aksilla ve kasık bölgesinde ağrılı tekrarlayan abseler ve nodüllerle karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hastalık etiyojisi net anlaşılamamakla beraber özellikle Crohn hastalığı ve seronegatif artropatilerle birlikteliğini gösteren yayınlar mevcuttur. Piyoderma gangrenozum nadir bir nötrofilik dermatozdur, hastalıkta deride inflamatuvar ve ülseratif bir bozukluk olarak ortaya çıkar ve olguların yarısından fazlası sistemik bir hastalığa eşlik etmektedir. Ankilozan spondilit hastalığına eşlik eden hidraadenitis süpurativa ve piyoderma gangrenozumlu olgununun adalimumab ile başarılı tedavi edilmesini sunuyoruz

Olgu: 31 yaşında erkek hasta kliniğimize 10 gündür devam eden sağ dizde ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde şikayetlerine bel ağrısı ve bel tutukluğunun da eşlik ettiği öğrenildi. Romatolojik sorgulamasında oral ve genital aft, psöriyazis, üretrit ve enterit öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde hastanın sağ dizinde minimal şişlik mevcuttu ve her iki sakroiliak kompresyon testi ağrılıydı. Laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanlarında yükseklik ve hemogramında lökositozu mevcuttu. Sakroiliak eklem grafisinde eklem aralığında hafif daralma dışında patoloji izlenmedi.

Sakroiliak eklem manyetik rezonans(MR) görüntülemesinde; sakroiliak eklem iliak kanatlarında kemik iliği ödemi tespit edildi. Bu dönemde vücutta yaygın akneiform lezyonlar ve her iki aksiller bölgede nodüler tarzda akıntılı lezyonları mevcut olan hastadan dermatoloji ve plastik cerrahisi bölümlerinden konsültasyon istendi. Plastik cerrahi bölümü tarafından sağ aksiller bölgeden opere edilen hastanın patoloji sonucu hidraadenitis süpürativa ile uyumlu bulundu. Aksiyel spondilit ve hidraadenitis süpürativa tanılarıyla takip edilmeye başlanan hastaya sülfasalazine 2x1 gr, metotreksat 15 mg /hafta ve metilprednizolon 4 mg/gün başlandı. İzlemde hasta sol bacağına distal bölgede püstüller ve ülserle yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Enfeksiyon şüphesiyle ülser yüzeyinden alınan yara kültüründe üreme olmadı. Ampirik verilen antibiyoterapiye de yanıt alınmadığından yara yerinden biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda piyoderma gangrenosum tanısı kondu. Hastanın piyoderma gangrenosuma yönelik verilen tedavilere yanıt vermemesinden dolayı her üç eşlik eden patolojide etkinliği bilinen anti-TNF ajan başlanması kararlaştırıldı. Adalimumab (40 mg sc /2 hafta) tedavisi eklendi. Anti-TNF tedavi sonrası hasta kliniğimizde remisyonla izlenmektedir.

Tartışma: Hidraadenitis süpürativa inflamatuvar, neoplastik ve genetik bozukluklar olmak üzere birçok değişik patolojiyle birliktelik göstermektedir. Richette ve ark. yaptığı çalışmada HS'lı hastalarda spondilartropatilerin sıklığının genel popülasyondan daha fazla olduğu görülmüştür. Ankilozan spondilite piyoderma gangrenosum ve hidraadenitis süpürativanın eşlik ettiği olgumuzda her üç hastalıkta etkinliği bilinen anti-TNF ilaçların kullanılması iyi sonuç almamızı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: spondilartropati, hidraadenitis süpürativa, Anti TNF tedavi

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0277

PP-146

AKTİF VE REMİSYONDAKİ JÜVENİL İDYOPATİK ARTRİT VE AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLGULARINDA SERUM VİTAMİN D DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aydilek Dağdeviren¹, Ahmet Arvas², Kenan Barut¹, Emel Gür², Özgür Kasapçopur¹

¹Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş: Çocukluk çağı kronik romatizmal hastalıklarında Vitamin D eksikliği önemli sorunlardan birisini oluşturmaktadır. Erişkin romatoid artrit hastalarında yapılan çalışmalarda; D vitamini eksikliği yaygın olarak gösterilmiş olup, ayrıca hastalık aktivitesi ile de ilişkilendirilmiştir. Çocuklarda D vitamini eksikliğinin juvenil idyopatik artrit (JİA)'daki rolü ile ilgili çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Ailesel Akdeniz ateşli (AAA) hastalarda da D vitamini eksikliği ile ilgili az sayıda çalışma bulunmakta olup; yapılan çalışmalarda D vitamini eksikliğinin AAA'lı hastalarda belirgin olduğu bildirilmiştir.

Amaç: Çalışmanın amacı JİA ve AAA hastalarında, D vitamini yetersizliği/eksikliği sıklığını, hastaların aktif ve remisyon dönemlerindeki D vitamini düzeylerini ve D vitamini düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız 64 JİA, 36 AAA hastası ve 100 sağlıklı çocuğun katılımıyla Mart 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında yapıldı. Hastaların aktif ve remisyon dönemlerinde serum 25(OH) vitamin D düzeylerine bakıldı ve klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirildi. 25 (OH) vitamin D düzeyi kemilüminesans immün analiz (CLIA) yöntemiyle ölçüldü. Serum vitamin D düzeyinin <20 ng/ml olması D vitamini eksikliği, 20-30 ng/ml olması D vitamini yetersizliği olarak değerlendirildi. Bulgular: JİA'lıların 25(OH) vitamin D düzeyi ortalaması hastalığın aktif döneminde 18,9±11 ng/ml, remisyon döneminde 18,6±9,2 ng/ml idi. AAA'lıların 25(OH) vitamin D düzeyi ortalaması atak sırasında 16±8,5 ng/ml, atak dışı dönemde 13,1±6,4 ng/ml'di. Sağlıklı çocukların 25(OH) vitamin D düzeyi ortalaması 26,7±10,5 ng/ml'di. JİA ve AAA'lıların hem aktif hem de remisyon döneminde, serum vitamin D düzeyleri sağlıklı kontrol grubundan düşüktü (p<0,001). JİA'lılarda aktif ve remisyon döneminde, vitamin D düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Buna karşılık AAA'lı olguların remisyon döneminde, vitamin D düzeyleri aktif dönemdekinden daha düşük saptandı(p<0,05). JİA ve AAA hastalarında, D vitamini düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında ilişki gösterilemedi. Aktif dönemde JİA'lıların %57,9'unda D vitamini eksikliği, %29,7'sinde D vitamini yetersizliği mevcuttu. Remisyon döneminde ise %58,4'ünde D vitamini eksikliği, %33,9'unda D vitamini yetersizliği vardı. Aktif dönemde AAA'lıların %69,5'inde D vitamini eksikliği, %19,4'ünde D vitamini yetersizliği mevcuttu, Remisyon döneminde %83,3'ünde D vitamini eksikliği, %16,6'sında D vitamini yetersizliği mevcuttu. Sağlıklı kontrol grubunun %26'sında D vitamini eksikliği, %33'ünde D vitamini yetersizliği bulguları vardı.

Sonuç: Hem JİA hem de AAA hastalarının vitamin D düzeyi, sağlıklı kontrol grubundan düşüktü. JİA ve AAA hastalarında yüksek oranda D vitamini eksikliği ve yetersizliği mevcuttu. JİA ve AAA hastalarında D vitamini düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında ilişki gösterilemedi.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idyopatik artrit, Ailesel Akdeniz Ateşi, 25(OH) vitamin D

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0279

PP-147

GOLİMUMAB TEDAVİSİ ALTINDA GELİŞEN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS

Ahmet Kıvanç Cengiz¹, Yunus Durmaz¹, İlker Yayıkçı², Özlem Şahin², Ali Şahin³, Ece Kaptanoğlu⁴, Sami Hizmetli¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Sivas

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Sivas

⁴Romer Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Ordu

Anti-Tümör Nekrozis Faktör (anti-TNF) tedavilerin bazı oto-antikorların gelişimini arttırdığı uzun zamandır bilinmektedir. Bu durum çoğu vakada asemptomatik laboratuvar değişikliği ile sınırlı kalsa da bazı vakalarda ciddi sistemik otoimmün hastalıklar

ortaya çıkabilmektedir. Biz burada golimumab tedavisi altındayken sistemik lupus eritematozus gelişen bir hastamızı sunmak istedik.

23 yıl önce el küçük eklemlerinde ve el bileklerinde artrit, sabah tutukluğu ve RF pozitifliği ile Romatoid Artrit tanısı almış olan 43 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve eklem ağrılarında artış yakınmaları ile başvurdu. Kullandığı metotreksat, sulfasalazin, hidroklorokin ve düşük doz prednizolon tedavilerine rağmen baskılanamayan hastalık aktivitesi nedeniyle 5 yıl kadar önce infliksimab tedavisine geçilmiş olduğu öğrenildi. Üçüncü infliksimab infüzyonunda gelişen alerjik reaksiyon nedeniyle infliksimab tedavisinin kesilip etanercept tedavisinin başlandığı öğrenildi. Metotreksat ile birlikte kullandığı halde etanercepte 18 ay kullandıktan sonra sekonder yanıtı geliştiği ve adalimumab tedavisine geçildiği öğrenildi. İki yıl boyunca adalimumab tedavisi kullanan hastaya 8 ay önce adalimumaba sekonder yanıtı gelişmesi üzerine golimumab tedavisi başlanmış olduğu öğrenildi. Golimumab 50 mg/ay, parenteral 10 mg/hafta metotreksat ve prednizolon 2 mg/gün tedavisi ile 6 ay boyunca remisyonda izlenmiş olan hastanın son bir aydır giderek artan halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı (1 ayda 3 kg) ve eklem ağrılarında artış yakınmaları vardı. Fotosensitivite de tarifleyen hastanın laboratuvar testlerinde lenfopeni, hipokomplementemi, ds-DNA:(3+), RNP/Sm: (3+), 24 saatlik idrarda 271 mg/gün proteinüri saptandı. Hastanın golimumab tedavisi kesilip hidroklorokin başlandı ve prednizolon dozu 60 mg/güne arttırıldı. Eklem ağrıları azalan, lenfopenisi ve hipokomplementemisi düzelen hastanın prednizolon dozu kademeli şekilde azaltılmaya başlandı. Metotreksat, hidroklorokin ve prednizolon 7.5 mg/gün tedavisi altındayken artritleri tekrarlayan hastaya Ritüksimab tedavisi başlandı. Hasta halen Ritüksimab, metotreksat ve hidroklorokin tedavisi altında remisyonda izlenmektedir.

TNF inhibitörleri otoantikörlerin gelişimini arttırsalar da bu tedavilerle ilişkili SLE yada lupus benzeri sendrom (TAILS: TNF antagonist induced lupus like syndrome) çok nadir görülmektedir. Bizim vakamızda daha önce kullandığı infliksimabın gelişen alerjik reaksiyon sonucu kesilmiş olması, sonrasında kullandığı etanercept ve adalimumab tedavilerine ise sekonder yanıtı gelişmesi, hastamızda B hücrelerinin aktivitesini ve sitokin üretiminin Th2 lehine kaymış olduğunu düşündürmektedir. Bu durumdaki hastalarda tedavi değişikliği yapılırken yine bir anti-TNF tedavi kullanılmıyorsa B hücreleri hedefleyen tedavilerin seçilmesi yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Golimumab, Sistemik Lupus Eritematozus

Diğer

Abstract:0280

PP-148

ERİŞKİN ÇAĞDA KRMO: KLİNİK, PATOLOJİK, SİNTİGRAFİK VE PET ÖZELLİKLERİ

Ümmügülüm Doğan Duran¹, Tuğçe Hatipoğlu¹, Sedat Yılmaz², Muhammet Çınar², Salih Pay²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, TSK

Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Kronik rekürren multifokal osteomyelit (KRMO), özellikle çocuk ve adolesanları etkileyen, alevlenmeler ve remisyonlarla giden nadir bir kemik hastalığıdır. Ortalama başlangıç yaşı 10 yaş olup kemik lezyonları subakut ya da kronik simetrik osteomyelit şeklinde kas iskelet sisteminin herhangi bir yerinde olabilmektedir. Hastalığın klinik prezentasyonu ateş, kemik ağrısı, lezyonun olduğu bölgede hassasiyet ve şişlik şeklindedir. Genellikle alt ekstremitenin uzun kemiklerinin metafizinde bulunmakta olup tibianın distali, pelvis, femur proksimali, klavikula ve kalkanus etkilenmektedir.

KRMO'nun ayırıcı tanısında bakteriyel osteomyelit, kemik ezilmeleri, fraktürler, juvenil idiopatik artrit ve maligniteler akılda tutulmalıdır. Radyolojik olarak simetrik kemik tutulumunu göstermek için direkt grafiler, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılmalıdır. Tüm vücut sintigrafisi ya da pozitron emisyon tomografi (PET) ise metafizdeki ya da komşu epifizdeki gerek semptomatik gerekse sessiz lezyonları saptayabilmektedir.

KRMO tedavisi standardize olmamakla beraber, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAID) ilk basamak tedavide en çok kabul görmüş ilaçlardır. Ağrı kontrolü, atakları önleme, semptomları giderme ve kemik yıkım riskini azaltma, tedavinin asıl hedefleridir.

Bu yazıda ateş, sol bacağına ağrı, şişlik ve yaygın kas ağrısı şikayetleriyle hastanemize başvuran 31 yaşındaki erkek hastadan bahsedeceğiz. Konvansiyonel tanı yöntemlerine ek olarak MRG, kemik sintigrafisi, patoloji ve mikrobiyolojiyi kullanarak hastamıza KRMO tanısını koyduk. Günlük 15 mg Meloksikam tedavisi planladık ve hastanın şikayetleri tamamen geriledi. Hastada malignite olasılığını dışlamak adına PET görüntülemesini uyguladık, ancak hastada herhangi bir malignite odağı saptamadık.

Bu olgu sunumu ile KRMO'nun yalnızca pediatrik yaşta görülen bir hastalık olmadığını ve yetişkin hastalarda kronik kemik ağrısında akla getirilmesi gerektiği vurgulamayı amaçladık. Ayrıca, tanıya ulaşmada patolojik ve mikrobiyolojik bulguların yanı sıra görüntüleme yöntemlerinin de uygulanma gerekliliğinin önemine değinmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Erişkin çağ inflamatuvar kemik hastalığı, inflamatuvar kemik hastalıkları, rekürren osteomyelit



Şekil 1. Tüm vücut kemik sintigrafisinde sol femurda artmış tutulum

Romatoid Artrit

Abstract:0281

PP-149

SABAH TUTUKLUĞU OBJEKTİF OLARAK KANTİFİYE EDİLEBİLİR Mİ?

Gönen Mengi¹, Feride Göğüş¹, Mehmet Beyazova²¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara²Darıüşşafaka Ömran ve Yahya Hamuloğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul

Gereke: İstemli her motor işlev, iki aşamalı olarak gerçekleştirilmektedir. Premotor zaman, istem başlangıcı ile kas aktivasyonunun başlangıcı arasındaki süredir. Motor zaman, kas aktivasyonunun başlangıcından bir görevi yapmaya kadar geçen süreyi kapsar. Hareket zamanı ise istem başlangıcından görevi yapmaya kadar geçen süre, diğer bir deyişle premotor ve motor zamanın toplamına eşittir. Bu çalışmada romatoid artritli hastalarda sabah tutukluğunu elektromiyografik yöntemle ölçmeyi amaçladık.

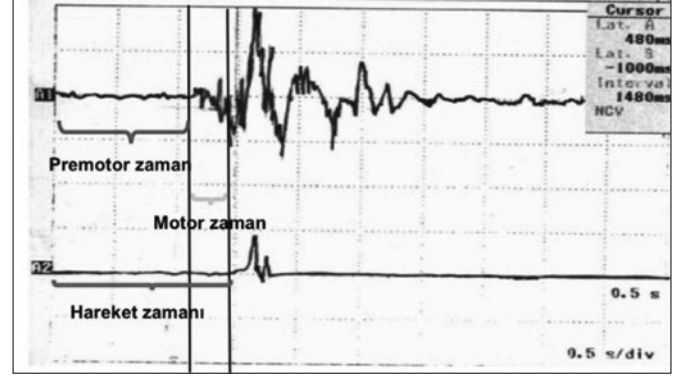
Yöntem: Yirmi yedi romatoid artritli hasta (23 kadın, 4 erkek; median yaş: 55 [24-74]), 26 sağlıklı gönüllü (22 kadın, 4 erkek; median yaş: 52,5 [41-70]) çalışmaya katıldı.

Katılımcıların premotor, motor ve hareket zamanları elektromiyografik olarak ölçüldü (Şekil). Her katılımcı sırt arkaya dayalı, elleri kucakta olacak şekilde sandalyeye oturtuldu. Katılımcılardan dominant olmayan tarafın omuzunda 5 mA düzeyinde ağrısız elektriksel uyarıyı hissettiklerinde önlerinde kol uzunluğu mesafesinde duran dikey platforma monte edilmiş düğmeye basmaları istendi. Aktif yüzeyel elektrot, dominant tarafta deltooid kasın ön hüzmeleri üzerine, referans elektrot ise aynı tarafta akromiyon üzerine konuldu. Kayıtlar, ardışık olarak saat 08:00 ve 17:00'da yapıldı. El kavrama kuvveti dinamometre ile ölçüldü. Hastalara sabah tutukluğu süresi ve VAS ile ciddiyeti soruldu. Yaşam kalitesi ve ağrı, sırası ile 'Sağlık Değerlendirme Anketi' ve 'VAS' ile ölçüldü. Hastalık aktivitesini değerlendirmek amacıyla DAS28 kullanıldı.

Sonuçlar: Sabah ölçülen motor zaman $528,81 \pm 275,70$ msn, el kavrama kuvveti ise $0,29 \pm 0,18$ bar olarak saptandı. Akşam ölçümlerinde ise bu değerler sırasıyla $428,65 \pm 158,33$ msn ve $0,32 \pm 0,18$ bar olarak saptandı. Sabah ve akşam ölçülen motor zaman, hareket zamanları ve el kavrama kuvvetleri arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,030$; $p=0,031$; $p=0,005$) (Tablo). Hasta grubunun kontrol grubu ile karşılaştırmasında ise hasta grubunun sabahki premotor ve hareket zamanı kontrol grubunun sabah ölçümlerine göre uzun bulundu ($p=0,017$; $p=0,039$).

Tartışma: Hasta örneklemimizde akşam ölçülen motor ve hareket zamanında anlamlı derecede kısalma gözledik. Bu kısalma tutukluğun gün içindeki değişimini gösteriyor olabilir. Ayrıca sabahki premotor ve hareket zamanı değerlerinin kontrol grubunkinden uzun olması tutukluğun romatoid artrit ile ilişkili olduğunu desteklemektedir. Bu çalışmada kullanılan elektrofizyolojik yöntemin sabah tutukluğunu objektif ve ölçülebilir bir şekilde yansıttığını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sabah tutukluğu



Şekil 1. Premotor, motor ve hareket zamanının elektrofizyolojik olarak ölçümü

Tablo 1. Premotor, motor, hareket zamanı, el kavrama kuvveti, ağrı ve yaşam kalitesinin gün içindeki değişimi

	08:00	17:00	p-değeri
Premotor zaman (msn)	1222,19±146,98	1187,19±76,96	0,218
Motor zaman (msn)	528,81±275,70	428,65±158,33	0,030
Hareket zamanı (msn)	1751,00±380,60	1615,85±197,91	0,031
El kavrama kuvveti (bar)	0,29±0,18	0,32±0,18	0,005
VAS	6,07±2,84	3,93±3,35	0,001
SDA	0,91±0,77	0,54±0,57	<0,001

VAS: Vizüel analog skala; SDA: Sağlık değerlendirme anketi

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0282

PP-150

SLE- İLİŞKİLİ İMMÜN TROMBOSİTOPENİDE HYDROXYCHLOROQUİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİ

Şenol Kobak, Hatice Yılmaz, Yasin Göksu

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: SLE, lokomotor sistem ve sistemik tutuluş yapabilen, bir kronik otoimmün hastalıktır. Multisistemik bir hastalık olup, farklı klinik bulguları ile prezante olmaktadır. İmmün trombositopeni, SLE'in önemli hematolojik bulgularından birisidir. SLE'in farklı evrelerinde görülebilir. Bu bildiride, İTP ile başvuran bir bayan SLE olgusunu rapor ettik.

Olgu: 39 yaşında bayan hasta, halsizlik şikayetleri ile Hematoloji polikliniğine başvurmuş. Burada yapılan tetkiklerde trombositopeni (Plt:8000) saptanması üzerine tetkikler ve kemik iliği biopsi sonucu, İTP tanısı almış ve kortikosteroid 1mg/kg/gün başlanmış. Tedavinin 2. ayında yapılan tetkiklerde trombosit sayısı 60000 olarak saptanmış ve splenektomi planlanmış. Splenektomi öncesi Romatoloji konsültasyonu istenen olgu, polikliniğimize başvurdu. Sorgulamasında; artralji, alopesi, oral aft tarif etmekteydi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 0,6 mg/dl (0-0,5 mg/dl), sedimentasyon: 10mm/saat (0-20), Hb: 14,1gr/dl (10,8-14,9), Plt: 86000/uL (150000-400000/uL), WBC: 16900/uL (3040-9640/uL), kreatinin: 0,48 mg/dl (0,5-0,9 mg/dl), üre36 mg/Dl (0-38

mg/dl) ALT: 26U/L(0-31 U/L), AST: 23 U/L(0-32 U/L), albumin: 4,3 g/dl(3,4-4,8 g/dl) olarak tespit edildi. Serolojik tetkiklerde; p-ANCA: negatif, c-ANCA: negatif, Brucella: negatif, Hepatit markerleri: negatif, C3:0,5 g/l(0,9-1,8 g/l), C4: 0,28 g/l(0,1-0,4 g/l), RF16 iu/ml(0-14), dsDNA: ++(yüksek pozitif), SS-A: +++(yüksek pozitif), SS-B: negatif, Ro-52: +++(yüksek pozitif), Histonlar: negatif, Nükleozom: negatif, anti-kardiopilin IgM: 2 u/ml(0-12 u/ml), anti-kardiopilin IgG:2 u/ml(0-12 u/ml). Klinik, laboratuvar ve serolojik tetkikler sonucu, hastaya SLE. İTP tanısı konuldu. Orta doz kortikosteroid dozuna devam edildi, yanısıra Hydroxychloroquine 400mg/gün başlandı. Klinik takiplerinde kortikosteroid dozu tedricen azaltıldı. Tedavinin 8. ayında yapılan kontrollerinde klinik olarak stabil, laboratuvar tetkiklerinde Plt:287000 olarak saptandı. 4mg/gün KS ve HQ 200mg/gün almaya devam eden hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: İTP, SLE'in önemli hematolojik bulgularından birisidir. Primer hastalığın tedavisi esastır. Tedavide kortikosteroidler yanısıra immünosupresif ilaçlar (MTX, AZA, CyA, İvİg) da kullanılmaktadır. Ağır vakalarda splenektomi de düşünülebilir. Antimalaryel ilaçlar ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu bildiride, SLE ilişkili İTP olgusu rapor edilmiş olup, kortikosteroidlerin yanında HQ'nin de etkili bir tedavi seçeneği olabileceği vurgulanmıştır. Bu konuda geniş hasta popülasyonları içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: SLE, immün trombositopeni, Hydroxychloroquine

Spondiloartropatiler

Abstract:0283

PP-151

ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARI VE HASTA YAKINLARI İÇİN BİR BİLGİ ERİŞİM KAYNAĞI: YOUTUBE

Belkis Nihan Coşkun¹, Ayşe Nur Tufan², Mustafa Ferhat Öksüz², Selime Ermurat², Ediz Dalkılıç², Yavuz Pehlivan²

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

Ankilozan spondilit sıklıkla genç erişkinlerde görülen, esas olarak aksiyel iskeleti tutan kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalık, tedaviler, yaşam şekli gibi konularda bilgilendirilmesi gerekir. İletişim araçlarının yaygınlaşması ile günümüzde hastalar artan sıklıkla internet üzerinden hastalıkları ile ilgili bilgi edinmektedirler. YouTube; her hangi bir konuda eğitim kaynağı olarak kullanılabilen, kolay erişilebilir, popüler bir video paylaşım web sitesidir. Bu çalışmanın amacı, ankilozan spondilit konusunda Türkçe olarak yayınlanan YouTube videolarını gözden geçirmektir.

YouTube video veritabanı 'Ankilozan Spondilit' arama terimi kullanılarak 8 Haziran 2014 günü tarandı. İlk 100 video çalışmaya dahil edildi. Videoların kaynağı, süresi, yayınlanma tarihi, izlenme oranları kaydedildi. Videolar içeriklerine göre kategorize edildi. Videolar tanı ve klinik özellikler, tedavi, patofizyoloji, prognoz, komplikasyon, tedavi komplikasyonu, alternatif tedavi yöntemleri, egzersiz, korunma yolları, hastalık nedenleri, genetik özelliklerinden söz etmesine göre kayıt edildi. Süresi 10 dakikadan uzun olanlar ve aynı videonun tekrarı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Değerlendirilen 100 videodan 19'u süresinin 10 dakikadan uzun olması, birbirinin tekrarı olması ve video serisi içermesi nedenlerinden dolayı çalışma dışında bırakıldı. Yirmi dört video akademik merkezlerce, 10 video ilaç firmalarınca, 22 video alternatif tedavi uygulayan kişilerce, hazırlanmıştı. Yirmi beş video ise Tv şovunu içermekteydi. Değerlendirilen 81 video ortalama 491.24±33.39 gündür yayında iken bu videolar ortalama 1384.29±354.78 kez izlenmişti. Videoların 20'si (%24.7) komplikasyonlardan, 18'i (%22.2) tanı ve klinik özelliklerden, 10'u (%12.3) tedaviden, 8'i (%9.9) prognozdan, 6'sı (%7.4) egzersizden, 4'ü (%4.9) patofizyolojiden, 2'si (%2.5) tedavi komplikasyonlarından, 2'si (%2.5) genetik özelliklerden, biri (%1.2) korunmadan, biri (%1.2) nedenlerden bahsederken 45 (%55.6) videoda ise alternatif tedavi yöntemlerinden bahsedilmektedir. Alternatif tedavi yönteminden bahseden 45 video, hastalığın tanı, tedavi ve klinik özelliklerinden bahseden medikal içerikli 36 video ile kıyaslandığında sırasıyla ortalama izlenme oranları; 298 ve 129 idi. Alternatif tıp içeren videoların izlenme oranı fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (p=0.718) Yayında kalma süreleri kıyaslandığında alternatif tedavi yöntemlerini içeren videolar ortalama 627 gündür yayındayken medikal içerikli videolar ortalama 256 gündür yayındaydı. (p=0.28)

Hasta, hasta yakınları alternatif tedavileri içeren videolara daha fazla ilgi göstermektedir. Hızlıca bilgiye erişimde YouTube sıkça tercih edildiğinden doğru ve inandırıcı videoların bilgilendirici uzmanları tarafından yüklenmesi gerekir. Fakat bu platformda bilgiler düzenlenmemiş olduğundan yanlış bilgilendirme yapan videolara filtreleme ya da engelleme yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, YouTube

Diğer

Abstract:0285

PP-152

TNF İNHİBİTÖRÜ İLE REMİSYON SAĞLANMIŞ VE TEDAVİSİ KESİLMİŞ ROMATOİD ARTRİT, ANKİLOZAN SPONDİLİT VE PSÖRİATİK ARTRİT OLGULARINDA HASTALIK SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nagehan Dik Kutlu¹, Belkis Nihan Coşkun², Mustafa Ferhat Öksüz², Ayşe Nur Tufan², Selime Ermurat², Yavuz Pehlivan², Ediz Dalkılıç²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS), psöriatik artrit (PsA) gibi inflamatuvar romatizmal hastalıklarda TNF inhibitörü (TNFi) ilaçların kullanımı romatoloji alanında bir devrim yaratmıştır. Ancak bu ilaçların başlama kriterleri oldukça net olarak bilinmesine karşılık, bu ilaçların uzun dönem kullanımları, tedaviyi kesme veya ara verme kriterleri belli değildir. Biz bu çalışmada RA, AS ve PsA'lı olgularda TNFi ilaçlar kesildikten sonraki hastalık sürecini incelemeyi amaçladık.

Çalışmaya anti-TNF kullanan 37 AS, 22 RA ve 5 PsA toplam 64 hasta alındı. TNFi tedavi sonrası remisyon sağlanması veya herhangi bir nedenle tedavisi kesilmiş hastaların klinik seyirleri izlendi.

TNFi ile remisyona giren hastalarda tedavi kesilmeden önce AS hastalarında ortalama 12 ay, RA hastalarında 10 ay ve PsA'da

12 ay süreyle bu grup ilaçlar kullanılmıştı. TNFi tedavisi kesilen 37 AS hastasının 32'sinde, 22 RA hastasının 21'inde ve 5 PsA hastasının hepsinde relaps gelişti. AS hastalarının %15'inde ortalama on iki ay boyunca ilaçsız remisyon elde edilmiş, RA hastalarının %32'si 12 ay ve üzeri ilaçsız remisyonunda kalmış iken PsA hastalarından bir tanesi 28 ay remisyonunda kalmış ancak diğer dördünde ilk 8 ay içinde reaktivasyonla karşılaşmıştı. Relaps olana kadar geçen süre AS hastalarında 11 ay, RA hastalarında 11,5 ay ve PsA hastalarında ise 10,5 ay idi.

Anti-TNF ilaçları remisyon nedeniyle kesildiğinde her 3 hastalıkta da ortalama 11 ay içerisinde tekrar başlama gereksinimi doğmaktadır. Ancak hastaların önemli bir bölümünde de 12 aya varan remisyonunda kalma oranları elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Remisyon, TNF inhibitörü

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0286

PP-153

SİSTEMİK SKLEROZLU HASTALARDA ODYOVESTİBÜLER SİSTEM FONKSİYONLARININ VEMP, ABR VE ASSR İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ – PRELİMİNER SONUÇLAR

Mansur Doğan¹, Ali Şahin², Yunus Durmaz³, Emrullah Hayta⁴, Sibel Berksoy Hayta⁵, Mustafa Asım Gedikli⁶, Ahmet Kıvanç Cengiz³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Bilim Dalı

⁴Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

⁵Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

⁶Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

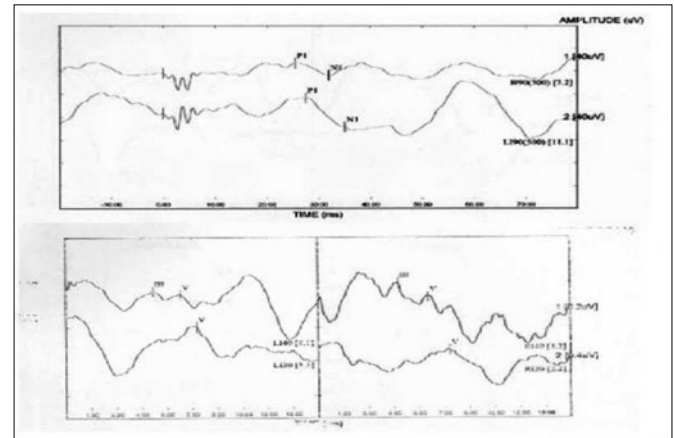
Gerekeç: Sistemik skleroz (skleroderma, SSk); kronik, cilt başta olmak üzere bir çok sistemi etkileyen, nedeni bilinmeyen, otoimmünite, vaskülopati ve inflamasyon sonucu hücre dışı alanda artmış kollajen yapımının neden olduğu fibrozisin yol açtığı fonksiyonel ve yapısal anormalliklerin eşlik ettiği bir romatizmal hastalıktır. SSk'da odyovestibüler sisteminde etkilenilebileceği, özellikle otoskleroz sonucu işitme ve denge problemlerinin görülebileceği bildirilmiştir. Fakat bu konu henüz tam anlaşılammış ve yapılan az sayıda klinik çalışmada da çelişkili sonuçlar mevcuttur. Biz bu çalışmada SSklu ve sağlıklı bireylerde odyovestibüler sistem fonksiyonlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya şimdiye kadar 14(13 kadın, 1 erkek) SSklu ve 11(10 kadın, 1 erkek) sağlıklı birey alındı. Katılımcılara KBB muayenesi yapıldı. Her iki gruba aktif ve yakın zamanda geçirilmiş kulak enfeksiyonu olmayan, işitmeyi etkileyen ilaç kullanım öyküsü olmayanlar alındı. SSklu hastaların yaş, hastalık süreleri, organ tutulumları, otoantikör profilleri, modifiye Rodnan cilt skorları(mRSS), Medsger hastalık şiddet skorları, aldıkları tedaviler kaydedildi. Çalışma için yerel etik kurul onayı alındı. Hasta ve sağlıklı bireylerin işitme testlerinin yanı sıra vestibüler uyarılmış myojenik potansiyeller(VEMP) (Şekil 1), işitsel beyin sapı yanıtı (auditory brainstem response,ABR) (Şekil 1) ve işitsel denge durumu yanıtı (auditory steady-state response, ASSR) ölçümleri yapıldı.

Sonuçlar: SSklu hastaların ve kontrol grubunun sırasıyla ortalama yaşları 48.5(37-59) ve 44(34-54)yıldı. Ortanca hastalık süreleri 5.5(2-8) yılıdır. 9(%64.3) hastada akciğer tutulumu, 13(%92.9)hastada Raynaud, 4(%28.6) hastada dijital ülser, 6(%42.9) hastada GIS tutulumu, 2(%14.3)hastada kardiyak problemler saptandı. Hastaların ortalama mRSS ve Medsger hastalık şiddet skorları sırasıyla 13, 1 idi.13(%92.9) hastada ANA pozitif, 10(%71.4) hastada anti-scl70 pozitif, 3(%21.4)hastada anti-sentromer pozitif. Hasta ve kontrol grubu VEMP ve ABR,ASSR değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı (Tablo 1). SSklu hastalarda yaş,mRSS,medsger,dijital ülser,akciğer tutulumu ve gis tutulumu ile ASSR arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla, $r = 0.567p = 0.007$, $r = 0.754p = 0.007$, $r = 0.641p = 0.034$, $r = 0.762p = 0.006$, $r = 0.643p = 0.033$, $r = 0.820p = 0.002$).

Tartışma: SSklu hastalarda sağlıklı bireylere kıyasla VEMP latanslarında belirgin fark, anlamlı uzama saptandı. ABR yanıtları daha uzamış-geç alınıyordu. ASSRler arasında da anlamlı fark saptandı. Bu da bize SSk da cilt, muskuloskeletal sistem tutulumunun bunda rol oynayabileceğini düşündürmektedir. SSklu hastalarda VEMP, ABR ve ASSR ölçümleri odyovestibüler sistem fonksiyonlarını değerlendirmede klasik testlere göre daha hassas olabilir. Özellikle uzun süreli hastalığı, yaygın cilt tutulumu olan hastalarda ve kullanılan tedavileri de dikkate alan çok merkezli ve daha çok sayıda hasta ile yapılacak çalışmalar bu konuyu aydınlatacaktır.

Anahtar Kelimeler: odyovestibüler sistem, sistemik skleroz



Şekil 1. Sistemik sklerozlu bir hastanın vestibular uyarılmış (evoked) myojenik potansiyel (VEMP) ve işitsel beyin sapı yanıtlarının (ABR, sol ve sağ kulak için, altta) grafikleri.

Tablo 1. SSklu ve sağlıklı bireylerde VEMP, ABR ve ASSR değerlerinin karşılaştırılması.

	<i>Kontrol</i> <i>Ort, min-max</i>	<i>SSk</i> <i>Ort, min-max</i>	<i>p</i>
Sol VEMPP1 (ms)	18.84, 10.2-28.7	27.35, 23.4-33.4	0.003*
sağVEMPP1(ms)	19.24, 9.7-30.5	28.05, 22.8-34.2	0.006*
solVEMPN1 (ms)	27.87, 19.5-37.5	33.67, 26.3-40	0.021*
sağVEMPN1 (ms)	28.73, 18-45	33.52, 25.7-40.5	0.166
solABR(ms)	5.81, 5.1-6.7	6.84, 5.3-7.5	0.001*
SağABR(ms)	6.0, 5.2-6.8	6.77, 5.3-7.7	0.001*
solASSR500Hz (dB)	31.5, 25-40	40, 30-50	0.036*
sağASSR500Hz(dB)	32, 20-40	39.0, 20-50	0.173
solASSR1Hz(dB)	31.5, 20-50	40.9, 20-50	0.061
sağASSR1Hz(dB)	30, 10-50	36.36, 20-50	0.223
solASSR2Hz(dB)	28, 20-50	36.36, 20-50	0.061
sağASSR2Hz(dB)	26, 10-40	34.5, 10-50	0.114
solASSR4Hz(dB)	30, 20-40	39.0, 10-50	0.029*
sağASSR4Hz(dB)	28, 10-40	31.8, 10-50	0.426

*istatistiksel olarak anlamlı. **SSk**; sistemik skleroz, **ABR**; auditory brain-stem response, **ASSR**; auditory steady-state response, **VEMP**; vestibular evoked myojenik potansiyeller.

Diğer

Abstract:0287

PP-154

ERİTEMA NODOSUM VE PYODERMA GANGRENOSUM İLE ORTAYA ÇIKAN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Selime Ermurat¹, Ayşe Nur Tufan¹, Belkıs Nihan Coşkun¹, Mustafa Ferhat Öksüz¹, Mustafa Güllülü², Yavuz Pehlivan¹, Hüseyin Ediz Dalkılıç¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Bursa

Gerekeç: Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemidir. Akciğer dışında deri tüberkülozu olarak karşımıza çıkabileceği gibi eritema nodosum ya da çok nadiren pyoderma gangrenosum şeklinde ortaya çıkabilir. Pyoderma gangrenosum, enfeksiyöz olmayan nötrofilik bir dermatit olup ağrılı ülserler ile karakterizedir ve sıklıkla altta yatan bir hastalığa eşlik edebilir. Nadir nedenlerinden biri de tüberkülozdur. Biz eritema nodosum ve pyoderma gangrenosum ile ortaya çıkan bir tüberküloz olgusunu sunmayı amaçladık.

Vaka: 55 yaşında kadın hasta, bacak ön yüzde ve el sırtında ağrılı kızarıklık ve kilo kaybı hikayesi olması nedeniyle başvurdu. Son 6 ay içinde 15 kilo kaybeden hastanın, lezyonlara eşlik eden ateş yüksekliği hikayesi de vardı. İleri tetkik amaçlı kliniğimize yatırılan hastanın yatışında cilt lezyonu yoktu. Takiplerinde bacak ön yüzde eritema nodosum ile uyumlu lezyonları gelişti. Yatışından itibaren akut faz yüksekliği mevcuttu. PA Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk olması üzerine çekilen Toraks BT'de mediastende yaygın konglomerasyon gösteren lenf nodları saptandı. Hastaya bronkospi yapıldı. Patoloji sonucu benign gelirken kesitlerde granülom izlenmedi. BAL'dan gönderilen kültür ve AARB (-) geldi. Sarkoidoz açısından bakılan CD4/CD8 oranı 2 ve lenfosit yüzdesi %10 idi. Serum ACE düzeyi normal olan hastanın

PPD'si 10 mm, quantiferon testi (+) idi. Mediastinoskopik biyopsi sonucu nekroz içeren granülamatoz iltihap olarak raporlandı, mikroorganizma izlenmedi. Takiplerinde her iki bacakta püstül şeklinde başlayıp nekroze olan ve ülserleşen lezyonlar gelişti. Klinik ve histopatolojik olarak pyoderma gangrenosum ile uyumlu bulundu. Sol bacakta çap artışı gelişen hastanın çekilen alt ekstremite doppler usg'sinde özellik saptanmadı. Pelvik BT'de sol iliopsoas kasi üzerinde apse ile uyumlu koleksiyon ve paraaortik alanda, sol iliak zincirde en büyüğünün çapı 11 mm olan multiple lenf nodları izlendi. Hastanın psoas apsesinden girişimsel radyoloji ile kist aspirasyonu yapıldı ve PCR ile AARB (+) saptandı. Tüberküloz tanısı konan hastaya 4'lü antitüberküloz tedavisi başlandı. Tedavinin birinci haftasından itibaren hastanın cilt lezyonlarında belirgin gerileme izlendi.

Tartışma: Eritema nodosum, tüberküloz olgularında sıklıkla karşımıza çıkar. Pyoderma gangrenosum ise sıklıkla altta yatan sistemik enflamatuvar bir hastalıkla ilişkilidir. Tüberküloz, pyoderma gangrenosum nedenleri arasında geri plandadır ancak bu vakada olduğu gibi eritema nodosum ile birlikte de görülebilir. Bu gibi cilt lezyonları olan olgularda ayırıcı tanıda mutlaka tüberküloz yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eritema nodosum, Pyoderma gangrenosum, Tüberküloz



Şekil 1. Bacak ön yüzde pyoderma gangrenosum

Diğer

Abstract:0288

PP-155

HİPERİMMÜNGLOBULİN M SENDROMLU BİR HASTADA SERONEGATİF EROZİV ARTRİT: OLGU SUNUMU**Hamit Küçük¹, Berivan Bitik¹, Duygu Tecer², Berna Göker¹, Şemminur Haznedaroğlu¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Abdurrahman Tufan¹**¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Hiperimmünglobulin M sendromu (HIGM) azalmış serum Ig G, Ig A ve Ig E düzeyleri ve normal veya nispeten yüksek serum Ig M düzeyleri ile karakterize, primer immün yetmezlik tablosu gözlenen bir hastalıktır. Hastalık ile ilgili belirtiler genellikle yaşamın ilk veya ikinci yılında belirgin hale gelir. Mutasyonların şiddetine bağlı olarak klinik prezentasyon çok farklı olabilir ve hastalık erişkin dönemde de ortaya çıkabilir. Otoimmüniteye bağlı sorunlar sıklıkla bu hastaların yaşamlarında görülebilmektedir. Biz burada seronegatif eroziv artrit gelişmiş HIGM sendromlu bir olguyu sunduk.

Olgu: Yirmi altı yaşında kadın hasta 3 aydır devam eden sol el bileğinde ağrı, şişlik ve 2 saat süren sabah tutukluğu şikayetiyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede sol metakarpofalangeal eklemlerde asimetrik sinovit ve bileklerinde simetrik sinovit tespit edildi. Laboratuvar testlerinde; eritrosit sedimentasyon hızı 40 mm/h, C reaktif protein düzeyi 20 mg/L (normal 0-6), lökosit: 4.9x10.e3/ul, hematokrit: % 36,2, hemoglobin: 11,3 g/dL ve trombosit: 314x e3 / ul idi. Lökosit dağılımı nötrofil: % 32,7, lenfosit:% 41,7, eozinofil:%6,4, bazofil: %1,2 idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Romatoid Faktör, ANA, anti-CCP, Brucella, Parvovirus B19 testleri negatif tespit edildi. Direkt grafide sol karpal eklem ve metakarpofalangeal eklem aralığında daralma ve erozyonlar gözlemlendi. Sol elin manyetik rezonans görüntüsünde sinovit, erozyonlar ve bileği etkileyen pannus gözlemlendi. Hastaya seronegatif romatoid artrit teşhisi konuldu ve metotreksat ve düşük doz steroid başlandı. Tedavide metotreksat intoleransı nedeniyle leflunomide geçildi. Kalıcı poliartrit ve artmış akut faz yanıtı nedeniyle, serum immüno-globulinleri kontrol edildi. Serum total immünglobulin G, A ve M seviyeleri sırasıyla <33 (751-1560), <6 (82-453) ve 1220 (46-304) mg / dL, olarak ölçüldü. Hastanın tıbbi öyküsünde tekrarlayan cilt enfeksiyonu yoktu. Hastaya 4 yaşında tonsillektomi yapılmıştı. On iki yaşında akciğer tüberkülozu tanısı ile hastaneye yatırılmıştı. 23 yaşında bir pnömoni öyküsü vardı. Steroid tedavisi kesildi ve HIGM tanısı ile pediatrik immünoloji bölümüne sevk edildi. Leflunomid monoterapisi ile birlikte intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisi almaya başladı. Aylık IVIG tedavisinin beşinci dozu sonrasında sağ dirsek ve sol başparmağında periartiküler kitle gözlemlendi. Eklem ağrısı belirgin olarak azaldı. Dirsekteki kitleden alınan biyopside nekrotizan granümatöz lezyon görüldü. Biyopsi örneklerinde mikobakteri, mantar veya maligniteyi düşündürcek bir bulgu izlenmedi. Halen 20 mg / gün leflunomid ve aylık IVIG tedavisi almaya devam etmektedir.

Sonuç: Sero-negatif romatoid artrit olgularında nadir görülse de HIGM sendromu da akla gelmelidir. Bu durum özellikle sık

enfeksiyon öyküsü olanlarda ve alışılmadık dışında klinik prezentasyonu olan vakalarda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Seronegatif romatoid artrit, Hiperimmünglobulin M sendromu

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0290

PP-156

BEHÇET HASTALARINDA SERUM VİSFATİN DÜZEYLERİNİN ÖNEMİ**Mehmet Emin Eneçik¹, Göksal Keskin², Zeynep Aşlar¹, Ahmet Omma¹, Sevinç Can Sandıkcı¹**¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara²Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İmmünoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Behçet hastalarında Tümör Nekrozis Faktör Alfa (TNF- α) ve İnterlökin-6 (IL-6) gibi yağ dokusundan da sentezlenen proinflatuar sitokinlerin kan düzeylerinin arttığı bilinmektedir. Bu çalışmada Behçet hastalarında yağ dokusundan sentezlenen bir adipokin olan visfatinin serum düzeylerinin hastalık aktivitesi, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-Reaktif Protein (CRP) düzeyleri ile ilişkisi incelendi.

Gereç ve Yöntemler: 2012 Ocak- Temmuz ayları arasında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji- İmmünoloji Polikliniği'ne başvuran Uluslararası BH Çalışma Grubu Kriterlerine göre BH tanısı konan 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 30'u inaktif, 30'u aktif Behçet hastası olup, kontrol grubunu 20 sağlıklı birey oluşturdu. Tüm grupların visfatin, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-Reaktif Protein (CRP) düzeyleri ölçüldü ve kendi aralarında karşılaştırıldı.

Bulgular: Visfatin düzeyleri açısından gruplar kıyaslandığında; kontrol grubuna oranla inaktif ve aktif hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (p<0,001). Aktif hasta grubunda inaktif hasta grubuna oranla serum visfatin düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı (p<0,001). Tüm olgular içerisinde CRP ve ESH ile visfatin arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu (p<0,001). Aktif gruptaki hastaların semptomlarına göre Visfatin düzeyleri karşılaştırıldığında sadece genital aftı olan hastaların visfatin düzeyleri, genital aftı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek tesbit edildi (p<0,001).

Sonuç: Serum visfatin düzeylerinin aktif ve inaktif hasta grubunda kontrol grubuna oranla yüksek çıkmasının nedenleri; visfatinin proinflatuar bir stokin olması ve kronik inflamasyonun oluşumunda ve devamlılığını sağlamakta rol alan inflamatuvar stokinlerin sellüler ekspresyonunu indüklemesi veya farklı sebeplerden kaynaklanabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Visfatin

Romatoid Artrit

Abstract:0292

PP-157

ASEMPTOMATİK HEPATİT B VE HEPATİT C HASTALARINDA ROMATOİD FAKTÖR VE ANTI-SİKLİK SİTRÜLINE PEPTİT POZİTİFLİĞİ**Orhan Zengin¹, Hamit Yıldız², Muhammed Sait Dağ³, Musa Aydın³, Gezmiş Kimyon¹, Nergiz Hüseyinova¹, Ahmet Mesut Onat¹, Bünyamin Kısacık¹**¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Anti-siklik sitrüline peptit (Anti-CCP) ve romatoid faktör (RF) romatoid artrit (RA) tanısında kullanılan otoantikordlardır. Ancak romatolojik hastalıklar ve bazı enfeksiyonlarda da pozitif olabilirler. Hepatit B, Hepatit C artrit etyolojisinde yer alan ve RF, Anti-CCP pozitifliği yapabilen virüslerdir. Bu nedenle romatolojik hastalıklar ile ayırıcı tanıları önemlidir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı eklem şikayeti olmayan hepatit B ve hepatit C hastalarında RF ve Anti-CCP düzeylerini saptamaktır.

Yöntem: 44 Hepatit B, 43 hepatit C, 25 RA hastası ve 45 sağlıklı kontrol RF ve Anti-CCP düzeyleri ölçülerek karşılaştırıldı. RF IgM-RF'yi tarayan nephelometer ile ölçüldü. Anti-CCP Elisa yöntemi ile Anti-CCP2 taranarak ölçüldü.

Sonuçlar: Çalışmada grupların yaş ortalaması kronik hepatit B, kronik hepatit C, RA ve sağlıklı kontrol grubunda sırasıyla 34.2±7.4, 34.3±6.0, 38.4±7.8, 33.9±7.2 idi. Gruplar arasında yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark yoktu (her biri için p >0.05). RF pozitifliği ve Anti-CCP pozitifliği açısından grupları karşılaştırdığımızda HBV, HCV ve sağlıklı kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. Buna karşın RA grubunun daha yüksek RF ve Anti-CCP düzeylerine sahip olduğu ve diğer tüm gruplar ile arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı (her biri için p<0.001). Grupların laboratuvar değerleri tablo 1'de yer almaktadır.

Tartışma: Bizim çalışmamızda HBV ile infekte hastalarda RF pozitifliği önceki çalışmalara (%17.5-42.7) göre daha düşük düzeyde, Anti-CCP pozitifliği daha yüksek oranda (önceki çalışmalarda: % 0-13,9) bulunmuştur. HCV hastalarında Anti-CCP pozitifliği %0 ile %33 arasında değişen oranlarda saptanmıştır. Bizim çalışmamızda HCV'li hastalarda Anti-CCP oranı önceki çalışmalara kıyasla daha yüksek oranda bulunurken, RF oranı diğer çalışmalara benzer oranda bulunmuştur. Sonuç olarak RF ve Anti-CCP RA tanısında klinik bulgular ile korele edilerek kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hepatit B, hepatit C, Anti-CCP

Tablo 1. Grupların Laboratuvar Değerleri

	RF düzeyi	RF pozitifliği	Anti-CCP düzeyi	Anti-CCP pozitifliği
Hepatit B	14.5 ±11.0	5 (%11.4)	22.1±23.7	9 (%20.5)
Hepatit C	16.0±11.0	7 (%16.3)	28.7±24.3	14 (%32.6)
Romatoid Artrit	60.4±82.5	15 (%60)	141.1±137.4	18 (%72.4)
Sağlıklı Kontrol	7.8±4.1	1 (%2.2)	18.7±4.4	4 (% 8.7)

RF: romatoid faktör, Anti-CCP: anti-siklik sitrüline peptit

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0293

PP-158

BEHÇET HASTALARINDA MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME KULLANILARAK SAKROİLEİT PREVALANSININ BELİRLENMESİ**Muammer Topaloğlu, Murat Yiğit, Ayşe Balkarlı, Veli Çobankara**

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Behçet hastalığı oral ve genital ülserlerle seyreden multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Oral ülser, artrit, üveit ve eritema nodozum birlikteliğinden ötürü 1960'lı ve 1970'li yıllarda seronegatif artrit olarak sınıflandırılmıştı. Erken dönem çalışmalarda konvansiyonel radyografi ile saptanan sakroileit prevalansı %65 olarak bildirilmişti. Diğer taraftan sağlıklı grup ile karşılaştırılan bir çalışmada sakroileit prevalansı %35 saptanmıştı. Manyetik rezonans görüntüleme (MR) spondilartropati grup hastalarda sakroileit saptanmasında en hassas metod olarak gösterilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada MR görüntüleme kullanarak Behçet hastaları ve sağlık kontrol grubunda sakroileit prevalansını tespit etmeye çalıştık.

Metod: Çalışmaya uluslararası Behçet hastalık çalışma grubu sınıflandırma kriterlerine göre Behçet tanısı almış 50 hasta (25 E, 25K) dâhil edildi. Kontrol grubu olarak herhangi bir kas iskelet sistemi şikâyeti olmayan 50 sağlıklı kişi (25 E, 25 K) alındı. Hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda katılımcılardan anamnez alındı ve katılımcıların fizik muayenesi yapıldı. Kontrol grubunda kas iskelet sistemi semptomları olanlar çalışmadan çıkarıldı. Çalışma grubunda rutin laboratuvar testleri çalışıldı. Hem çalışma grubundakilere hem de kontrol grubundakilere sakroiliak MR görüntüleme istendi ve görüntülemeler katılımcıları bilmeyen iki radyolog tarafından değerlendirildi.

Sonuçlar: Sakroileit Behçet hastalarının 7 tanesinde (%14) ve kontrol grubundakilerin 8 tanesinde (%16) saptandı. Her iki grup arasında sakroileitin aktif ve kronik bulgularının varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (p>0.05). Behçet hastalarında akut faz reaktanları ile sakroileit arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma: Çalışmamız Behçet hastalarında MR görüntüleme kullanılarak sakroileit prevalansının araştırıldığı ilk çalışmadır. Behçet hastalığı spondilartropati grubu hastalık semptomlarına sahip olsa da spondilartropati grubu hastalıklar açısından en önemli klinik bulgu olan sakroileit prevalansının sağlıklı kontrol grubundan farklı olmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, sakroileit

Spondiloartropatiler

Abstract:0294

PP-159

BEL AĞRISI/KRONİK BEL AĞRISI SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KAPADOKYA KRONİK HASTALIKLAR KOHORTU**İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz**

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

Gerekeç: Bel ağrısı toplumda doktora başvurmanın önde gelen nedenlerinden birisidir. Bu saha çalışmasında bel ağrısı sıklığı, kronik bel ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2013 - Şubat 2014 tarihleri arasında Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği desteğiyle kronik hastalıklar kohort çalışması yapılmıştır (1). Bu kohort çalışmasına Avanos ve Gülşehir ilçe merkezinde yaşayan, 18 yaş üzeri, T.C vatandaşı tüm bireyler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmaya olur veremeyenler dışlanmıştır. Uygulanan anket şu bilgileri içermektedir; demografik bilgiler, fiziksel ölçümler (boy, kilo, tansiyon), ayrıntılı tıbbi öykü (geçirdikleri hastalıklar, kullandıkları ilaçlar), beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteler, sigara ve alkol kullanımı, önceden yapılmış laboratuvar testleri, görüntüleme bulguları ve önceki tanılar. Romatolojik açıdan eklem şişliği öyküsü olup olmadığı, oral aft öyküsü, bel ağrısı öyküsü, üç aydan uzun süreli bel ağrısı, hareket ile bel ağrısının azalıp azalmadığı sorgulanmıştır. Risk faktörlerini belirlemede Enter metoduyla Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Sonuçlar: 11.049 kişi (%56,4 kadın) çalışmaya alındı. 4890 hasta (%44,2) bel ağrısı olduğunu belirtti. Bel ağrısı olan ve olmayan hastalarda yaş (47,9±16,7 vs 42,0±17,5, p<0.001) ve kadın cinsiyet (%66,9 vs %47,5, p<0.001) anlamlı olarak farklıydı. Çok değişkenli analiz sonuçları tablo 1'de gösterilmiştir.

Bel ağrısı üç aydan daha uzun süre devam eden 2499/11.049 (%22,6) hasta vardı. Bunların %71,5'i kadındı ve ortalama yaşları 50,6 (16,0) olarak saptandı. Bel ağrısı kronikleşen hastalarda çok değişkenli analizde risk faktörleri kadın cinsiyet OR 1,26 (%95GA 1,09-1,46), yaş OR 1,01 (%95GA 1,00-1,02), BMI OR 1,03 (%95GA 1,02-1,04), eklem şişliği varlığı OR 1,24 (%95GA 1,08-1,46), oral aft 1,39 (%95GA 1,19-1,63), sigara kullanımı OR 1,18 (%95GA 1,01-1,38) olarak hesaplandı.

Tartışma: Erişkin yaş grubunda bel ağrısı sıklığı ülkemizde de oldukça sık bir tıbbi problem olarak görülmektedir. Kadın cinsiyet, yaş, obezite, işteki fiziksel aktivite gibi öngörülebilir faktörlerin yanı sıra eğitim düzeyi ve sigara kullanımıyla da ilişkili durmaktadır. Romatolojik açıdan bakıldığında öyküde eklem şişliği varlığı ve oral aftın bel ağrısı ile ilişkili çıkması üzerine ileri araştırmaların yapılmasına gereksinim vardır. Bu ilk incelemede bel ağrısının kronikleşmesiyle ilişkili faktörler de ortaya konulmuştur. Önümüzdeki dönemde bu hasta grubunda ankilozan spondilit ve aksiyal spondiloartrit sıklığının belirlenmesi için gerekli ön hazırlıklar yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kronik bel ağrısı

Tablo 1. Bel Ağrısı ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli analizi

	p	O.R	Üst Limit	Alt limit
Cinsiyet (kadın)	<0,001	1,951	1,773	2,148
Yaş	<0,001	1,012	1,009	1,015
BMI	<0,001	1,028	1,019	1,036
Eklem Şişliği Varlığı	<0,001	2,606	2,328	2,916
Oral Aft Varlığı	<0,001	1,713	1,516	1,936
İşte Fiziksel Aktivite Varlığı	<0,001	1,241	1,136	1,355
eğitim düzeyi (okur-yazar değil)	<0,001			
Eğitim düzeyi (ilköğretim+ lise)	0,888	1,013	0,846	1,213
Eğitim Düzeyi (üniversite ve üzeri)	0,005	0,734	0,592	0,91
Sigara Kullanım varlığı	<0,001	1,275	1,148	1,416

Romatoid Artrit

Abstract:0295

PP-160

YRBT VE ROMATOİD ARTRİT: RADYOLOJİK AKCİĞER HASARININ SEMİKANTİTATİF ÖLÇÜMÜ, SONUÇLARIN KLİNİK BULGULAR VE SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ İLE KORELASYONU**Barış Yılmaz¹, Sevtap Gümüştas², Fulya Coşan³, Nagihan İnan Gürçan², Fatih Ensaroglu⁴, Gökhan Erbağ⁵, Füsun Yıldız⁶, Ayşe Cefle⁷**¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı³Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı⁴Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı⁵Çanakkale Onsekiz Mart Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı⁶Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı⁷Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Romatoid artrit (RA), kronik, progresif, simetrik eroziv sinovitis ile karakterize etyolojisi bilinmeyen sistemik otoimmün bir hastalıktır. İnterstitiyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid akciğer hastalığının sık görülen tutulum şekli olup morbidite ve mortalitenin önemli bir sebebidir. Bu çalışmada, yüksek rezolüsyonlu kompüterize tomografi (YRBT) çekilmiş RA hastalarında radyolojik bulguların semikantitatif bir yöntem ile değerlendirilmesi, sonuçların solunum fonksiyon testleri (SFT) ve hastalık ilişkili klinik bulgularla korelasyonunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Ocak 2009-Aralık 2011 tarihleri arasında aynı merkezde YRBT çekilmiş takipli 130 RA hastası retrospektif tarama yapılarak çalışmaya alındı. Radyolojik bulguları değerlendirmek amacı ile Warrick tarafından skleroderma hastalarında önerilen semikantitatif bir yöntem ile pulmoner hasarın ciddiyeti ve yaygınlığı baz alınarak her lezyon için bir skor hesaplandı. Total skora ek olarak alveolit ve fibrozis indeksi hesaplandı. Tüm skor sonuçları ile hastaların klinik ve fonksiyonel parametreleri arasındaki korelasyonlar çalışıldı.

Sonuçlar: Hastaların demografik ve klinik karakteristikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Total Warrick skoru çalışma yaşı ile pozitif korelasyon (r=0.43, p<0.001) ve karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLco) ile negatif korelasyon göstermekteydi (r=-0.357 p=0.001). Ek olarak Warrick skoru ile dispne varlığı

($r=0.231$, $p=0.01$) ve öksürük varlığı ($r=0.273$, $p=0.002$) arasında da korelasyon saptandı. Alveolit indeksi ile DLco arasında negatif korelasyon saptandı ($r=-0.321$, $p=0.003$). Ancak alveolit indeksi ile SFT değişkenleri arasında ilişki saptanmadı. Fibrozis indeksi ile SFT değişkenleri ve DLco arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları ile yaş ($OR=1.09$, %95 CI 1.028-1.156, $p=0.004$), DLCO'nun \leq %75 olması ($OR=4.29$, %95 CI 1.362-13.522, $p=0.013$) ve solunumsal semptom varlığının ($OR=5.51$, %95 CI 1.326-22.909, $p=0.019$) radyolojik akciğer hasarı varlığı için bağımsız risk faktörleri oldukları saptandı. Metotreksat, leflunomid veya anti-TNF alfa kullanımı ile total Warrick skoru ve fibrozis indeksi arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

Tartışma: Çalışma sonuçları RA'da akciğer hasarının yaygınlığının değerlendirilmesinde YRBT'nin tanılarda rolünü doğrulamaktadır. Ek olarak radyolojik hasarın değerlendirilmesi için kullanılacak bu semikantitatif yöntemin uygun tedavi ve takip kararı için klinik pratikte kullanılabilirliği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, Romatoid artrit, Warrick skoru

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik karakteristikleri

Çalışma sırasındaki yaş, yıl	59±11.5
Kadın cinsiyet, n (%)	92 (71)
Romatoid artrit tanı yaşı, yıl	49.7±13.5
Hastalık süresi, ay	111.8±89
Sigara öyküsü varlığı, n (%)	43 (33)
Dispne varlığı, n (%)	20 (15)
Öksürük varlığı, n (%)	14 (11)
Ekstraartiküler tutulum varlığı,	
Göz tutulumu, n (%)	23 (18)
Romatoid nodül varlığı, n (%)	9 (6.2)
Serozit varlığı, n (%)	18 (14)
Vaskülitik tutulum, n (%)	2 (1.6)
Erozif hastalık varlığı, n (%)	55 (42)
Romatoid faktör varlığı, n (%)	100 (80)
Anti-CCP pozitifliği, n (%)	72 (67)
ANA pozitifliği, n (%)	26 (26)
Sedimentasyon hızı, mm/saat	45.5±26.6
C-reaktif protein, mg/dl	2 (0.7-5.8)
Tedavi,	
Metotreksat, n (%)	92 (73)
Leflunomide, n (%)	65 (52)
Anti-TNF alfa, n (%)	12 (9.5)
Kombinasyon kullanımı, n(%)	39 (31)
Steroid kullanım öyküsü, n (%)	130 (100)

Spondiloartropatiler

Abstract:0297

PP-161

ANKILOZAN SPONDİLİT TANILI HASTADA DE NOVO GELİŞEN AKUT MYELOİD LÖSEMİ OLGUSU

Mehmet Ali Balcı¹, Fatih Sarıtaş¹, Mehmet Şevki Uyanık², Salim Dönmez¹, Gülsüm Emel Pamuk², Ömer Nuri Pamuk¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş: Ankilozan Spondilit (AS) etyolojisi bilinmeyen, spinal eklemlerde ve komşu yapılarda belirgin inflamasyon ile karakterize, omurgada progresif ve asendan kemik füzyona yol açan inflamatuvar bir hastalıktır. Akut myeloblastik lösemi (AML) myeloid, monosit, eritroid ve megakaryositik hematopoetik prekürsörlerde olgunlaşmanın erken dönemde durakladığı malign bir hastalıktır. Bu duraklamanın patofizyolojisi araştırılmaktadır, ancak çoğu vakada kromozom translokasyonları ve diğer genetik bozukluklara bağlı anormal genlerin aktivasyonlarının patogeneze rol oynadığı düşünülmektedir. Biz ankilozan spondilit tanılı sülfasalazin tedavisi altında de novo akut myeloid lösemi gelişen hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 51 yaşında bayan hasta. Bilinen 3 yıldır ankilozan spondilit tanılı hasta bacaklarda morarma, halsizlik olması üzerine dış merkeze başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde pansitopeni (wbc:2180 ne:880 hb:11,7 plt:105000) olması üzerine 3 yıldır kullanmakta olduğu salazoprin tedavisi kesilmiş. Takiplerinde pansitopenisi devam etmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Tarafımızca yatışı yapılan hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, şuur açık, oryente, koopere, batın rahat, rebound defans yok, organomegali yok, lap yok lokomotor sistem muayenesinde özellik yok, kollarda ekimoz mevcut. Yapılan tetkiklerinde; wbc:1.810, neut:0.627, hgb:10.9, plt:102.000, üre:30, krea:0.68, alt:43, ast:29, ana(-), anca(-), anti-dna(-), hepatit seroojisi(-), rf<20 saptandı. Yapılan periferik yayamasında yeterli hücre olmaması nedeniyle hastaya kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliğinden kromozom analizi ve flow gönderdi. Takiplerde trombositlerinde düşüş (105.000 den 48.000'e kadar geriledi) ve fibrinojen:211 ddimer:+20 olarak saptandı. Hematoloji tarafından bakılan kemik iliği aspirasyonunda blast ve auer rod görülmesi ve flow sonucunda (kemik iliğinde blast artışı saptanmamıştır, ancak granülositlerdeki düşük scc ve cd45 dikkat çekmektedir) uyumsuzluk olması üzerine hastaya yeniden kemik iliği aspirasyonu, biyopsisi yapıldı ve t (15;17) translokasyonu gönderildi. Genetik laboratuvarınca yapılan tetkikte t (15;17) pozitif gelmesi üzerine aml m3 düşünülen hasta hematoloji servisine devir edildi.

Sonuç: Hematolojik maligniteler özellikle romatoid artrit ve sjögren sendromu ile ilişkilendirilebilir. Ancak ankilozan spondilitli hastalarda hematolojik maligniteler nadiren rapor edilmiştir. Rapor edilen hastalar anti-tnf tedavi sonrası gelişenlerdir. Yapılan literatür taramasında sülfasalazin tedavisi sonrası akut myeloid lösemi vakasına rastlanılmadı.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, Akut myeloid lösemi, Sülfasalazin

Romatoid Artrit

Abstract:0298

PP-162

ROMATOİD ARTRİTİN NEDEN OLDUĞU KARDİYAK TAMPONAD: OLGU SUNUMU**Fikri Şirin¹, Muhammet Bilici¹, Gezmiş Kimyon², Nergiz Hüseynova², Orhan Zengin², Ahmet Mesut Onat², Bünyamin Kısacak²**¹Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep²Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Romatoid artrit (RA) primer olarak sinovyal dokuları hedef alan etyolojisi tam olarak bilinmeyen kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık simetrik eklemelerde eroziv inflamatuvar artrit ile seyretmekle birlikte eklem dışında organ tutulumları da görülebilmektedir. Popülasyonun yaklaşık %1 kadarını etkilemekte, morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir. Mortalite oranı eklem dışı tutulum olan hastalarda daha yüksektir. Romatoid artrit hastalarında kardiyak tutulum açısından perikardit, perikardiyal effüzyon, miyokardit, prematür ateroskleroz, ritm bozuklukları, perikardiyal tamponad, konstruktif perikardit görülebilir. Burada romatoid artrite bağlı gelişen kardiyak tamponad vakası sunulmuştur.

Olgu: 54 yaşında erkek romatoid artrit tanısıyla izlenen hasta 2 gündür olan halsizlik, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ayaklarda şişlik şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede TA:90/60 mmHg, kalp sesleri derinden geliyordu. Akciğer bilateral bazallerde minimal kreptan raller mevcuttu. Posterioanterior akciğer grafisinde kardiyotorasik indekste artış vardı. Transtorasik ekokardiyografide kalbi çepeçevre saran 2 cm kalınlığında perikardiyal effüzyon olan klinik bulguları progresyon gösteren hasta kardiyak tamponad düşünülerek yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Tanı ve tedavi amaçlı acil perikardiyosentez yapıldı. Sıvı eksüda özelliğindedi, sitolijisi normaldi ve kültürde üreme olmadı. Romatoid artite bağlı perikardiyal tutulum düşünüldü. Önceden leflunomid 20 mg/gün, sülfasalazin 2 gr/gün, hidroksiklorokin 400 mg/gün alan hastanın tedavisine ibuprofen 800 mg /gün, kolşisin 1 mg/gün, prednol 60mg/gün eklendi. Takiplerinde klinik bulguları gerileyen hastanın ekokardiyografide perikardiyal sıvı azaldı ve 1 ay sonra tamamen kayboldu.

Tartışma: Romatoid artrit hastalarında doğrudan RA ile ilişkili kardiyak tutulum nadirdir. Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, ani ölüm riski normal popülasyona göre yüksektir. RA hastalarında bulgu veren perikardit, perikardiyal effüzyon sık değildir. Ancak yaşamı tehdit eden acil perikardiyosentez gerektiren tamponad gelişebilir. Perikardit için mevcut DMARD tedavisine steroid eklenmesi yeterli olmaktadır. RA'ya bağlı perikardiyal effüzyon eksüda niteliğindedir. Perikarditli çoğu hastada romatoid faktör pozitifdir ve eklem dışı organ tutulumu olan hastalardır. Genel popülasyona göre RA hastalarında artmış kardiyak risk faktörleri mevcuttur.

Sonuç: Kardiyak tamponada nadiren RA neden olabilir. Klinik şüphe olduğunda acilen tetkik ve tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Kardiyak Tamponad

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0299

PP-163

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİNDE DOĞAL ÖLDÜRÜCÜ HÜCRE İMMUNOGLOBULİN BENZERİ RESEPTÖRLERİN (KİLLER CELL İMMUNOGLOBULİN-LİKE RECEPTORS, KIR) DAĞILIMININ ARAŞTIRILMASI**Ertuğrul Erken¹, Özlem Görüroğlu Öztürk², Özlem Kudaş³, Didem Arslan Taş³, Ahmet Demirtaş⁴, Filiz Kibar², Suzan Dinkçi³, Selçuk Matyar², Eren Erken³**¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Tokat²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi Merkez Laboratuvarı, Adana³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana⁴Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Bilim Dalı, Tokat

Giriş-Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) serozal membranlarda inflamasyona bağlı olarak ateş ve ağrılı ataklarla karakterize otoinflamatuvar, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Hastalıktan sorumlu MEFV geni kromozom 16p13.3 üzerinde yer almaktadır. FMF'de hastalık seyrini ve kliniğini etkileyen çeşitli çevresel ve genetik faktörlerin hastalığa katkısı olabileceği kabul görmektedir. Doğal öldürücü hücre immunoglobulin benzeri reseptörler (killer cell immunoglobulin-like receptors, KIR) immün yanıt oluşumunda, NK hücrelerinde ve CD8 sitotoksik T lenfositlerde bulunan ve bu hücrelerin fonksiyonlarını "reseptör-ligand" ilişkisiyle düzenleyen moleküllerdir. KIR reseptörleri kendinden olan hücreleri insan lökosit antijenleri (HLA) sınıf I molekülleri ile tanıırken, yabancı hücreleri bu moleküllerin olmaması ile ayırt eder. KIR genleri yüksek polimorfizm göstermektedirler. Bu allelik polimorfizm, antijene özgül KIR geni ekspresyonunu, reseptörün ligand afinitesini ve NK hücrelerinin immün fonksiyonunu belirler. Yapılan çalışmalar farklı KIR genleri ve KIR ligandlarının otoimmün hastalıklara karşı koruyuculukla veya yatkınlıkla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Bu çalışma ile FMF hastalarında genetik yatkınlığı açıklayan MEFV mutasyonları dışında hastalığın patogenezinde rol oynayan immunogenetik belirteçlerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma grupları 105 FMF hastası (56 kadın, 49 erkek; yaş ortalaması: 29.8) ile akrabalık ilişkisi olmayan 100 sağlıklı bireyden (53 kadın, 47 erkek; yaş ortalaması: 29.4) oluşmuştur. DNA örnekleri sekans spesifik oligonükleotid prob (SSOP) yöntemiyle çalışılmıştır. Elden edilen veriler Fisher Exact Test ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çerçeve genleri olan KIR2DL4, 3DL2, 3DL3 ve 3DP1'in tüm hasta ve kontrol grubunda bulunduğu gözlenmiştir. Aktive edici KIR genlerinden olan KIR2DS2'nin FMF'li olgularda anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0.036). Amiloidozu olan FMF hastalarında, KIR2DS2 sıklığı (%66.9) amiloidozu olmayanlara (%54.2) göre daha fazla bulunmuştur. Bununla birlikte FMF hastalarında amiloidoza yatkınlık ile KIR genleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine MEFV bölgesindeki mutasyonlarla KIR polimorfizmi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Daha önce literatürde rastladığımız tek bir çalışmada Lübnan'da FMF hastalarında aktivatör genlerden KIR3DS1 gen sıklığı anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda FMF ile ilişki saptadığımız KIR2DS2 geninin de aktivatör olması, FMF'de doğal immün sistem aktivasyonunda KIR reseptörü taşıyan hücrelerin rolünün araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç: Bu sonuçlar, doğal öldürücü hücreler üzerinde aktivator etkisi bulunan KIR2DS2 geninin FMF gelişimini tetikleyebileceğini, hastalık penetransına katkıda bulunabileceğini düşündürmüştür. Amiloidoz yatkınlığı ve diğer klinik özelliklerin değerlendirilmesi açısından, daha fazla hastada ve çok merkezli çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), Doğal Öldürücü Hücre immunoglobulin benzeri reseptörler (killer cell immunoglobulin-like receptors, KIR)

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0300

PP-164

ÇOCUKLUK ÇAĞI ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilek Konukbay

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara

Giriş: Romatolojik hastalıkların tanı, izlem ve tedavisinin planlanmasında, sağlık durumunun değerlendirilmesinde laboratuvar ve radyolojik tetkikler kadar, klinik öykü ile hastanın yaşadıkları ve deneyimleri de büyük öneme sahip ve yol göstericidir.

Amaç: Bu derlemenin amacı çocukluk çağı romatolojik hastalıklarda çocuğun sağlık durumunun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemleri incelemektir.

Bulgular: Çocukların sağlık durumunun değerlendirilmesinde kan, idrar ve radyolojik tetkikler yanında hastanın daha bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlayan ölçüm araçları ve geliştirilmesi günümüzün önemli konuları arasında yer almaktadır. Çocuklar için kullanılan ölçüm araçları genel ve hastalık merkezli olmak üzere iki çeşittir. Genel ölçümler herkesle ilgili olabilecek şekilde tasarlanır ve farklı grup hastaların göreceli olarak hastalıklarına ilişkin karşılaştırma yapmaya imkan verir. Hastalığa özgü geliştirilen ölçüm araçları ise genel ölçümlerdeki açıklıkları, boşlukları dolduracak şekilde bakılmak istenilen rahatsızlık amaçlı oluşturulur. Hastalık hedefli ölçümler, önemli klinik değişiklikleri algılayabilmek için daha hassas olduğundan klinik çalışmalarda daha yüksek bir uygulanabilirliğe sahiptir. Çocukların sağlık durumunu değerlendirmede kullanılan ölçeklerin, hastanın kendisinin doldurduğu (patient self-report); çocuk çok küçükse ya da bilişsel yetersizliği varsa ya da tamamlayamayacak kadar hasta ise ailenin çocuk için doldurduğu (parent proxy-report) olmak üzere iki şekli vardır. Her iki şekildeki formun doldurulması, çocuk ve ailenin hastalık ve tedaviye ilişkin bakış açısının değerlendirilmesinde ve bütüncül bakımın sağlanmasında yol gösterici olacaktır.

Sonuç: Romatolojik hastalıklarla ilgili çalışmalar geçmişte daha çok hastalık aktivite ölçümüne odaklanmışken günümüzde sağlığın değerlendirilmesinde fiziksel, sosyal ve zihinsel fonksiyonlara daha fazla vurgu yapılmaktadır. Ölçüm araçları sağlık personelinin hastayı, hastaların ise kendi sağlık durumlarını invaziv bir işlem olmadan değerlendirmeleri açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hastalık, değerlendirme, ölçüm aracı

Diğer

Abstract:0303

PP-165

SARKOİDOZ DATEDAVİYE DİRENÇLİ KRONİK ÖKSÜRÜK: TREKEAL KANDİDİYAZİS

Yusuf Karabulut¹, İrfan Esen², Selin Esen²¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Arştırma Hastanesi İç Hastalıkları/Romatoloji Bilim Dalı²Şevket Yılmaz Eğitim ve Arştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sarkoidoz sebebi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Hastalığın seyrinde akciğerler sık tutulur ve solunum sistemi semptomları ön planda izlenir. Hastalık spontan remisyona girebileceği gibi kronik progressif seyrinde izleyebilir. Tedavide steroid temel tedavi ajanıdır. Bu yazıda Sarkoidoz akciğer tutulumu olan bir olguda tedaviye dirençli öksürüğün nadir bir sebebi olarak görülen trakeal kandidiyazis sunulmuştur.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta 3 aydır devam eden efor dispnesi, kuru öksürük, ateş ve sol bacakta ağrılı kızamık şikayetiyle başvurdu. Hastanın muayenesinde akciğerde bilateral raller ve sol bacakta eritema nodozum dışında patoloji tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde BK: 4900, Hb: 12.4 gr/dL, Hct: %38.8, Plt: 312.000 /mL ESH: 69 mm/saat bulundu. Diğer laboratuvar testleri ve Serum ACE normal olarak bulundu. PPD testi 4 mm olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk, Toraks BT de paratrakeal, prekarinal, subkarinal, bilateral hiler, en büyüğü 30 mm olan multipl lenf nodları tespit edildi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Alınan trans bronşial biopsi sonucu, non kazeifiye granülomatöz lenfadenit olarak değerlendirildi. Hastada sarkoidoz düşünüldü ve 0.5 mg/kg metilprednizolon başlandı. Takibinde efor dispnesi, cilt lezyonları ve kuru öksürük şikayetleri gerileyen hastada steroid dozu tedricen azaltıldı. Tedavinin 8.haftasında 10mg/gün steroid tedavisi devam ederken kronik inatçı öksürük yakınmaları tekrar başladı. Hastanın sistemik ve oral muayenesinde patoloji tespit edilmedi. Hastanın kontrol Toraks BT 'sinde lenf nodlarında küçülme izlendi. Allerji, KBB bilim dalları ile yapılan konsültasyon sonucunda kronik öksürük etyolojisinde yer alabilecek patolojiler tespit edilmedi. Ampirik antibiyotik, antireflü ve Antihistaminik tedavilere cevap alınamaması üzerine hastaya tekrar bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide büyüklüğü 1-2 cm ye ulaşam mantar plakları görüldü. Hastaya oral flukonazol başlandı. Tedavinin 1. haftasında öksürük şikayeti gerileyen hastanın yakınmaları tedavinin 4. haftasında kayboldu.

Tartışma: Sarkoidozun seyrinde nefes darlığı, kuru öksürük gibi akciğer yakınmaları temel klinik tabloyu oluşturur. Primer hastalığa bağlı Akciğer semptomları nedeniyle immunosupresif ajanların kullanıldığı olgularda yine pulmoner semptomlara yol açan komplikasyonların oluşabileceği bilinmektedir. Bizim olgumuzda kronik öksürük tedavi ile gerilemiş ve tedavinin ikinci ayında tekrarlamıştır. Alışılmış bakteriyel infeksiyon, gastrointestinal patolojiler, mekanik, allerjik nedenler ve supoptimal tedavi nedeniyle hastalık progresyonu ekarte edildikten sonra immünsupresif tedavi sonrası persistan öksürüğün nadir bir sebebi olarak derin trakeal kandida enfeksiyon tanısı konulmuştur. Sarkoidoz gibi kronik öksürüğün temel semptom olduğu bir hastalıkta tedavide kullanılan steroidin kolaylaştırdığı bir komplikasyonun hastalığın ana semptomunu taklit etmesi nedeniyle olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, trekeal kandidiyazis

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0304

PP-166

ATEŞ İLE PREZENTE OLAN TAKAYASU ARTERİTİ**Salih Subarı¹, Gezmiş Kimyon², Nergiz Hüseynova², Orhan Zengin², Ahmet Mesut Onat², Bünyamin Kısacık², Muhammet Bilici¹, Mehmet Turker¹**¹Gaziantep Üniversitesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep²Gaziantep Üniversitesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Takayasu arteriti aorta ve ana dallarını etkileyen büyük damar vaskülitidir. %90 oranında bayanlarda ve 40 yaş altında daha sık görülür. Ateş, halsizlik ve kilo kaybı görülebilir. İlerleyen zamanlarda arter yatağındaki daralmalara bağlı olarak ekstremitelerde kladikasyon, soğukluk, subklavian proksimal ve vertebral arterleri içeren daralmalarda nörolojik semptomlar ve senkop (subklavian çalma sendromu) önemli belirtileridir. Burada ateş şikayetiyle başvuran takayasu arteriti vakası sunulmaktadır.

Olgu: 18 yaşında bayan hasta 3 aydan beri özellikle geceleri olan 39-40 oC dereceyi bulan ateş, kilo kaybı ile başvurdu. Fizik muayenesinde taşikardi dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde CRP:215 mg/l, sedimentasyon:79mm/h, lökosit: 14.000, hemoglobin 8 g/dl, trombosit 560.000 idi. Ateş etyolojisi için yapılan salmonella, brusella, viral markerlar testleri negatif ve idrar, balgam, kan kültürlerinde üreme olmadı. Toraks bilgisayarlı tomografide sol plevral aralıkta minimal sıvı saptandı. Sıvıdan alınan örnekte asido-rezistans boyama (ARB) negatif olarak saptandı ve kültürde üreme olmadı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi normosellülerdi. Karotis-vertebral arterial doplerde bilateral subklavian arterden başlayıp karotik bulbusa kadar 2,4 mm'ye ulaşan intimal kalınlaşmalar görüldü. Aorta ve karotid anjiyografide torakal aortada çıkan aortaya göre kalibrasyonda azalma, abdominal aorta orta ve distal kalibrasyonunda bir miktar azalma, her iki cammon carotid arter kalibrasyonu kısmen azalmış olarak değerlendirilen hastaya takayasu arteriti tanısı konuldu.

Tartışma: Takayasu arteriti patofizyolojisinde primer immunité hücreleri olan T-sitotoksik hücrelerin rol aldığı mekanizması tam olarak anlaşılamamış bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda HLA-Bw52 ve HLA-B39.2 ile ilişkisi ortaya konmuştur. Hastalığın etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Dünya genelinde görülmekle birlikte asya ülkelerinde sıklığı daha fazladır. Avrupa ve amerikada 1-3/milyon oranında görülür. Ateş, bitkinlik, kilo kaybı konstitusyonel manifestasyonlar özellikle artmış interlökin-6 ile ilişkilidir.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen ateş etyolojisi araştırılırken az görülmesine karşın takayasu arteriti göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Takayasu

Kristal Artriti, Osteoartrit, Osteoporoz, Fibromiyalji, Yumuşak-Doku Romatizmalar

Abstract:0305

PP-167

ALLOPÜRİNOL KULLANIMI SONRASINDA GELİŞEN: AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE STEVENS JOHNSON SENDROMU**Yusuf Karabulut¹, Birol Ocak², Selin Esen²**¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç hastalıkları/Romatoloji B.D²Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş:Stevens-Johnson sendromu (SJS) deri ve mukozaların akut seyirli ve şiddetli bir reaksiyonudur. Enfeksiyonlar, ilaçlar, malignite, radyasyon, gebelik gibi nedenler hastalığı tetiklemektedir. Gut tanısı ile izlenen hastada allopürinol kullanımı sonrası gelişen akut böbrek yetmezliği ve Stevens Johnson Sendromu tablosu sunulmuştur

Olgu: 67 yaşında erkek hasta, 4 yıl önce tekrarlayan 1.MKF şişlikleri nedeniyle GUT tanısı almış. 15 gün önce yeni gelişen GUT atağı sonrasında dış merkezde allopürinol 300 mg 1*1 başlanmış. İlaç kullanımından yaklaşık 10 gün sonra yüzde, ağız içinde, gövde ve her iki ekstremitede kızamık deriden kabarık döküntüler ve idrar miktarında azalma oluşan hasta tedavi amaçlı romatoloji kliniğine yatırıldı. Fizik muayenesinde, Ateş:38C ve ağız içinde aftöz lezyonları şiddetli mukozit, makülopapüler lezyonlar, dudakta şişlik ve kızarıklık ile (Şekil 1), gövde ve her iki ekstremitede yaygın eritematöz makülopapüler karakterde olan lezyonlar (Şekil 2) sağ ayak 1.MKF ve sol dizde aktif artrit tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde; WBC:8460 HGB:15 g/dl PLT:162000 BUN:83 mg/dl Cr:2.2 mg/dl, CRP 200mg/dl, ESR 110/h HBsAg (-), Anti HIV(-), AntiHCV (-),RF, ANA, SS A,SS B, pANCA, cANCA, criyoglobulin, M pneumonia, Epstein Barr ve Herpes Simpleks virüslerine yönelik serolojik tetkikleri negatif bulundu. PA AC grafisi normaldi. Kan ve diğer kültürlerde üreme olmadı. Cildiye ile yapılan konsültasyonda hastada Stevens-Johnson sendromu düşünüldü cilt biyopsisi önerisi hasta tarafından kabul edilmedi. Akut gut atağı, akut renal yetmezlik ve SJS tanıları konulan hastada oral allopürinol tedavisi kesildi, 1mg/kg/gün dozunda metilprednisolon, sıvı replasmanı ve antibiyotik başlandı. Tedavinin 2. haftasında hastanın renal yetmezlik tablosunun düzeldiği ve mukozit tablosunun gerilediği gözlemlendi (Şekil 3). Prednisolon tedavisi tedricen azaltılarak poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Sistemik ilaç kullanan hastalarda, ilaçlara bağlı istenmeyen yan etkiler %0.1 ile %1 oranında görülmektedir. Allopürinol kullanımına sekonder gelişen ilaç reaksiyonları nadir ve çoğu kez minör ilaç reaksiyonu şeklinde gözlenir. Stevens Johnson Sendromu nadir fakat hayati tehdit eden mukokütanöz bir hastalıktır. Olgumuzdada Allopürinol kullanımına bağlı gelişen şiddetli bir ilaç reaksiyonu izlenmiş tabloya akut böbrek yetmezliği ve SJS kliniği ilave olmuştur.

Anahtar Kelimeler: allopürinol, Stevens-Johnson sendromu, akut böbrek yetmezliği

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0306

PP-168

SİKLOFOSFAMİD TEDAVİSİ SONRASI UYGUNSUZ ANTİDİÜRETİK HORMON SENDROMU GELİŞEN TEMPORAL ARTERİTLİ HASTA**Mehmet Turker¹, Muhammet Bilici¹, Nergiz Hüseynova², Orhan Zengin², Gezmiş Kimyon², Bünyamin Kısacık², Ahmet Mesut Onat², Salih Subari¹**¹Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep²Gaziantep Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Temporal arterit (TA) orta ve büyük damarların inflamasyonunu ile giden kronik sistemik bir vaskülitir. TA sıklıkla karotis arteri ve onun dallarını tutmaktadır. Sıklıkla 50 yaş üstü hastalarda anemi, sedimentasyon yüksekliği, ateş ve baş ağrısı ile karakterizedir. TA tedavisinde amaç semptomları azaltmak, özellikle görme kaybını engellemektir. Tedavide kullanılan siklofosfamidin birçok yan etkisi olmasıyla birlikte uygunsuz antiidiüretik hormon salınımına (UADHS) da yol açabileceği bilinmektedir. Burada siklofosfamid kullanımı sonrası UADHS gelişen bir olgu anlatılacaktır.

Olgu: 68 yaşında bayan polimyaljiya romatika tanısıyla takip edilen hasta baş ağrısı ve görme bozukluğu ile başvurdu. Arter biyopsi sonucu da uyumlu gelmesi üzerine hastaya TA tanısı konuldu. Hastaya 1 gr pulse steroid ve sonrasında 500 mg siklofosfamid başlandı. Tedaviden 10 gün sonra bulantı, kusma, baş ağrısı olan hastanın yapılan tetkiklerinde hiponatremisi olması üzerine yatırıldı. Hastanın laboratuvar değerlerinde Na:116 mmol/L, K: 4.5 mmol/L, kreatinin 1 mg/dl, serum osmolaritesi: 270 mosmol/L, üriner osmolarite: 380 mosmol/L, spot idrarda Na: 51 mmol/L saptandı. Troid fonksiyon testleri normal olan ve başka her hangi sistemik hastalığı olmayan hastada siklofosfamide bağlı UADHS düşünüldü. Hastaya sıvı kısıtlaması yapıldı. Siklofosfamid tedavisi kesildi. Sıvı kısıtlaması sonrası şikayetleri gerileyen, sodyum değeri düzelen hasta taburcu edildi.

Tartışma: TA tedavisinde glukokortikoidler öncelikli tercihtir. Ek olarak iskemi azaltıcı etkisi nedeniyle aspirin de kullanılmaktadır. Steroid dozunu azaltmak amacıyla mtx, azatioprin kullanılmaktadır. Siklofosfamid, anti-tümör nekroz faktörü ajanlar ve rituksimab kullanımı ile TA tedavisinde başarı sağlandığı yönünde vaka raporları ve küçük hasta serileri bildirilmiştir.

Siklofosfamid otoimmün hastalıklar ve malignitelere sıklıkla kullanılmaktadır. Bulantı kusma, alopesi kemik iliği supresyonu sık yan etkileridir. Bunlarla birlikte gonadal toksisite, malignite oluşumu, mesane toksisitesi, UADHS bağlı hiponatremiye neden olabilmektedir.

Sonuç: Siklofosfamid kullanım öyküsü olan hastada hiponatremi nedenleri arasında UADHS akılda tutulması gereken bir klinik antitedir.

Anahtar Kelimeler: Temporal Arterit, Siklofosfamid**Spondiloartropatiler**

Abstract:0310

PP-169

SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA RADYOGRAFİK KALÇA TUTULUMU VE TOTAL KALÇA PROTEZİ SIKLIĞI: HÜR-BİO/SPA GERÇEK YAŞAM VERİLERİ**Umut Kalyoncu¹, Ömür Çağlar², Levent Kılıç¹, Abdulsamet Erden¹, Ömer Karadağ¹, İhsan Ertenli¹**¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Gerekeç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında, ciddi kalça tutulumu varlığında total kalça protezleri (TKP) önemli bir tedavi seçeneği olabilmektedir. AS'nin yanı sıra diğer spondiloartrit (SpA) hastalarında da kalça tutulumu olabilmektedir. Bu çalışmada biyolojik tedavi almakta olan SpA kohortunda radyolojik kalça tutulumu ve TKP sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. Ocak 2014 itibarıyla biyolojik tedavi alan 1290 SpA hastası kayıtlıdır. HÜR-BİO/SpA'da hastaların demografik özellikleri, hastalık ve semptom süresi, üveit, psoriasis, İBH sorgulaması, sigara kullanımı, ilk başlanan anti-TNF ilaçlar, BASDAI, BASFI ve akut faz yanıtları bulunmaktadır. Spondiloartrit'ler AS, non-radyografik aksiyal SpA (nr-Ax-SpA), enteropatik artrit (EA) ve psöriatik artrit (PsA) olarak ayrılmışlardır. Bu hastaların 768'inde (%59,5) PACS sisteminde kayıtlı pelvik grafi bulunmaktadır. Bu grafler bir doktor tarafından (UK) kalça tutulumu açısından değerlendirilmiştir gerekli görüldüğünde bir ortopedi uzmanına danışılmıştır (ÖÇ). Buna göre radyografik kalça tutulumu üç gruba ayrılmıştır. Bu gruplar "kalça eklemine daralma var", "kalça protezi için aday" ve TKP yapılmış olarak adlandırılmıştır. Ciddi kalça tutulumunu açıklayacak tek ve çok değişkenli analizler yapılmıştır. Kalça tutulumu olup olmamasına göre anti-TNF ilaçta kalım durumları Kaplan-Meier analizi ile test edilmiştir.

Sonuç: 1290 SpA hastasından 768'inde (%59,5) ulaşılabilir pelvis grafisi vardı. 450 hasta erkekti (%58,6) ve ortalama yaşları 41±11, ortalama hastalık süresi 8,6±6,9, ortalama anti-TNF kullanım süresi 32±29 aydı. Hastalıkların dağılımı; AS 556 (%72,4), nr-Ax-SpA 91 (%11,8), PsA 84 (%10,1) ve EA 37 (% 4,8) olarak saptanmıştır. Hastalıklara göre radyografik kalça tutulumu tablo 1'de gösterilmiştir. Radyografik kalça tutulumu 125/768 (%16,3) ve ciddi kalça tutulumu 65 (%8,4) hastada saptanmıştır. Ciddi kalça tutulumu olanlar daha yaşlıdır 47±11 vs 41±11, p<0.001, daha uzun süreli hastalığı vardır 15±9 vs 8±6 yıl, p<0.001, erkek hakimiyeti vardır 47/65 (%72,3) vs 402/702 (%57,3), p=0.018, daha sık ileri spinal hastalık vardır 18/52 (%34,6) vs 74/576 (%12,8), p<0.001. Ciddi kalça tutulumu olanların olmayanlara göre başlangıç BASDAI ve BASFI düzeyleri arasında fark yokken, son ziyaretlerinde CRP (2,56±2.75 vs 1,06±1.97 mg/dl, p<0.001), ESH (24±25 vs 13±14 mm/saat, p<0.001) ve BASFI (4,7±2,8 vs 2,4±2,1, p<0.001) daha yüksek bulundu. Çok değişkenli analizde ciddi kalça tutulumu ile ilişkili risk faktörü hastalık süresidir (OR 1,13 (%95 GA 1,09-1,17). Tüm SpA gruplarında, kalça tutulumu varlığına göre anti-TNF ilaçta kalım açısından fark saptanmamıştır.

Tartışma: Ciddi kalça tutulumu AS yanı sıra PsA ve EA'da da önemli bir morbidite nedenidir. SpA hastalarının yaklaşık %5'ine

TKP uygulaması yapılmıştır. Öte yandan, AS ve EA hastalarının önemli bir kısmında karşılanmamış bir gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, Total Kalça Protezi

Tablo 1. Spondiloartrit hastalarında kalça tutulumu

	AS n=556	nrAxSpA n=91	PsA n=84	EA n=37
Kalça eklemine daralma n (%)	55(99)	1(1,1)	3(3,6)	1 (2,7)
TKp n (%)	32(5,7)	1(1,1)	5(5,9)	2(5,4)
TKp adayı n (%)	21(3,8)	1(1,1)	0(0)	3(8,1)
Total kalça tutulumu	108(19,4)	3(3,3)	8(9,5)	6(16,2)

Spondiloartropatiler

Abstract:0312

PP-170

PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARINDA RADYOLOJİK KALÇA TUTULUMU: HÜR-BİO/PSA VERİLERİ

Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz

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

Gerekeç: Psöriatik artrit (PsA) ve psöriatik spondilit, ankilozan spondilite benzer şekilde, ciddi kalça eklemi tutulumu ve total kalça protezine (TKP) neden olabilir [1]. Bizim çalışmamızda biyolojik tedavi kullanmakta olan PsA hastalarında radyolojik kalça tutulumu sıklığı ve bunu etkileyen olası faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı (HÜR-BİO) 2005 yılında oluşturulmuştur. Bu veri tabanında Mayıs 2014 itibarıyla biyolojik tedavi alan 132 PsA hastası kayıtlıdır. HÜR-BİO/PsA veri tabanında hastaların demografik özellikleri, PsA yaşı, hastalık süresi, sigara kullanımı, ilk başlanan anti-TNF ilaçlar, anti-TNF'ler arasında değişimler, biyolojik tedavi öncesi ve sonrası DMARD kullanımı ve hastalık ölçüm parametreleri olarak BASDAI, şiş ve hassas eklem sayısı ve akut faz yanıtları bulunmaktadır. Bu hastaların 92'sinde (%69,7) PACS sisteminde kayıtlı pelvik radyografileri bulunmaktadır. Bu pelvik radyografiler bir doktor tarafından (UK) radyografik kalça tutulumu açısından değerlendirilmiştir. Radyografik kalça tutulumu aksiyal veya konsantrik eklem aralığında daralma ile birlikte marjinal osteofitlerin bulunması olarak tanımlanmıştır [1]. Eğer TKP uygulanmış ise bu durum not edilmiştir. Primer osteoartritin bulgusu olan superolateral eklem aralığında kayıp olması veya avasküler nekroz bulunması durumunda hastalar kalça tutulumu açısından çalışmadan dışlanmıştır.

Sonuçlar: 132 hastanın 92'sinde uygun pelvik radyografi bulunmaktaydı. Pelvik radyografisi olan ve olmayan hastalar değerlendirildiğinde eritrosit sedimentasyon hızı (25±22 vs 37±28 mm/saat, p=0.020) ve C-reaktif protein (1.88±2.56 vs 3.27±4.06 mg/dl, p=0.033) dışında iki grup arasında fark yoktu. Hastaların 9'unda (%9,8) radyografik kalça tutulumu bulunmaktaydı. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 1'de verilmiştir. Kalça tutulumu olan 9 hastanın 5'ine TKP uygulanmıştır. Bunların ikisine bilateral TKP yapılmıştır. TKP sıklığı 5/92 (%5,4) olarak saptanmıştır. Kalça tutulumu olan hastalarda daha uzun

sürelili semptom süresi bulunmaktaydı (17±6 vs 9±6 yıl, p=0.002). Kalça tutulumu olan hastaların son vizitlerinde akut faz yanıtlarının halen yüksek olarak devam ettiği görülmektedir (Tablo 1).

Tartışma: HÜR-BİO/PsA veri tabanında radyografik olarak kalça tutulumu yaklaşık %10 hastada saptanmıştır. Kalça tutulumu olanların yaklaşık yarısında TKP gereksinimi olduğu görülmüştür. Bu bulgular literatür ile uyumludur [1]. Psöriatik spondilit hastalarının yanı sıra PsA hastalarında da kalça tutulumu görülebilmektedir. Bizim hasta grubumuzu göreceli daha ağır hastalık paterni olan anti-TNF altındaki hastalar oluşturmakla birlikte, kalça tutulumu olanlarda akut faz yanıt yüksekliğinin bu tedaviye rağmen devam ettiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, Kalça Tutulumu

Tablo 1. PsA hastalarında kalça tutulumu olup olmasına göre demografik ve laboratuvar özellikleri

	PsA kalça tutulumu olan	PsA kalça tutulumu olmayan	p
yaş (yıl)	49(12)	43 (11)	>0,05
cinsiyet (kadın) n %	6 (67)	59 (71)	>0,05
semptom süresi (yıl) n (%)	17 (6)	9 (6)	0,002
şimdiki/geçmişte sigara içme n (%)	5 (56)	42 (51)	>0,05
Psöriatik spondilit n (%)	4 (44)	22 (27)	>0,05
Psöriasis aile öyküsü n (%)	4 (44)	33 (40)	>0,05
Anti-TNF süresi	46 (39)	27 (26)	>0,05
Anti-TNF değişimi n (%)	2 (22)	34 (41)	>0,05
Başlangıç ESH mm/saat	26 (22)	25 (22)	>0,05
son vizit ESH mm/saat	47 (34)	14 (14)	0,008
Başlangıç CRP (mg/dl)	2,2 (2,7)	1,8 (2,6)	>0,05
son vizit CRP (mg/dl)	4,3 (4,6)	0,7 (1,3)	0,016
Başlangıç BASDAI	5,0 (1,7)	5,5 (1,9)	>0,05
son vizit BASDAI	3,4 (2,5)	3,0 (2,0)	>0,05

Veriler ortalama ve SD olarak verilmiştir

Romatoid Artrit

Abstract:0314

PP-171

YÜKSEK TİTREDE ROMATOİD FAKTÖR POZİTİF HASTALARDA ANTI-TNF TEDAVİ SONRASI 1. YILDA RF TİRESİNDE ANLAMLI DÜZEYDE AZALMA GÖRÜLMEKTEDİR

Hakan Babaoğlu, Murat Torgutalp, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Gerekeç: Romatoid faktör (RF), Romatoid Artritte (RA) iyi tanımlanmış bir serolojik belirteç olup tanı kriterleri içerisinde de yer almaktadır. Bu çalışmada RA tanısı olan ve anti tümör nekrozis faktör alfa (anti TNF) tedavisi başlanan hastalarda, RF

titresinin 1 yıllık tedavi sonrasında değişiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. Bu inceleme Ağustos 2014 tarihinde yapılmıştır. Bu tarih itibarıyla HÜR-BİO veri tabanında RA olup biyolojik tedavi kullanan 815 hasta vardı. Bunların 679'u anti-TNF (adalimumab, etanercept, golimumab ve infliksimab) tedavi almaktaydı. Veri tabanında hastaların demografik özellikleri, DMARD öyküsü, anti-CCP, RF, akut faz yanıtları, DAS-28 skoru, HAQ skoru, şiş ve hassas eklem sayısı, VAS global, ağrı ve yorgunluk kaydedilmiştir. Anti TNF tedavi başlanmadan hemen önce RF değeri bilinmekte olan 221 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunların 163'ünün ilk tanı anındaki (DMARD öncesi), 171'inin anti TNF'den 1 yıl sonra RF değerine ulaşılabilir. Hastalar RF değerine göre negatif (<20 IU/ml), düşük titrede pozitiflik (20-60 IU/ml) ve yüksek titrede pozitiflik (>60 IU/ml) olarak gruplandı.

Sonuçlar: RF'si değerlendirilmiş olan 221 hastanın (%77,4 kadın) yaş ortalaması 52,3 (12,1), hastalık süresi 12,4 (7,8) yılı. Hastaların 63'ü (%28,6) adalimumab, 115'i (%52,0) etanercept ve 43'ü (%19,4) infliksimab kullanmaktaydı. Anti TNF ilaçlarla birlikte kullanılan DMARD'ların dağılımı şu şekildeydi; metotreksat (%24,4), sulfasalazin (%13,3), leflunomid (%51,9), hidrosiklorokin (%56,3), steroid (%53,3). Anti TNF öncesinde hastaların 93'ünde (%42,1) RF negatif, 45'inde (%20,4) düşük titrede pozitif, 83'ünde (%37,5) yüksek titrede pozitif olarak saptandı. DMARD tedavisi sonrası RF değerinde azalma istatistiksel olarak anlamlı değilken, anti TNF'den 1 yıl sonraki RF değerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu görüldü [ortanca: başlangıç RF=121 (IQR 38,3-303,3), 1 yıl sonraki RF=55 (IQR 19,9-199), p=0.004]. Anti TNF sonrasındaki azalma özellikle RF düzeyi yüksek titrede pozitif olan hasta grubunda anlamlıyken [ortanca: başlangıç RF=227 (IQR 122-358), 1 yıl sonraki RF=118 (IQR 40-355), p=0.009], düşük titrede anlamlı bulunmadı (p=0.158). Anti-TNF'den 1 yıl sonra %25,4 hastada RF negatifleşti [düşük titre RF pozitif hastalarda %40,4, yüksek titre pozitif hastalarda %12,3 hastada]. Anti-TNF'den 1. yıl sonra %71,8 hastada ilk RF değerine göre azalma mevcuttu. Anti-TNF sonrası RF düzeyindeki değişiklikler ile akut faz yanıtı ve DAS-28 arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma: HÜR-BİO/RA veri tabanında anti-TNF'lerin, özellikle yüksek titrede RF pozitif olan hasta grubunda zaman içerisinde RF'de anlamlı düzeyde düşüş yaptığı saptanmıştır. Bu değişim hastalık aktivite bulguları ile korelasyon göstermemektedir. Benzer düşüş DMARD kullanan hastalarda saptanmamıştır. Bu bulgu anti-TNF tedavinin B hücre fonksiyonlarına etki ettiğinin bir göstergesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Faktör, Romatoid Artrit

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0316

PP-172

BEHÇET HASTALIĞINDA TNFRSF1A (TUMOUR NECROSIS FACTOR RECEPTOR SUPERFAMILY, MEMBER 1A) GEN MUTASYONLARININ ARAŞTIRILMASI

Eren Erken¹, Didem Arslan Taş¹, Fatih Yıldız², Suzan Dinkçi¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

²Van Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği, Van

Giriş-Amaç: Behçet hastalığı (BH) klinik özellikleri açısından çeşitlilik gösteren, otoinflamatuvar hastalıklarla benzer bulguları olan bir hastalıktır. BH ve bir otoinflamatuvar hastalık olan Ailevi Akdeniz ateşinin birlikteliği çeşitli toplumlarda gösterilmiştir. Ayrıca Behçet hastalarında FMF (MEFV) gen mutasyonlarının varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Literatürde Avrupa kökenli Behçet hastalarında TNFRSF1A geni mutasyonlarından R202Q ilişkisinin araştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda, TRAPS sendromundan sorumlu olan TNFRSF1A geni mutasyonlarının Türk Behçet hastalarında sıklığının belirlenmesi, ayrıca hastalık şiddeti ile ve çeşitli klinik parametreler (oral aft, genital ülser, cilt bulguları, üveit, artrit, gastrointestinal tutulum, nörobeçet, vasküler tutulum) ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Metod: Elli Behçet hastası (21 kadın, 29 erkek; yaş ortalaması: 37.9±38) ve 47 akrabalık bağlantısı olmayan sağlıklı birey (26 kadın, 21 erkek; yaş ortalaması: 33.9±12,3) çalışmaya alındı. Behçet hastalarının demografik ve klinik özellikleri yanında hastalık şiddet skoru değerlendirildi. TNFRSF1A genin ekzon 2,3,4,5,6,7 bölgelerine ve intron 2-3, 4-5 ve 6-7 bölgelerine polimeraz zincir reaksiyonu/sekans tipleme tekniği ile genotipleme analizi yapıldı.

Bulgular: Behçet hastalarında paterji %46 ve HLAB5 %40 pozitif bulundu. Ortalama ESR: 15.3±12.5 mm/saat, CRP: 1.06±1.8 mg/dl (N:<0.8) ve Behçet şiddet indeksi: 6.4±2.4 idi. TNFRSF1A geninin TRAPS semptomları ile ilişkili olduğu önceden kanıtlanmış olan mutasyonlardan ikisi, çalışmaya dahil edilen iki Behçet hastasında saptandı. Bunlardan hiçbirinde periyodik ateş semptom ve bulguları yoktu. Bir Behçet hastasında heterozigot R92Q G>A mutasyonu mevcuttu. Bir diğer Behçet hastasında ve bir sağlıklı kontrolde heterozigot c.626-32 G>T saptandı. Sağlıklı kontrollerin hiçbirinde R92Q G>A yoktu. Daha önceki bir çalışmada Behçet hastalarında %2'ye varan oranda R92Q G>A mutasyonu yayınlanmış olup, bu mutasyonun ekstrakraniyal derin ven trombozu ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Bizim R92Q G>A mutasyonu saptadığımız olgumuzda ise derin ven trombozu yoktu. R92Q G>A'nın, TRAPS ile ilişkili düşük penetranslı bir mutasyon olduğu kabul edilmektedir. Ancak bizim hastamızda TRAPS ilişkili semptom ve bulgular yoktu. Çalışmamızda saptanan TNFRSF1A mutasyonlarının sayısının yetersiz olması nedeniyle, Behçet hastalarının klinik özellikleri açısından istatistiksel değerlendirilmesi mümkün olmadı.

Sonuç: TNFRSF1A mutasyonlarının Türk hastalarda Behçet hastalığı ile ilişkili olmadığı, hastalık seyrini ve şiddetini etkilemediği sonucu elde edilmiştir. Bu konuda daha fazla sayıda hastada ve farklı etnik gruplarda çalışma yapılmasına gerek duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Otoinflamatuvar Hastalıklar, TNFRSF1A

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0318

PP-173

JUVENİL SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS HASTALIĞININ TANISINDA SLICC KRİTERLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşenur Paç Kısaarslan, Betül Sözeri, Ruhan Düşünsel, Zübeyde Gündüz, Hakan Poyrazoğlu, İsmail Dursun, Sibel Yel, Kenan Yılmaz, Emel Ünsür
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji -Nefroloji B.D

Juvenil sistemik lupus eritematozus (JSLE), pek çok organda tutulumuna yol açarak morbidite hatta mortaliteye neden olabilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Çocukluk döneminde nadir görülen bir hastalık olup, insidansı 0,3-0,9 /100.000 olarak, prevalansı ise 3,3-8,8/100,000 olarak bildirilmiştir. Halen SLE tanısı için ACR kriterlerinden 4 'ünde pozitiflik olması şartı aranmakla birlikte yakın dönemde SLICC kriterleri geliştirilmiştir. Her iki kriterin karşılaştırılmasında çocukluk yaş grubunda SLICC kriterlerinin daha sensitif ($p < 0,001$) ancak daha az spesifik ($p = 0,016$) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın amacı farklı iki merkezde ACR kriterlerine göre tanı almış SLE hastalarının SLICC kriterlerine yöne yeniden değerlendirilmesi ve farklılıklarının ortaya konulmasıdır.

Metod: Farklı iki merkezden ACR tanı kriterlerine göre JSLE tanısı almış 83 hasta çalışmaya alındı. Hastalar ACR kriterlerine göre cilt bulgusu olan ve olmayanlar, SLICC tanı kriterlerine göre cilt bulgusu olan ve olmayanlar, son olarak ACR kriterlerine göre cilt tutulumu olanlar ve ACR'de cilt tutulumu olmayıp, yalnız SLICC kriterlerine göre cilt bulgusu olan hastaların organ tutulumları birbirleri ile karşılaştırıldı.

Sonuçlar: İki farklı merkezden 83(%83 kız, %17 erkek) hasta çalışmaya alındı. Hastaların tanı yaş ortalamaları $13 \pm 2,95$ yıl idi. Hasta grupları artrit, serozit, hematolojik, renal, immünojenik ve nöral tutulum açısından karşılaştırıldı. Hastalarda artrit 45(%54.2), serozit 22(%26.5), böbrek 40(%48.2), nörolojik 16(%19.3), immünojenik 79(%95.2), hematolojik 55(%66.3) tutulum mevcuttu. Cilt tutulumlarına göre gruplar arasında organ tutulumları açısından istatistiksel fark yoktu.

Bu çalışmanın sonucunda cilt bulguları olan çocuk SLE hastalarında zaten organ tutulumlarında olduğu belirlenmiş oldu. Bu nedenle cilt bulguları ile bavuran hastaların daha ayrıntılı değerlendirilmesi kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: juvenil sistemik lupus eritematozus, ACR, SLICC

Spondiloartropatiler

Abstract:0319

PP-174

MINİMAL HASTALIK AKTİVİTESİNE SAHİP PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARININ SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ SPECKLE TRACKİNG EKOKARDİYOGRAFI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Barış Yılmaz¹, Tayfun Şahin², Ayşe Çefle³

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), psöriazis ile ilişkili kronik inflammatuar artrit olup popülasyonda % 0.3 ile % 1 oranında görülmektedir. PsA'lı hastalarda mortalitenin arttığı, özellikle de kardiyovasküler hastalığın (KVH) önde gelen morbidite ve mortalite sebebi olduğu bildirilmiştir. Minimal hastalık aktivitesine (MHA) sahip, klinik kardiyovasküler hastalık (KVH) kanıtı olmayan, psöriatik artrit (PsA) tanısı konulan hastalarda, sol ventrikül fonksiyonlarının yeni ve daha duyarlı bir teknik olan speckle tracking ekokardiyografi (STE) kullanılarak değerlendirilmesi ve sonuçların hastalık ilişkili risk faktörleri ile karşılaştırılması amaçlandı.

Metod: Çalışmaya 31 PsA hastası ve 19 sağlıklı kontrol alındı. Çalışma popülasyonuna, konvansiyonel ekokardiyografi ve speckle tracking ekokardiyografi ile strain analizi yapılarak sol ventrikül (SV) fonksiyonları değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışma popülasyonuna ait demografik ve klinik değişkenler Tablo 1'de verilmiştir. PsA hastalarının normal SV ejeksiyon fraksiyonuna sahip oldukları saptandı. STE analiz sonuçları açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise global longitudinal strain [sırası ile (ortalama±ss), % $-17,11 \pm 2,83$ ve % $-19,29 \pm 2$, $p=0.005$], global sirkumferansiyel strain [sırası ile (ortalama±ss) % $-14,28 \pm 3$ ve % $-20,34 \pm 4,78$ $p<0.001$], global radyal strain [sırası ile (ortalama±ss) % $29,26 \pm 10$ ve % $46,54 \pm 17$ $p<0.001$] sonuçlarının önemli oranda düşük olduğu saptandı. Ancak STE analiz sonuçları ile hastaların demografik ve klinik değişkenleri arasında herhangi bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

Tartışma: STE ile PsA'lı hastalarda miyokardiyal fonksiyonların üç boyutlu değerlendirilmesi mümkün olabilmektedir. Çalışmada, PsA hastalarının normal SV ejeksiyon fraksiyonuna sahip olmalarına rağmen çok boyutlu bozulmuş miyokardiyal deformasyon varlığı gösterildi. Bu nedenle, bu yeni görüntüleme tekniğinin kullanımı PsA'lı hastalarda kardiyovasküler tutulumun erken dönemde saptanmasında ve risk sınıflamasında ek faydalar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, Speckle tracking ekokardiyografi

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun demografik ve klinik özellikleri

	PsA hastaları (n=31)	Kontrol grubu (n=19)	p
Yaş, yıl	41,3±11	41±8	0,888
Cinsiyet (E/K), n	10/21	9/10	0,285
PsA başlangıç yaşı, yıl	33,7±11,8		
Psoriasis hastalık süresi, yıl	13 (7-20)		
PsA hastalık süresi, yıl	5 (3-10)		
Vücut yüzey alanı, m ²	1,83±0,16	1,85±0,13	0,719
Beden kitle indeksi, kg/m ² , n (%)	28±4,58	27±4,17	0,454
Sigara içiciliği, n (%)	10 (32)	4 (21)	0,392
Hipertansiyon varlığı, n (%)	15 (48)	4 (21)	0,053
Sistolik kan basıncı, mmHg	130 (120-140)	120 (120-130)	0,156
Diyastolik kan basıncı, mmHg	80 (80-90)	80 (80-85)	0,347
HAQ Skoru	0,25 (0-0,63)		
DAS28	2,05±0,68		
PASİ	0 (0-0,4)		
Sedimentasyon, mm/saat	9 (5-15)		
C-reaktif protein, mg/dl	0,39 (0,17-0,72)		
Hastalık tutulum paterni, n (%)			
Periferik	21 (68)		
Aksiyel	10 (32)		
Tedavi			
DMARD, n (%)	19 (61)		
Anti-TNF, n (%)	12 (39)		
Steroid kullanım öyküsü, n (%)	27 (87)		

Değerler Ortalama±standart sapma veya median (interkuartil aralık) olarak verilmiştir. **HAQ:** Health Assessment Questionnaire; **DAS28:** Disease Activity Score in 28 Joints; **PASİ:** Psoriasis Area and Severity Index; **DMARD:** disease-modifying antirheumatic drugs.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0321

PP-175

LAPATİNİB BLEOMİSİN İLE OLUŞTURULMUŞ DENEYSEL SKLERODERMA MODELİNDE DERMAL FİBROZU ENGELLEMEKTEDİR

Berçem Afşar Karatepe¹, Servet Yolbas¹, Ahmet Yıldırım¹, Zülfinaz Betül Çelik², İbrahim Hanifi Özercan³, Ebru Önalın², Süleyman Serdar Koca¹

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

³Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Epidermal growth factor (EGF) hücrelerin proliferasyonu ve differansiasyonunda önemli görevler üstlenmektedir. İnsan dermal fibroblast hücre kültüründe, in vitro EGF uygulamaları TGF- β reseptörü tip II (TGF β RII)'nin ekspresyonunu uyarır. Skleroderma dermal fibroblastlardan EGF ekspresyonunun yüksek olduğu gösterilmiştir. Lapatinib, bir tirozin kinaz inhibitörüdür. EGFR-1 ve -2'nin intraselüler tirozin kinaz bölgelerine

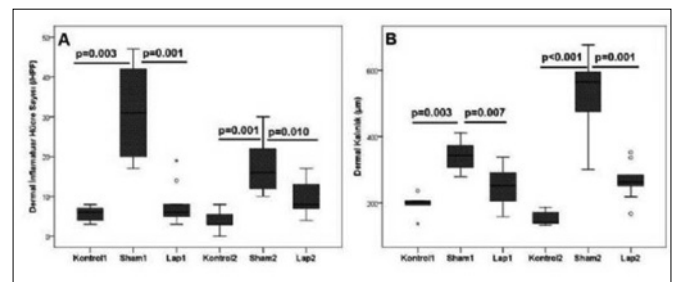
reversibl olarak bağlanır ve substrat fosforilasyonunu inhibe eder. Çalışmamızın amacı, bleomisin (BLM) ile oluşturulmuş deneysel skleroderma modelinde lapatinib uygulamalarının profilaktik ve teröpatik etkinliklerinin belirlenmesidir.

Materyal-Metod: Çalışmaya 60 adet Balb/c dişi fare alındı ve erken evre grupları (grup I [kontrol grubu], II [plasebo grubu], III [lapatinib grubu]) ve geç evre grupları (grup IV [kontrol grubu], V [plasebo grubu], VI [lapatinib grubu]) olarak 6 grup oluşturuldu. BLM uygulanmayacak olan kontrol grubu farelere (grup I ve IV), tıraş edilmiş bölgeden, her gün sc fosfat ile tamponlanmış salin (FTS) uygulandı. 100 μ g BLM, FTS içerisinde çözündürülerek (100 μ l) II. ve III. gruplardaki farelere 3 hafta, V. ve VI. gruplardaki farelere 6 hafta boyunca her gün sc uygulandı. BLM'e ek olarak, IV. gruptaki farelere ilk 3 hafta, VIII. gruptaki farelere ise 21. günden başlayarak çalışma sonuna kadar her gün 30 mg/kg dozunda lapatinib % 30 DMSO içerisinde çözündürülerek subkutan yolla günde iki defa uygulandı. İlk üç grup üç haftanın sonunda; kalan gruplar 6 haftanın sonunda sakrifiye edildi. Doku örnekleri histopatolojik inceleme ve real-time PCR (RT-PCR) analizleri için toplandı. Doku TGF- β 1 ve fibronektin-1 mRNA ekspresyonları real-time PCR ile belirlendi.

Sonuçlar: BLM uygulamaları, üçüncü haftadan başlayarak, artmış dermal inflamatuvar hücre infiltrasyonuna (Şekil 1A), dermal fibroza ve dermal kalınlıkta (Şekil 1B) artışa yol açtı. Benzer şekilde, TGF- β 1 ve fibronektin-1 mRNA ekspresyonları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, üç haftanın sonunda sırasıyla 40 ve 6 kat; 6 haftanın sonunda sırasıyla 690 ve 280 kat artmıştı. Diğer taraftan, lapatinib tedavi grubunda TGF- β 1 ve fibronektin-1 mRNA ekspresyonları kontrol grubuna göre 100 ve 25 kat yüksekti ancak plasebo grubuna göre belirgin azalmıştı. Ancak, lapatinib hem profilaksi hem de tedavi grubunda histopatolojik olarak dermal nekroinflamasyon ve fibrozu azaltmıştır (Şekil 1).

Tartışma: Lapatinib BLM ile uyarılmış dermal fibroz modelinde anti-fibrotik etkiler sergileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, epidermal growth factor, lapatinib



Şekil 1. Çalışma gruplarında inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve dermal kalınlıklar

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0322

PP-176

POLIARTERİTİS NODOZA (PAN)'DA ÇOCUK VE ERİŞKİN HASTALAR ARASI FARKLILIKLAR VAR MI?**Abdulsamet Erden, Ezgi Deniz Batu, Zehra Serap Arıcı, Emre Bilgin, Umut Kalyoncu, Şule Apraş Bilgen, Ömer Karadağ, Seza Özen, İhsan Ertenli***Hacettepe Vaskülit Tanı ve Tedavi Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara*

Gerekeç: Poliarteritis nodoza (PAN), orta ve küçük çaplı damarları tutan ve en nadir görülen vaskülit tipidir. Orta yaşlı erişkinlerde daha sık görülse de, nadir olarak çocuklarda da saptanmaktadır. Bu çalışmada çocuk ve erişkin PAN hastaları arasındaki olası klinik farklılıkların araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, hastanemizde izlenmekte olan ve Ankara 2008 kriterlerini karşılayan 6 çocuk (<16 yaş) ve 1990 ACR kriterlerini tamamlayan 10 erişkin PAN hastası dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile tedavi verileri retrospektif olarak değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: Çocuk hastalarda kızlarda, erişkin hastalarda ise erkeklerde daha sık görülmektedir (Tablo). Konstitusyonel ve kasiskelet sistemi açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar belirlenmemiştir. Erişkin hastaların 2'sine, çocuk hastaların ise 3'üne FMF eşlik etmekteydi. Ancak erişkin hastalarda nörolojik ve renal tutulum daha sık görülmektedir. Laboratuvar değerlendirmesinde her iki grupta tanı sırasında oldukça yüksek akut faz değerleri gözlemlendi. İlk semptomdan tanıya kadar 7 aydan daha uzun süre geçtiği belirlenmiştir.

İndüksiyon tedavisinde erişkinlerde %90 steroid+siklofosfamid kullanılmış, çocuklarda ise 2 hastada siklofosfamid, 2 hastada mikofenolat mofetil (MMF) kullanılmıştır.

Tartışma: Çalışma sonucunda erişkin PAN hastalarında nörolojik tutulum ve böbrek tutulumunun daha fazla olduğu, hastalığın erkeklerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Literatürde juvenil PAN'da cinsiyet farkı olmadığı belirtilse de çocuk hastalarımızın çoğunluğu kız hastalardır. İki grup arasındaki farkların belirlenebilmesi için, farklı merkezlerin işbirliği ile daha çok sayıda hastayla yapılan çalışmalar yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: PAN, erişkin, çocuk

Tablo 1. Çocuk ve erişkin PAN hastalarının özellikleri

Özellik	% Çocuk (n=6)	% Erişkin (n=10)	p
Cinsiyet	1E/5K	8E/2K	0,013
Ateş	50	90	0,074
Miyalji	66,7	77,7	0,63
Kilo kaybı	33,3	66,6	0,205
Halsizlik	83,3	100	0,205
Artrit/artralji	100	66,7	0,114
Cilt tutulumu	100	80	0,242
Hipertansiyon	60	44,4	0,57
Böbrek tutulumu	16,7	70	0,039
Nörolojik tutulum	16,7	70	0,039
Testis tutulumu	0	20	0,242
GİS tutulumu	83,3	50	0,182
KVS tutulumu	16,7	11,1	0,756
İlaç yan etkisi varlığı	16,7	30	0,137
İlk semptomdan tanıya kadar geçen süre, ay	15±18,4 (0-48) Medyan 8,5	10,66±7,05 (4-24) Medyan 7	0,81
Tanı sırasındaki ESR, mm/sa	82,83±37,5 (20-120) Medyan 90,5	75,5±32,6 (25-120) Medyan 85	0,68
Tanı sırasındaki CRP, mg/dL	8,16±7,1 (0,2-17) Medyan 6,8	27,8±38,3 (7-125) Medyan 12	0,16
Tanıda biyopsi varlığı	100	60	0,074
Tanıda anjiyografi varlığı	50	100	0,013
FMF birlikteliği	50	20	0,24

Diğer

Abstract:0323

PP-177

HİDROKSİKLOROKİNE BAĞLI OKÜLER TOKSİSİTE ERKEK HASTALARDA DAHA SIKTIR**Özant Helvacı¹, Ömer Karadağ², Abdulsamet Erden², Levent Kılıç², Ali Akdoğan², Umut Kalyoncu², Sedat Kiraz²**¹Hacettepe Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara²Hacettepe Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Hidroksiklorokin (HQ) bağ dokusu hastalıklarında ve romatoid artritte yaygın olarak kullanılır. Bu çalışmanın amacı hastaların HQ bırakma sebeplerini araştırmak, ikincil amaç ise HQ kullanımına bağlı oküler toksisitenin sıklığını ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Polikliniğimizde, Aralık 2013 ile Ocak 2014 ayları arasında görülen, romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematosus (SLE), Sjögren sendromu (SS) ve overlap sendromu tanısı olan hastalar HQ kullanım durumuyla ilişkili standart bir ankete tabi tutuldular. HQ kullanım süresi bir yılın altında olan hastalar (%13,6) çalışmadan çıkarıldılar. Oküler toksisite verileri hastaların dosyalarından elde edildi. Oftalmolog tarafından HQ kullanımı oküler toksisite nedeniyle bırakıldıysa, bu durum oküler yan

etki olarak kabul edildi. Kümülatif HQ dozu ve oküler toksisite risk faktörleri Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi.

Sonuç: Toplamda 266 hasta (%90,6 kadın) çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş $50 \pm 13,5$, hastalık süresinin ortancası ise 8 (1-50) yıl olarak tespit edildi. Alttan yatan hastalıklara göre hasta sayısına bakıldığında 148 [%56] RA, 63 [%24] SLE, 31 [%12] SS ve 24 [%9] overlap sendromu tanısı olan hasta vardı. HQ kullanım süresinin ortancası 6 (1-28) yıl, ortanca doz 400 mg/gün (minimum 200- maksimum 400 mg/gün) olarak tespit edildi. 46 hastada (%17,3) HQ kesilmişti. Bırakma sebepleri ise 22'sinde (%47,8) oküler toksisite, 9'unda (%19,6) hasta uyumsuzluğu, 3'ünde (%6,5) dermatolojik yan etkiler ve 12'sinde (%26,1) hastada diğer nedenler olarak sıralandı. Tüm hastalar arasında 22'sinde (%8,3) oküler toksisite gelişti. Tüm hastalık grupları için oküler toksisite benzerdi. 20 hastada oküler toksisite oftalmolog tarafından tespit edilirken, diğer iki hasta ise bulanık görme nedeniyle HQ kullanımını kendileri sonlandırdı. Oküler toksisiteye erkek hastalarda daha sık rastlandı [erkeklerde 5/20 (%20), kadınlarda 17/241 (%7), $p=0,025$]. Oküler toksisite gelişen hastalarda toplam dozun ortancası 864 gram (108-2160) diğer bir deyişle 12,9 gram/kilogram (1,2-40) olarak hesaplandı. İleri yaş (58 ± 10 vs 50 ± 13 , $p=0,008$), uzun hastalık süresi ($14,8 \pm 11,5$ vs $9,2 \pm 7,1$ yıl, $p=0,013$), uzun süre HQ kullanımı ($10 \pm 6,3$ vs $7,1 \pm 5,6$ yıl, $p=0,023$) oküler toksisiteyle ilişkilendirildi.

Tartışma: Romatoloji polikliniğinde düzenli olarak takip edilen hastalarda HQ kullanımıyla ilişkili oküler toksisite nadir değildir. Oküler toksisite için kümülatif doz 13 gram/ kilogram olarak bulundu; bununla birlikte, bazı hastalarda 1 gram/kg/gün dozunda toksisite geliştiği görüldü. Hastalarımızın büyük bir kısmı kadın olmasına rağmen, oküler toksisite erkek hastalarda daha sık saptanmıştır. Ayrıca uzun hastalık süresi, ileri yaş ve uzun süre HQ kullanımı gibi diğer risk faktörleri hastalarımızda gösterilebilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokine, oküler toksisite, erkek

Diğer

Abstract:0324

PP-178

18FDG-PET-CT İLE TANI KONULAN ERKEN EVRE TAKAYASU ARTERİİT HASTASI

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz², Hüseyin Semiz¹, İnanç Karapolat²

¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Takayasu hastalığı, genellikle 40 yaş altı kadınlarda görülen, aort ve ana dallarını tutan kronik, idiopatik, inflamatuvar sistemik tutulum gösteren bir hastalıktır. Bu bildiride rutin görüntüleme yöntemleri ile tanı konulamayan fakat yapılan PET-CT'de erken Takayasu arteriit tanısını koyduğumuz 58 yaşında bayan hastamızı rapor ettik.

Olgu: 58 yaşında bayan hasta yaklaşık bir aydır ateş yüksekliği, üst ekstremitelerde ağrı, kilo kaybı ve halsizlik şikayetleriyle romatoloji polikliniğimize başvurdu. Öz ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yok. Fizik muayenede eklemlerde hassasiyet dışında normal, her iki koldan ölçülen tansiyon değerlerinde fark yoktu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde CRP:14,59 mg/dl(0-0,5 mg/dl),

sedimentasyon:88 mm/saat (0-20), Hb:9,4gr/dl(10,8-14,9), Plt: 418000/uL(150000-400000/uL), WBC: 7200/uL(3040-9640/uL), kreatinin:0,57mg/dl(0,5-0,9 mg/dl), üre:16,2 mg/Dl(0-38 mg/dl), ALT: 15 U/L(0-31 U/L), AST: 21 U/L(0-32 U/L), albumin: 3,24 g/dl(3,4-4,8 g/dl), T4: 0,09 ng/dl(0,93-1,7 ng/dl), TSH:0,32ng/dl(0,27-4,2 ng/dl). Rutin idrar normal idi. Serolojik tetkiklerde p-ANCA: negatif, c-ANCA: negatif, Brucella: negatif, Hepatit markerları: negatif, ANA:negatif anti-CCP:2,51ru/ml(0-5 ru/ml), C3:1,38 0.g/l(0,9-1,8 g/l), C4: 0,30 g/l(0,1-0,4 g/l), RF: 9 iu/ml(0-14), IgG(serum): 11,35 g/l(7-16 g/l), IgA(serum): 165 mg/dl, IgM(serum):553 mg/dl(40-230 mg/dl), CEA:2,12 ng/ml (normal:<5). Tümör markerları normal olarak saptandı. AC grafi, batin USG olağan idi. Hastaya yapılan üst ekstremiteler arter sistem renkli Doppler incelemesi normal olarak değerlendirildi. Üst ekstremiteler arterial sistem CT/MR anjiyografi'de; her iki internal (ICA) ve eksternal karotid (ECA) arter kalibrasyonları normal olarak değerlendirilmiştir. Bilateral vertebral arterler patenttir ve normaldir. Vasküler oklüzyon veya stenoz izlenmemiştir. Yapılan 18FDG PET-CT'de tüm aorta boyunca, ana iliak arterlerde, brakiosefalik vasküler radikslar, ana karotid arter, subklavian ve aksiller arter boyunca duvar kalınlaşması ile karakterize FDG tutulumu, öncelikle Takayasu vaskülit lehine değerlendirilmiştir. Hasta romatoloji servisimize yatırıldı ve KS 1mg/kg/gün, Metotreksat 10mg/hafta tedavisine başlandı. Tedavinin 1. ayında yapılan kontrollerde hastanın şikayetlerinde regresyon gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP:0,09 mg/dl ve sedimantasyon:7 mm/saat düzeylerine gerilediği gözlemlendi. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.



Şekil 1. 18FDG PET-CT'de tüm aorta boyunca, ana iliak arterlerde, brakiosefalik vasküler radikslar, ana karotid arter, subklavian ve aksiller arter boyunca duvar kalınlaşması ile karakterize FDG tutulumu

Sonuç: Takayasu arteriitin tanısında öncelikli görüntüleme yöntemleri arasında arterial sistem Doppler ultrasonografi,

CT/MR anjiyografi gelmektedir. Fakat bizim hastamızda bu görüntüleme yöntemleri yapılmasına rağmen Takayasu lehine bir bulguya rastlanmamıştır. Yapılan PET-CT'de Takayasu arteriitisi tanısı konulmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmaları destekler nitelikte, bizim olgumuz da, Takayasu hastalığının erken evresinde 18FDG- PET görüntüleme yönteminin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriiti, PET-CT, erken tanı

Diğer

Abstract:0325

PP-179

PARANEOPLASTİK MİYÖZİT İLE BAŞVURAN AKCİĞER KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz¹, Yasin Göksu¹, İnanç Karapolat²

¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Paraneoplastik sendrom, bir tümör veya tümörün metastazları ile doğrudan ilgili olmayan, yerleşim yerlerinden uzaktaki, ancak tümörün varlığına bağlı olan ve dolayısı ile tümörün çıkarılmasından sonra gerileyebilen belirti ve bulgulardır. Bu bildiride myozit kliniği ile başvuran olguda yapılan tetkikler sonucu akciğer karsinomu tespit edilmiştir. Kemoterapi sonrası şikayetlerinde regresyon gözlenmiştir.

Olgu: 75 yaşında bayan hasta, yaklaşık 3 - 4 aydır her iki kalçada, belde ve kaslarda ağrı ve hareket kısıtlılığı, proksimalkaslarda güçsüzlük şikayetleri ile Romatoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde her iki kalça eklemine ağrı ve hareket kısıtlılığı, proksimal kaslarda güçsüzlük saptandı. Özgeçmişinde HT öyküsü mevcut. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; CRP:19mg/dl(0-0,5 mg/dl), sedimentasyon: 2 mm/saat (0-20), Hb:11 gr/dl(10,8-14,9), WBC: 6100/uL(3040-9640/uL), kreatinin: 0,62 mg/dl(0,5-0,9 mg/dl), üre 44 mg/Dl(0-38 mg/dl) ALT: 9 U/L(0-31 U/L), AST:6 U/L(0-32 U/L), albumin: 3.1g/dl(3,4-4,8 g/dl) TSH: 5.21 ng/dl (0,27-4,2 ng/dl). Kas enzimleri normal geldi. Serolojik testlerde; RF, ANA, ANCA, anti-CCP antikorları negatif idi. TFT normal idi. Tümör markerları(CEA,CA19-9, CA125, CEA15-3) normal olarak saptandı. Çekilen pelvis grafisi normal idi. Batın USG'de patoloji saptanmadı. Meme USG ve mamografi normal tespit edildi. Çekilen kas MR'da her iki femoral ve uyluk üst medial kesimlerinde rektusfemoris, sartoriusilopsous kasları arasındaki fasial planlarda sıvı birikimleri, komşu kas yapılarında T2 de sinyal artışları mevcuttur (myozit). Alt ekstremitelerde patolojik bulgu saptanmadı. Toraks BT'de sağ akciğer orta lob lateral segmentte çevre parankime ışınal uzanımları olan düzensiz konturlu 11,5 x 8,5 x 13,5 mm malign görünümlü solid nodül saptandı. 18FDG PET-CT çekildi, sağ akciğer orta lobta primer AC malignitesi ile uyumlu 18mm çapında hipermetabolik tümöral lezyon ile uyumlu bulgular saptandı. Göğüs hastalıkları ile konsülte edildi. Bronkoskopi ve biyopsi yapıldı, AC adenokarsinom ile uyumlu geldi. Medikal Onkoloji hekimi ile görüşüldü, kemoterapi başlandı. Tedavinin 6. ayında yapılan kontrollerinde lokomotor sistem şikayetlerinde gerileme olduğu görüldü. Çekilen kontrol kas MR'da myozit ile uyumlu bulgulara regresyon olduğu gözlemlendi. Kontrol toraks BT'de tümöral

lezyonda da belirgin regresyon olduğu gözlemlendi. Genel durumu iyi olan hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Paraneoplastik sendromlar, farklı primer romatolojik hastalıkları taklit edebilmektedirler. Lokomotor sistem şikayetleri ile başvuran ileri yaşlı olgularda mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir antitedir.

Anahtar Kelimeler: Paraneoplastik sendrom, myozit, akciğer adenokarsinom



Şekil 1. 18FDG PET-CT'de sağ akciğer orta lobta primer AC malignitesi ile uyumlu hipermetabolik tümöral lezyon

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0326

PP-180

TAKAYASU ARTERİTİ TANISINDA PET-BT'NİN YERİ

Ayşe Bahar Keleşoğlu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Umut Kalyoncu, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz

Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı

Gerekeç: Takayasu arteriti (TA) hastaları genellikle, büyük damarlarda daralma, stenoz veya anevrizma gibi postinflamatuvar sekeller geliştikten sonra tanı almaktadır. Hastalığın tanısında sıklıkla BT/MR Anjiyografi ile konvansiyonel anjiyografi kullanılmaktadır. Pozitron emisyon tomografi (PET-BT) TA'da son yıllarda artan sıklıkta kullanılan bir yöntem olsa da tanı ve tedavi

algoritmasındaki yeri net değildir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen ve PET-BT ile değerlendirilen TA hastalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde kayıtlı TA hastalarından PET-BT çekilen/dış merkezde çekilmiş olanlar belirlendi. Bu hastaların klinik ve demografik özellikleri kaydedildi. Varsa diğer görüntüleme yöntemleri ve diğer laboratuvar verileri kaydedildi. PET-BT çekilmesi gerekliliği açısından, retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Toplam 103 TA hastasının 6'sına (%5,8) PET-BT çekilmiş olduğu belirlendi. Analiz edilen 6 hastanın 5'i kadındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tabloda sunulmuştur. Hastaların yarısında tanı ve/veya ayırıcı tanı için istenirken diğer yarısında tedavi planı amacıyla çekilmişti. Akut faz yanıtı ile PET-BT SUV-maks değerlerinin ilişkili olduğu saptandı.

Tartışma: Her ne kadar TA tanı ve takibinde PET-BT'nin kullanışlı olduğu belirtilse de ülkemizde erişilebilir ve geri ödeme kurumlarınca ödenmeme gibi nedenlerden dolayı PET-BT sınırlı durumlarda kullanılmaktadır. PET-BT SUV-maks değerleri akut faz yanıtı ile korelasyon göstermektedir. Mevcut verilerle PET-BT'nin TA'daki yeri hakkında yorum yapılamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu Arteriti, Pozitron Emisyon tomografisi

Tablo 1. PET-BT çekilen hastaların demografik ve klinik özellikleri

Hasta numarası	Cinsiyet	Yaş (mm/saat)	ESR (mm/saat)	PET-BT çekilme nedeni	PET-BT aktivitesi/SUVmaks
1	Kadın	27	44	Tedavi değişikliği planı	Aktif
2	Kadın	20	37	Tedavi değişikliği planı	6,6
3	Kadın	41	100	Alevlenme?	2,15
4	Erkek	50	24	BT Angio'da patoloji var ancak vaskülit ve diğer hastalıkların ayırıcı tanısı	1,5
5	Kadın	45	10	BT Angio'da patoloji var ancak vaskülit ve diğer hastalıkların ayırıcı tanısı açısından	vaskülitik tutulum yok
6	Kadın	66	20	Uzun süre tedavisiz izlemde, akut SVO sonrası aktivite değerlendirilmesi	2,5

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0328

PP-181

TAKAYASU ARTERİTİ HASTALARINDA OFTALMOLOJİK BULGULAR-ERKEN SONUÇLAR

Ömer Karadağ¹, Ata Baytaroğlu², Ayşe Bahar Keleşoğlu¹, Samet Erden¹, Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹, Olcay Tatar², İhsan Ertenli¹

¹Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi

²Hacettepe Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Gerekeç: Takayasu arteriti (TA) vasküler bir durum olmasına karşın, ilk defa 1908 yılında Japon Ulusal Oftalmoloji kongresinde benzer göz dibi bulguları olan genç kadın hastalarda tanımlanmış ve 1975 yılından itibaren "Takayasu Arteriti" olarak adlandırılmaktadır. Ancak literatürde TA hastaların göz tutulumuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada merkezimizde takip edilen TA hastalarının oftalmolojik değerlendirmelerinin hastalığın klinik özellikleri, hastalık aktivitesi ve tedavi ile olası ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde takip edilen ve ilk kez görülen TA hastalarının rutin değerlendirilmelerine ek olarak Göz Hastalıkları Bölümünce oftalmolojik muayene ile gözün ön segmenti ve anjiyografik olarak fundusu değerlendirildi. Hastaların demografik ve TA klinik özellikleri, almış/almakta olduğu tedaviler kaydedildi. Göz bulgularının eşlik eden hastalıklar, tutulan damarlar ve tedaviler ile olası ilişkileri incelendi.

Sonuçlar: Göz muayenesi yapılan 14 hastanın (K/E: 13/1) ortanca yaşı 27'idi (min-maks: 22-52) Hastaların ön segment muayenesinde %65.5'i doğal, %14.2'sinde anterior subkapsüler katarakt, %7.1'inde nükleer katarakt ve %14.2'sinde kuru göz tespit edildi. Anjiyografik fundus değerlendirmesinde %85.8 patoloji izlenmedi, % 14.2'sinde ise evre 1 hipertansif retinopati izlendi. Tüm hastalar steroid tedavisi altındaydı (Tablo). Hastaların % 28.6'sı azathiopürin, % 64.2'si metotreksat, %7,1'i mikofenolat mofetil ve %21.4'ü biyolojik ajan tedavilerini immünsüpresif olarak alıyordu.

Tartışma: Çalışmamızın erken sonuçlarında üç hastada katarakt ve 2 hastada hipertansif retinopati saptanmıştır. Takayasu arteriti göz tutulum özellikleri arasında yer alan kronik iskemik retinopati, sklerit, üveit ve santral retinal arter oklüzyonu saptanmamıştır.

Halen devam etmekte olan çalışmanın daha fazla hastada uzun dönem sonuçları sıklık, hastalık aktivitesi ve tedavi olası komplikasyonları açısından yeni bakış açıları oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, retinopati

Tablo 1. Oftalmolojik olarak değerlendirilen hastaların muayene sonuçları ve aldıkları tedavi

Hasta no	Yaş	Ek hastalık	Hastalık süresi (yıl)	Hastalık aktivite durumu	Görme	Ön segment	Fundus	Tedavi
1	52	-	6	inaktif	0,8/0,8	Doğal	Doğal	mikofenolat mofetil, steroid
2	28	-	15	inaktif	0,8 / 0,8	Doğal	Doğal	Mtx, steroid
3	26	-	13	aktif	0,8 / 0,8	kuru göz	doğal	azt, steroid
4	27	-	yeni tanı	inaktif	0,8 / 0,8	doğal	doğal	mtx, steroid
5	39	-	9	inaktif	0,8 / 0,8+	Katarakt (ASK)	Doğal	azt, steroid
6	51	HT, DM	6	aktif	0,8 / 0,8	Kuru göz	Evre 1 HT + Tortuosik arterler	azt, mtx, infliksimab, steroid
7	28	-	yeni tanı	aktif	0,8 / 0,8	Doğal	Doğal	Mtx, steroid
8	26	-	yeni tanı	aktif	0,8 / 0,8	Doğal	Doğal	Mtx, steroid
9	22	-	yeni tanı	aktif	0,8 / 0,8	Doğal	Doğal	Mtx, steroid
10	33	-	yeni tanı	aktif	0,8 / 0,5	Katarakt (ASK)	Doğal	Azt, steroid
11	49	-	13	inaktif	0,8 / 0,8	Doğal	Doğal	Tocilizumab, steroid
12	27	-	yeni tanı	aktif	0,8 / 0,8	Doğal	Doğal	infliksimab, Mtx, steroid
13	33	-	yeni tanı	aktif	0,8 / 0,5	katarakt (ASK)	doğal	AZT, steroid
14	49	-	13	inaktif	0,8/0,8	Doğal	Doğal	Tocilizumab, steroid

Romatoid Artrit

Abstract:0329

PP-182

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA ABATASEPT DENEYİMİ: HÜR-BİO/RA GERÇEK YAŞAM DENEYİMİ**Umur Kalyoncu, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, İhsan Ertenli, Sedat Kiraz***Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara*

Gerekeç: Romatoid artrit (RA) hastalarında T hücre blokörü olan abatasept (ABA) son zamanlarda kullanıma girmiş önemli bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada tek merkezdeki RA hastalarında ABA kullanımının etkinlik ve güvenilirliğine dair verilerin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Lokal Biyolojik Veri Tabanı 2005 yılında oluşturulmuştur. ABA ülkemizde Kasım 2011 tarihinden itibaren RA tanısında kullanıma başlanmıştır. Bu inceleme Mayıs 2014 tarihinde yapılmıştır. Bu tarih itibarıyla HÜR-BİO veri tabanında RA olup biyolojik tedavi kullanan 815 hasta vardı. ABA kullanan hastalar DMARD dirençli ve anti-TNF sonrası olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. ABA başlanmadan önce hastaların demografik özellikleri, DMARD öyküsü, anti-CCP, romatoid faktör, akut faz yanıtları, DAS-28 skoru, HAQ skoru, şiş ve hassas eklem sayısı. En az 6 ay süreyle tedavi edilmiş olan 66/89 (%74,1) hasta vardı; tedavinin 6. ayındaki DAS-28 remisyon (<2,6), düşük hastalık aktivitesi (<3,2) ve klinik anlamlı HAQ skorunda azalma (<0,3) not edilmiştir. ABA başlanmasının üzerinden en az 6 ay geçmiş tüm hastalar DAS-28 remisyon açısından değerlendirmeye alınmıştır; eğer hastanın değerlendirmesi yapılmamış ise (takipsizlik veya ilaç değişimi nedeniyle) bu hastalar DAS-28 remisyona ulaşmamış olarak kabul edilmiştir. ABA devam etmeyen hastalarda devamsızlık nedeni olarak etkisizlik ve yan etki varlığı da kaydedilmiştir.

Sonuç: ABA kullanan 89 RA hastası değerlendirilmiştir. Hastaların %86'ı kadındı, ortalama yaşları 50,4 (13,7), ortalama hastalık süresi 10,4±7,7 yıldır. %73'ünde anti-CCP ve %54'ünde RF pozitifliği. ABA başlanması hastaların 48'inde (%54) DMARD sonrası, 30'unda (%37) anti-TNF etkisizliği sonrası ve 11'inde (%) anti-TNF yan etki sonrasıdır. ABA öncesi tüm öyküde ve ABA ile birlikte kullanılan DMARD'lar şu şekildedir; metotreksat %88 ve %35, sulfasalazin %76 ve %7, hidroksiklorokin %79 ve %60, leflunomid %60 ve %46, steroid %80 ve %77. Hastaların ABA öncesi klinik parametreleri tablo 1'de gösterilmiştir. Değerlendirilmesi yapılan tüm hastalarda 6. ayda ΔDAS28 =1.75 (-0.71 – 3.82) ve ortalama son DAS-28: 3,64 (1,48) olarak saptandı. DMARD sonrası ve anti-TNF sonrası ABA başlanan hastalarda 6. ayda DAS-28 remisyon %25,8 ve %22,2, DAS-28 düşük hastalık aktivitesi %32,2 ve %33,3 hastada elde edildi. 6. ayda HAQ skoru 21 hastada biliniyordu ve klinik anlamlı HAQ skorunda azalma %86 hastada elde edildi. 17/89 (%19) hastada ilaç kesilmesi veya değişimi vardı. 15'inde etkisizlik, 2'sinde (%2,2) ise yan etki nedeniyle ilaç değişimi yapılmıştı.

Tartışma: Tek merkezli HÜR-BİO veri tabanının sonuçlarına göre, Abatasept ülkemiz RA hastalarında da literatürle benzer şekilde etkili ve güvenilir bulunmuştur. Bu etkinlik DMARD ve anti-TNF sonrasında da görülmektedir. İlaç kesilmesine neden olacak yan etki sıklığı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Abatasept

Tablo 1. Abatasept öncesi klinik parametreler

	Tüm Hastalar n=89	DMARD dirençli n=48	Anti-TNF sonrası n=41
ESH mm/saat	34 (20)	35 (20)	33 (11)
CRP mg/dl	1,35 (0,1-15)	1,45 (0,1-15)	1,09 (0,1-11,6)
ŞES	3,8 (3,0)	4,2 (2,4)	3,2 (3,8)
HES	8,1 (5,3)	8,9 (5,0)	6,7 (5,5)
DAS-28	5,14 (1,15)	5,32 (0,90)	4,80 (1,47)
VAS-Global	5,8 (1,7)	6,1 (1,4)	5,4 (2,1)
VAS-Yorgunluk	5,3 (2,6)	5,9 (2,1)	4,5 (3,0)
VAS-Ağrı	6,2 (2,2)	6,4 (1,9)	5,9 (2,5)
HAQ	1,05 (0,66)	1,15 (0,64)	0,88 (0,68)

Spondiloartropatiler

Abstract:0332

PP-183

ULUSAL PSÖRİATİK ARTRİT VERİ TABANINDA DMARD VE BİYOLOJİK İLAÇLARIN KULLANIMI

Umur Kalyoncu¹, Barış Yılmaz², Ediz Dalkılıç³, Ahmet Mesut Onat⁴, Meryem Can⁵, Gezmiz Kimyon⁴, Orhan Küçükşahin⁶, Ahmet Omma⁷, Emine Duygu Ersöz⁸, Bozkırlı⁸, Bünyamin Kısacık⁴, Şenol Kabak⁹, Timuçin Kaşifoğlu¹⁰, Emel Gönüllü¹¹, Mustafa Ferhat Öksüz³, Seval Pehlevan¹², Muhammet Çınar¹³, Levent Kılıç¹⁴, Fatih Yıldız¹⁵, Servet Akar¹⁶, Abdulsamet Erden¹, Esen Kasapoğlu Gunal¹⁷, Fatoş Arslan¹⁸, Cem Özişler¹⁹, İsmail Doğan²⁰, Gözde Yıldırım Çetin²¹, Sema Yılmaz²², Cemal Bes², Ali Şahin²³, Sibel Zehra Aydın²⁴

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

²Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁵Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁶Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Adana

⁹Şifalı Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁰Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Eskişehir Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Eskişehir

¹²Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹⁴Yenimahalle Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁵Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van

¹⁶Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁷Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁸Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

¹⁹Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

²⁰Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Çorum

²¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

²²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

²³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

²⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Psöriatik artrit (PsA) tedavisinde DMARD'lar tek başına, kombine olarak veya biyolojik tedaviler

kullanılabilmektedir. Bu çalışmada web tabanlı "ulusal Psöriatik artrit (PsA) veri tabanında" yer alan hastaların tedavi dağılımlarının sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çok merkezli çalışma platformu (TULİP) sekreteryası tarafından 2013 Ekim ayında ulusal PsA veri tabanı oluşturulması kararlaştırılmıştır. İlk etapta PsA veri tabanında mutlaka olması gereken girdilerin belirlenmesi amacıyla literatür taraması yapılmıştır (BY). Daha sonra üç romatoloji uzmanı tarafından veri tabanı oluşturulmuştur (UK, SZA, BY). Veri tabanı web tabanlıdır (<http://favorsci.org/>) ve Mayıs 2014 tarihinde tüm TRD üyelerine duyurusu yapılmıştır ve bu tarihten başlayarak 60 üye sisteme kayıt yaptırmıştır ve 29 üye en az bir PsA hastasını sisteme kaydetmiştir. Üyelerden poliklinikte rutinde görülen ve onay veren tüm hastaların sisteme girilmesi istenmiştir. Veri tabanında hastaların tüm öyküleri boyunca ve en son kullandıkları DMARD'lar (metotreksat, sulfasalazin, leflunomid, siklosporin-A, hidroksiklorokin, kortikosteroid), ve biyolojik ilaçların (adalimumab, etanercept, infliksimab ve golimumab) başlama tarihleri, varsa kesilme tarihleri, kesilme nedenleri kaydedilmiştir. Bu analiz 15 Ağustos 2014 tarihine kadar girilen 210 PsA hastası üzerinden yapılmıştır.

Tablo 1. DMARD ve anti-TNF ilaçların devam oranları ve bilinen kesilme nedenleri

	Kullanım süresi ay ortanca	İlaç devam oranı (%)	Etkisizlik nedeniyle kesilme	Yan etki nedeniyle kesilme	Diğer kesilme nedenleri
Metotreksat	28 (0,5-288)	71,0	19,1	44,9	30,0
Sulfasalazin	15 (1-287)	41,8	65,9	17,1	17,1
Leflunomid	15 (0,2-197)	48,8	60,7	21,4	21,4
Hidroksiklorokin	33 (1-265)	53,7	44,4	22,2	33,3
Siklosporin-A	12 (4-28)	14,3	50,0	16,7	33,3
Glukokortikoid	15 (0,5-367)	56,7	-	-	-
Adalimumab	12 (2,5-90)	62,7	72,2	16,7	11,2
Etanercept	11 (0,5-108)	43,3	62,5	31,3	6,3
İnfliksimab	21 (0,5-103)	51,2	42,1	47,4	10,5
Golimumab	5 (0,6-19)	89,5	50	50	0

Sonuçlar: 210 PsA hastasının 124'ü (%59) kadındı. Ortalama yaşları 43,4'tü (12,6). 199 hastanın ilaç öyküsü bilinmekteydi. Tüm öykü boyunca DMARD kullanımı dağılımı şu şekildedir; metotreksat 183 (%91,9), steroid 98 (%49,2), sulfasalazin 91 (%45,7), leflunomid 64 (%32,1), hidroksiklorokin 41 (%20,6) ve siklosporin 14 (%7,0). Hastaların kesitsel olarak tedavi dağılımı şu şekildedir, monoterapi 65 (%32,7), iki DMARD 31 (%15,6), üç DMARD 6 (%3,0), anti-TNF tek başına 16 (%8,0), anti-TNF ve DMARD 68 (%34,2), hiç tedavi almama 13 (%6,5) hastada vardı. Anti-TNF alan hastalarda şiş eklem sayısı $3,8 \pm 4,8$ vs $2,1 \pm 2,5$, $p=0,003$ ve hassas eklem sayısı $5,2 \pm 5,5$ vs $3,2 \pm 3,5$, $p=0,002$ DMARD kullananlara göre daha fazlaydı, ancak BASDAİ, BASFİ, hasta ve doktor global değerlendirmesi, ağrı VAS ve HAQ skorları benzerdi. DMARD ve anti-TNF ilaçların devam oranları ve bilinen kesilme nedenleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma: Ülkemizde en sık kullanılan DMARD, son zamanlarda etkinliği üzerinde tartışılmakta olan metotreksattır. Öte yandan, metotreksat ilaçta devamlılık oranı en yüksek ilaç olarak

görülmektedir. Hastaların yaklaşık %40'ı biyolojik ilaç kullanmamaktadır. Bu durum biyolojik tedavi alan hastaların sık poliklinik kontrolüne başvurması ile açıklanabilir. Veri tabanı hakkında daha sağlıklı sonuçlara bir senelik takip sonrasında ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, DMARD, Biyolojik İlaç

Diğer

Abstract:0333

PP-184

SKLEROMİKSÖDEM KARDİYAK TUTULUM

Müfide Okay¹, Levent Kılıç², Abdulsamet Erden², Görkem Er¹, Ali Akdoğan²

¹Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

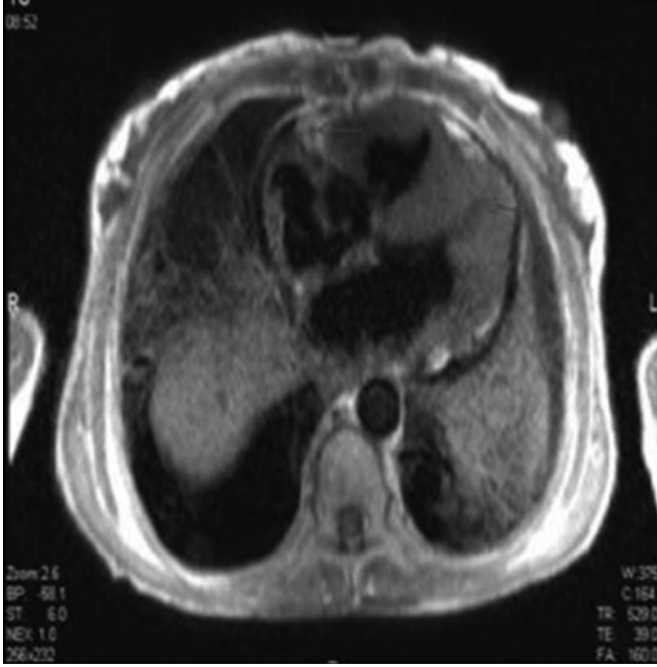
²Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Skleromiksödem, dermiste mürin birikimi, fibrozis ve monoklonal gammopati ile karakterize nadir, idiyopatik bir hastalıktır. Deri dışında kalp ve akciğer gibi diğer organlarda da mürin birikimi görülebilir. Skleromiksödem kardiyak tutulumu olup, görüntüleme metotlarında kardiyak amiloidoz görüntüsü veren bir vaka sunmaktayız.

Olgu: 69 yaş kadın hasta, 2011 yılında nefes darlığı, ciltte kalınlaşma nedeniyle, dışmerkezde yapılan cilt biyopsisi; derin subkütanöz yağ dokusunda orta çaplı damar duvarında amiloid benzeri materyal olarak raporlanmış. Perikardiyal ve plevral efüzyon saptanan hastanın; plevra biyopsinde damar duvarlarında bağ dokusu içinde amiloid A ile zayıf pozitif amorf birikim saptanmış. Hasta 2012 tarihinde nefes darlığı ve bacaklarda şişlik şikayeti ile merkezimize başvurdu. Dış merkezde plevral biyopsisi tekrar değerlendirildiğinde amiloid negatif olarak raporlandı. Tekrarlanan cilt punch biyopsilerinde skleromiksödemle uyumlu dermal mürin birikimi saptandı. Kemik iliği biyopsisinde plazma hücre oranı %9, atipik plazma hücre artışı gösteren normosellüler kemik iliği olarak geldi. Serum elektroforez normal, idrar elektroforezde monoklonal IgG lambda paraproteinemi saptandı. Ekokardiyografi (EKO)'da pulmoner arter basıncı (PAB): 40 mmHg olarak saptanması nedeniyle yapılan sağ kalp kateterizasyonunda, ortalama PAB 30 mmHg (PCWP 12 mmHg iken) olduğu görüldü. Hastaya skleromiksödem ve sekonder pulmoner arteriyel hipertansiyon tanısı ile prednizolon 15 mg/gün, intravenöz immünoglobulin (IVIG) 0,4gr/kg/gün, bosentan 125mg/gün ve diüretik tedavileri başlandı. Hastanın tedavisinin 3. ayındaki kliniğine düzelmeme nedeniyle, tekrarlanan Eko'sunda PAB 35 mmHg, tüm miyokard duvarlarında benekli görünüm, duvarlarda kalınlaşma olduğu görüldü. Hastaya tekrar sağ kalp kateterizasyonu yapıldı. Ortalama PAB: 30mmHg ve PCWP 16 mmHg artmış olarak saptandı. Hastaya çekilen kardiyak Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG); ventrikül fonksiyonlarında sistolik ve diyastolik fazda bozulma, her iki ventrikül ve atriyum duvarında kalınlaşma, post kontrast serilerde kontrast tutulumu, T2A serilerde bölgesel hiperintens alanlar, kardiyak amiloidoz açısından anlamlı olarak raporlandı (Şekil). Hastanın IVIG ve bosentan tedavisi kesilerek, furosemid ve spironolakton ile izlenmeye başlandı. Hastaya bortezumib tedavisi planlandı. Ancak tedavi öncesinde, kardiyak arrest sonrası eksitus oldu.

Tartışma: Skleromiksödem de kardiyak tutulum nadir olmakla beraber, sıklıkla müsin birikimine ikincil olmaktadır. Eko ve kardiyak MRG bulguları kardiyak amiloidoza benziyor olabilir. Ayırıcı tanı için biyopsi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Skleromiksödem, kardiyak tutulum



Şekil 1. Skleromiksödemli Vakanın Kardiyak MRG Görüntüsü

Diğer

Abstract:0338

PP-185

ENLAMATUAR ROMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN 35207 HASTADA MALİGNİTE SIKLIĞI

Emine Figen Tarhan, Nazmiye Hanım Tamaş, Gerçek Can, Servet Akar

Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Romatolojik hastalıklar ve çeşitli orjinli malignitelerin birlikteliği görülür. Çalışmamızda inflamatuvar romatizmal hastalığı olan hastalardaki malignite sıklığını ortaya koymayı amaçladık.

Methods: 2006-2014 yılları arasında romatoloji polikliniğinde inflamatuvar romatizmal hastalık tanısı nedeniyle takip edilen hastaları retrospektif olarak inceledik ve patolojik tanı olarak malignite tanısı alan hastaların kullandıkları ilaçları ve demografik verilerini kaydettik.

Sonuçlar: Kırk beş hastada malignite tespit ettik (Kadın/Erkek 37/8, medyan yaş:53.5, medyan hastalık süresi:36 ay). Bu hastaların malignite tanıları otuz üç meme kanseri, ikişer lenfoma, mide kanseri, prostat kanseri, birer multipl myeloma, nazofarins kanseri, böbrek kanseri, pankreas kanseri, akciğer kanseri, kolon musinöz adeno kanseri olarak dağılım göstermekte idi. Romatolojik tanıları ise üç Behçet hastalığı, bir sjögren hastalığı, on sekiz romatoid artrit, üç psoriatik artrit, on dört tanımlanmamış bağ dokusu hastalığı, bir gut hastalığı, üç ankilozan spondilit, iki skleroderma olarak dağılım göstermekte idi. Bu hastaların iki tanesi anti TNF alfa tedavi almakta idi ve her ikisi de ankilozan

spondilit hastası idi ve bu iki hastanın malignite tanıları kolon musinöz adeno kanser ve prostat kanseri idi.

Sonuç olarak hastalarımızda en fazla meme kanseri tespit ettik, en sık romatoid artrit hastalarında malignite vardı ve malignite tespit ettiğimiz hastaların sadece iki tanesi anti TNF alfa tedavi almakta idi.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Anti TNF- α , Romatolojik Hastalıklar

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0340

PP-186

BEHÇET HASTALIĞININ NADİR VASKÜLER TUTULUMU: İKİ OLGUDA BUDD-CHIARI SENDROMU

Ali Şahin¹, Doğan Seven², Mustafa Asım Gedikli², Derya Seven³, Mehmet Fahri Yağcı²

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Behçet Hastalığı(BH); tekrarlayan oral, genital ülserler, göz bulguları, gastrointestinal-nörolojik- kas-iskelet sistemi gibi geniş klinik dağılım ile seyreden arter ve venleri tutabilen bir vaskülitir. Budd-Chiari sendromu(BCS) hepatik venöz tromboz sonucu klinik fulminan karaciğer yetmezliğinden kronik karaciğer hastalığına kadar değişebilir. Asit, hepatomegali, karın ağrısı önde gelen belirtilerdir. BH, BCS vakalarının %5'inden azını oluşturur. Tedavi olarak birinci aşama antikoagülasyon bunun yeterli olmadığı durumlarda anjiplasti, stent, TIPS, karaciğer nakline kadar değişebilir. Biz iki olguda nadir görülen bu durumu sunmak istedik.

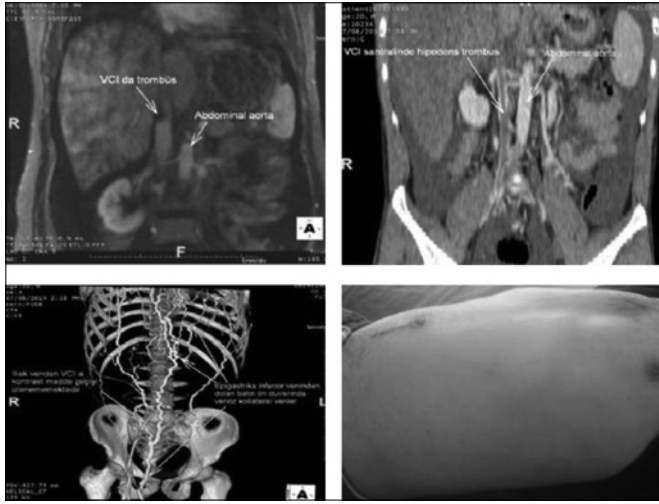
Olgu 1: 24 yaşında bayan hasta dış merkeze gebelik sonrası karında şişlik, karın ağrısı, halsizlik şikayeti ile başvurmuş. Hastanın alınan anemnezinde oral aft, genital ülser, aralıklı olan ateş varmış.Hastaya yapılan paterji testi pozitif olarak saptandı ve İBSG kriterlerini karşılayan hastaya BH tanısı konuldu. Karında şişlik olması nedeniyle çekilen MR anjiyografide VKİ'da trombüs izlendi (Resim3). BH ve BCS tanısıyla antikoagülan, steroid, siklofosamid tedavisi başlanan hastanın takibinde asiti geriledi, klinik bulguları stabil seyretmektedir.

Olgu 2: 21 yaşında erkek hasta, oral aft ve eklem ağrısı ile dış merkeze başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde genital ülser saptanması üzerine paterji testi yapılmış ve pozitif olarak saptanmış. BH tanısı konulan hastaya kolşisin başlanmıştır. Hasta acil servisimize karında şişlik, karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde karında venöz kollateralleri (Resim4) ve tens asit izlendi. Sağ alt ekstremitede çap farkı ve ısı artışı mevcuttu. Abdominal BT ve MRda hepatik venler, iliak venden VKİ kadar uzanan akıma minimal izin veren trombüs hattı ve asit izlendi (Resim1-2).Trombüse bağlı olarak gelişen kaput medusa ve kollateral dolaşıma ait görünüm izlendi. Alt ekstremitte Venöz RDUSG de sağ popliteal venden iliak vene kadar uzanan akıma yer yer izin veren ekojen trombüs materyali izlendi. Hastaya antikoagülan, antiagregan, 3 gün boyunca 1 gr steroid tedavisi verildi. Hastanın takiplerinde bilinç bulanıklığı, ajitasyon, flepping tremoru ve deliryum benzeri tablo izlenmesi üzerine yapılan kranial görüntüleme normaldi. Nöroloji ve psikiyatri tarafından hastada steroide bağlı deliryum tablosu olarak değerlendirildi. Fakat hepatik

ensefalopatiye yönelik tedavisi başlandı. EEG de hepatik ensefalopati ile uyumlu izlendi. Takiplerinde hastanın bilinç durumunda iyileşme izlendi. Hastanın yaşı ve surveyi göz önüne alınarak, TIPS ve karaciğer nakli açısından uygun merkeze refere edildi.

SonuçveTartışma: BH'nda da her ne kadar görülme olasılığı düşük de olsa hepatik yetmezliğe ilerleyecek kadar ağır şekilde BCS gelişebileceği akıld tutulmalıdır. Hastaların hem BH hem de BCS açısından dikkatli sorgulanması, muayene edilmesi ve BCS tedavisinin bir an önce başlaması önemlidir. BH'da venöz tromboz-tutululumun immünsüpresif dışı tedavileri konusu halen tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Budd-Chiari sendromu



Şekil:1. Abdominal MR' da VKI' da olan tromboze görünüm. 2. Abdominal BT' de iliak venden başlayıp VKI'a kadar uzanan tromboze hat. 3. İliak vendeki trombus ve batın ön duvarındaki kollateraller izlenmekte. 4. Batında izlenen kollateral damarlar.

Diğer

Abstract:0342

PP-187

KLİNİK DÜZEYİNDEKİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ROMATOLOJİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI: ANKET ÇALIŞMASI

Belkis Nihan Coşkun¹, Mürside Esra Dölerslan², Aybüke Muti², Onur Elbasan², Mustafa Ferhat Öksüz², Selime Ermurat¹, Ayşe Nur Tufan¹, Yavuz Pehlivan¹, Ediz Dalkılıç¹

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

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Romatoloji, İç Hastalıklarının diğer yan dallarına göre kısmen daha yeni bir Bilim Dalıdır. Türkiye'de halen birçok tıp fakültesinde Romatoloji bölümü mevcut değildir. Biz bu çalışmada Tıp Fakültesi'nde okuyan 4.sınıf ve sonrası öğrencilerine Romatoloji konusundaki farkındalıklarını araştırmayı amaçladık.

Tıp Fakültesi'nde okuyan 4., 5. ve 6.sınıf toplam 368 öğrenciye romatolojinin çok temel bulgularıyla ilgili toplam 20 soru içeren anket dolduruldu. Soruların cevapları evet, hayır, fikrim yok şeklinde idi.

Çalışmaya dahil edilen 368 öğrencinin 139'u romatoloji stajına henüz başlamamış 4. sınıf öğrencisiyken, 229 öğrenci ise 4.sınıfta romatoloji stajını tamamlamış 5. ve 6. sınıf öğrencileriydi. Beşinci

ve altıncı sınıf öğrencilerinin yanıtları ile, 4.sınıf öğrencilerinin yanıtları kıyaslandığında 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin 4. sınıf öğrencilerine göre 15 soruya istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde doğru yanıt verdiği görüldü.

Bu çalışma Tıp Fakültesi öğrencilerinin romatolojinin çok temel bilgileri, hangi hastalıklarla ilgilendiği, hastalıkların tanı ve tedavileri konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Bu oranlar 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde bir miktar daha iyi olmasına karşılık yeterli değildir. Romatoloji Bilim Dalı olmayan fakültelerde bu anketlerin yapılması bu konuda daha çarpıcı sonuçlar verebilir.

Anahtar Kelimeler: Anket, öğrenci, romatoloji

Diğer

Abstract:0343

PP-188

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Aysel Özdemir, Hicran Yıldız, Neriman Akansel

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Romatolojik hastalıklar, kronik hastalıklar arasında fiziksel bağımlılık düzeyi en fazla olan hastalıklardır. Bu durum hastaların öğrenim gereksinimlerinin de artmasına neden olmaktadır. Çalışma, romatoloji hastalarının öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini 2014 yılı Mart ayı içerisinde bir üniversite hastanesinin romatoloji kliniğinde yatan hastalar, örneklemini ise bu hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim ve algılama sorunu olmayan 34 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan ve hastane etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır. Veriler bilgi formu ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılmıştır. HÖGÖ 50 madde ve 7 alt gruptan oluşmaktadır. Ölçek puanı 50-250 arasında değişmektedir. Veriler, SPSS 20.0 programında ortalamalar, yüzdelikler, spearman korelasyon, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 46.06±16.78 olan olguların %55.9'u kadın, %70.6'sı evlidir. Olguların %52.9'u ilköğretim mezunu; %47.1'i ev hanımıdır ve %50'sinin ekonomik durumu orta düzeydedir. Olguların %41.2'si eş ve çocukları ile yaşamaktadır. Olguların %55.9'unun ailesinde kronik hastalığı olan birey bulunmaktadır. Olguların %55.9'unda ilave bir kronik hastalık mevcuttur ve %76.5'i daha önce hastaneye yatmıştır. Olguların %44.1'inin hastalık süresi 1-6 ay arası iken, %35.3'ünün 3 yıldan uzundur. Olguların ortalama yatış süresi 7.35±9.48'dir ve %64.7'sinin yanında refakatçi vardır. Olguların %26.5'ine hasta eğitimi yapılmıştır. Bu eğitimlerin %55.6'sı hipertansiyon konusunda; %33.3'ü ilaç ve tedavi hakkında; %55.6'sı taburcu olurken; %88.9'u anlatım şeklinde; %55.6'sı birebir eğitim şeklinde yapılmıştır. Olguların %61.8'i kendisine hasta eğitimi verilmesini istemektedir. Olguların %66.7'si kendisine bu eğitimin hastanede yatarken ve %47.6'sı sadece anlatım tarzında verilmesini istemektedir. Olguların HÖGÖ puanı ortalaması 154.50±35.53 ve öğrenim gereksiniminin en fazla olduğu alt grup tedavi ve

komplikasyonlar alt grubudur(29.88 ± 6.36). Öğrenim durumu ile HÖGÖ alt boyutlarından yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular arasında; refakatçi varlığı ile ilaçlar, yaşam aktiviteleri, cilt bakımı ve toplam puan arasında; medeni durum ile cilt bakımı arasında; yatış günü ile duruma ilişkin duygular, yaşam kalitesi ve toplam puan arasında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır($p < 0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Olguların HÖGÖ puanları orta düzeyde bulunmuştur. Hastalar özellikle tedavi ve komplikasyonlara ilişkin bilgi alma gereksinimine sahiptir. Hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılanması, hastanın hastalığa uyumunu arttıracaktır. Hastaların öğrenim gereksinimlerinin sistematik olarak değerlendirilmesi ve hasta eğitimlerinin bu doğrultuda yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: romatoloji, öğrenim gereksinimi, hemşirelik

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0344

PP-189

BEHÇET HASTALIĞINDA EKLEM TUTULUMU

Nilüfer Alpay Kanitez, Bahtiyar Toz, Burak Erer, Sevil Kamalı, Ahmet Gül

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

Amaç: Behcet Hastalığı (BH) sistemik inflamatuvar bir hastalıktır ve bulguları arasında eklem tutulumu önemli yer tutar. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, genetik çalışmalar, BH patogenezinin spondilartritler ile benzer inflamasyon yollarını içerdiğini göstermektedir. Bu çalışmada, BH'de eklem tutulumunun klinik, laboratuvar ve radyolojik özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı polikliniğinde Ocak 2013-Eylül 2013 tarihleri arasında değerlendirilen, ISG kriterlerine göre BH tanısı konulmuş ve muayene sırasında ya da hastalığın seyrinde artrit bulguları saptanmış hastalar dahil edildi. Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları (otoantikörler, doku grubu) ile radyolojik bulguları kaydedildi.

Sonuçlar: Çalışma amacıyla 360 hasta değerlendirildi. Bu hastaların 48 (27 kadın, 21 erkek)'inde incelemeye uygun artrit bulguları saptandı. Artriti olan grubun yaş ortalaması $38,8 \pm 10,9$ (18-59) du. En sık görülen eklem bulgusu akut monoartriti (%41) ve en sık tutulan eklemler diz (%68,8) ve ayak bileği (%45,8) olarak bulundu. Ortalama akut artrit atağı sayısı yılda $2,7 \pm 3,3$ (1-12)'tü. Birden fazla eklem tutulumu olan hastaların %52,3'ünde artritin simetrik olduğu görüldü. Artriti olan hastaların %25'inde aksiyal sistem tutulumu bulguları saptandı. Ayak bileği artritlerinde %9, diz artritlerinde ise %6 oranında sekel geliştiği görüldü. Doku grubu bakılabilen hastaların %41'i HLA-B*51, %17'si HLA-B*27 taşıyordu. RF, ANA ve anti CCP tüm hastalarda negatifti.

Tartışma: BH'de akut monoartrit sıklığı yüksektir ve çoğunlukla diz ve ayakbileği eklemleri tutulmaktadır. Periferik eklem tutulumu paterni ve doku grupları da, BH artritinin spondilartritler arasında değerlendirilebileceği görüşünü destekler nitelikte görülmektedir. Çalışmamız görüntüleme bulgularının değerlendirilmesi aşamasında devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behcet Hastalığı, artrit

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağı Dokusu Hastalıkları

Abstract:0345

PP-190

ARI SOKMASI SONRASI GELİŞEN SİSTEMİK SKLEROZ VAKASI

Emel Cennet Emlakçioğlu, Hilal Kocabaş, Hatice Uğurlu

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Sistemik Skleroz konnektif doku hastalıkları arasında en fazla vaka spesifik ölüme sebep olan romatolojik hastalıktır. Hastalığın patogenezinde anahtar basamakları endotel hasarı, otoimmün cevap ve aktif fibroblastlara bağlı matriks depozisyonu oluşturmaktadır. Etyopatogenezde lökotrien B4 yüksekliği olduğu savunulan yaygınlar da vardır.

46 yaşında bayan hasta tüm vücutta yaygın ağrı, yüz, el ve ayaklarda yaygın şişlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı özellikle dizlerinde ve el bileklerinde mevcuttu. Hastanın bu şikayetleri yaklaşık 10 ay önce arı sokması sonrasında başlamıştı. Bu şikayetler ile gittiği farklı polikliniklerde yapılan tam kan, eritrosit sedimentasyon hızı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, açlık glukoz değeri, spot idrarda mikroprotein, spot idrar kreatinin, TSH, Ferritin, Vitamin B12, C4 normal saptanmıştı. CRP:11.17 mg/L (0-5) ve TMAB:90 IU/ml (0-9) ise yüksekti. Romatolojik sorgulamasında halsizlik, Raynaud fenomeni dışında bir bilgi yoktu. Vertigo dışında özgeçmişinde özellik saptanmadı. Sistem sorgusunda yorgunluk ve genital akıntı dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde ellerde şişkin görünüm (puffy hand) mevcuttu. Bizim polikliniğimizde yapılan tetkiklerde ANA pozitif (3+, homojen ve nukleolar), Anti-dsDNA ve RF negatifti. ENA profilinde Anti- scl 70 (3+) saptandı. AP el grafisinde herhangi bir lezyon saptanmadı. Hastaya sistemik skleroz tanısı kondu ve tedavisine başlandı.

Literatürde sistemik skleroz ve arı sokması arasında ilişkiyi içeren bir yazı bulunmamaktadır. Fakat arı sokması ve sonrasında gelişen artrit arıcı artropatisi (beekeepers arthropathy-Hymenoptera Sting Arthropathy) olarak adlandırılmaktadır. Asimetrik el tutulumu ile giden akut inflamatuvar oligoartrite arıcılarda rastlanmıştır. Bu durum nadiren kronikleşerek ankiloza sebep olabilmektedir. Arıcılarda arı sokmasına sekonder olan bu durumun etyopatogenezini bilinmemektedir. Mekanik travma, zehir içeriği, enfeksiyon, yabancı cisim sinoviti patogenezi ile ilgili olabilir. Zehir içeriğindeki melittin, fosfolipaz A2, lökotrien patogenezi önemli olabilir. Lökotrien ve sistemik skleroz olarak literatürü taradığımız zaman; Hackshaw ve ark. (1) SLE ve sklerodermada lökotrien seviyelerinde artış saptarken Lau ve ark. (2) sistemik sklerozu olan hastalarda lökotrien B4 seviyesini yüksek bulmuşlardır. Kowal-Bielecka ve ark. (3) LTB4 ve LTE4 seviyelerinin sklerodermaya sekonder akciğer hastalığı olanlarda artmış olduğunu saptamışlardır. Chwiesko-Minarowska ve ark. lökotrienlerin sistemik sklerozun inflamasyon, vasküler fonksiyon, konnektif dokunun yeniden yapılmasında önemini belirtmektedirler. Literatürdeki yaygınlar doğrultusunda hastamızda gelişen sistemik sklerozun etyopatogenezinde arı sokması ve zehirdeki lökotrien bir neden olarak öne sürülebilir yada hastalığın ortaya çıkmasını tetiklemiş olabileceği düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Skleroz, Lökotrien, Arıcı Artropatisi



Şekil 1. şişkin el (puffy hand)

Romatoid Artrit

Abstract:0347

PP-191

ROMATOİD ARTRİTE SEKONDER RENAL AMİLODUZLU 55 YAŞINDAKİ KADIN HASTADA RİTUKSİMAB TEDAVİSİ SONRASINDA AZALAN PROTEİNÜRİ

Levent Kılıç¹, Abdulsamet Erden², Yusuf Ziya Şener³, Umut Kalyoncu², Ömer Karadağ²¹Yenimahalle Devlet Hastanesi Romatoloji Bölümü²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Romatoid artrit (RA) başta el eklemleri olmak üzere simetrik periferik eklem tutulumu ile seyreden kronik inflamatuvar artrit formudur. Toplumun yaklaşık %1'ini etkiler ve kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha sık görülür. Amiloidoz; protein yapıda çözünmeyen fibrillerin dokularda birikmesi ile karakterize olup farklı tipleri mevcuttur. AA tipi amiloidoz kronik inflamasyona bağlı olarak karaciğerden aşırı üretilen "serum amiloid A" proteininin dokularda birikmesi ile oluşur. Eski çalışmalarda RA'lı vakalarda %5-10 arasında AA tipi amiloidoz geliştiği saptanmış olup yeni biyolojik ajanların tedavide kullanıma girmesi ile bu oran düşmüştür. Sunumumuzda RA'ya sekonder AA tipi amiloidoz gelişen; anti-TNF tedavi altında proteinürisi devam eden ve rituksimab sonrasında proteinürisi azalan bir vakayı prezante ettik.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta; 1995'te bilateral el eklemlerinde artrit ve sabah tutukluğu şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. ESR 120 mm/saat, CRP değeri 12,1mg/dL (0-0,8 mg/dL) saptanmış. RF pozitifliği ve el grafisinde periartiküler osteoporoz saptanması üzerine RA tanısı konulmuş. NSAID, metotreksat ve sülfasalazin başlanmış. Hasta 5 yıllık asemptomatik periyod sonrası hastalık aktivasyonu nedeni ile 2000 yılında kliniğimize başvurdu. Aktif eklem bulguları, yüksek akut faz reaktanları ve DAS-28 skoru nedeni ile tedaviye leflunomid, hidroklorokin ve prednizolon eklendi. 3 aylık intervallerle hasta takibe alındı. 2005'teki kontrolünde 24 saat idrar tetkikinde 2,1 gr/gün proteinüri ve serum albumin düzeyinin 3,5 gr/dL olması üzerine yapılan renal biyopside AA tipi amiloidoz saptandı. Tedaviye kolşisin eklendi. Eklem

şikayetlerinin devam etmesi ve mevcut tedavi altında amiloidoz gelişmesi nedeniyle hastaya etanersept başlandı. 4 aylık etanersept tedavisi altında eklem bulguları gerilemeyen hastada adalimumaba geçildi. 2 yıl kadar adalimumab kullanan hastanın anti-TNF tedavi sürecinde proteinüri düzeyi 4-6 gr/gün arasında seyretti. 2 yıllık anti-TNF tedavi altında şikayetleri devam eden hastanın adalimumab tedavisi stoplandı ve rituksimab başlandı. İzleminde 5 yıllık rituksimab tedavisi altında 24 saatlik idrarda protein düzeyi 120 mg/güne kadar geriledi. Aktif eklem şikayeti olmayan hasta proteinürisi olmadan rutin takibimize devam etmektedir.

Tartışma: Sekonder amiloidoz; kronik inflamatuvar süreçlerde "serum amiloid A" proteininin aşırı üretimi sonucu dokularda aşırı birikim nedeniyle oluşur. Böbrek tutulumu albumin düşüklüğü ve proteinüri ile kendini gösterir. RA tedavi ile kontrol altına alınmadığı zaman kronik süreçte sekonder amiloidoz yol açmaktadır. TNF-alfa blokörleri ve rituksimab gibi biyolojik ajanların anti-inflamatuvar özelliğine bağlı olarak RA'da hastalık ve amiloidoz kontrolü sağladığını gösteren birçok vaka raporu ve çalışmalar mevcuttur. Olgumuzda olduğu gibi TNF alfa blokörleri ile kontrol altına alınamayan hastalık aktivitesi ve amiloidoz tablosu mevcutsa rituksimab tedavide denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, rituksimab, sekonder amiloidoz

Diğer

Abstract:0349

PP-192

LOKALİZE NODÜLER TENOSİNOVİTLİ BİR OLGU

Hakan Emmungil¹, Fatih Yıldız², Kıvılcım Eren Ateş³¹Mersin Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği³Mersin Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği

Giriş: Tendon kılıfının lokalize tenosinovyal dev hücreli tümörü (Nodüler Tenosinovit), benign karakterli, yavaş gelişim gösteren ve 30-50 yaşlardaki hastada tepe insidans yapan bir tümördür. Kadınlarda daha sık görülür. Tendon kılıfının sinovyal hücrelerinden köken aldığı düşünülmektedir. Soliter bir kitle olarak bulunur ve genellikle parmaklarda lokalizedir. Burada, klinik ve laboratuvar bulguları ile nodüler tenosinovit tanısı alan bir olgu, pek nadir görülmeyen bu hastalığa dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

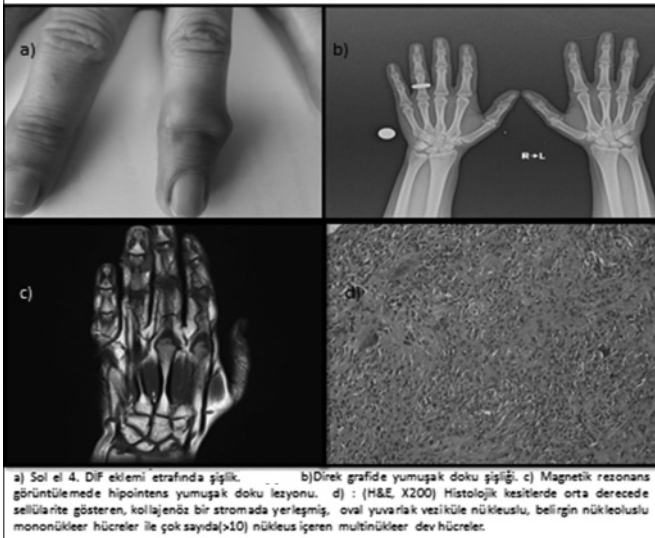
Olgu: Kırk dört yaşında kadın hasta, sol el 4. parmağında mevcut ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Hasta, ilk olarak 1 yıl önce parmağında şişlik tarzında bir büyüme olduğunu, şişliğin zamanla büyüdüğünü ve bu nedenle 6 ay önce biyopsi yapıldığını belirtti. Son 4 aydır bu şişliğin yeniden oluştuğunu ve büyüdüğünü ifade etti. Hastanın fizik muayenesinde, sol el 4. parmak distal interfarengal (DİF) eklem dorsal, radial ve medial yüzünde üç adet soliter, yumuşak kıvamlı, düzensiz lezyon olduğu izlendi (Şekil 1a). X-ray grafide yumuşak doku şişliği (Şekil 1b) ve magnetik rezonans görüntüleme hipointens kitle lezyonu (Şekil 1c) saptandı. Özgeçmişinde ve laboratuvar testlerinde özellik yoktu. Altı ay önce yapılan biyopsisinin nodüler tenosinovit olarak rapor edildiği öğrenildi. Olguda lokalize tendon kılıfının tenosinovyal dev hücreli tümörünün nüks ettiği düşünüldü ve ortopedi konsültasyonu yapıldı. Ortopedi tarafından opere edilen

olgunun histopatolojik incelemesi 'tendon kılıfının tenosinovyal dev hücreli tümörü' (Nodüler Tenosinovit)(Şekil 1d) olarak rapor edildi. Operasyonun 1. ayında izlenen olgunun şu an bir yakınması bulunmamaktadır.

Tartışma: Tendon kılıfının dev hücreli tümörü diffüz veya nodüler tipte olabilmektedir. Nodüler tip daha sık elde görülürken, diffüz tip alt ekstremitelerde daha sıktır. Klinik muayene tanıya çok fazla yardımcı olsa da, doğru tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Fizik muayenede, kitle etkisine ve çevre dokularına erozyon etkisine bağlı semptom ve bulgular görülebilir. Ayırıcı tanısında elin diğer iyi huylu tümörleri yanı sıra nodal osteoartrit ve kronik tofuslü gutta olabilmektedir. Çoğunlukla ağrısız olması inflamatuvar patolojilerden klinik ayrımını sağlamaktadır. İyi huylu olan bu tümörün tedavisi cerrahidir. Lezyonun tam eksizyonudur. Nüks oranı yüksektir. Rekürrens, olgumuzda olduğu gibi ilk 4-6 ay içerisinde gözlenir.

Sonuç: Nodüler tenosinovit, elin en sık görülen ikinci tümördür ve Romatoloji kliniklerine de sıklıkla başvuran bu olgularda hastalığın tanınarak tedavi için cerrahiye yönlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kitle, Nodüler tenosinovit, Eksizyon



Şekil 1. Olgunun klinik ve laboratuvar bulguları

Romatoid Artrit

Abstract:0350

PP-193

İNERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI, EOZİNOFİLİ VE ROMATOİD ARTRİT

Gülbüz Sezgin, Fatih Öner Kaya, Yeşim Ceylan, Vezir Köşkenli, Selim Nalbant
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: İnterstisyel akciğer hastalığı romatoid artritte önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu çalışmada, fibrozis yapabilen eozinofil ile interstisyel akciğer hastalığının (İAH) olası ilişkisini inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma 2011 ile 2013 yılları arasında Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları

Polikliniğine müracaat eden romatoid artritli hastaların kayıtları üzerinde retrospektif olarak yapılmıştır.

Eozinofil sayısı %5 veya daha fazla olan hastalar hipereozinofili, monosit sayısı % 10 veya daha fazla olan hastalar monositozlu olarak kabul edildi. İnflamatuvar belirteçlerle eozinofil ve monosit sayıları ayrı ayrı korele edildi. Yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisinde (YRAT) interstisyel akciğer hastalığı bulguları kayıtlı olan hastalar ayrıca değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya yüz altmış altı hasta dahil edildi (103 kadın (% 62.2) ve 63 erkek (%37.8)). Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşları 56.8 ± 16.2 yıl ve hastalık süresi 9.8 ± 5.6 yıl olarak tespit edildi. Hastalarımızın yirmi dört tanesinde (%14,4) eozinofili ve kırk sekiz tanesinde (% 28.9) monositoz gözlemlendi. Eozinofil sayıları ile inflamatuvar belirteçler arasında istatistiksel ilişki saptanmadı.

Kırk iki hastanın (% 25) kayıtlarından YRAT sonuçlarına erişildi. Sekiz tanesinde İAH bulguları tespit edildi. Bu grup hastaların yedi tanesinde (%87.5) eozinofil sayıları yüksekti.

Tartışma: Muhtemelen, eozinofil ile RA'nın aktivasyonu arasında bir ilişki yok fakat İAH ile bir şekilde sebep sonuç ilişkisi mevcut. Ancak, çalışmamızı bu şekilde yorumlayabilmek için bazı kısıtlamaları olduğundan daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Eozinofili, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Tablo 1. RA'lı hastalarımızın demografik özellikleri ve medikal sonuçları (n:166)

Erkek n	63
Kadın n	103
Yaş (yıl)	56.8 ± 16.2
Hastalık süresi (yıl)	9.8 ± 5.6
Eozinofil sayısı, n (%)	2.7 ± 1.1
Eozinofili > %5, n	12 (%7,2)
Monosit sayısı, n (%)	7.7 ± 3.6
Monositoz > % 10, n	24 (% 14,4)
Sedimentasyon hızı (mm / saat)	29.9 ± 24.04
C - reaktif protein (mg/dL)	2.3 ± 2.1
YRAT hasta sayısı	42
YRAT' de İAH bulguları olan hasta sayısı	8

Romatoid Artrit

Abstract:0351

PP-194

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN ROMATOİD ARTRİTLİ / ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARIN TEDAVİ DEĞERLENDİRMELERİ

Rıdvan Mercan¹, **Abdurrahman Tufan**², **Alparslan Altunoğlu**³, **Mustafa Ferhat Öksüz**⁴, **Meryem Can**⁵, **Yonca Çağatay**⁶, **Fatih Yıldız**⁷, **Ahmet Omma**⁸, **Bünyamin Kısacık**⁹, **Gözde Yıldırım Çetin**¹⁰, **Ayşe Balkarlı**¹¹, **Levent Kılıç**¹², **Cemal Bes**¹³, **Sema Yılmaz**¹⁴, **Berivan Bitik**², **Berna Göker**², **Şükran Erten**¹⁵, **Yavuz Pehlivan**⁴, **Rafi Haner Direskeneli**⁵, **Eren Erken**⁷, **Yaşar Karaaslan**⁸, **Ahmet Mesut Onat**⁹, **Mehmet Sayarlıoğlu**¹⁶, **Veli Çobankara**¹¹, **Mehmet Akif Öztürk**²

¹Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Hatay, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁶Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁷Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye

⁸Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

¹⁰Sütcü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

¹¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli, Türkiye

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

¹³Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

¹⁴Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı Konya, Türkiye

¹⁵Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

¹⁶Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

Gereke: Kronik böbrek hastalığı olan (KBH) romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının ilaçlarının saptanması ve güvenilirliklerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Evre 3 (GFR 30-59 ml/dak), evre 4 (GFR 15-29 ml/dak) ve evre 5 (GFR 15 ml/dak'ın altında) KBH olan 88 RA hastası (61 K / 26 E, yaş: 62,1±13,0) ve 59 AS hastası (18 K / 41 E, yaş: 51,7±11,2) çalışmaya alındı.

Sonuç ve Tartışma: RA'te en fazla kullanılan ilaç steroid olmuştur (% 90). 67 hasta düşük dozlarda (<7.5 mg/gün) almıştır. Bu hastalarda yan etki 25 (%31) hastada gelişmiş sadece 1 hastada GİS kanama nedeniyle hastaneye yatış gerekmiştir. AS hastalarının 21'i (%35) steroid kullanmış, 11 kişide (%52) hafif yan etkiler gözlenmiştir.

Hidroksiklorokin (HCQ) RA hastalarının 52'since (%59) kullanılmıştır. 6 hastada (%11) yan etki görülmüştür.

38 (%43) RA hastası metotreksat (MTX) almış, 19'unda (%50) yan etki görülmüştür (2 hastada ciddi hematolojik yan etki ve hastanede yatış). 11 AS hastası (%18) MTX kullanmış ve 2'sinde (%18) yan etki gözlenmiştir. Mtx 7.5-15 mg hafta doz aralıklarında kullanılmıştır.

31 RA hastası leflunomid kullanmıştır. 10 hastada yan etki gözlenmiş, 8 hastada ilaç kesilmiştir. Yan etki gelişen hastaların 9 tanesi 20 mg, 1 tanesi 10 mg almıştır.

40 RA hastası (%45) sulfasalazin (SSZ) kullanmış, 12 hastada (%30) yan etki görülmüş, 7 hastada ilaç kesilmiştir. 41 AS hastası (%69) SSZ kullanmış, yan etki 6 hastada (%14) gözlenmiş, 4 hastada ilaç kesilmiştir. 2 gr/gün kullanan 54 hastanın 12'sinde (%22) ve 1 gr kullanan 27 hastanın 5'inde (%18) yan etkiler gözlenmiştir.

6 RA hastası adalimumab (ADA) (%7) almış, etkisizlik nedeniyle 3 hastada başka bir anti-TNFye geçilmiştir. RA hastalarında ADA yan etkisi görülmemiştir. 14 AS hastası (%23) ADA almış, 8 hasta başka bir anti-TNFye geçmiştir.

11 RA hastası (%12) etanercept (ETA) almış, 1 hasta enfeksiyona bağlı kaybedilmiş, 4 hasta etkisizlikten ilaç değiştirmiştir. 24 AS hastası (%40) ETA almış, 2 hastada ciddi enfeksiyon (pnömoni ve infektif endokardit) nedeniyle kesilmiştir. 16 hastada ETA devam edilmiştir.

3 RA hastası (%3) infliksimab (INF) almış, bir hasta tbc lenfadenit nedeniyle ilacı kesmiş, diğer 2 hasta etkisizlik nedeniyle ilaç değiştirmiştir. 12 AS (%20) INF almış, 1 hastada alerji, 1 hastada cre yükselmesi nedeniyle kesilmiş, 6'sı ilaca devam etmiştir. 4 hasta başka bir anti tnf ile tedaviye devam etmektedirler.

Toplamda 17 RA hastası ve 37 AS hastası bir veya birden fazla antiTNF almış, yan etkiler 2 (%11) ve 4 (%10) hastada görülmüştür. ETA alan 23 hastanın sadece 5 tanesi 25 mg/hafta dozunda azaltılmış doz almışlardır. Ciddi yan etki gelişen 2 hastanın bir tanesi 25 mg, diğeri 50 mg almaktaydı. ADA ve INF alan tüm hastalar standart dozda ilaç almaktaydı.

Özetle RA'te en fazla steroid ve HCQ tercih edilmiştir. Özellikle daha ileri KBH'larda klasik DMARD yan etkisi %50 düzeyindedir. Anti-TNF'ler görece daha güvenli görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit, Kronik Böbrek Hastalığı

Tablo 1. RA ve AS hastalarının böbrek yetmezliği evrelerine göre aldıkları ilaçlar ve ilaç kullanımları sırasında karşılaşılan yan etki sıklıkları

İlaç alan hasta / yan etki gelişen hasta	RA evre 3 n=31	RA evre 4 n=21	RA evre 5 n=36	AS evre 3 n=20	AS evre 4 n=9	AS evre 5 n=30
Steroid	27 (%87) / 9 (%33)	21(%100) / 7 (%33)	32 (%88) / 9 (%28)	5(%25) / 2 (%40)	3 (%33) / 1 (%33)	13(%43) / 8 (%61)
MTX	16 (%51) / 7 (%43)	10 (%47) / 5 (%50)	12 (%33) / 8 (%66)	4 (%20) / 0	3 (%33) / 1 (%33)	4 (%13) / 1(%25)
Leflunomid	13 (%41) / 2 (%4)	8 (%38) / 4 (%50)	10 (%27) / 4 (%40)	1 (%5) / 0	0 / 0	1 (%7) / 0
SSZ	13 (%41) / 5 (%38)	13 (%61) / 3 (%23)	14 (%38) / 4 (%28)	17 (%85) / 2 (%11)	7 (%77) / 3 (%42)	17 (%56) / 1 (%5)
HCQ	20 (%64) / 1 (%5)	10 (%47) / 1 (%10)	22 (%61) / 4 (%18)	1 (%5) / 0	0 / 0	1 (%3) / 0
ADA	4 (%12) / 0	1 (%4) / 0	1 (%2) / 0	5(%25) / 0	1 (%11) / 0	8 (%26) / 1 (%12)
ETN	5(%16) / 0	3 (%14) / 0	3 (%8) / 1(%33)	7 (%35) / 0	4 (%44) / 0	13 (%43) / 2 (%15)
INF	1 (%3) / 0	1 (%9) / 0	1 (%2) / 1 (%100)	4 (%20) / 0	2 (%22) / 0	6 (%20) / 1 (%16)

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0353

PP-195

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS HASTALARINDA HASTALIK AKTİVASYONU İLE MEAN PLATELET VOLUM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hamit Küçük¹, Berivan Bitik¹, Rıdvan Mercan¹, Duygu Tecer², Arif Kaya³, Berna Göker¹, Şemminur Haznedaroğlu¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Abdurrahman Tufan¹

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Denizli Devlet Hastanesi, Romatoloji, Denizli

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) kronik multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Birçok sistemi etkilemektedir, bunlardan biride hematopoetik sistemdir. Trombositopeni ve hemolitik anemi sık karşılaşılan hematolojik tutulumlardır. Son yıllarda yapılan çalışmaların sonucunda kronik hastalıklarda trombositler ile ilgili bir çok değişikliğin olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar trombosit sayısı kadar ortalama trombosit hacminin de (MPV) hastalıkların tesbiti açısından bir belirteç olarak kullanılabileceğini göstermiştir, bununla birlikte MPV' nin inflamatuvar hastalıklardan etkilendiği bulunmuştur. SLE li çocuk hastalarda, MPV ile hastalık aktivitesi arasında ilişki bulunmuştur (1). Erişkin SLE hastaları ile MPV ilişkisi arasında yeterli çalışma yoktur. Bu çalışmada MPV ile SLE aktivasyonu arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Yöntem: SLE hastalarının rutin kontrolleri esnasında kaydedilen verileri retrospektif olarak tarandı. Hastalık alevlenmesi kriteri olarak SLEDAI kriterleri kullanıldı. SLEDAI indeksleri herbir hasta için hesaplandı. SLEDAI indeksi 3'den büyük olanlar atak kabul edildi (2). Atak geçiren hastaların atak anındaki MPV değerleri kaydedildi. Romatoloji polikliniğine başvuran ve herhangi bir hastalık tesbit edilemeyen 62 hasta kontrol grubu olarak alındı. Remisyonadaki SLE hastaları, kontrol grubu ve SLE alevlenme halindeki hastalar karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya 96 kadın 6 erkek olmak üzere toplam 102 SLE hastası alındı. Yaş ortalaması 39,07 idi. SLE hastalarında MPV kontrol grubuna göre artmış olmakla birlikte, atak ile MPV arasında bir korelasyon izlenmedi. MPV ile CRP arasında bir ilişki bulunamadı (p:0.437). MPV ile SLEDAI skoru arasında bir ilişki bulunamadı (p:0.705). CRP ile SLEDAI skoru arasında bir ilişki bulunamadı (p:0.323). CRP 6>nın üzerinde olanlar ve 6>nın altında olan gruplara ayrıldığında da SLEDAI skoru ile CRP arasında bir ilişki bulunamadı (p:0.393).

Tartışma: Bu çalışmada MPV'nin SLE hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Fakat SLEDAI indeksi ile MPV arasında bir ilişki bulunamamıştır. SLE hastalarında hastalık aktivasyonu ile MPV arasında bir ilişki bulunamadı. Bunun nedeni MPV'nin birçok farklı durumdan etkilenmesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: SLE, MPV

Spondiloartropatiler

Abstract:0354

PP-196

ANKILOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA MEVALONAT KİNAZ GEN POLİMORFİZMLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Fatih Yıldız¹, Eren Erken¹, Suzan Dinkçi¹, Ertan Kara², Didem Arslan Taş¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), sıklıkla aksiyel iskelet sistemini tutan, kronik, progresif bir inflamatuvar hastalıktır. Genetik faktörler, AS gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Mevalonat kinaz (MVK) enzimi, kolesterol biyosentezinde yer alan bir enzimdir. MVK geni mutasyonları, HİDS patogenezinde sorumlu tutulmaktadır. Biz bu çalışmada, AS hastalarında MVK gen polimorfizmleri araştırarak, patogeneze katkısını ve klinik bulgulara etkisini bildirmeyi amaçladık. **Gereç-Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya 18 yaş üstü, 1984 Modifiye New York kriterlerini karşılayan, 32 erkek ve 19 kadın olmak üzere toplam 51 AS hastası alındı. Kontrol olarak, SpA bulguları, sistemik otoimmün ve otoinflamatuvar hastalık öyküsü olmayan, yaş ve cinsiyet uyumlu 31 erkek ve 21 kadın toplam 52 sağlıklı gönüllü birey alındı. Periyodik ateş semptomları sorgulandı. AS hastalarının spinal mobilite ölçümleri ve fizik muayenesi yapıldı. Hastaların eş zamanlı bakılan ESR ve CRP düzeyleri kaydedildi. Hastalar, BASDAI ve BASFI formunu doldurdu. AS hastalarının IgD düzeyi radial immünodifüzyon yöntemi ile çalışıldı. MVK gen analizi, periferik kan örneklerinden DNA'ları elde edilip PCR/sekans yöntemi ile çalışıldı. Kontrol ile AS hastaları arasında bu polimorfizmler açısından farklılıklar araştırıldı. Bulunan MVK geni polimorfizmlerinin, AS'in klinik bulguları ve tutulum şekillerine etkisi incelendi. **Bulgular:** 51 AS'li hastanın yaş ortalaması 37,31±10,297 yıl idi. 32'si (% 62,7) erkek ve 19'u (% 37,3) kadındı. Kontrol grubunun yaş ortalaması 33,81±12,367 yıldı. Birinci grup semptomatik olarak adlandırılan tek nükleotid polimorfizmlerinden, c.769-38 C>T heterozigot, c.769-7 T>G heterozigot, c.769-38 C>T homozigot, hasta ve kontrol grubunda sıklığı benzer bulundu (p=0,646). İkinci grup semptomatik olmayan tek nükleotid polimorfizmleri, AS hastalarında kontrole göre daha fazla bulundu (83/58), ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Yeni bulunan tek nükleotid polimorfizmleri, AS hastalarından dördünde, I56V A>G heterozigot, E281D G>D heterozigot, V80I G>A heterozigot, C173Y G>A heterozigot olarak tespit edildi. Bu polimorfizmlere literatür taraması ve Infervers web sitesinde rastlanmadı. Tüm MVK gen polimorfizmleri değerlendirildiğinde, 36 (% 70,6) AS hastasında ve 33 (% 63,4) kontrol grubunda tek nükleotid polimorfizmleri vardı. Her iki grup arasında sıklık farkı anlamlı değildi (p>0,05). AS hastalarında MVK geni polimorfizmleri taşıyanlarla taşımayanlar arasında klinik bulgularda fark bulunmadı. **Sonuç:** AS hastalarında toplam MVK gen polimorfizm sıklığı sağlıklı kontrollerden daha fazla bulundu. Ancak, klinik bulgulara etkisi saptanmadı. Sağlıklı bireylerde de bulunan bu polimorfizmlerin, AS'de daha sık görülmelerinin nedenini araştırmak ve klinik bulgulara etkisini incelemek için daha geniş çaplı hasta gruplarında ve farklı popülasyonlarda benzer çalışmalar tekrar edilmelidir. Bu çalışmada daha önce bildirilmeyen dört adet yeni tek nükleotid polimorfizmi bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, Mevalonat kinaz geni, Periyodik ateş

Tablo 1. AS Hastalarının MVK Geni Polimorfizmlerine Göre Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

AS	Polimorfizm Var (n=36)	Polimorfizm Yok (n=15)	P değeri
E/K (n)	23/13	9/6	NS
Yaş (yıl) *	37,81	36,13	0,602
Semptom Yaşı (yıl) *	26,86	27,53	0,781
Fazı yaşı (yıl) *	30,83	30,73	0,969
Tarıda gecikme (yıl) *	4,03	3,27	0,409
Schobar (cm) *	2,925	3,100	0,640
PYM (cm) *	15,39	10,07	0,183
OD (cm) *	3,69	1,60	0,137
GE (cm) *	3,90	4,43	0,137
ESR (mm/saat) *	24,92	26,80	0,795
CRP (mg/dL) *	0,891	1,122	0,410
IgD mg/dL (N:5-50) *	28,801	40,281	0,227
BASFI *	3,236	3,067	0,766
BASDAI *	3,75	3,46	0,616

*Ortalama değerler verilmiştir.

Spondiloartropatiler

Abstract:0356

PP-197

ANTI TÜMÖR NEKROZİS FAKTÖR KULLANAN BİR HASTADA GELİŞEN ATİPİK YERLEŞİMLİ HODGKIN LENFOMA

Rıdvan Mercan¹, Berivan Bitik², Hamit Küçük², Duygu Tecer³, Abdurrahman Tufan², Mehmet Akif Öztürk², Şeminur Haznedaroğlu², Berna Göker²

¹Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Hatay, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim dalı, Ankara, Türkiye

Gerekeç: Ankilozan spondilit (AS) aksiyel iskelet ve sakroiliak eklemlerin inflamasyonu ile karakterize omurganın kronik inflamatuvar hastalığıdır. Anti-tnf tedaviler AS tedavisine yeni bir boyut kazandırmakla beraber, korkulan yan etkilerinden bir tanesi malignensi gelişmesidir. Hodgkin lenfoma, sıklıkla servikal ve supraklaviküler lenf nodlarından kaynaklanan lenfoproliferatif hastalıktır. Biz burada anti-tnf tedavinin 2. yılında atipik yerleşimle ortaya çıkan bir lenfoma olgusunu sunduk.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta, 12 yıl önce kalça ağrısı, sabah tutukluğu ile başvurduğu doktor tarafından AS tanısı konmuş. Daha önce Sulfasalazin 2 gr/ gün, metotreksat 15 mg / hafta ve birden fazla nonsteroid kullanmasına rağmen ağrılarının devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Yapılan değerlendirmesinde, sedimantasyon (Sed) 63 mm/h, c-reaktif protein (CRP) 41.6 mg/L ve BASDAI 7.1 olması üzerine hastaya 2 yıl önce adalimumab başlandı. Anti-tnf sonrası ağrıları geçti, akut fazları düştü. Hasta tedavinin 18. ayında bel-kalça ve kalçadan dize kadar yayılan ağrı olması nedeniyle başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde Sed 73 mm/h, CRP 71.1 mg/L olarak bulundu. Direkt grafide sağda sola göre daha belirgin skleroz artışı dikkati çekti. İstenen MR'da sağda sakroiliak eklemi oluşturan kemik yapılarında süperiorda iliak kanada da uzanım gösteren kemik yapıda belirgin ekspansiyona ve kortikal destrüksiyona yol açan, gluteal kas planlarında ve anteriorda iliak fossada yumuşak doku komponentide bulunan medüller heterojen patolojik sinyal değişikliği, her iki iliak zincirde ve paraaortik-perikaval alanlarda en büyüğü 3x2 cm boyutlarında multipl lenfadenopati izlendi. Yapılan iğne biyopsisinde klasik Hodgkin lenfoma, mikst sellüler tip tanısı kondu. Hasta halen kemoterapi sürecinde olup tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: Malignensi gelişimi AS hastalarında, romatoid artrit, psöriyatik artrit ve crohn hastalığının aksine oldukça azdır. Anti TNF tedaviler sırasında AS hastalarında lenfoproliferatif hastalık gelişimi için belirgin bir risk artırımını bildirilmemiştir. Yine de tedavi öncesinde hastaya bu tür hastalık riskini bildiren onam formu doldurulması geri ödeme kurumları tarafından zorunlu tutulmuştur. Ayrıca bu ilaçları alırken lenfoma geliştiren, ilaç kesilince de spontan remisyona giren vakalar vardır. Bu durumda hastaların rutin takiplerinde malignensi açısından dikkatli bir anemnez ve fizik bakı son derece önem arz etmektedir. Bizim hastamızın ilginç yönü kendisinin primer hastalık ile karışabilecek bir semptom olan bel ağrısı ile hastanın malignensisinin prezente olmasıdır. Ancak şikayetin eski semptomlarından daha farklı olması, başlangıçta iyi cevap almış olduğu tedavinin devam edilmesine rağmen akut faz yüksekliğinin artması, direkt grafide asimetric skleroz gelişmesi bizim için ikaz edici olmuştur. Dolayısıyla hasta takibinde yolunda gitmeyen ve ani değişimlerden şüphelenip her seferinde hastanın yeniden değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Anti-tnf, Ankilozan Spondilit, Hodgkin lenfoma



Şekil 1. Hastaya ait direkt grafide sağda sola göre daha belirgin skleroz artışı

Spondiloartropatiler

Abstract:0357

PP-198

KRONİK LENFOSİTİ LÖSEMİ İLE KOMPLİKE BİR ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTASINDA ETANERCEPT TEDAVİSİ**Rıdvan Mercan¹, Berivan Bitik², Hamit Küçük², Abdurrahman Tufan², Şeminur Haznedaroğlu², Berna Göker², Mehmet Akıf Öztürk²**¹Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Hatay, Türkiye²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Gerekeçe: Ankilozan spondilit (AS) daha çok erkekleri etkileyen kronik ve sistemik bir romatizmal hastalıktır. Kronik lenfositik lösemi (KLL), monoklonal CD5+ B lenfositlerin periferik kanda, kemik iliğinde, lenf nodlarında ve diğer organlarda yavaş ve progresif birikmesi ile karakterize bir lösemi türüdür. Biz bu olguda KLL ve AS' i olan bir hastanın başarılı bir şekilde anti TNF tedavi ile takip edildiğini sunduk.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta, 30 yıldır ankilozan spondilit tedavisi alıyor. Daha önce dış merkezde metotreksat, sulfasalazin ve nonsteroid anti enflamatuar ilaç almasına rağmen ağrılarının devam etmesi nedeniyle anti tnf tedavi başlanmış. Hasta merkezimize kontrol amacıyla başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ submandibular 2 cm lik lenf bezi ele geldi. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre 14.4×10^3 hücre /uL ve % 60 lenfosit saptanması üzerine periferik yayma yapıldı. Yaymada % 50' ye yakın olgun lenfosit, % 6 monosit ve % 40 PMNL tespit edildi. İstenen akım sitometrisi KLL ile uyumlu geldi. Evre 1 KLL kabul edildi. Hastanın geçmişe yönelik tetkikleri incelendiğinde anti tnf tedavi öncesi 2 yıl önceden lenfosit değerlerinin yüksek olduğu saptandı. Aynı zamanda doktor da olan hastaya bilgi verildi. Hasta ağrılarının anti tnf tedaviden önce çok fazla olduğunu, bu tedaviden sonra rahatladığını ve her türlü şartta ilaca devam edeceğini belirterek ilaca onam verdi. Hasta anti tnf tedavinin 5. yılında komplikasyonsuz izleniyor. En son lökosit değerleri 12×10^3 hücre /uL ve % 55 lenfosit.

Tartışma - Sonuç: Anti tnf tedaviler AS tedavisinin en önemli basamaklarından bir tanesini oluşturmaktadır. Hastaların komorbid durumları bu tedavileri kısıtlamaktadır. Diğer yandan en çok korkulan yan etkileri malignansiler olup, bu konuda tartışmalar devam etmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi literatürde az sayıda bildirilen vakalarda, KLL olan hastalarda anti tnf tedaviye devam edebileceğini göstermekle beraber daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, kronik lenfositik lösemi

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0358

PP-199

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ HASTALARINDA ANTİNÜKLEER ANTİKOR SIKLIĞI VE SAĞLIKLI POPULASYONLA KARŞILAŞTIRILMASI**Adem Küçük¹, Ali Şahin², Bahadır Feyzioğlu³, Mehmet Özdemir³, Koray Ayar¹, Recep Tunç¹**¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya²Cumhuriyet Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas³Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA, FMF), kısa süreli, tekrarlayan, ateş, karın ağrısı ve serozit ataklarıyla karakterize olup otozomal resesif geçiş gösteren kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Literatürde FMF hastaları arasında Crohn, seronegatif spondiloartropatiler ve poliarteritis nodoza, HSP, Behçet hastalığı gibi hastalıkların prevalansının arttığı, SLE prevalansının ise artmadığı bildirilmektedir. Antinükleer antikor, SLE tanısı konan hastaların hemen hepsinde pozitif ve önemli bir tarama testidir. Bizim bu çalışmadaki amacımız FMF hastaları ve kontrol grubunda düşük titrede ANA sıklığına bakmak ve her iki kol arasındaki farkı karşılaştırmaktır.

Yöntem: Tel-hashomer tanı kriterlerine göre FMF tanısı konulan yaş ortalaması 34.7 ± 12.3 olan 58 kadın, 50 erkek çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubuna yaş ortalaması 36.8 ± 10.4 olan 52 kişi alındı. ANA, İndirekt immunofloresan antikor metodu ile 1/10 ve 1/100 titrede çalışıldı.

Bulgular: Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu. FMF hastalarının hastalık süresi 6.1 ± 7.1 yıldır. Hasta grubunda CRP 9.0 ± 12.8 mg/L, sedimentasyon 12.4 ± 14.1 , beyaz küre $7.4 \pm 2.1 \times 10^9/L$ olup kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti (sırasıyla p değeri < 0.001, 0.001, 0.003). 1/100 titrede ANA bakıldığında FMF hastalarında 8 hastada (%17.6), kontrol grubunda ise %25'inde pozitiflik vardı (Tablo-1).

Tartışma: FMF hastalarında 1/100 titrede bakılan ANA pozitifliğinin kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı olmasa da daha düşük oranda saptanması, FMF'li hastalardaki subklinik inflamasyonun ANA pozitiflik oranını azalttığını düşündürmektedir. Özen ve ark (1), FMF hastalarına SLE'nin eşlik etmemesini apoptotik hücreleri temizleyen CRP'nin yüksek seviyelerine bağlamışlardır. Dikkatimizi çeken bir diğer husus ise 1/10'dan 1/100 titreye dilüe edildiğinde FMF hasta kolunda antikor pozitifliği azalırken, sağlıklı kolda antikor yoğunluğu değişmemektedir. FMF hastalarımızdaki klinik özellikler ile ANA arasındaki ilişkiyi incelediğimizde 1/100 titrede ANA (+) olan hastalarla kıyaslandığında ANA (-) olan hastalarda daha yüksek oranda ateş, göğüs atağı ve artrit görülmüştür. ANA (-)'lerde ateş, göğüs atağı ve artrit sırasıyla % 97.5, % 16.0, % 25.9 iken 1/100 titrede ANA (+) olan hastalar ise aynı klinik bulgular sırasıyla % 89.4, % 10.5, % 10.5 oranında saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ateş, artrit, göğüs atağı daha sık olan FMF'li hastalarda CRP başta olmak üzere akut faz proteinlerinin daha fazla yükseldiği ve böylece antikor negatifliğine yol açtığı yorumuna bizi götürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, C-reaktif Protein, Antinükleer Antikor

Tablo 1. FMF ve Kontrol grubunun karşılaştırılması

	FMF (n=108)	Kontrol (n=62)	p değeri
CRP(mg/L)	9.0±12.8	1.7±1.8	<0.001
ESR(mm/h)	12.4±14.1	4.7±3.3	<0.001
WBC(x10 ⁹ /L)	7.4±2.11	6.2±1.5	<0.001
Hgb (g/dl)	13.5±1.9	14.4±1.3	0.003
1/10 titrede ANA pozitiflik oranı	% 25 (27/108)	% 25 (13/52)	>0.05
1/100 titrede ANA pozitiflik oranı	% 17.6 (19/108)	% 25 (13/52)	>0.05

*CRP: C-reaktif protein, ESR: Sedimentasyon, WBC: Lökosit, Hgb: Hemoglobin, ANA:

Diğer

Abstract:0360

PP-200

SAKROİLEİT VE DÜZELMEYEN ORAL ÜLSERLERDE CHRON HASTALIĞI**Fatih Mehmet Keleşoğlu¹, Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Sevinç Emre¹, Serdar Cantez², Cemile Pehlivanoğlu³, Nagehan Zeynep Yıldırım³**¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

10 yaşındaki kız olgumuz, 15 ay önce ağızda başlayan ve geçmeyen oral ülser şikâyetleri ile gittiği kliniklerde öncelikle Behçet hastalığı açısından tetkik edilmiş. Paterji testide negatif olarak saptanan hasta, oral alımının yetersiz olması, son 6 ayda 9 kilo kaybı ve çok ağrılı kalça nedeniyle acil polikliniğimize başvurdu. Hastamızdaki oral lezyonlarının çok fazla olması, uzun süreli olması, son altı ayda ciddi kilo kaybına karın ağrıları eşlik etmekte idi. Son acil başvurusunda da ciddi kalça ağrısı olması ve buna bağlı yürüyeme şikâyeti olan hasta kollejenoz hastalıklar açısından polikliniğimize yönlendirildi. Hastada ki gastrointestinal yakınmalar ve sakroileit birlikteliği inflamatuvar barsak hastalıklarına eşlik eden extraintestinal bulgu olarak nitelendirilip hastadan gastroenteroloji bilim dalı ile konsülte edildi. Kolonoskopisi yapılan hastada patolojik değerlendirme çekum zumba deliği ile kaplı olup ileum eksüdatif ülsere lezyonlar içermesi nedeniyle ön planda Chron hastalığı düşünüldü. Literatür incelendiğinde Chron hastalığı ve Behçet hastalığında gastrointestinal biyopsi incelemelerinde patolojik ayırım yapılamasa da, sakroiliak eklem tutulumu Behçet'te hemen hemen olmayan dışı iken Chron hastalığına bağlı sık tutulan eklem olması nedeniyle Chron tanısını daha muhtemel tanı yapmaktadır. Hastamıza eklem tutulumları için salisil-azosülfapiridin ve gastrointestinal semptomlar için formül mama ve mesalasin başlandı. Bir ay sonraki fizik muayenesinde karın ağrıları ve kalça ağrısı tamamen düzelen hastamızda laboratuvar olarak sedimentasyon değerleri ve anemisinde düzeldi. Hastamız 1 ayda 3 kilo aldı. Oral lezyonları gerileyince oral alımı da düzelen hasta gastroenterohepatoloji ve romatoloji polikliniklerinden izlenmeye devam etmekte.

Anahtar Kelimeler: düzelmeyen oral ülseler, sakroileit**Diğer**

Abstract:0361

PP-201

ERKEN KONTRAKTÜRLER İLE BAŞVURAN DERMATOMİYÖZİT OLGUSU**Fatih Mehmet Keleşoğlu¹, Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Sevinç Emre¹, Günay Muradova², Zeynep Hızlı², Elif Köseoğlu², Edibe Yıldız³, Önder Şahin⁴, Hasan Battal⁵**¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı⁴Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöropatoloji Bilim Dalı⁵Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

4 yaş 4 aylık erkek olgumuzun 3 ay önce başlayan karın ağrısı, bacak ağrısı, ateş, halsizlik şikâyetleri başlamış. Kısa bir süre sonrada sonrada merdiven çıkarken zorlanma şikâyeti başlaması üzerine başvurduğu üniversite hastanesinde, proksimal miyopati ile uyumlu kas gücü zayıflığı ve kreatin kinaz (CK) yüksekliği saptanmış. Hastada etiyojik açıdan viral miyozitlere yönelik viral seroloji ve paraziter miyozite yönelik yapılan tetkikleri normal olarak saptanması üzerine Çocuk Nöroloji Bilimdalı polikliniğimize gönderilen hastadan kas biyopsisi alınarak tarafımıza yönlendirildi. İlk fizik muayenesinde diz ve dirsek eklemlerinde yaklaşık 30 derece fleksiyon kontraktürleri gelişen, proksimal miyopatisi ve ciddi miyaljisi olan hastamız yürüyememekte idi. Göz çevresinde heliotrop rash ve elde gotron papülleri vardı. EMG'si çekilen hastamızda proksimal miyopati ile uyumlu olarak değerlendirildi. Kas biyopsi sonucu, mevcut deri bulguları ve yaş ile birlikte değerlendirildiğinde dermatomiyozit ile uyumlu olarak saptandı. Kalsinoz açısından çekilen ekstremitte grafleri normal olarak sonuçlandı. Özellikle hastamızdaki şikâyetlerin başlangıcı ile birlikte 2 ay içinde gelişen kontraktürler araştırıldığında dermatomiyozitte eklem tutulumundan ziyade miyofasyal tutulumun neden olduğu düşünüldü. Hastaya verilen immun supresif tedavi ve fizik tedavide uygulanan pasif açma egzersizleri ile 4 hafta sonraki kontrolünde kontraktürlerinin kaybolduğu ve yürümeye başladığı, CK düzeylerinin normale döndüğü saptandı. Hastamız fizik tedavi ve polikliniğimize izlenmeye devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken kontraktür, Miyofasyal tutulum, Dermatomiyozit**Diğer**

Abstract:0363

PP-202

NON-HEMÖFİLİK HEMARTROZ OLGUSU**Fatih Mehmet Keleşoğlu¹, Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Sevinç Emre¹, Ömer Devicioğlu², Serap Karaman², C. Ayça Gürbüz³, Selime Aydoğdu²**¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

16 yaşındaki olgumuzda 2 yıl önce sağ dizde başlayan şişlik şikâyetinin geçmemesi ve travma sonrası artan şişlik şikâyetleri olması üzerine bir üniversite hastanesi çocuk polikliniğine başvurmuş. Diz eklem muayenesinde hafif fleksiyon kısıtlılığı ve hareket sonrası ağrı dışında, eklem üzerinde kızarıklık, ısı artışı gibi

bulgular olmamış. Sistemik fizik muayenesi normal olan hastamızda, ateş, kilo kaybı, terleme şikâyetleri hiç olmamış. İnflamasyon göstergeleri hep normal olarak değerlendirilmiş. Sinovyal sıvı örnekleme yapılmış. Sinovyal sıvı örnekleme hemorajik karakterde olunca hemofili düşünülerek, koagülasyon testleri bakılmış. Onlarda normal olunca faktör düzeyleri istenmemiş. Mikobakteri açısından bakılan örnekleme ARB (Asite Rezistan Bakteri) pozitif saptanmış. Kültüre gönderilmiş. Hastaya antitüberküloz tedavi başlanmış, ancak sistemik semptom ve inflamasyon göstergeleri negatif saptanınca, tüberküloz kültüründe de üreme saptanmayınca 2. ayda tedavisi kesilmiş ve aile 8 ay sonra JİA ön tanısı ile polikliniğimize yönlendirilmiş.

Daha önce çekilen diz MR görüntülemenin hemartroz ile uyumlu olması ve koagülasyon testlerinin normal olması üzerine hastadan tanısız amaçlı sinovyal sıvı örnekleme yapıldı. Alınan örnekleme mikroskopik olarak silme eritrosit olup, makroskopik olarak da kan ile uyumlu olarak değerlendirilmesi üzerine faktör düzeyleri çalışıldı. Faktör II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, vWFAg, vWFRICOF, fibrinojen, PT'ye karşı antikor, Trombin zamanı, Euglobin zamanı normal saptanıp faktör X'nun fonksiyonunda hafif düşüklük saptandı (% 31 ve %45). Bu faktör düzeyleri mevcut durumu açıklaması üzerine literatürde çok az sayıda bildirilen ve sinovyal dokudaki patoloji sonucu kaynaklanan non-hemofilik hemartroz tanısı düşünülen hastada sinovyal doku biyopsisi alınması planlandı.

Sık akla gelen sebeplerin dışlanması durumunda ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir hastalık olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Non hemofilik Hemartroz

Spondiloartropatiler

Abstract:0364

PP-203

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA SUBKLİNİK AŞİL ENTEZOPATİNİN USG İLE DEĞERLENDİRİLMESİ VE VİTAMİN D İLE İLİŞKİSİ

Gezmiş Kimyon¹, Dilek Bulut Tekir², Yavuz Pehlivan³, Musa Aydınlı⁴, Bünyamin Kısacık¹, Ahmet Mesut Onat¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

²Gerze Devlet Hastanesi, Sinop

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

Gerekeç: İnflamatuar bağırsak hastalığında (İBH) en sık görülen ekstraintestinal tutulum kas iskelet sistemi tutulumudur. Spondiloartropati (SpA) olarak tanımlanan bu durum genelde hastalıktan sonra saptansa da hastalık sırasında veya hastalıktan yıllar önce de ortaya çıkabilir. Aşil entezopatisi bu hastalığın en önemli bulgularından biridir ve muayenede atlanabilir. Vitamin D (Vit D) eksikliği İBH'nın ortaya çıkması ve seyrine olumsuz katkısı olduğu düşünülen bir hormondur. Burada USG ile subklinik aşil entezopati sıklığı ve Vit D düzeyi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Gastroenteroloji polikliniğince Kasım 2012 – Mayıs 2013 tarihleri arasında başvuran toplam 100 ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH) tanısı olan hasta (52 ÜK ve 48 CH) ve 30 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı.

Entezis bölgesinde enjeksiyon ya da travma öyküsü olan veya aşil tendonuyla ilgili operasyon geçiren hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar romatoloji ve gastroenteroloji uzmanı tarafından muayene edildi. Kronik bel ağrısı, topuk ağrısı olan ve fizik muayenede artrit ve entezopati bulgusu olanlar çalışmaya alınmadı. Aşil USG bu konuda deneyimli ve hastaların kliniğinden habersiz romatoloji uzmanı tarafından yapıldı. Aşil tendonunu değerlendirmek için OMERACT entezopati skorlama sistemi kullanıldı.

Sonuç: Hasta grubunda 25 (%25), kontrol grubunda ise hiçbir hastada USG ile entezopati saptanmadı. 25 hastanın 6'nda sakroileit mevcuttu ve bu hastalara Ankilozan Spondilit (AS) tanısı kondu. 52 ÜK'li hastanın USG skoru 1.98, 48 CH hastasının USG skoru 0.83, kontrol grubunun USG skoru 0 olarak hesaplandı (p<0.001). USG skoru ile hastanın yaşı, hastalık süresi, vücut kitle indeksi, CRP ve Sedimentasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Vit D düzeyi ile ÜK, CH ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p=0.172). ÜK hastalarında ortalama Vit D düzeyi 14.72±9.12, CH hastalarında ortalama Vit D düzeyi 11.86±5.93, kontrol grubunda ortalama Vit D düzeyi 16.06±8.42. Vit D düzeyi farkı, kontrol ve hasta grupları arasında anlamsızdı (p=0,301). Hastalar hastalık aktivitesine göre gruplandırıldığında; hastalık aktivitesi arttıkça Vit D eksikliği olanların yüzdesi artmaktaydı (p= 0.031). Hastalarda Vit D düzeyi ve toplam USG skoru arasında korelasyon yoktu (p=0.068).

Tartışma: İBH'da subklinik entezopati ile ilişkili literatürde az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda subklinik aşil entezopati sıklığını anlamlı olarak yüksek saptadık. Bu durum SpA'nın erken tanınması ve hastalığa bağlı komplikasyonlar oluşmadan erken dönemde tedavisine yardımcı olabilir. Bizim çalışmamızda da belirgin semptomu olmayan 6 hastaya AS tanısı konmuştu. Vit D eksikliğinin başta otoimmün hastalıklar olmak üzere birçok hastalıkta rol oynayabileceği düşünülmüş ve bununla ilgili pek çok çalışma yayınlanmıştır. Çalışmamızda Vit D düzeyinin İBH hastalarında USG ile saptanan subklinik entezopati ile ilişkisini saptamadık.

Anahtar Kelimeler: İBH, Subklinik aşil entezopati, Vitamin D

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0365

PP-204

POLİMİYOZİT OVERLAP MİKS KONNEKTİF DOKU HASTALIĞI

Fatih Mehmet Keleşoğlu¹, Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Sevinç Emre¹, Melike Mehveş Kaplan², Fatih Karagözlü², Nigar Gülfer Okumus³, Önder Şahin⁴, Hasan Battal⁵

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöropatoloji Bilim Dalı

⁵İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

16 yaşında kız olgumuz 5 ay önce, 6 haftadır devam eden el parmakları, el bileği, diz ve ayak bileği eklemlerinde şişlik, 1s1 artışı ve hareket kısıtlılığı ve ara ara olan ateş şikâyetleri başvurdu.

Hastadan artrit etiyojisi açısından viral seroloji, periferik yayma normal olarak saptanması ve inflamasyon gösterleri yüksek olması üzerine ön planda poliartiküler JİA düşünülerek Naproksen sodyum başlanarak izleme alındı. 2 ay sonraki izleminde eklem şikâyetleri naproksen ile azalmasına rağmen hastada merdiven çıkarken zorlanma, nefes darlığı, sırt ağrısı ve saç dökülmesi şikâyetleri ile tekrar polikliniğimizde değerlendirilen hastada laboratuvar incelemesinde ANA 1/160 homojen pozitif olarak saptanması üzerine eşlik edebilecek kollejen doku hastalıkları ileri değerlendirilmek üzere servisimize yatırıldı. Merdiven çıkarken zorlanma şikâyeti olan hastada kas gücü proksimal ekstremitelerde kaslarında 4/5 saptanırken miyopati düşünülen hastada CK: 3500 U/l ve EMG: proksimal miyopati ile uyumlu saptandı. Nefes darlığı olan hastada Solunum Fonksiyon testinde; restriktif akciğer hastalığı ile uyumlu gelince çekilen HRCT'de Akciğer subplevral alanlarda fibroz saptandı. DLCO'da hafif difüzyon kısıtlılığı ve EKO görüntülemesinde pulmoner fibroza ikincil hafif pulmoner arter basıncında artış saptandı. Laboratuvar incelemelerinde direkt coombs pozitif anemi saptandı. Yüz fotoğrafları 1 yıl önce ile kıyaslandığında hafif gerginlik olduğu görüldü. Hastamızda Sharp kriterleri ile değerlendirildiğinde 4 tane kollejen hastalıktan da özellikler olması üzerine Mix konnektif doku hastalığı düşünülerek Anti-RNP bakıldı, ancak negatif saptandı. Histopatolojik olarak ayırımı kas biyopsisi ile yapılması nedeni ile örneklem alındı ve yoğun MHC clas I ile boyanması nedeni ile hastaya polimiyozit ve overlap olarak Mix konnektif doku hastalığı tanısı kondu. 4 farklı mix konnektif doku hastalığı kriterindedeki Anti-RNP şart koşulduğu için olası gruba girmekte idi. Hastada gelişen pulmoner fibroz bu hastalıkta prognozu olumsuz etkileyen en önemli komplikasyon olarak değerlendirilmektedir. Tedavi olarak çoğunlukla steroid ve metokreksatı içermesine rağmen hastamıza pulmoner tutulum olması nede ile prednisolon ve siklosporin başlandı. 4. Hafta izleminde kas gücü normale dönen ve kreatin kinaz düzeyleri normale dönen hastamızda da tedavisi devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: overlap sendrom, miks konnektif doku hastalığı, polimiyozit

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0366

PP-205

BİR ÇOCUK OLGUDA SINIRLI SKLERODERMA

Fatih Mehmet Keleşoğlu¹, Rukiye Eker Ömeroğlu¹, Sevinç Emre¹, Yasin Yılmaz²

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

9 yaşında erkek olgumuzda 1 yıl önce başlayan el bilek, parmak ve ayak bileğinde 4 gün süren şişlik ve ateş şikâyeti başlamış. Kısa bir süre tekrar aynı eklemlerde benzer şikâyetler başlayıp daha uzun süre sürmüş 5 – 6 ay önce kış mevsiminde de ellerinde soğuğa temas ile reynoud fenomeni gelişen hastamızda, parmaklarda sklerodaktili ve fleksiyon kontraktürleri gelişmesi nedeniyle bir kaç merkeze başvurduktan sonra genel pediatri polikliniğimize başvuran hastamız kollejenoz ön tanısı ile romatoloji polikliniğimize ileri

tektikleri yapılmak üzere gönderildi. Hastamızda geliş şikâyetinde katı gıdaları yutkunmada zorluk tarifliyordu. Mevcut şikâyet ve fizik muayene bulguları ile hastada ön planda skleroderma düşünülerek antikorları gönderildi. Anti-sentromer ANA 1/2520 saptanması üzerine hastamızda sınırlı skleroderma tanısı kondu. Nadir, ancak hayatı tehdit eden komplikasyonlardan olan pulmoner fibroz ve buna ikincil pulmoner hipertansiyonun değerlendirilmesi amacı ile solunum fonksiyon testi ve ekokardiyografisi çekildi, normal olarak değerlendirildi. Hastalığa sık eşlik eden kalsinoz açısından çekilen üst ekstremiteler ve alt ekstremiteler grafilerinde kalsinoz saptanmadı. Tedavisi komplikasyonlara yönelik olan hastalıkta sıcak yaz aylarında reynoud fenomenine ait şikâyetler belirgin olmadığı için tedavisi başlanmadı. Çocukluk çağında nadir bir hastalık olup, reynoud fenomeni saptanan ve eklem şikâyetleri gelişen hastada düşünülmesini hatırlatmak amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sınırlı skleroderma

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0367

PP-206

SİSTEMİK SKLEROZDA İLİŞKİLİ PULMONER HİPERTANSİYON TARAMASINDA HANGİ YÖNTEMLERİ TERCİH EDİYORUZ?

Ali Akdoğan¹, Süleyman Sedar Koca², Timuçin Kaşifoğlu³, İsmail Şimşek⁴, Ahmet Mesut Onat⁵, Bülent Mutlu⁶, Ergün Barış Kaya⁷, Fahrettin Öksel⁸, Vedat Hamuryudan⁹, Murat İnanç¹⁰

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁴GATA Romatoloji Bilim Dalı

⁵Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

⁸Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

⁹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

¹⁰Istanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Arka plan / Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) sistemik skleroz (SSc) hastalarında önemli bir mortalite nedenidir. SSc hastalarında PAH'ın erken tanısı ile tedavi başarısının artırılabilirliği düşünülmektedir. Pulmoner hipertansiyon (PH) tarama ve tanısına yönelik farklı tarama önerileri vardır. Bu çalışmanın amacı Türkiye'de romatoloji uzmanları arasında SSc ilişkili PH tarama ve tanısında tercih edilen yöntemlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmada 71 romatoloji uzmanına anket soruları yöneltilmiştir. Anket soruları ile SSc ilişkili PH tarama ve tanısında faydalı olduğu düşünülen klinik/demografik özellikler, laboratuvar testleri, elektrokardiografi ve ekokardiyografi bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ankette yer alan parametreler arasında katılımcının en önemli / önemli / kullanılabilir / gereksiz / fikrim yok seçeneklerini kullanması istenmiştir. Anket sorularının hazırlanmasında büyük oranda tüm SSc hastaların sağ kalp kataterizasyonu ile değerlendirildiği DETECT çalışmasında elde edilen sonuçlardan faydalanılmıştır.

Bulgular: Ankete katılan romatoloji uzmanlarının büyük bölümü üniversite veya eğitim-araştırma hastanelerinde

çalışmaktaydı (%90.1). SSc hastalarında PH taramasında romatoloji uzmanlarının günlük pratiklerinde %69.0'unun ekokardiografik değerlendirmeyi, %36.6'sının hastaların klinik izlemi en değerli yöntemler olarak seçti. Altı dakika yürüme mesafesi ve serum BNP düzeyi SSc-PH taramasında %50'nin altında uzman tarafından en önemli ve/veya önemli yöntemler olarak seçildi. SSc-PH tarama ve tanısında araştırılan parametreler arasında ekokardiografik olarak saptanan sistolik pulmoner arter basıncı %50.0 katılımcı tarafından en önemli olarak seçildi. Sorgulanan diğer parametreler arasında en önemli olarak seçilme oranı %3.4 - %36.9 arasında değişmekteydi. Telenjektazilerin değerlendirilmesi %9.0, serum ürik asit düzeyi %13.8 katılımcı tarafından SSc-PH taramasında gereksiz olarak değerlendirildi. SSc-PH tanısının doğrulanması ve ayırıcı tanısı için hastaların sağ kalp kateterizasyonu ile değerlendirilmesinde romatoloji uzmanlarının %27.5'i çekinceleri olduğunu beyan etti. Uzmanların %18.6'sı ekokardiografik, %34.3'ü sağ kalp kateterizasyonu ile hasta değerlendirilmesi konusunda sıkıntı yaşamakta olduğunu ifade etti.

Sonuç: SSc-PH taramasında ülkemizde en çok tercih edilen yöntem hastaların ekokardiografik olarak değerlendirilmesidir. Ekokardiografik değerlendirme açısından romatoloji uzmanlarının önemli bölümü sorun yaşamamaktadır. Taramada kullanılabilir diğer yöntemler arasında farkındalık yüksek oranda olmak ile birlikte öncelikler açısından fikir birliği yoktur. Hastaların sağ kalp kateterizasyonu ile değerlendirilmesinde halen sıkıntılar yaşanabilmektedir

Anahtar Kelimeler: sistemik skleroz, pulmoner hipertansiyon, PAH

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0368

PP-207

VASKÜLİTİ TAKLİT EDEN OLGUDA YENİ BİR ATİPİK MİKOBAKTERİ SUŞU: GERÇEK BİR 'VASKÜLİT TAKLİTÇİSİ' Mİ ?

Esra Aydın¹, Nilüfer Kanitez², Bahar Artım Esen², Bahtiyar Toz², Lale Öcal², Sevil Kamalı²

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Vaskülit taklitçisi klinik tablolar, kalıtsal damar hastalıkları, infeksiyonlar, maligniteler ve ilaçlarla ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. İnfeksiyonların, öncelikle dışlanması gerekmektedir. Atipik mikobakterilerin (NTM), nadir görüldüğü ve sıklıkla akciğer dışı infeksiyon bulgularına yol açabildiği bilinmektedir. Burada, granüloz polianjitis (GPA) taklit eden NTM'li bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Kırkdört yaşında kadın hasta, 7 ay önce başlayan, halsizlik, kilo kaybı (6 kg/6 ay), kuru öksürük, sağ göz kapağında ilerleyici şişlik ve göz hareketleri sırasında ağrı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede, solukluk, sağ göz kapağında diffüz şişlik ve protik görünüm ile her iki akciğerde ronküsler saptandı. Normokrom normositer anemi (Hb: 10 g/dl), akut faz yüksekliği (ESH: 85 mm/s, CRP 29 mg/l (0-5), p-ANCA/anti-MPO pozitifliği (92 AU/ml (<20), PPD pozitifliği (15 mm), anormal laboratuvar bulgularındı. Orbita MRI'de, "bilateral" gözyaşı bezlerinde hipertrofi, lobülasyon ve kontrast tutulumu izlendi. (Şekil 1). Sağ

gözyaşı bezi biyopsisinde, lenfosit ağırlıklı infiltrasyon saptandı. Toraks BT'sinde, bilateral, linguler, paramedyastinal yerleşimli, yer yer tomurcuklanmış ağaç paterninde, sentrilobüler, nodüler infiltrasyonlar mevcuttu. Balgam kültüründe "Mycobacteria Koreense" üremesi saptandı. Hasta tedavi ve takip için Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na sevk edildi.

Sonuç: NTM enfeksiyonları, vaskülitlerin klinik, radyolojik, laboratuvar ve histolojik bulgularını taklit edebilir. NTM'ler, immünkompetan hastalarda, travma, operasyon gibi kolaylaştırıcı nedenlerle, keratit, sklerit, üveit, kanalikülit, orbital selülit ve endoftalmit yapabilmektedir. M. Koreense, bugüne kadar, göz tutulumu yapabilen NTM'ler arasında bildirilmemiştir. Yeni keşfedilmiş, yavaş büyüyen, nonkromojenik bir NTM suşudur. Literatürde, NTM enfeksiyonlarında "atipik" ANCA pozitifliği olgu sunumu olarak bildirilmiştir. Hasta, bir infeksiyon etkeninin saptanması nedeni ile öncelikle infeksiyon tedavisine yönlendirilmiştir. Ancak, henüz klinik bulguları çok iyi bilinmeyen yeni bir NTM suşu ve yüksek titrede ANCA pozitifliğinin varlığı önemsenmelidir. Bu nedenle, antibiyoterapi sonrası, eşlik eden "olası GPA" açısından takibin sürdürülmesi planlanmıştır. Klinisyenlerin, primer vaskülit ve taklitçisinin birarada bulunabileceğine de dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, taklitçi, atipik mikobakteri

Spondiloartropatiler

Abstract:0369

PP-208

TÜRKİYE'DE ANKİLOZAN SPONDİLİT İÇİN SAĞLIK BAKIMI MALİYETLERİ VE BUNUNLA İLİŞKİLİ HASTALIK AKTİVİTESİ SKORLARI

Nurullah Akkoç¹, Haner Direskeneli², Hakan Erdem³, Ahmet Gül⁴, Yasemin Kabasakal⁵, Sedat Kiraz⁶, Dilara Balkan Tezer⁷, Başak Hacıbedel⁸, Vedat Hamuryudan⁹

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

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

³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

⁷Pfizer İlaçları, Medikal Departman, İstanbul

⁸Pfizer İlaçları, Sağlık Ekonomisi Departmanı, İstanbul

⁹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Gerekeç: AS, aksiyel iskeleti etkileyen, buna bağlı yapısal ve fonksiyonel bozukluklara neden olan, sağlık bakımı finansal kaynaklarının kullanımında artışa yol açan, üretkenlik ve yaşam kalitesini düşüren, kronik, sistemik, inflamatuvar bir romatolojik hastalıktır.1 ABD'de tahmini AS prevalansı 100.000'de 197'dir.2 Türkiye'de yetişkinlerde yapılan anketlere göre tahmini AS prevalansı 100.000'de 490'dır.3 Bugüne dek Türkiye'de AS'li hastalarda hasta başına düşen ekonomik yükün değerlendirildiği az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada AS'de sağlık bakımı maliyetleri ve bununla ilişkili hastalık aktivitesi skorları değerlendirilerek bu açığın kapatılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Ülke çapında üçüncü basamak sağlık hizmeti veren 7 merkeze başvurmuş 650 AS hastasına ait tıbbi kayıtlar, yıllık doğrudan sağlık bakımı maliyetlerini hesaplamak amacıyla

değerlendirildi. Uygun hastalar, en az 12 ay önce AS tanısı konmuş 18 yaş ve üzerindeki hastalardı. Doğrudan maliyetin tanımlanması amacı ile toplam maliyetler; hastaneye yatış, poliklinik, eczane ve katkı payı olarak kategorize edildi. Yıllık sağlık bakımı maliyetini etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi için jeneralize lineer modeller kullanıldı. Maliyetler, 1€ = 2,30 Türk Lirası döviz değişim oranı kullanılarak düzeltilti.

Sonuçlar: Ortalama hasta yaşı [\pm standart sapma (SS)] $40,6 \pm 11,4$ idi ve AS hastalarının %35'i kadındı. Hasta başına ortalama (medyan) yıllık maliyet 4.288€ idi. Poliklinik bakımı maliyeti 225€, yatarak bakım maliyeti 30€ iken, genel harcamaların en önemli kısmını ilaç maliyeti (4.033€) oluşturuyordu. İş gücü kaybı nedeniyle oluşan yıllık maliyet 414€ olarak hesaplandı. Hastaların %2'sinde, AS ile ilişkili ve sigorta tarafından karşılanmayan konsültasyonlar yapıldı. Bu hastalar için ortalama yıllık yük 2.480€ idi. Hastaların ortalama hastalık aktivite skorları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma: Türkiye'de AS hastaları için yatarak bakım ve poliklinik maliyetleri, diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşüktür. Tedavi yoğunluğu, global hastalık aktivitesi (GDA) ile ters orantılıdır, bu da tedavi yoğunluğu artırılarak GDA'nın iyileştirilebileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, hastalık aktivite skoru, maliyet

Tablo 1. Ortalama Hastalık Aktivite Skorları

Hastalık Aktivitesi Skoru	Ortalama	Standart Sapma*
Global Hastalık Aktivitesi (GAD)	4,36	2,16
Vizüel Analog Skala (VAS)	40,47	24,04
Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi İndeksi (BASDAI)	3,57	2,15
EuroQoL sağlık durumu (EQ-5D)	62,65	20,54
Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI)	3,09	2,47
Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI)	2,91	2,59

*Şehirlere göre kümelenmiştir

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0370

PP-209

VASKÜLER TUTULUMLU BEHÇET HASTALARINDA VENÖZ YETMEZLİKLE İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Alibaz Öner¹, Belgin Aldağ², Mustafa Aldağ², Tayfur Toptaş³, Tülin Ergun⁴, Haner Direskeneli⁵

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

²Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Behçet Hastalığında (BH)vasküler tutulumun en sık görülen formu alt ekstremitelerde derin ven trombozudur(DVT). Kronik post-trombotik sendrom DVT'li hastalarda %50'ye varan oranlarda görülebilen bacak ağrısı,şişlik, ödem, ağırlık hissi, hiperpigmentasyon ve genişlemiş venöz kollateraller gibi semptom ve

bulguların gözlemlendiği bir klinik tablodur. Post-trombotik sendromlu hastalarda yaşam kalitesinin belirgin azaldığı gösterilmiştir, ancak BH'na bağlı DVT'li hastalarda post-trombotik sendrom sıklığına ilişkin veri yoktur. Bu çalışmada BH'na bağlı DVT'li hastalarda venöz yetmezlikle ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve BH-dışı DVT'li hastalarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi "Behçet" polikliniğinde takip edilen vasküler tutulumlu 40 Behçet hastası (Erkek/Kadın:31/9, ortalama yaş:40.2±10 yıl) ile Hematoloji ve Damar Cerrahisi polikliniklerinde BH-dışı nedenlere bağlı geçirilmiş DVT nedeniyle takip edilen 10 hasta (Erkek/Kadın:2/8, ortalama yaş:50.2±12 yıl) alınmıştır.Venöz yetmezlik şiddetinin belirlenmesinde, Venöz Disabilite Skoru (VDS) ve Venöz Klinik Ciddiyet Skoru(VCSS) kullanılmıştır. Venöz yetmezlikle ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde 'Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/ Semptom Ölçeği(VEINES-QoL/Sym)'nin Türkçe valide edilmiş formu kullanılmıştır. Hesaplama sonrası yaşam kalitesi(VEINES-QoL) ve semptom(VEINES-Sym) skoru olmak üzere iki alt ölçek belirlenmiştir. Yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Çalışmada ayrıca Short Form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ve Behçet Sendrom Aktivite Skoru(BSAS) anketleri de yer almıştır.

Bulgular: Çalışmamızda, BH ve BH dışı DVT'li grup arasında VEINES-Sym, VCSS, SF-36 mental ve fiziksel komponentleri arasında herhangi bir fark saptanmadı. Venöz disabilite skoru BH-dışı grupta anlamlı derecede kötü, VEINES-QoL skoru BH grubunda anlamlı olarak daha iyi saptandı(Tablo 1). Değerlendirme sırasında DVT sonrası geçen ortalama süre, BH grubunda 6.7±5 yıl, BH-dışı grupta 1.6±1 yıldır. VEINES-QoL ve VEINES-Sym skoru ile DVT sonrası geçen süre, günlük ortalama oturma ve ayakta kalma süreleri arasında herhangi bir ilişki saptanmadı. Ancak VEINES-QoL ve VEINES-Sym skoru ile yaş ve VCSS arasında negatif yönde ilişkiler saptandı(sırasıyla; r: -0.410, p=0.003, r:-0.438, p=0.002). Hem VEINES-Sym hem de VEINES-QoL, BSAS ile de negatif ilişki gösterdi(sırasıyla; r: -0.540, p<0.001 ve r:-0.510, p=0.001).

Sonuç: Çalışmamızda BH'da hastalık aktivitesi, yaş ve venöz yetmezlik ciddiyet skoru arttıkça venöz yetmezliğe bağlı yaşam kalitesi ve semptomların kötüleştiği görülmektedir.Bu bulgular vasküler tutulumlu Behçet hastalarında hastalık aktivitesinin kontrol edilmesinin, relapsların önlenmesinin yanında, venöz hastalığa bağlı yaşam kalitesini de arttıracaklarını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, vasküler tutulum, yaşam kalitesi

Tablo 1. Behçet ve Behçet dışı nedenlere bağlı Derin Ven Trombozlu hastaların yaşam kalitesi ölççekleri

	BH'na bağlı DVT grubu(n:40)	BH dışı DVT grubu(n:10)	p değeri
VCSS	3.7 ±3.6	6.9±3	0.056
VDS	0.9±0.6	1.6±0.5	0.016
MCS	46.3±9.2	40±12.9	0.157
PCS	42.9±11.5	35.3±9.5	0.157
VEINES-QoL	89.3±17.6	71.6 ±17.8	0.034
VEINES-Sym	39.7±9.1	32.3±11.7	0.157

BH: Behçet Hastalığı, **DVT:** Derin ven trombozu, **VCSS:** Venöz Klinik Ciddiyet Skoru, **VDS:** Venöz Disabilite Skoru, **MCS:**SF-36 mental komponenti, **PCS:**SF-36 fiziksel komponenti, **VEINES-QoL/Sym:** Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma- Yaşam Kalitesi/Semptom Ölçeği

Diğer

Abstract:0371

PP-210

GUT VE FMF BİRLİKTELİĞİ OLAN AMİLOİDOZ'LU BİR OLGU

Fatih Yıldız¹, Fırat Kocabaş², Eren Erken²¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Gut, hiperürisemi ve eklemde monosodyum ürat kristalleri ile oluşan tekrarlayıcı artrit ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Özellikle 40 yaş üstü erkeklerde görülür. Hiperürisemi, gut gelişimi için en önemli risk faktörüdür. Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), en sık görülen herediter otoinflamatuvar hastalıktır. Tekrarlayan febril peritonit, plörit, artrit atakları, nadiren perikardittir. Biz burada, amiloidozu bulunan bir olguda Gut ve FMF birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta, 3 yıl önce sol ayak bileği, diz eklemde ağrı ve şişlik, ürik asit (ÜA) 12,5 mg, CRP ve ESR yüksekliği nedeniyle Gut tanısı konmuş. Öyküsünde 20 yaşından itibaren ayda 1-2 kez tekrarlayan karın ağrısı atakları ve ateş ile erkek kardeşinde FMF tanısı vardı. Ablası KBY, 29 yaşında ve erkek kardeşi 28 yaşında kalp krizi nedeniyle ex olmuş. Hasta 1 aydır olan 39 C° ateş ve öksürük ile enfeksiyon hastalıklarına başvurmuş. Kan-idrar-balgam kültürleri üreme olmamış. Brusella-Salmonella testleri negatifdi. Antibiyotik tedavisi başlanmış fakat yanıt alınmamış. Sol dizde ağrı, ESR ve CRP yüksekliği olan hasta Gut alevlenmesi ön tanısıyla servisimize yatırıldı. FM: BKİ:35, sağ ayak bileği, dizde ve sol dirsekte şişlik ve hassasiyet vardı. Günde kolşisin 1mg ve allopürinol 300 mg kullanıyordu. Laboratuvar testleri: CRP: 5,17 mg/dl, ESR: 49 mm/saat, ÜA: 4,5 mg/dl, Glikoz: 117 mg/dl, RF, ANA, Anti-dsDNA, ANCA negatifdi. ASO normaldi. Hastanın EKO'da EF: % 59 ve Batın-pelvik USG: grade 1 hepatosteatoz ve hafif splenomegali vardı. Kontrol CRP: 6,9 mg/dl, ESR: 62 mm/saat idi. Karın ağrısı atakları, ateş ve FMF aile öyküsü nedeniyle FMF düşünülerek MEFV gen mutasyon analizi istendi. Tedaviye NSAİİ eklendi. TİT'de 1+ proteinüri saptandı. 24/h idrarda total protein 480 mg/gün saptandı. Rektal biyopsi yapıldı. Kristal viyole ve kongored ile pozitif boyanma

oldu. Amiloidoz tanısı kondu. Amiloid A boyası ile pozitif boyanma saptandı. Takibinde kolşisin 2 mg çıktı.

Tartışma: FMF'de eklem tutulumu büyük eklemlerin akut monoartrittir ve bir hafta sürer. Uzamış artrit, bir aydan uzun kronik monoartrittir. Gut, eklem tutulumu öncelikle ayak başparmağında olmakla birlikte diğer eklemleri de tutabilir. Hastaların yarısından fazlasında 1. MTF eklem tutulumu ile başlar. Tekrarlayan artrit, ani gelişen, ağrılı, şişlik ve kızarıklık (kırmızı artrit) ile karakterizedir. FMF'de ayak bileği çevresinde görülen erizipel benzeri eritem, gut'un kırmızı artriti ile karışabilir. Sekonder amiloidozun en sık nedeni ülkemizde FMF'dir. Gut'da sekonder amiloidoz yapan hastalıkları arasındadır. Yüksek akut faz yanıtı ve pozitif aile öyküsü (FMF+KBY) en büyük risk faktörüdür. Amiloidoz ile M694V gen mutasyonu arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Hastanın MEFV mutasyon sonucu bekleniyor. Burada, Sekonder amiloidozlu bir olguda FMF ve Gut birlikteliği sunulmaktadır akut faz yanıtları ve proteinüri yönünden hastaların sıkı takip edilmesi gerekliliği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, FMF, Gut

Romatoid Artrit

Abstract:0372

PP-211

TÜRKİYE'DE ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TIBBİ MALİYET VE BUNUN GLOBAL HASTALIK AKTİVİTESİYLE İLİŞKİSİ

Vedat Hamuryudan¹, Haner Direskeneli², İhsan Ertenli³, Murat İnanç⁴, Yaşar Karaarslan⁵, Fahrettin Öksel⁶, Süleyman Özbeke⁷, Salih Pay⁸, Ender Terzioğlu⁹, Dilara Balkan Tezer¹⁰, Başak Hacibedel¹¹, Nurullah Akkoç¹²¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara⁴Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul⁵Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir⁷Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana⁸Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya¹⁰Pfizer İlaçları, Medikal Departman, İstanbul¹¹Pfizer İlaçları, Sağlık Ekonomisi Departmanı, İstanbul¹²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Gerekeç: Romatoid artrit (RA) birey ve toplum için önemli ekonomik etkileri mevcuttur. RA tedavisinin yıllık tahmini maliyeti Fransa için 4.000€ [Guillemin ve ark., J Rheumatol. 2004;31(7):1297-304], Hollanda için 5.028€ [Verstappen ve ark., Ann Rheum Dis. 2004;63(7):817-24] ve Belçika için 9.946€'dur [Westhovens ve ark., Clin Rheumatol. 2005;24(6):615-9]. Türkiye'de RA tedavisinin maliyeti için gerçek yaşam klinik verileri henüz analiz edilmemiştir. Bu çalışmada, RA tedavisinin maliyeti ile ilişkili faktörleri ve RA ile ilişkili riske göre düzenlenmiş maliyet hesaplamasını tanımlamayı amaçladık. Ayrıca tedavi maliyeti ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişkiyi de inceledik.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren 10 merkezin verileri kullanıldı. En az 12 ay önce American College of Rheumatology (ACR) 1987 kriterlerine göre RA tanısı konmuş 18 yaş ve üzerindeki hastalar dahil edildi. Toplam maliyetler, yatarak bakım, poliklinik bakımı ve eczane maliyetleri

olarak sınıflandırıldı. Riske göre düzeltilmiş doğrudan maliyetlerin hesaplamasında jeneralize lineer modeller kullanıldı.

Sonuçlar: Toplam 689 hasta (%82 kadın; ortalama yaş: 51,2±13,17) değerlendirildi. Hastaların vizüel analog skala (VAS), global hastalık aktivite (GAD) ve hasta indeks verilerinin rutin değerlendirilmesi-3 (RAPID-3) skorları sırasıyla ortalama 43,9, 5,2 ve 5,1 idi. Hastaların çoğuna eşzamanlı immünespresif ilaçlar (%88,8) ve glukokortikoidler (%59,9) reçete edilmişti.

Tüm değişkenler için (demografik ve klinik özellikler, komorbiditeler ve ilaç kullanımı) düzeltme yapıldıktan sonra toplam yıllık maliyet 3.380€ idi. Ayaktan tedavi maliyeti 382€, yatarak tedavi maliyeti 195€ ve katkı payı maliyeti 25€ iken, toplam harcamalar içerisinde ilaç maliyeti 2.777€ ile en büyük orana sahipti. Hastaların yaklaşık %14'ü çalışmakta ve bunların %62'si hastalık sebebiyle işten izin almaktaydı (yıllık ortalama 27 gün). Hastaların %14'ünde RA nedeniyle işgücü kaybı mevcuttu. İşgücü kaybının ortalama yıllık maliyeti 485€ idi. Hastaların %5,5'inde RA ile ilişkili ve sigorta tarafından karşılanmayan konsültasyonlar yapıldı ve bunların yıllık maliyeti 1.600€ idi. Hastaların %6,2'sinde durumlarıyla ilişkili olarak yeni bir araba, ev veya özel ekipman ihtiyacından kaynaklanan ve yıllık ortalama 1.677€ harcama gerektiren ek maliyetler mevcuttu. Hastaların %13,5'inde hastabakıcı ihtiyacı vardı ve ortalama yıllık hastabakıcı maliyeti 640€ idi.

Tartışma: Türkiye'de RA'nın yıllık tıbbi maliyeti her ne kadar Avrupa tahminlerine göre daha düşük olsa da, önemli ölçüde ekonomik yük oluşturmaktadır. Yıllık RA maliyetlerinin önemli bir bölümünü ilaç maliyetleri oluşturmakta, bunu dolaylı maliyetler takip etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Global hastalık aktivitesi, romatoid artrit, tıbbi maliyet

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0374

PP-212

TEDAVİYE DİRENÇLİ ANTİSENTETAZ SENDROMU AKCİĞER TUTULUMUNDA RİTUKSİMAB İLE BAŞARILI BİR TEDAVİ

Müge Aydın Tufan, Ahmet Eftal Yücel

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

Romatizmal hastalıklarda akciğer tutulumu kötü prognostik bir faktördür. Temel tedavi siklofosfamid ve kortikosteroid tedavisidir. Ancak akciğer tutulumu bu tedavilere dirençli olabilir. Dirençli olgularda rituksimab, iv immünglobulin, plazmaferez tedavi seçenekleri olarak denenebilmektedir. Rituksimab son yıllarda vaskülit tedavisinde kullanılabilen CD20 monoklonal antikordur.

Olgu: 70 yaşında kadın hasta 5 yıl önce proksimal kas güçsüzlüğü, eklemlerde ağrı ve şişme, son 15 gündür olan solunum sıkıntısı yakınmasıyla Romatoloji polikliniğimize başvuruyor. Hatanın yapılan tetkiklerinde sedimentasyon (ESH) 90 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 98 mg/L, CK 3500, ANA pozitif, Anti-Jo 1 pozitif tespit ediliyor. Hastaya anti sentetaz sendromu

tanısıyla pulse steroid ve aralıklı intravenöz siklofosfamid tedavisi başlanıyor. Toplam 12,5 gr siklofosfamid alan hastanın 3 yıl önce akciğer tutulumunda aktivasyon olunca bir kez kaskat filtrasyon uygulanmış. Stabil olarak takip edilen hasta 08/2013'de solunum sıkıntısı, artralji, kuru öksürük yakınmasıyla başvurdu. Fizik incelemede Akciğerde bilateral yaygın ralleri mevcuttu. Akciğer grafisinde progresyon vardı (Şekil-1). Oksijen saturasyonu 86 olan hastanın çekilen HRCT'de her iki akciğer bazalinde daha yoğun olarak izlenen buzlu cam dansitesindeki infiltrasyonlar ve interlobüler septalarda kalınlaşmalar, ayrıca her iki akciğerde yamalı formda buzlu cam dansitesinde infiltrasyonlar tespit edildi. ESH 40 mm/saat, CRP 22 mg/L, ck 60 olan hastaya ampirik antibiyotik başlandı. CMV PCR ve PCP negatifti. Klinik düzelme olmayınca 3 gün 250 mg pulse steroid ve siklofosfamid iv verildi. Solunum sıkıntısında düzelme olmayınca 7 seans kaskad filtrasyon yapıldı. Kısmi düzelme sağlandı. Tedaviye 100 mg/gün azatiyoprin eklendi. Steroid dozu azaltılamayan (32 mg/gün prednol), solunum sıkıntısı devam eden hastaya 11/2013'de 2 hafta arayla 1000 mg rituksimab verildi. Haftada 3 gün PCP için profilaktik trimetoprim/sülfametaksazol başlandı. Tedavinin 3 haftasında ESH ve CRP düzeyleri normaldi. Solunum sıkıntısında gerileme oldu. Öksürük düzeldi. Steroid dozu takipte 4 mg'a inildi. Akciğer grafisinde infiltrasyonda gerileme tespit edildi.

Tartışma: Konvansiyonel tedaviye dirençli Antisentetaz sendromu ilişkili akciğer tutulumunda, B hücre hedefli tedaviler umut vadetmektedir. Literatürde olgu sunumları şeklinde rituksimabla iyi yanıtlar bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Antisentetaz Sendromu, rituksimab



Şekil 1. Her iki akciğer bazallerde belirgin infiltrasyon görünümü

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0376

PP-213

ATAKTA AİLEVİ AKDENİZ ATEŞLİ HASTALARDA PERİKARDİYAL EFFÜZYON SIKLIĞI: SİVAS KOHORTUNDAN KONTROLLÜ BİR DOPPLER EKO ÇALIŞMASI

Soner Şenel¹, Ali Şahin², Hekim Karapınar³, İbrahim Gül³, Recep Kurt³, Şafak Şahin⁴

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

⁴Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Gerekeç: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) otozomal resesif kalımlı otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık karın, göğüs ve eklem ağrılarına yol açan tekrarlayan febril serözit atakları ile karakterizedir. Perikardiyal tutulum FMF’te beklenen bir bulgu olup perikardiyal etkilenim tipi ve sıklığı konusu netlik kazanmamıştır. Biz bu çalışmada FMF hastalarında perikardiyal effüzyon (PE) sıklığını ve tipini atak, atak dışı dönemde çalışıp sağlıklı bireylerle karşılaştırmak istedik.

Yöntem: Tel-Hashomer kriterlerine göre tanı alan 40 hasta (27 kadın, 13 erkek) atak döneminde (A-FMF), 20 hasta (15 kadın, 5 erkek) atak dışı dönemde (AD-FMF) ve 40 (22 kadın, 18 erkek) sağlıklı birey çalışmaya dahil edildi. Atak varlığı laboratuvar bulguları (CRP yüksekliği) ve romatologun klinik kararına göre belirlendi. Tüm hastalara 2 boyutlu, M mod ve Doppler EKO yapıldı. PE varlığı: minimal (diyastolde ekosuz alan < 10 mm), orta (en azından 10 mm) ve masif (>30 mm). PE sadece posteriora saptanırsa fizyolojik olarak kabul edildi. PE anteriora ise çalışmaya alınmadı, çünkü epikardiyal yağdan ayırımı zor oluyordu.

Sonuçlar: Atak dışı, atak ve kontrol grubu ortalama yaşları sırasıyla 29.4±9.7, 34.8±12, 34.2±8 yıld. Atak dışı dönemde 1 (%5) hastada minimal perikardiyal effüzyon, atak döneminde ise 12 (%30) hastada minimal PE saptandı. Sağlıklı kontrol grubunda PE hiç saptanmadı (Tablo 1). Atak dışı dönemdeki hastaların hastalık başlama yaşı, tanı yaşı, kolşisin başlama yaşları 17.6±10.8, 23.6±10.6, 23.8±10.5 yıld. Atak dönemindeki hastaların ise 19.7±14.9, 28.9±16, 28.9±15.9 yıld (Tablo 1). Bütün PE’ler minimaldi ve EKO’da saptanabiliyordu. EKO herhangi bir hasta da segmental duvar hareket bozukluğu saptamadı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonları normaldi. Ayrıca, PE olan hastaların ataklarında göğüs ağrısı ile anlamlı istatistiksel ilişki yoktu. Tersinden bakıldığında da göğüs ağrısı olanlarda olmayanlara göre PE açısından anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma: Atak dönemindeki FMF hastalarında tahmin edilenden daha sık olarak PE sıklığının % 30 oranında saptandığını gösteren yeni bir çalışmadır (Tablo 1). Bu konuda yapılan ilk çalışmalarda atakta PE sıklığı %1’den az iken, Terekeci (1) ve Dabestani (2) ve ark.tarafından yapılan çalışmalarda bildirilen sonuçlar (sırasıyla PE sıklığı %23.3 ve % 27) bizim bulgularımızla daha uyumlu idi. Sonuç olarak, atak döneminde FMF hastalarında PE göğüs ağrısından bağımsız olarak azımsanmayacak oranda görülmekte ve EKO ile kolaylıkla saptanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Perikardiyal effüzyon

Tablo 1. Ailevi Akdeniz Ateşli ve sağlıklı bireylerin demografik verileri ve perikardiyal effüzyon sıklığının karşılaştırılması.

	FMF atak dışı	FMF atak	Kontrol	p
Cinsiyet (kadın/erkek)	15/5	27/13	22/18	> 0.05
Yaş (yıl) ort±SS (median, min-max)	29.4±9.7 (27.5, 18-54)	34.8±12 (36.5, 18-67)	34.2±8 (33, 19-54)	> 0.05
Hastalık başlama yaşı (yıl) ort±SS	17.6±10.8	19.7±14.9		> 0.05
Tanı yaşı (yıl) ort±SS	23.6±10.6	28.9±16		0.164
Kolşisin başlama yaşı (yıl) ort±SS	23.85±10.5	28.9±15.9		0.183
PE n (%)	1 (%5)	12 (%30)	0 (0%)	0.024*,a

*istatistiksel olarak anlamlı, **FMF**; ailevi Akdeniz ateşi, **PE**; perikardiyal effüzyon. a ki-kare ile p değeri <0.001 in altında.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0377

PP-214

SİSTEMİK SKLEROZ HASTALARINDA PERİKARDİYAL EFFÜZYON SIKLIĞI

Levent Kılıç, Abdulsamet Erden, İsmail Doğan, Yüksel Maraş, Umur Kalyoncu, Ömer Karadağ, Şule Aprağ Bilgen, Ali Akdoğan, Sedat Kiraz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Gerekeç: Bağ dokusu hastalıklarında (BDH) perikardiyal effüzyon sık görülmektedir. Sistemik skleroz (SSk) hastalarında perikardiyal effüzyon genellikle asemptomatikdir ancak; pulmoner arteriyel hipertansiyonlu hastalarda mortalite artışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada SSk hastalarında perikardiyal effüzyon sıklığı ve klinik seyrinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya SSk tanısı ile takip edilen 62 (K/E: 57/5) hasta dahil edildi. Hastaların 34 (%54.8)’ü difüz, 28 (%45.2)’i limitli SSk’idi. Overlap sendromu 7(%11.3) hastada vardı. Hastalarda gerçekleştirilen ekokardiyografiler retrospektif olarak değerlendirildi. Perikardiyal effüzyon varlığı ve klinik izlemlerinde perikardiyal effüzyonda olan değişim kaydedildi. Elde edilen bulgular, hastaların diğer demografik ve klinik özellikleri ile karşılaştırıldı.

Sonuç: Hastaların izlemlerinde toplam %56.4 (35 hasta)’ünde perikardiyal effüzyon vardı. Verilerin incelenmesi sonucu 16 (%25.8) hastada ilk ekokardiyografik değerlendirmesinde, 19 (%30.6) hastada ise izlemlerinde perikardiyal effüzyon saptandı. Perikardiyal effüzyonun, 11 (%31.4) hastada takipleri sırasında düzeldiği saptandı. Hastaları 3 (%4.8)’ünde sağ kalp kateterizasyonu ile konfirme edilen pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) tanısı vardı. Bu hastaların 2’sinde perikardiyal effüzyon vardı ve birinde izlemi boyunca sebat etti. Perikardiyal effüzyon varlığı, SSk-overlap sendrom veya SSk-PAH olan ve olmayan hastalarda farklı değildi. Hastalık tipi ve modifiye Rodnan deri skoru perikardiyal effüzyon sıklığı ile ilişkili değildi (hepsi için p>0.05)

Tartışma: Sistemik skleroz hastalarında perikardiyal efüzyon sık olarak görülür. Perikardiyal efüzyon varlığı ve klinik bulgular arasında ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, perikardiyal efüzyon

Spondiloartropatiler

Abstract:0378

PP-215

ANKILOZAN SPONDİLİT VE MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİT: NADİR RASTLANAN BİR BİRLİKTELİK

Ebru Köseoğlu, Feride Nur Göğüş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Ankilozan spondilit (AS) omurga ve sakroiliak eklem tutulumunun izlendiği kronik inflamatuvar bir hastalıktır. AS'de böbrek tutulumuna sık rastlanmamakla birlikte, genellikle amiloidoz ya da analjezik nefropatisine sekonderdir. Glomerulonefrit AS ile nadiren ilişki içerisinde ve genellikle IgA nefropatisi şeklindedir. Membranöz glomerulonefrit AS hastalarında çok nadiren karşımıza çıkmakta olup, İngilizce literatürde yalnızca altı olgu bildirilmiştir. 41 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize 10 gündür bacaklarında şişlik şikayetiyle başvurdu. 16 yıldır HLA B27 pozitif AS tanısı ile dış merkezde takipli olan hasta 10 yıldır günde 25 mg 2x1 indometazin kullanmaktaydı. İlk başvurusunda BASDAI ve BASFI skorları sırasıyla 8 ve 2,4 idi. Üveit, psöriyazis, inflamatuvar barsak hastalığı, abortus, trombüs, fotosensitivite, renal hastalık, oral aft ya da genital ülser öyküsü olmayan hasta 20 yıldır günde 5 adet sigara içmekteydi. Soygeçmişinde böbrek hastalığı ya da sistemik romatizmal hastalık yoktu. Fizik muayenede 3+ gode bırakan bilateral pretibial ödem dışında patolojik muayene bulgusuna rastlanmadı. Anteroposterior pelvis grafisinde bilateral evre 3-4 sakroileti mevcuttu. Laboratuvar sonuçları ağır demir eksikliği anemisine işaret eden hastanın lökosit ve platelet sayımı normal sınırlardaydı. Total serum protein düzeyi 5,43 g/dl, albümin düzeyi 2,4 g/dl ile hipoproteinemisi olan hastanın tam idrar tetkikinde 1 pozitif proteinüri saptandı. Mikroskopik hematüri, aktif sediment ya da piyürisi yoktu. 24 saatlik idrarda bakılan protein düzeyi 4531 g idi. Serum total kolesterol ve LDL düzeyleri normalden yüksekti. İndometazin tedavisi durduruldu ve anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü başlandı. 1 ay sonra proteinürininin 3g/gün'e gerilediği görüldü. Rektal mukoza biyopsisi amiloidoz açısından negatif gelen hastaya nefrotik sendrom etyolojisi araştırılması amacıyla perkütanöz böbrek biyopsisi yapıldı. Histolojik ve immünofloresan incelemelerde izlenen bulgular membranöz glomerulonefrit (MGN) ile uyumlu bulundu. Malignite taramasına yönelik yapılan endoskopi, kolonoskopi, posteroanterior akciğer grafisi, mamografi, abdominopelvik ve transvajinal ultrasonografi tetkikleri ve tümör belirteçleri negatif olan hastaya 0,8 g/kg/gün protein diyeti, ramipril, immünesupresif ve lipid düşürücü tedavi başlandı. 2 aylık takipte pretibial ödemi gerileyen, böbrek fonksiyonları stabil seyreden hastanın proteinürisi 2577 g/gün'e düştü. AS hastalarında MGN'ye çok nadir rastlanmakta olup İngilizce literatürde günümüze dek yalnızca 6 olgu bildirilmiştir (Tablo 1). Dolayısıyla bildirmeye değer bulduğumuz

bu birlikteliğin NSAİİ kullanımı ya da sekonder amiloidoza bağlı renal bozukluktan ayırt edilmesi, belirgin renal hasar oluşmadan uygun immünesupresif tedavinin başlanması açısından hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle hastalık aktivitesinden bağımsız olarak tüm AS hastalarında böbrek fonksiyonlarının düzenli aralıklarla takibinin önemini vurgulamak istemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, membranöz glomerulonefrit, proteinüri

Tablo 1. Ankilozan spondilit ve membranöz glomerulonefrit birlikteliğinin bildirildiği olgu sunumları

Author, year	Age/sex	Associated RA	Drugs administered	Follow up
Lemmer and Irby(1)	51/M	+	NSAIDs, gold salts	NA
Botey et al.(1)	42/M	-	NSAIDs, steroids	NA
Comino et al.(1)	35/M	+	NSAIDs, gold salts	RFT normal at 3 years
Efstratiadis et al.(3)	50/M	-	NSAIDs	Died, 40 days, MI
Gupta et al.(1)	29/M	-	NSAIDs intermittent	Partial remission 1,5 years
Kaushik et al.(2)	60/F	-	NSAIDs, methotrexate, etanercept	RFT normal at 1 year
Present case	41/F	-	NSAIDs, salazopyrin	Reduced proteinuria after discontinuation of NSAID

M Male, NA not available, NSAID nonsteroidal anti-inflammatory drugs, RFT renal function tests, MI myocardial infarction

Romatoid Artrit

Abstract:0379

PP-216

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA GOLİMUMAB TEDAVİSİYLE DÜZELEN ÜVEİT VAKASI

Meryem Can, Alperen Mengi, Ömür Volkan, Necati Çakır

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Anti-TNF ajanlar- infliksimab ve adalimumab immün aracılı üveit vakalarında 1.basamak ve 2. Basamak tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır. Golimumab(GLM), 2009 yılında FDA tarafında romatoid artritli(RA) hastalarda kullanımı onaylanmıştır. Aynı zamanda bu ajanların hastalık aktivitesini kontrol etmede etkin ve güvenilir olduğu, yaşam kalitesinde, mortalite ve morbidite olumlu etkileri gösterilmiştir. RA'da göz tutulumu, oldukça sık olup hastalığın ilk belirtisi olabileceği gibi hastalığın ortaya çıkışından ve tanısının konmasından sonra da gelişebilir. Literatürde, üveit tedavisinde GLM kullanımı ile ilgili vakalar sınırlı sayıda bildirilmiştir. Bizde, RA olarak takip ettiğimiz bir hastamızda, diğer biyolojik ajanlara dirençli, GLM tedavisiyle düzelen üveit vakası sunduk.

Vaka: 54 yaşında bayan hastaya 20 yıl önce başka bir merkezde romatoid artrit tanısı konarak, methotrexat 15 mg/hafta, sulfasalazine 2000mg/gün, prednizonolon 5 mg/gün tedavileri verilmiş. Daha sonra tedavisine hidroklorokin 400 mg/gün tedavisi eklenmiş. Bu tedaviler altında hastalığı aktif seyrettiği içi Mayıs 2011'de infliksimab 300mg tedavisi başlanmış. Bu tedavi altında eklem yakınmaları düzelmiş. Bir yıl sonra hasta sağ gözünde kızarıklık, ağrı ve bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenede üveit teşhisi konarak lokal tedaviye başlandı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde RF ve anti-CCP negatif (-) olarak saptandı. Fizik muayenede bilateral 2. MKF'de şişlik ve hassasiyet,

sağ el 2. PIP, her iki omuz eklemi, her iki el bilek ve ayak bilek eklemleri hassas olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde, ESH: 23mm/saat ve CRP: 1,5 mg/dl olarak bulundu. DAS28(ESH): 4,71 olarak hesaplandı. Hastanın almakta olduğu prednizolon dozu 15 mg/gün olarak artırıldı. Oral methotreksat tedavisi subkutan methotreksat 20 mg/hafta olarak değiştirildi. Bu tedavi altında göz bulguları ve eklem yakınmaları geriledi. Fakat 3 ay sonra sağ gözünde tekrar ağrı, kızarıklık ve bulanık görme şikayeti oldu. Bunu üzerine hastanın infliksimab tedavisi kesilerek adalimumab 40 mg/15gün tedavisine başlandı. Bu tedavinin 3. ve 4. Aylarında tekrar üveit atağı oldu. Hastanın üveit atakları kontrol altına alınmadığı için golimumab 50 mg/ay tedavisine başlandı. Bir yıldır bu tedaviyi alan hastanın üveit atakları tekrarlamadı. RA açısından remisyonunda olarak izlenmektedir.

Tartışma: Kortikosteroidler, immun-aracılı üveitin tedavisinde köşetaşı tedavi olmalarına rağmen, steroid dirençli vakalarda infliksimab ve adalimumab tedavileriyle olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Klinik kullanıma daha sonra giren bir diğer monoklonal antikör olan GLM ile de ilgili vakalar sunulmaktadır. Bizim vaka-mızda literatürü desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Golimumab, Uveit

Romatoid Artrit

Abstract:0380

PP-217

İNFLAMATUVAR ROMATİZMAL HASTALIKLI KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLANLARDA TEK MERKEZ ANTI-TNF DENEYİMİ

Soner Şenel¹, Kevser Gök²

¹Erciyes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Romatoid Artrit (RA) ve Ankilozan Spondilit (AS) en sık görülen inflamatuvar romatizmal hastalıklardır. Bu hastalarda ilaç kullanımına bağlı toksisite veya amiloidoz gibi komplikasyonlar nedeniyle kronik böbrek hastalığı (KBH= GFR< 60) sağlıklı insanlara göre daha sık görülebilir. Anti-TNF tedavi; RA ve AS tedavisinde etkili bir seçenektir. KBH'lı olan RA ve AS hastalarında da anti-TNF tedavi etkili ve güvenilir olup olmadığına yönelik çok az çalışma vardır. Biz anti-TNF (etanercept, adalimumab, golimumab, infliksimab) tedavileri alan KBH'lı AS ve RA'lı 8 hastamızı geriye dönük inceledik ve bu hastalarda Anti-TNF tedavinin etkinlik ve güvenilirliğini değerlendirdik. Takiplerde sedimantasyon ve CRP düzeyleri ölçüldü, AS hastalarında BASDAI skoru ve RA hastalarında DAS28 skoru hesaplandı. Enfeksiyon ve alerjik yan etkiler not edildi. KBH nedenleri diyabetik nefropati (n=2), amiloidoz (n=4), polikistik böbrek hastalığı+ diyabetik nefropati (n=1), hipertansiyon (n=1) olan; 3 RA, 5 AS hastası analiz edildi. Hastaların 7 tanesi erkek ve 1 tanesi bayandı. İki hasta hemodiyalize giriyordu. Beş hasta etanercept, 1 hasta adalimumab, 1 hasta golimumab, 1 hastada infliksimab tedavisi alıyordu. Beş hastaya izoniazid profilaksisi verildi. Diyalize girmeyen RA'lı hasta anti-TNF beraberinde leflunomid 20 mg/gün kullanıyordu. Başka sentetik DMARD kullanımı yoktu. Hastaların yaş ortancası 61.5 yıl (27-78 yıl), ortalama hastalık süresi 71±104 ay(2-300 ay) hastalık

süresi, Anti-TNF sonrası ortalama takip süresi 6.25±7.10 ay (2-20 ay) idi. Takip süresi RA'lı hastalarda DAS28 ve AS'li hastalarda BASDAI skorları tedaviden sonra anlamlı olarak azaldı ve takiplerde skorlarda artış saptanmadı. Takiplerde sadece golimumab kullanan bir hastada ciltte lokal ciddi olmayan alerjik reaksiyon gelişti. Bu çalışmamızın sonucunda anti-TNF tedavi; KBH'sı olan RA ve AS'li hastalarda güvenilir, iyi tolere edilebilir ve etkili gibi görünmektedir. Bununla birlikte KBH'lı hastalarda artmış enfeksiyon riskine de dikkat edilmelidir. KBH'lı hastalarda anti-TNF güvenilirliği ile ilgili daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF, Kronik Böbrek Hastalığı

Tablo 1

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7	Hasta 8
Yaş, cins (E/K)	61, K	52, E	62, E	27, E	78, E	65, E	43, E	69, E
Hastalık	RA	AS	RA	AS	RA	AS	AS	AS
Hastalık süresi	120 ay	5 ay	300 ay	108 ay	30 ay	3 ay	3 ay	2 ay
Takip süresi	10 ay	5 ay	9 ay	24 ay	3 ay	2 ay	3 ay	2 ay
Renal hastalık etyolojisi	DM	Amiloidoz FMF	HT	Amiloidoz FMF	DM	polikistik böbrek + DM	Amiloidoz FMF	Amiloidoz FMF
Diyaliz	-	3 yıldır	-	-	5 aydır	-	-	-
DMARD	Leflunomid	-	-	-	-	-	-	-
Anti-TNF	Etanercept 50 mg/hf	Etanercept 25 mg/hf	Adalimumab 40 mg/ 2 hf	Etanercept 50 mg/hf	Etanercept 25 mg/hf	Etanercept 50 mg/hf	Golimumab 50 mg /ay	Infliksimab 400 mg/6 hf
Anti-TNF kullanım süresi	4 ay	3 ay	20 ay	15 ay	2 ay	2 ay	2 ay	2 ay
Tbc profilaksisi	INH /9 ay	-	INH /9 ay	-	INH /9 ay	INH /9 ay	-	INH /9 ay
Etkinlik	+	+	+	+	+	+	+	+
Yan etki	-	-	-	-	-	-	Alerjik rxn 2. doz sonrası	-

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0381

PP-218

BEHÇET HASTALIĞINDA (BH) PULMONER ARTER ANEVİZMALARI (PAA): LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Selda Celik¹, Hasan Yazıcı², Yusuf Yazıcı¹

¹NYU Hospital for Joint Diseases, Department of Rheumatology, New York, USA

²Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Behçet hastalığının yaygın olduğu ülkelerden artan sayıda PAA'lı Behçet vaka bildirimi olmakla birlikte, bugüne kadar yayınlanan toplam vaka sayısı, farklı ülkelerde kullanılan tedavi yaklaşımları ve prognoz bildirilmemiştir. Bu çalışmada literatürdeki günümüze kadar yayınlanan PAA'lı Behçet vakalarını gözden geçirmeyi amaçladık.

Metod: Her kıtadan 4 milyonun üzerinde nüfusu olan ülkeler seçildi (n=128). "Behçet hastalığı, pulmoner arter anevrizması ve ülke ismi" girilerek PubMed taraması yapıldı. PAA ile BH hakkında bildiri yapan 18 ülke tespit edildi. Bu ülkelerden bildirilen yayınlardan (n=76) yaş, cinsiyet, tedavi yaklaşımları ve mortalite

oranları ile ilgili data toplandı. Beş ve 5'in üzerinde vaka bildirimi olan yayınlar, vaka serisi olarak kabul edildi.

Sonuçlar: Toplam 191 (171 Erkek, 20 Kadın) PAA'lı Behçet vakası vardı. Ortalama yaşları 32 ± 10 idi. Toplamda 82 vaka bildirimi varken, sadece 8 vaka serisi vardı. Vaka serileri Türkiye'den (n=7) ve Fransa'dan (n=1) bildirilmişti. Vakaların çoğu (n=135) (%71) Türkiye'dendi. Immunsupresif tedavi 111 (%58) hastada kullanılmıştı. Biyolojik tedavi biri Amerika ve diğeri İngiltere'den 2 (%1) vakada bildirilmişti. Hastaların 17'sinde (%9), embolizasyon tedavi yöntemi olarak seçilmişti ve bunların çoğu Fransa'dandı. Cerrahi tedavi 41 (%22) hastada yapılmıştı ve en yaygın İran, İsrail ve Tunus'dan bildirilen vakalarda tercih edilmişti. Toplam 59 (%31) hasta yaşamını yitirdi ve ölen hastaların 18'i (%31) cerrahi yapılan vakalardı (Tablo).

Sonuç: Behçetli hastalarda PAA'sı nadir bir komplikasyondur ve çoğunlukla BH'nın yaygın olduğu ülkelerden vaka bildirimi olarak sunulmuştur. Seçilen tedavi yaklaşımları ülkeler arasında farklı olmakla birlikte, immunsupresif tedavi en yaygın tercih edilen tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavi yüksek mortalite riski taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, Pulmoner Arter Anevrizması

Tablo 1. Literatürdeki her bir kitadan bildirilen Behçet-PAA vakalarının sayısı, secilen tedavi yöntemleri ve mortalite oranları

Kita	Ülke	Yayın (n)	Vaka Bildirimi (n)	Vaka Serisi (n)	Toplam Vaka Sayısı (n)	Immunsupresif (n) (%)	Biyolojik (n) (%)	Embolizasyon (n) (%)	Cerrahi (n) (%)	Mortalite (n) (%)
Asya	Hindistan	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Asya	Japonya	5	5	0	5	3 (60)	0	0	1 (20)	2 (40)
Asya	Türkiye	29	31	7	135	90 (67)	0	8 (6)	19 (14)	43 (32)
Asya	İran	3	3	0	3	0	0	0	3 (100)	1 (33)
Asya	İsrail	4	4	0	4	1 (25)	0	0	3 (75)	2 (50)
Asya	Sudi Arabistan	2	2	0	2	0	0	1	1	0
Afrika	Fas	6	7	0	7	4 (57)	0	0	2 (28)	2 (29)
Afrika	Tunus	3	3	0	3	1 (33)	0	0	2 (66)	1 (33)
Avrupa	Almanya	1	1	0	1	0	0	0	1	0
Avrupa	Fransa	7	10	1	15	6 (40)	0	6 (40)	3 (20)	6 (40)
Avrupa	İngiltere	3	3	0	3	1 (33)	1 (33)	0	1 (33)	0
Avrupa	İsviçre	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Avrupa	Belçika	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Avrupa	İrlanda	1	1	0	1	0	0	0	1	0
Kuzey Amerika	Amerika	6	6	0	6	2 (33)	1	1	2 (33)	2 (33)
Güney Amerika	Brezilya	1	1	0	1	0	0	0	1	0
Güney Amerika	Kolombiya	1	1	0	1	0	0	0	1	0
Avustralya	Avustralya	1	1	0	1	0	0	1	0	0
	Toplam	76	82	8	191	111 (58)	2 (1)	17 (9)	41 (22)	59 (31)

Behçet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0382

PP-219

DIŞ ÇEKİMİ SONRASI ALEVLENEN VE ASEPTİK MENENJİT TABLOSU GELİŞEN BEHÇET VAKASI

Soner Şenel¹, Kevser Gök²

¹Erciyes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Behçet hastalığı (BH) oral aft ve genital ülserler ile karakterize, multisistemik, bir vaskülitir. Behçet hastalığının etyolojisi tam bilinmemekle birlikte genetik yatkınlığı olan bireylerde enfeksiyöz ajanların patogeneze rol oynadığı düşünülmektedir. Aseptik menenjit BH'da nadir de olsa bildirilmektedir. Ancak dış çekimi sonrası alevlenme nadir olarak bildirilmiş fakat aseptik menenjit henüz bildirilmemiştir. Burada, dış çekimi sonrası alevlenme olan ve beraberinde aseptik menenjit tablosu gelişen ilk vaka sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 5 yıldır BH tanısı olan 29 yaşında erkek hasta üveit olunca göz hastalıklarına başvurmuş. Azatiyopürin ve metil prednizolon tedavisi verilmiş. 2010 yılından buyana ilaç kullanmıyormuş. Eylül 2013'den bu yana polikliniğimiz takibinde olan hastaya Azatiyopürin 150 mg/gün ve metilprednizolon 48 mg/gün başlandı. Steroid dozu daha sonra kademeli olarak azaltıldı. hasta Şubat 2014'te dişinde abse tesbit edilmiş ve operasyon önerilmiş. Nisan 2014'te dış çekimi yapıldıktan 15 gün sonra, ağızda ve genital bölgede aftlar vücutta papülopüstüller ve akneiform lezyonlarda artış ile takibinde şiddetli baş ağrısı gelişmesi üzerine başvurdu. Hikayesinde dış merkezdeki tanısı esnasında oral aft ve genital ülser yanında üveit atağı da geçirdiği belirlendi. Soygeçmişinde erkek kardeşinde de benzer bulgular olgusu ancak henüz tanı almadığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde oral aft (Şekil 1) ve genital ülserler, ense sertliği ve ciltte yaygın püstüller lezyonları mevcuttu. Yapılan kan tetkiklerinde sedimentasyon 32 mm/saat, CRP 179 mg/L, lökosit: 8800/µl, hemoglobin 15.2 g/dL, trombosit: 362000/µl olarak saptandı. Hastada baş ağrısı bulantı kusma olması üzerine septik menenjit ekartasyonu amacıyla intaniye servisine yatırıldı. Hastanın kullanmakta olduğu azatiyopürin kesildi. Kültürleri gönderildi ve LP yapıldı. Kranial ve servikal-torakal ve lomber MR çekildi. Beyin omurilik sıvısı incelemesi sonucu aseptik menenjitte uyumlu olarak değerlendirildi. Behçet aktivasyonu ve santral sinir sistemi tutulumu kabul edilerek hastaya pulse steroid tedavisi verildi ve intravenöz siklofosfamid 1000 mg/ayda tedavisi başlandı ve 1mg/kg metilprednisolon ile devam edildi. Hastanın tedavi sonrasında ense sertliği düzeldi ve şikayetleri azaldı.

Tartışma: Behçet hastalığının en yaygın klinik bulgusu tekrarlayan mukokütanöz lezyonlardır. Santral sinir sistemi tutulumu nadir olarak gözlenir. Nörolojik tutulum Behçet hastalarının %20'sinden azında görülür. Vasküler tromboz ve fokal parankimal lezyonlar en sık nörolojik komplikasyonlardır. Bununla birlikte aseptik menenjit, ensefalit ve arteriyel vaskülitte görülebilir. Bizim olgumuzda da dişte çürük ve abse nedeniyle dış çekimi sonrasında hastalık alevlenmesi ve aseptik menenjit şeklinde santral sinir sistemi tutulumu olmuştur. Dış çürüğünün Behçet hastalarında

hastalık alevlenmesinde rol oynayabileceği konusuna dikkat çekilmek istenilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diş çekimi, Behçet alevlenme

Diğer

Abstract:0384

PP-220

BIYOLOJİK TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLAÇLA İLGİLİ KAYGILARI

Nurdan Oruçoğlu¹, Seda Pehlivan², Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Bursa

Biyolojik ajanların potansiyel yan etkileri hastaların kaygı düzeylerinde artışa neden olarak ilacı kullanma isteklerini ve tedaviye uyumlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı biyolojik ajan kullanan hastalarda ilaçla ilgili kaygılarının düzeyini belirlemek ve nedenleri hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Çalışmaya Romatoid artrit (RA), Ankilozan Spondilit (AS) ve Psöriatik artrit (PsA) tanılı ile en az 3 aydır biyolojik ajan (adalimumab, etanercept, golimumab, infliximab ve rituksimab) kullanmakta olan hastalar alındı. Hastaların demografik özellikleri ile hastalık süresi, biyolojik kullanma süresi ve daha önce kullanılan biyolojik tedaviler, oluşan yan etkiler gibi hastalıkları ve tedavileri hakkındaki bilgileri kaydedildi. Hastaların genel kaygı düzeylerini belirlemek için durumluluk ve sürekli kaygı envanteri (STAI) kullanıldı. Kullanmakta oldukları biyolojik ajanla ilgili hastaların kaygı düzeyleri vizüel analog skala (0-10 cm) ile değerlendirilirken, ilacın yan etkilerine ilişkin düşüncelerini belirlemek için çoktan seçmeli sorular yöneltildi (Tablo-1).

Çalışmaya alınan 217'si kadın (%52.8), 194'ü erkek (%47.2) toplam 411 hastanın 132'si RA, 239'u AS, 40'ü PsA tanısı ile takip edilmekteydi. Hastaların %69.6'sının ilaca ve yan etkilerine ilişkin kaygısının olduğu belirlendi. İlaçla ilgili kaygıların en sık nedeni; ilacın potansiyel yan etkileri (%67.9) olup birinci sırada kanser riski (%45.5), ikinci sırada tüberküloz aktivasyonu (%24.8) yer almaktaydı. STAI sürekli skor ve durumluluk skoru ile ilaca ilişkin kaygı düzeyleri arasında orta derecede korelasyon mevcuttu ($p=0.001$, $r=0.264$, $p=0.001$, $r=0.353$ sırasıyla). Sürekli kaygı düzeyi ve ilaç hakkındaki düşünceler, durumluluk kaygı düzeyleri üzerinde etkili olup, ilaç ile ilgili olumsuz duyguları olanların kaygı düzeyleri daha yüksek saptandı ($p=0.001$). İlaçla ilgili yan etki yaşayan hastalarda kaygı düzeyleri, yan etki gelişmeyen hastalardan daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$).

İlaçla ilişkin kaygı düzeyleri yüksek olanlarda hem süreklilik hem de durumluluk anksiyetelerinin daha yüksek saptanmış olması, bu ilaca ilişkin kaygıların hastaları psikolojik olarak önemli ölçüde etkilediğini ve kronik anksiyete ve depresyonla sonuçlanabileceğini düşündürmektedir. İlaçla olan uyumda ve tedavinin etkinliğinde artış sağlamak için hastaların ilaçla ilgili kaygı, endişe ve beklentileri açısından bilgilendirilmesi önemlidir. İlaçla ilgili en sık kaygı nedeni olan kanser ve tüberküloz riski açısından ayrıntılı bilgilendirme yapılması hastaların kaygılarında önemli derecede azalma sağlayabilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, biyolojik tedavi kullanan hastaların ilaca ilişkin kaygıları hakkında bilgi

sahibi olarak hastalarla daha iyi bir iletişim kurmaya ve hastaların hekimlerine olan güvenini arttırmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: biyolojik ajan, kaygı, yan etki

Tablo 1. İlaç ile ilgili Düşünce Ve Kaygılar

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Kullandığım ilacın uzun dönemdeki etkileri hakkında endişe duyuyorum	287 (%69.8)	41 (%10.0)	83 (%20.2)
İlacı yan etkilerinden dolayı kullanmak istemiyorum	116 (%28.3)	69 (%16.8)	226 (%55)
Hastalanmaya/enfeksiyonlara karşı savunmasız olduğumu düşünüyorum	227 (%55.2)	42 (%10.2)	142 (%34.6)
Bu ilaçlar bu hastalıkta kullanılacak en son ilaçlar	182 (%44.3)	141 (%34.3)	88 (%21.4)
İlacımı bir daha alamazsam diye korkuyorum	262 (%63.8)	38 (%9.2)	111 (%27.0)
Yan etkileri bazen doktorumdan gizliyorum	18 (%4.4)	9 (%2.2)	384 (%93.4)
İlacımla ilgili daha fazla bilgi edinmek istiyorum	333 (%81)	20 (%4.9)	58 (%14.1)
İlaçların yan etkisi ile ilgili çok fazla bilgi beni endişelendirir	218 (%53.1)	46 (%11.2)	147 (%35.8)

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0386

PP-221

BEVASİZUMAB VE KAPESİTABİN TEDAVİSİ ALTINDA TROMBOSİTOPENİ İLE PREZENTE OLAN İLACA BAĞLI LUPUS ERİTEMATOZUS

Eray Eroğlu¹, Kevser Gök², Ersin Özasan³, Metin Özkan³, Soner Şenel⁴

¹Erciyes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

³Erciyes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, Kayseri

⁴Erciyes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: İlaçla bağlı lupus eritematozus (İBLE) lupus-benzeri semptomlar ve laboratuvar özellikleri ile oluşan bir sendromdur. Seksen civarında ilacın sistemik lupus eritematozus ve formları ile ilişkisi gösterilmiştir. Son yıllarda kemoterapotik ajanlardan olan bevasizumab ve kapesitabin ile ilişkili vakalar bildirilmiştir. Mevcut vaka, 68 yaşında metastatik kolon kanseri tanısıyla idame tedavisi olarak aldığı bu iki ajan sonrasında uzamış trombositopeni ve eklem ağrısı etyolojisi sırasında tespit edilen ilaca bağlı lupus eritematozus vakasıdır.

Olgu: 68 yaşında kadın hastada uzun süredir karın ağrıları olması üzerine Ekim 2013 tarihinde yapılan tetkiklerinde karaciğerde ve sigmoid kolonda tümöral görünümde kitle saptandı. Kolondaki kitleden alınan biyopsi sonucu adenokarsinom olarak gelmiş. Bunun üzerine hasta opere edilip, palyatif kapesitabin 2000 mg/m² (1-14gün), okzalipatin 130 mg/m² ve bevacizumab 7,5 mg/m² 21 günde bir protokolü başlanmış. İdame tedavi olarak

kapesitabin 1650 mg/m² (1-14gün), 21 günde bir ve bevacizumab 5mg/kg, 28 günde bir protokolü planlanmış, 2. kür sonrası trombositopeni (80x10³/µl) tesbit edilmesi üzerine 1 ay boyunca trombosit takibi yapılmış. Trombosit sayısı 74x10³/µl'e, sonra 53x10³/µl'e kadar gerilemiş. Bunun üzerine hematolojiye refere edilen hastada periferik yaymada atipik hücre ve enfeksiyon saptanmamış. İki haftadır kas ve eklem ağrılarının olduğunu belirtmesi ve otoimmün profil test sonuçlarında anti nükleer antikor (ANA) IFAT test sonucu 1:10000 homojen paternde pozitif, Antids-DNA ELISA sonucu >800 IU/ml (normal aralık:0-100 IU/ml), Anti-histon antikor ve nükleosom pozitif saptanması üzerine hasta romatoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Romatolojik değerlendirmesinde trombosit seviyesi 84 x10³/µl olarak saptandı. Anti-kardiyolopin IgG ve Anti-kardiyolopin IgM seviyesi 120 üzerinde (0-12) idi. Anti Beta-2 glikoprotein (antiβ-2GP) seviyeleri sırasıyla; IgA:57(0-20), IgG:30(0-20), IgM:>200 (0-20) olarak tespit edildi. Lupus antikoagülan test sonuçları sırasıyla tarama:83.6 saniye (31-44 sn.), doğrulama 40.5 saniye (30-38 sn.), oran ise 2.06 (0.8-1.2). Eritrosit sedimentasyon hızı 49 mm/saat (3-20 mm/saat) ve C-reaktif protein seviyesi ise 26.8 mg/L (0-6 mg/L) olarak tespit edildi. Hastaya ilaca bağlı lupus sendromu tanısı koyuldu, anti-fosfolipid sendromu ön tanısı düşünüldü. Kemoterapisi onkoloji ile konsülte edilerek durduruldu ve hastaya metilprednizolon 48 mg/gün, hidroklorokin 400 mg/gün ve asetilsalisilik asit 100 mg/gün başlandı. Birinci hafta sonra bakılan trombosit sayısı 137x10³/µl'e yükseldi ve hastanın eklem şikayetlerinde belirgin azalma gözlemlendi.

Sonuç: Literatürde gerek bevasizumab gerekse kapesitabin ile ilişkili subkutanöz lupus eritematöz vakaları bulunmaktadır. Bizim vakamız trombositopeni ile prezente olan bu iki ajana bağlı sistemik formda gelişen ilk ilaca bağlı lupus eritematöz vakasıdır. Bu iki ajana alan hastalarda ilaca bağlı lupus gelişebileceğini gösteren bir vakadır.

Anahtar Kelimeler: İlaça Bağlı Lupus Eritematozus, Bevasizumab, Kapesitabin

Romatoid Artrit

Abstract:0388

PP-222

ROMATOİD ARTRİTLİ OLGUDA AMİLOİDOZ VE T HÜCRELİ BÜYÜK GRANÜLER LENFOSİTİK LÖSEMİ

Bahtiyar Toz¹, Bahar Artım Esen¹, Barbaros Başgöze², Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Lale Öcal¹, Sevil Kamalı¹

¹İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Romatoid artrit (RA) seyrinde, lenfoma en sık görülen hematolojik malignitedir. Bununla birlikte, T-LGL lösemiler, %15-40 başta RA olmak üzere otoimmün hastalıklarla birliktelik gösterir. Büyük granüler lenfositlerin (LGL) klonal hastalıkları T ve NK hücrelerinden köken alır. T-LGL, en sık (%85) görülen alt tipidir. Genellikle ileri yaş hastalığıdır. Tanı sırasında olguların üçte biri asemptomatiktir. Bu olgu sunumunda, RA seyrinde nadi-ren gelişen amiloidoz ve T-LGL ve AA amiloidoz birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: Ellidokuz yaşında kadın, 5 yıldır seropozitif RA tanısıyla metotreksat, metilprednizolon ve leflunomid kullanmaktaydı.

Düzensiz takip ve tedavi olan hasta, 5 ay önce, acil polikliniğe, ateş ve eklem ağrıları ve şişlikleri ile başvurdu. Anamnezinde, son 1 yılda 3 kez yatış gerektiren pnömoni tanısı mevcuttu. Fizik muayenede, ateş (38°C), pretibial ödem 2(+), el ve ayaklarda romatoid deformitelerin eşlik ettiği simetrik poliartrit saptandı. Hepatosplenomegali, bacak ülserleri mevcut değildi. Yüksek akut faz (CRP: 8mg/L, ESH:127mm/s), pansitopeni (lökosit:1600/mm³, nötrofil 400/mm³) Hb: 6.7 g/dl/MCV: 78 fl, trombosit:126.000/mm³, protienüri (4 g/gün), hematüri (45 eritrosit/HPF) kreatininemi (2.8mg/dL), hipoalbuminemi (2.1g/dL), hiperferritinemi (418ng/ml), hipergammaglobulinemi (2.19g/dl), M-spike: 0.05g/dl, RF, anti-CCP ve ANA pozitifliği (sırasıyla, 294 IU/mL, 300IU, 1/640 homojen), anormal laboratuvar bulgularındı. Böbrek biyopsisi ile "AA amiloidoz" saptandı. Kemik iliği biyopsisi, sitotoksik T hücre infiltrasyonu ve immünofenotipleme sonrasında T-LGL (CD3:%36, CD8:%28, CD8+CD57:%14) ile uyumlu bulundu. Metilprednizolon 60mg/gün ve G-CSF başlandı. RA-LG, amiloidoz, böbrek yetersizliği olan hastaya hematoloji konsültasyonu ile bir kür düşük doz (500 mg, 0 ve 15. günlerde) Rituksimab uygulandı. Ateş, poliartrit hızla düzeldi. Tedavinin 4. ayında, aralıklı G-CSF ihtiyacı devam etmekteydi.

Sonuç: T-LGL patogeneğinde, viral enfeksiyonlar (HIV, CMV, EBV), maligniteler ve otoimmün hastalıkların tetikleyici olabileceği ileri sürülmektedir. RA seyrinde, "Felty sendromu"nda tanımlanmış olan LGL artışı ile T-LGL gelişimi, RA'da malignite gelişimine kadar uzanan immünojenik sürecin farklı spektrumları olabileceğini düşündürmektedir. Seropozitif, eroziv seyirli RA'da, takipte ortaya çıkan nötropeni, lenfositoz ve/veya anemi ile tek-rarlayan enfeksiyonlar LGL'yi akla getirmelidir. RA'da, kontrol edilemeyen inflamasyonun, AA amiloidozu ve T-LGL gelişimi gibi ciddi komplikasyonları birlikte davet edebileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Felty Sendromu, Büyük granüler lenfositik lösemi

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0389

PP-223

BEHÇET SENDROMUNDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN PARAMETRELER

Selma Bozcan¹, Yeşim Özgüler², Caner Saygın¹, Didem Uzunaslan¹, Koray Taşçılar², Serdal Uğurlu², Gülen Hatemi²

¹Cerrahpaşa İç Hastalıkları Anabilim Dalı İstanbul

²Cerrahpaşa İç Hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı İstanbul

Amaç: Kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin tüm yönleri ile değerlendirilmesi hastalığın hasta hayatındaki çok yönlü sonuçlarının görülmesine ve bunlara yönelik farklı tedavi seçeneklerinin planlanmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada Behçet sendromunda yaşam kalitesini etkileyen parametreleri belirlemeyi hedefledik.

Yöntem: Polikliniğimize başvuran ardışık Behçet hastaları tarafından SF-36, Behçet Hastalığı yaşam kalitesi ölçeği (BDQoL) ve Behçet sendrome aktivite skalası (BSAS) dolduruldu. Yaşam kalitesinin belirleyicileri olabilecek olan sosyoekonomik faktörler, hastalık tutulum tipleri, son dört haftadaki hastalık tutulumları,

kullanılan ilaçlar, hastalık tutulumuna bağlı kalıcı organ hasarı ve hastalık aktivitesi regresyon analizi ile test edildi.

Bulgular: Çalışmaya 322 hasta (E/K: 166/156, ortalama yaş: 37.9±11.1) alındı. 157 hastada göz tutulumu, 72 hastada damar tutulumu, 67 hastada eklem tutulumu, 20 hastada nörolojik tutulum, 93 hastada izole mukokutanöz tutulum mevcuttu. BDQoL skoru ile ilişkili bulunan parametreler BSAS, gelir düzeyi, hastalık nedeni ile çalışmama, hasta tarafından belirtilen geçim sıkıntısı ve kalıcı nörolojik hasar idi ($R^2:0.47$, $F: 48.76$, $p<0.001$). Kadınlar ayrı olarak analiz edildiğinde BSAS, geçim sıkıntısı, nörolojik ve mukokutanöz tutulum ($R^2:0.40$, $F: 19.75$, $p<0.001$), erkeklerde ise BSAS, hastalık nedeni ile çalışmama, geçim sıkıntısı, son dört haftada vasküler tutulum ve nörolojik tutulum ($R^2:0.56$, $F: 29.70$, $p<0.001$) BDQoL skoru ile ilişkili bulundu. SF-36'nın fiziksel komponenti ile ilişkili faktörler BSAS, gelir düzeyi, geçim sıkıntısı, son dört haftada göz, damar ve eklem tutulumu atağı ($R^2:0.36$, $F:25.33$, $p<0.001$); kadınlar ayrı analiz edildiğinde BSAS, mukokutanöz tutulum ve geçim sıkıntısı idi ($R^2:0.36$, $F:22.0$, $p<0.001$) erkeklerde ise BSAS, hastalık nedeni ile çalışmama, gelir düzeyi, damar tutulumu, son dört haftada göz, damar, ve eklem tutulumu atağıydı ($R^2:0.42$, $F:14.31$, $p<0.001$). SF-36'nın mental komponenti ile ilişkili faktörler tüm grupta BSAS, gelir düzeyi ve kalıcı nörolojik hasar ($R^2:0.24$, $F:27.90$, $p<0.001$), kadınlarda BSAS ve mukokutanöz tutulum ($R^2:0.18$, $F:18.10$, $p<0.001$), erkeklerde ise BSAS, anti-TNF kullanımı, hastalık nedeni ile çalışmama, gelir düzeyi, ve nörolojik hasarı ($R^2:0.41$, $F:19.59$, $p<0.001$).

Sonuç: Behçet sendromunda hastalık aktivitesi, nörolojik tutulum, kalıcı nörolojik hasar ve sosyoekonomik faktörler yaşam kalitesinin en önemli belirleyicileridir. Bu belirleyicilerin saptanması tedavi etkinliğini değerlendirme ve tedavi stratejisinin planlanmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Sendromu yaşam kalitesi ölçeği, SF-36(Short Form-36), nörolojik tutulum

Romatoid Artrit

Abstract:0392

PP-224

ANTI-TNF İLAÇLAR KONUSUNDA HASTALARIN ALGI, TUTUM VE ENDİŞELERİ

Caner Saygın, Didem Uzunslan, Gülen Hatemi, Vedat Hamuryudan

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı

Gerekeç: Hastaların ilaçların yan etkileriyle ilgili algılarının tedaviye uyum üzerine büyük etkileri olabilmektedir. Bu durum özellikle de yeni tedaviler için daha önemli olmaktadır.

Amaçlar: Anti-TNF ilaç kullanıcıları arasında ilaç yan etkileri konusunda endişeli olanların sıklığını belirlemek ve bu endişelerin artışı ile ilişkili olabilecek faktörleri belirlemek ve değerlendirmek.

Yöntem: TNF-alfa antagonistleri kullanan ve rutin poliklinik randevularına gelen romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psoriatik artrit (PA) hastaları çalışmaya dahil edildi. Kişilerin ilaçlar konusundaki memnuniyeti (0-3 arasında) puanlandı, tedavinin başlangıcında ve şu anda yan etkiler konusundaki endişeleri (0-3 arasında) puanlandı, ve endişelenmişse özellikle hangi yan etki konusunda en çok endişelendiği sorgulandı. Ayrıca anketin uygulandığı haftayı içeren hastalık aktivitesi 'Hasta İndeks

Verilerinin Rutin Değerlendirmesi (RAPID3)' aracılığıyla tespit edildi. İlaçlara yönelik tutumun değerlendirilmesi ise 'İlaçlarla ilgili İnançlar Anketi (İİA)' ile yapıldı. Demografik özellikler, hastalık süresi, ilaç tedavisinin süresi ve takip esnasında karşılaşılan yan etkilerle ilişkili veriler hasta kayıtlarından elde edildi. İlaç memnuniyeti ya da endişesi ile ilişkili skorlamada 2'nin üzerinde puan alınması bir endişe ya da memnuniyet göstergesi olarak kabul edildi. Çok değişkenli lineer regresyon analizi, anti-TNF ilaçlarının kullanımına bağlı endişelerle ilişkili olabilecek faktörleri belirlemek için kullanıldı.

Sonuçlar: Anti-TNF ilaç kullanmakta (56'sı infliximab, 26'sı etanersept, 13'ü adalimumab ve 5'i golimumab) olan 100 hasta (75'i AS, 21'i RA ve 4'ü PsA) çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile endişe skoru, RAPID3 ve İİA skorları en az 2 puan olan hastaların sayısı tabloda verilmiştir. Hastaların %90'ı anti-TNF ilacından memnun olduğunu belirtti. En çok korkulan yan etkiler neoplazm (%52), tüberküloz (%42) ve karaciğer ve böbrek hasarı (%32) idi. Tek değişkenli analiz, AS hastalarının endişe oranlarının daha az olduğunu ($p=0.006$, $\beta=0.278$, $95\%CI=0.072-0.408$) ve anti-TNF tedavinin başlangıcında endişeleri olanların görüşme esnasında da endişe oranlarının daha yüksek olduğunu ($p=0.001$, $\beta=0.335$, $95\%CI=0.124-0.490$) gösterdi. Çoklu regresyon analizi de tedavi başlangıcında endişeleri olanların görüşme esnasında daha yüksek endişe skorları olduğunu doğruladı ($p=0.01$, $\beta=0.279$, $95\%CI=0.064-0.458$).

Tartışma: Hastalarımızın yarısına yakınının anti-TNF ilaçları kullanmaya başladıklarında yan etkilerle ilgili endişeleri mevcut olup, bu durum hastaların üçte birinde tedavinin ortalama 44.19 ayından sonraya kadar devam etmiştir. Kanser ve tüberküloz, hastaların en çok endişe duyduğu iki yan etkiydi.

Anahtar Kelimeler: anti-TNF, endişe, yan etki

Tablo 1.

	Anti-TNF kullanan hastalar (n=100)
Yaş, yıl. (SD)	40.92 (12.81)
Hastalık süresi, yıl. (SD)	8.75 (6.28)
Anti-TNF kullanım süresi, ay (SD)	44.19 (28.10)
İlaç memnuniyeti	90/100 (90%)
Tedavi başlangıcında endişe duyanlar	54/98 (55.10%)
Görüşme esnasında endişeli olanlar	31/98 (31.63%)
RAPID3 skoru (SD)	9.82 (6.87)
İİA-gereklilik (SD)	19.57 (4.58)
İİA-endişe (SD)	16.17 (5.57)

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0393

PP-225

SİSTEMİK SKLEROZLU HASTALARDA YORGUNLUK

Didem Uzunaslın, Caner Saygın, Tufan Torun, Mehmet Özdemir, Gülen Hatemi

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı

Gerekeç: Yorgunluk, sistemik sklerozlu (SS) hastalarca sıklıkla bildirilen kısıtlayıcı bir semptomdur. İş, aile ve sosyal yaşamın kalitesi üzerine önemli etkileri mevcuttur. Amacımız sistemik sklerozlu hastalarda yorgunluğun sıklığını, hasta ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak değerlendirmek ve artmış yorgunluk seviyeleri ile ilişkili olabilecek faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Sistemik skleroz ve romatoid artrit tanılı olup rutin takipler için polikliniğe gelen hastalar ile hastane personeli ve onların yakınlarından oluşan sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Tek bir doktor tarafından tırnak yatağı kapileroskopisi ve Rodnan cilt skorlaması (RSS)'nin yapıldığı fizik muayene gerçekleştirilmiştir. Hastaların tutulum yerlerinin ve tüm takipleri esnasında kullanılan ilaçlarının belirlenmesi için tıbbi kayıtlar kullanılmıştır. Sağlık değerlendirme anketi-Özürlülük indeksi (SDA-Öİ), çokboyutlu yorgunluk değerlendirme ölçeği (ÇYDÖ), yorgunluk şiddeti ölçeği (YŞÖ), yorgunluk etki ölçeği (YEÖ) ve Beck depresyon ölçeği (BDÖ) tüm katılımcılara uygulandı. YŞÖ'de ≥ 5 puan alanlar, istatistiksel analiz için yorgunluk sahibi olarak kabul edildi. Yüksek yorgunluk skoru olan sistemik sklerozlularda ilişkili olabilecek faktörleri incelemek için çok değişkenli regresyon analizi kullanıldı.

Sonuçlar: 70 sistemik sklerozlu hasta ve 100 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Sistemik sklerozlu hastaların sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek ÇYDÖ, YŞÖ, YEÖ, ve BDE skorları mevcuttu (Tablo). Ancak, RA hastaları en yüksek yaş ortalamasına, YŞÖ, YEÖ ve BDE skorlarına sahipti. YŞÖ'ye göre belirlenmiş yorgunluk sıklığı sistemik sklerozlu hastalarda %60'dı (70 kişinin 28'i ≥ 5 puan aldı) ve %77'si (52 hastanın 40'i) yüksek skorlar almış olan RA hastalarından anlamlı bir şekilde düşüktü ($p=0.049$). Yorgunluğu olan SS hastalarının deri pigmentasyonu sıklığı (72.9% vs. 45.5%, $p=0.02$), GIS tutulumu (70% vs 35%, $p=0.007$), SDA (1.26 vs 0.54), VAS-Raynaud (1.53 vs 0.32), VAS-dijital ülser(1.36 vs 0.32), VAS-GI (1.2 vs 0.39), VAS-genel (1.87 vs 0.76), ve BDE skorları (24.7 vs 12.1, $p<0.001$) daha yüksekti. Çok değişkenli analizde, RDS ($p=0.016$, $\beta=0.365$, 95%CI=0.28-0.45), pulmoner arteriyel hipertansiyon($p=0.043$, $\beta=0.258$, 95%CI=0.009-0.504), VAS-dijital ülser ($p=0.036$, $\beta=0.339$, 95%CI=0.009-0.271), ve VAS-GIS ($p=0.016$, $\beta=0.169$, 95%CI=0.032-0.297) yorgunluğun bağımsız belirleyicilerindendi.

Tartışma: SS hastalarımızın yaklaşık üçte ikisi yüksek yorgunluk seviyeleri bildirdi. Yorgunluğun artışı, deri sklerozunun genişliği, pulmoner hipertansiyon, hastaların-bildirdikleri dijital ülserler ve gastrointestinal tutulumun ciddiyeti ile uyum göstermekteydi. Yorgunluğun sıklık ve şiddetinin tedaviyle ve hastalık aktivitesinin azalmasıyla azalma gösterip göstermediğini değerlendirecek longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, yorgunluk

Tablo 1.

	Sistemik skleroz (n=70)	Romatoid artrit(n=52)	Sağlıklı kontroller (n=100)	p değeri
Ortalama yaş, yıl	46.95 ± 11.96	54.07 ± 14.84	45.97 ± 10.39	<0.0001
Kadın/Erkek oranı	65/5 (13)	40/12 (3.3)	96/4 (16)	0.001
Çokboyutlu yorgunluk değerlendirme ölçeği	24.1 ± 14.08	33.9 ± 14.4	16.8 ± 6.06	<0.0001
Yorgunluk şiddeti ölçeği	4.61 ± 1.87	5.1 ± 1.8	3.97 ± 1.43	<0.0001
Yorgunluk etki ölçeği	63.6 ± 39.4	61.69 ± 38.16	35.03 ± 28.67	<0.0001
Beck depresyon ölçeği	19.55 ± 12.34	17.15 ± 13.89	11.32 ± 9.55	<0.0001

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Diğer Oto-İnflamatuvar Hastalıklar, Pediatrik Romatoloji

Abstract:0394

PP-226

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ VE MULTİPLE SKLEROZ BİRLİKTELİĞİ:OLGU SUNUMU

Murat Yiğit, Canan Karatay, Cüneyt Emreoğlu, Veli Çobankara, Arif Kaya

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Ailesel akdeniz ateşi (AAA) ateş ve serozit ataklarıyla karakterize otozomal resesif kalıtmımlı inflamatuvar bir hastalıktır. AAA tanılı hastalarda santral sinir sistemi tutulumu yaygın değildir nadiren optik nörit, aseptik menenjit, amiloid oftalmopleji ve psödötümör cerebri gibi nörolojik tablolar gelişebilir.

Olgu: 32 yaşında bayan hasta 2008 yılında polikliniğimizde karın ağrısı atakları ve artrit kliniğiyle başvurdu. Hastadan istenen genetik incelemede heterozigot M694V mutasyonu saptandı. Kolşisin tedavisi sonrasında karın ağrısı ve artrit atakları azalan ve düzenli takiplerine devam edilen hasta son bir aydır mevcut olan aralıklı çift görme ve sol kolda karıncalanma şikayetleri ile başvurdu. Nöroloji bölümüne konsulte edilen hastanın istenen BT anjiyografi ve EMG tetkiklerinde patoloji izlenmedi. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde multiple skleroz(MS) ile uyumlu demiyelinizan değişiklikler saptandı.

Tartışma: AAA hastalarından multiple skleroz sıklığının 2-4 kat arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Shirnar ve ark. yaptığı çalışmada MS tanılı hastalarda MEFV gen mutasyonu olanlarda hastalık şiddetinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda AAA ve MS arasındaki birlikteliğin patofizyolojik olası açıklamasının ortak inflamatuvar yollar olabileceği düşünülmüştür. IL-1 beta AAA hastalarında ateş ve sistemik inflamasyondan sorumlu sitokindir. IL-1'in MS patogenezinde T hücre düzenlenmesinde de temel bir rolü mevcuttur. Ancak MS patofizyolojisi heterojen ve komplekstir. İnflamasyon tek başına MS patogenezinin açıklayamamaktadır

Sonuç: AAA ve MS arasında birliktelik olabileceğini gösteren yayınlar mevcut olsa da AAA hastalarında izlenen etnik dağılım MS hastalarında izlenmemektedir. Multiple skleroz gelişim sürecinde genetik ve çevresel olmak üzere birden çok bilinmeyen faktörün yer aldığı belirlenmiştir. Her iki hastalık arasındaki ilişkinin net olarak ortaya çıkmasını sağlayacak çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, Multiple skleroz, IL-1

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0396

PP-227

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSA EŞLİK EDEN İKİ ARAKNOİDİT OLGUSU

Rıdvan Mercan¹, Berivan Bitik², Hamit Küçük², Abdurrahman Tufan², Özlem Coşkun³, Mehmet Akif Öztürk², Şeminur Haznedaroğlu², Berna Göker²

¹Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Hatay, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Gerekeçe : Sistemik lupus eritematoz (SLE) etiyojisi tam olarak bilinmeyen, birçok sistem veya organı etkileyen otoimmün bir hastalıktır. Araknoidit, araknoid membranın cerrahi, enfeksiyöz, spinal girişimler başta olmak üzere bir çok sebepten kaynaklanan inflamatuvar süreci sonucu gelişen bir durumdur. Biz burada daha önce SLE ile birlikteliği bildirilmemiş iki araknoidit olgusunu sunduk.

Olgu 1: 39 yaşında kadın hastaya 4 yıl önce SLE tanısı kondu. Hidroksiklorokin (HCQ) ve steroid ile takip edilmek üzere 9 ay önce sırt ağrısı ve idrar inkontinansı olması nedeniyle başvurdu. İstenen thorako-lomber manyetik rezonans görüntüleme (MR) distal torakal spinal kordda konus lokalizasyonunda ve araknoid liflerde sinyal intensite değişiklikleri ve ince lineer kontrastlanmalar saptandı. Araknoidit?, transvers myelit? tutulumu olarak yorumlandı. Hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS basıncı normal, protein hafif yüksek, hücre görülmedi ve yapılan tetkiklerde enfeksiyon lehine bulgu saptandı. Hastaya pulse steroid ve siklofosfamid başlandı. Aldığı HCQ yanına 1 mg/kg steroid eklendi. Takiplerinde idrar inkontinansı düzeldi. Çekilen torakolomber MR'da progresyon saptanmadı. Hasta halen 4 mg/gün steroid, siklofosfamid ve HCQ almaya devam ediyor.

Olgu 2: 38 yaşında kadın hasta 2 yıldır SLE nedeniyle takipli daha önce HCQ ve nörolupus için steroid ve azathiopurin başlanmıştı. Hasta 1 yıl önce bacaklarda güçsüzlük, bel ağrısı ve idrar inkontinansı nedeniyle başvurdu. Çekilen torako-lomber MR'da konus komşuluğunda kauda liflerinin özellikle lomber düzlemde, kalınlığında ve sinyalinde artış izlenmekte olup, bu lokalizasyonda kauda liflerinin posteriora doğru yer değiştirdiği dikkati çekmektedir. Araknoidit? olarak yorumlandı. Yapılan LP sonucu enfeksiyon için istenen tetkikler normal olarak geldi. BOS basıncı normal protein hafif yüksekti. Hastaya pulse steroid ve siklofosfamid yanında oral 1 mg/kg/gün steroid başlandı. Hasta tedavinin 11. ayında çekilen kontrol MR da önce ki MR ile karşılaştırıldığında farklılık gözlenmedi. Hasta klinik olarak eskisine göre daha iyi olması, idrar inkontinansı olmaması nedeniyle tedavisine devam edildi. Halen 6 mg steroid, siklofosfamid ve HCQ almaya devam ediyor.

Tartışma: SLE'ye bağlı nöropsikiyatrik bulgular hastaların %19-75'ini etkiler. Klinik bulgular içerisinde baş ağrısından transvers miyelite kadar geniş bir yelpaze yer almaktadır. Araknoidit bu güne kadar bu geniş yelpazede bildirilmemiştir. Her iki hastamızda idrar inkontinansı sırt ve bel ağrısı ve bacaklarda güçsüzlük gibi nedenlerle başvurmuş ve her ikisine diğer nedenler dışlanarak SLE ve eşlik eden araknoidit tanısı konmuştur. Her iki hastada

tedavi ile lezyonlarda progresyon saptanmaması ve klinik olarak hastaların düzelmesi, vücudun değişik sistemlerini etkileyen ve inflamasyon ile seyreden SLE ile ilişkili bir patoloji olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, araknoidit

Romatoid Artrit

Abstract:0399

PP-228

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA EĞİTİM DÜZEYİNİN TANIDA GECİKME VE HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Mustafa Ferhat Öksüz¹, Fatih Yıldırım², Ahmet Bilgehan Şahin², Abdülkadir Göçken², Ayşe Nur Tufan¹, Nurdan Oruçoğlu¹, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Romatoid artrit(RA) kronik inflamasyon ile seyreden, tanı ve tedavinin geciktiği durumlarda ciddi eklemi deformitesi ve iş gücü kaybına sebebiyet verebilen bir hastalıktır. Son yıllarda birçok hastalıkta eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi faktörlerin hastalık aktivite ve seyri üzerine olan etkileri yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Biz de bu çalışmada Türk popülasyonundaki RA'lı hastalarda, eğitim düzeyinin hastalık aktivite ve seyri üzerine olan etkisini araştırmayı planladık.

Yöntem: Bu çalışmaya polikliniğimizde RA tanısıyla izlemde olan hastalar ardışık olarak dahil edildi. Hastalara fiziksel fonksiyon, ağrı ve hastanın global değerlendirmelerini içeren MDHAQ anketi uygulandı. Hassas ve şiş eklem sayılarının yanısıra, global değerlendirme, görsel analog skala (VAS),RAPID3 (hastanın başlangıç verilerinin rutin değerlendirmesi - routine assessment of patient indexdata) ve hastalık aktivite skoru 28 eklem(DAS28) ve demografik veriler, eğitim durumları, klinik veriler ve laboratuvar verileri kullandıkları tedaviler kaydedildi. Eğitim durumunun tanıda gecikme ve hastalık aktivite parametreleri ile korelasyonu Spearman korelasyon analizi ve çok değişkenli lineer regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: 339 RA hastası çalışmaya alınmıştır(ortalama yaş,52,84±11,29 hastalık süresi 10(10,1) yıl, %80,5 kadın(n:273)%19,5 erkek(n:66). Eğitim durumlarına göre hastaların verileri tablo' 1 de sunulmuştur. Çok değişkenli lineer regresyon analizinde korelasyon katsayısı (r) 0,32 ve belirtme katsayısı(r²) 0,1 olarak bulundu. Sonuç olarak MDHAQ-FN(t=2,69,p=0,008) ve eğitim düzeyi(t=-4,69 p<0,001) tanıda gecikmenin bağımsız belirleyicileri olarak tespit edildi.

Tartışma: Çalışmamızda romatoid artrit hastalarında tanıda belirgin bir gecikme olduğu tespit edildi. Tanıda gecikme ile ilişkisi en güçlü olan faktör eğitim düzeyinin düşük olmasıydı. Ayrıca tanıda gecikme fonksiyonellik kaybı ile de ilişkili bulundu. Toplumumuzun eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve romatoid artrit hastalığı hakkında bilinçlendirilmesi tanıda gecikmenin ve dolayısıyla hastalıkla ilişkili fonksiyonel kayıpların önlenmesi açısından önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: eğitim durumu, romatoid artrit

Tablo 1. Eğitim durumlarına göre hastaların karşılaştırılması

Romatoid artritli hastalar	Okuma yazma bilmeyen n:22 (6,48)	İlk öğretim n:165 (48,67)	Ortaöğretim n:112 (33,03)	Yüksek öğretim n:40 (11,79)	p değeri
Yaş,yıl	58,45±10,27	54,63±9,6	50,16±9,6	50±13,7	<0,001
Hastalık süresi, yıl	10(12,25)	10(10,04)	7(8,5)	7,08(8)	<0,001
Kadın cinsiyet %	%100	%84,8	%75	%67	0,003
Tanıda gecikme, ay	35(30,5)	16(13,12)	8(10)	2(6)	<0,001
MDHAQ FN (0-10)	3,85(3,7)	3(3,7)	2(3,3)	0,7(1,7)	<0,001
MDHAQ-PN (0-10)	2(3,5)	5(5,5)	4(4)	3,5(3)	0,153
HAQ (0-10)	1,15(0,95)	0,9(1,03)	0,6(1)	0,25(0,5)	<0,001
PATGL (0-10)	5(4,5)	5(1,13)	5(3)	2,5(4)	0,003
DAS-28 (0-10)	3,23±1,27	3,48±1,32	3,13±1,38	3,06±1,22	0,151
RAPID3 (0-30)	11,96±5,74	12,65±6,48	12,65±6,48	8,44±6,45	0,003

MDHAQ-FN: Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi-fonksiyon **MDHAQ-PN:** Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi-Ağrı **HAQ:** Sağlık değerlendirme anketi **PATGL:** Hastanın Global Tahmini **DAS-28:** hastalık aktivite skoru 28 eklem **RAPID3:** hastanın başlangıç verilerinin rutin değerlendirmesi

Spondiloartropatiler

Abstract:0400

PP-229

BIYOLOJİK NAİF SPONDİLARTRİT HASTALARINDA ÜÇ AYLIK İNFLİXİMAB VE GOLİMUMAB TEDAVİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Nur Tufan, Mustafa Ferhat Öksüz, Nihan Coşkun, Selime Ermurat, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

Giriş: Spondilartirit (SpA) kronik inflamatuvar bir hastalık olup nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve egzersize rağmen yüksek hastalık aktivitesi devam eden hastalarda anti tümör nekrozis faktör alfa (anti-TNF α) tedavisi gündeme gelmektedir. Bu tedavilerin birbiri ile üstünlüğünü karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır.

Amaç: Biyolojik naif, nonsteroid tedavisine yanıtı SpA hastalarımızda infliximab ve golimumab tedavisine ilk üç aydaki yanıtın karşılaştırılması.

Yöntem: Bu çalışmaya polikliniğimizde Temmuz 2013 ile Nisan 2014 tarihleri arasında ASAS kriterlerine göre SpA tanısı konulmuş, etkin doz ve sürede nonsteroid ilaçla rağmen BASDAI ≥ 5 ve aktif sakroiliit veya akut faz yüksekliği tespit edilmiş, biyolojik naif olup golimumab veya infliximab tedavisi başlanan hastalar alındı. Bazal ve üçüncü ay verileri kaydedildi. Veri girişi olmayan hastalar ve daha önce biyolojik tedavi almış olan hastalar dışlandı. Hastaların demografik ve klinik verileri, sedimentasyon ve c-reaktif protein değerleri kaydedildi. Sağlık değerlendirme anketi (HAQ), BASFI ve BASDAI skorları belirlendi. Eklem ağrıları, halsizlik ve hastalık aktivite düzeyleri 10 cm'lik görsel analog skala (VAS)'ya göre hesaplandı. Kategorik veriler yüzde, sayısal veriler dağılım özelliklerine göre ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) değerleri ile sunuldu. Veriler arasındaki korelasyonlar Spearman ve Pearson, gruplar arasındaki farklılıklar ise ki-kare, Fisher'in kesin testi, Mann Withney U ve Student t testleri ile değerlendirildi. Bazal ve kontrol vizitlerindeki

VAS-hastalık aktivite düzeyi ve BASDAI skorları arasındaki farklılıklar lineer regresyon analizi ve tekrarlanan ölçümler testleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma süresince anti-TNF α tedavi başlanıp üçüncü ay takipleri olan 51 SpA hastasının 18'inde golimumab ayda bir 50 mg, 16'sında infliximab 0-2-6. haftalarda ve sonrasında 8 haftada bir olmak üzere 5 mg/kg dozunda kullanılmıştı. Daha önce anti-TNF tedavi kullanmış olan 5 hasta çalışmadan dışlandı ve golimumab alan 18 ve infliximab alan 11 hasta analizlere dahil edildi. Beraberinde NSAİİ kullanımı kısıtlanmadı. İki grubun demografik, klinik ve laboratuvar verileri ve bazal ve üçüncü ay hastalık aktivite parametreleri arasında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 1). BASDAI'de azalma yalnız bazal BASDAI skoru ile (Odds oranı [OO]=4,5, %95 güven aralığı [GA] 0,4-1,2, p=0,001); VAS-hastalık aktivitesinde azalma ise bazal VAS-hastalık aktivitesi (OO 3,7, %95 GA 0,4-1,3, p=0,002) ve hastalık süresi (OO -1,9, %95 GA -3,2-0,2, p=0,08) ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre anti-TNF α açısından naif olup biyolojik tedavi başlanma endikasyonu olan SpA hastalarında üç aylık infliximab ve golimumab kullanımı hastalık aktivitesi ve fonksiyonel kapasite açısından benzer etki göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Spondilartirit, infliximab, golimumab

Tablo 1. Golimumab ve infliximab tedavisi kullanan hastalarının verilerinin karşılaştırılması

	Golimumab (n=18)	Infliximab (n=11)	p
Cinsiyet (%E)	55,6	81,8	0,2
HLA B27 (%+)	64,7	72,7	1
Salazoprin (%)	16,7	27,3	0,6
Kortikosteroid (%)	0	9,1	0,4
Yaş	40,2±10,6	33±10,1	0,08
Hastalık süresi (yıl)	4,5 (1-18)	7 (1-17)	0,7
Anti-TNF tedavi süresi	13 (10-17)	15 (12-17)	0,3
VAS-ağrı	70 (40-80)	80 (70-80)	0,4
VAS-hastalık aktivitesi (bazal)	65 (40-80)	70 (40-80)	0,3
VAS-hastalık aktivitesi (üçüncü ay)	11 (0-40)	20 (0-30)	0,5
VAS-bitkinlik	70 (40-80)	80 (70-80)	0,4
HAQ	0,64±0,22	0,71±0,44	0,7
BASDAI (bazal)	53 (26-64)	56 (30-86)	0,3
BASDAI (üçüncü ay)	12 (2-30)	8 (5-38)	0,8
BASFI	25,7±10,6	31,1±15	0,3
C-reaktif protein	20 (3-75)	13 (2-136)	0,8

VAS: görsel analog skala

Diğer

Abstract:0405

PP-230

TNF ALFA ANTAGONİSTLERİ İLE TEDAVİ ÖNCESİNDE VİRAL HEPATİT TARAMA SIKLIĞI VE TAKİPTE VİRAL HEPATİT ALEVLENMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**Yeşim Özgüler, Gizem Ayan, Duygu Yılmaz, Serdal Uğurlu, Gülen Hatemi, Vedat Hamuryudan**

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Kliniğimizde TNF alfa antagonisti tedavisi alan hastalarda tedavi öncesi viral hepatit tarama sıklığının ve tedavi sırasında gelişen viral hepatit alevlenme sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Metod: Kliniğimizde TNF alfa antagonisti tedavisi altında takipli hastaların tedavi öncesi viral hepatit tarama amaçlı bakılan HbsAg, Anti-Hbs, Anti Hbc IgG ve anti HCV sonuçları ile verilen TNF alfa antagonistleri, tedavi ve takip süreleri retrospektif olarak poliklinik dosyalarından ve hastane sisteminden taranarak elde edildi.

Bulgular: Polikliniğimizde takipli 510 hastanın (263 K/247 E) dosya ve hastane sisteminden taraması yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 43,38±13,06 idi. 265 hasta ankilozan spondilit (AS), 168 hasta romatoid artrit (RA), 45 hasta psöriatik artrit (PsA), 11 hasta juvenil idiopatik artrit (JİA), 2 hasta juvenil ankilozan spondilit (JAS), 7 hasta takayasu arteriti tanıları ile takip edilmekteydi. Ortalama takip süresi 40,79 ±28,92 ay idi. Tüm tedavi değişiklikleri ile birlikte toplam 249 hastaya etanersept, 205 hastaya adalimumab, 185 hastaya infliksimab ve 55 hastaya golimumab tedavisi verildi. TNF alfa antagonisti ile tedavi öncesi 212 hastada (%41,6) hepatit B açısından, 190 hastada ise (%37,3) hepatit C açısından tarama yapıldığı saptandı. Hepatit B taraması yapıldığı saptanan 212 hastanın 5'inde (%2,3) HbsAg pozitif saptandı ve bu hastaların tedavisine TNF alfa antagonisti öncesinde anti viral tedavi eklendiği tespit edildi. Takipte bu hastalarda herhangi bir viral hepatit alevlenmesi saptanmadı. 6 hastada izole Anti Hbc IgG pozitifliği saptanmış olup bu hastalara herhangi bir profilaksinin verilmediği ve takipte viral hepatit alevlenmesinin gelişmediği saptandı. 298 hastada (%58,4) viral hepatit taraması ile ilgili herhangi bir veriye ulaşılamadı. 298 hastanın TNF alfa antagonisti tedavisi sırasında 1 tanesinde akut hepatit C, 1 tanesinde de akut hepatit B gelişti. Akut hepatit C, JAS tanılı hastanın infliksimab tedavisinin 6. yılında geliştiği ve tedavisinin sonlandırılarak hepatit C tedavisine başlandığı saptandı. Akut hepatit B ise PsA tanılı hastanın adalimumab tedavisinin 3. yılında geliştiği ve tedavisinin sonlandırılarak akut hepatit B tedavisi başlandığı saptandı. Her iki hastada da viral hepatit alevlenmesi sırasında fulminan hepatit bulguları saptanmadı.

Sonuç: Polikliniğimizde takipli 510 hastanın sadece 2 tanesinde (%0,39) TNF alfa antagonisti tedavisi altında akut viral hepatit gelişmiş olup, tarama yapılan hastaların da 5 tanesinde (%2,3) HbsAg taşıyıcılığı saptanmıştır. HbsAg taşıyıcılığı saptanan hastalarda anti viral tedavi altında viral hepatit alevlenmesi görülmemiştir. İzole Anti Hbc IgG pozitifliği olan hastalarda ise anti viral tedavi verilmediği halde takipte viral hepatit alevlenmesi görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: TNF alfa antagonisti, hepatit B, heaptit C

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0407

PP-231

TAKAYASU ARTERİTİ VE PSÖRİAZİS BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**Ali Şahin¹, Doğan Seven², Mustafa Asım Gedikli², Sibel Berksoy Hayta³, Mehtap Şahin⁴, Yunus Durmaz¹**¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Romatoloji Bilim Dalı²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı⁴Sivas Numune Hastanesi, FTR Ünitesi

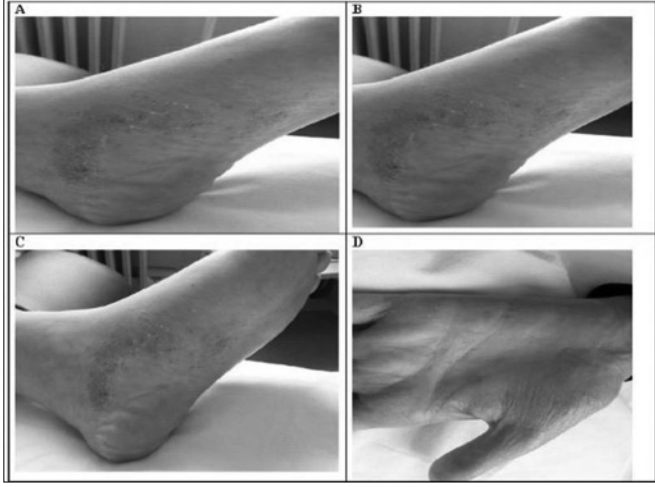
Giriş: Takayasu arteriti (TA), nabızsızlık hastalığı olarak da bilinen, genç yaştaki bayanları sıklıkla etkileyen, aorta ve ana dallarını tutan, granülatöz bir büyük damar vaskülitidir. Psöriazis toplumun %1-3ünü etkileyen, derinin remisyon ve relapslarla seyreden inflamatuvar, proliferatif bir hastalıdır. Deri dışında eklem tutulumu, DİP, asimetrik oligoartiküler, simetrik poliartiküler, aksiyel iskelet tutulumu, artritis mutilans, tırnak, göz, kalp gibi sistemik tutulumları olabilmektedir. Biz bu sunumda TA ve psöriazis birlikteliğini sunmak istedik.

Olgu: 30 yaşında bayan hasta romatoloji polikliniğine sağ alt bacakta olan döküntülü lezyonları nedeniyle başvurdu. Hastanın 16 yıldır TA tanısı ile takipli olduğu ve metotreksat, steroid, asetilsalisilik asit, ara sıra NSAİİ aldığı öğrenildi. Hastanın sağ diz eklemine ağrı şikayeti üç haftadır devam etmekte ve döküntülü yara (hasta tarifi ile) şikayetinin de eklenmesi üzerine kliniğe başvurmuş. Ailede babada ve kuzeninde ankilozan spondilit öyküsü dışında özellik saptanmadı. Hasta TA açısından tekrar değerlendirildiğinde, konstitüsyonel semptomlarının olduğu (ateş, yorgunluk, halsizlik, kilo kaybı), her iki diz, ayak bilekleri ve sağ el bileğinde ağrı olduğu saptandı. Muayenede boyunda üfürüm, kollarda güçsüzlük, sol kolda nabız alınamıyordu. Kollarda, bacaklarda, avuç içlerinde belirgin püstülotik döküntülü lezyonları vardı. Laboratuvarında inflamatuvar belirteçleri (ESH, CRP) yüksekti, lökositozu vardı (steroid kullanıyordu). Anjiyografide arkus aorta, subklavian arter çıkışında darlık vardı. Hastanın yaraları kendiliğinden iyileşip daha sonra yeniden ortaya çıkıyordu. Muayenesinde benzer lezyonların saçlı deri, diz, ayak bilekleri ve karın cildinde de olduğu saptandı. Hastanın cilt lezyonlarından alınan biyopsi sonucu psöriazis ile uyumlu olarak saptandı. Brucella, HBV, HCV, HIV, RF, ANA, CCP negatifti. Hasta daha önce azatioprin, steroid, metotreksat kullanmış fakat yanıt alınmamıştı. Hastaya hem TA hem de psöriazis açısından infliksimab 300 mg başlandı. Bu tedavi ile hastada klinik ve laboratuvar anlamlı yanıt elde edildi. Hastanın takipte psöriatik lezyonları da geriledi.

Sonuç: TA'nın daha önce sarkoidoz, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, ankilozan spondilit, psöriatik artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları (Crohn, ülseratif kolit), ailevi Akdeniz ateşi ile birliktelikleri bildirilmiştir. Yine TA ayırıcı tanısında özellikle ülkemizde Behçet hastalığı ve diğer vaskülitler, RA, SLE, fibromusküler displazi, sifiliz, tüberküloz, IgG4 ilişkili hastalıklar, Marfan sendromu gibi kollegenozlar nörofibtomatozis, ilaçlar düşünülmelidir. Bu vakada olduğu gibi psöriazis acaba ilk tanı sırasında da olup da kullanılan tedaviler (metotreksat gibi) psöriazisin klinik bulgularını maskeleyebilir mi sorusu akla geliyor. TA ve psöriazis birlikteliğinde henüz bilmediğimiz, çözemediğimiz

farklı ve/veya ortak genetik, HLA tiplerinin, inflamatuvar yolların rolü olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Psöriazis, Takayasu arteriti



Şekil 1. Hastanın bacak, ayak tabanı ve avuç içinde püstülotik psöriatik lezyonları.

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0409

PP-232

SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA OTOİMMUN HEPATİT VE PRİMER BİLİER SİROZ SIKLIĞI

Duygu Tecer¹, Hamit Küçük², Rıdvan Mercan², Berivan Bitik², Abdurrahman Tufan², Mehmet Akif Öztürk², Şeminur Haznedaroğlu², Berna Göker²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sjögren Sendromu, başta gazyaşı ve tükürük bezi olmak üzere ekzokrin glandların lenfositik infiltrasyonu ve destrüksiyonu ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Akciğer, karaciğer, tiroid bezi ve santral sinir sistemi gibi ekzokrin olmayan organlarında tutulabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada amacımız, Sjögren Sendromlu hastalarda otoimmün hepatit ve primer biliyer siroz sıklığını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza, 2002' de revize edilen Amerika-Avrupa konsensus grubu Sjögren Sendromu Sınıflandırırma kriterlerine göre, Sjögren Sendromu tanısı konulmuş hastalar dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı ve laboratuvar değerleri kaydedildi. Sekonder Sjögren Sendromu tanısı olan hastalarda, eşlik eden romatizmal hastalık da not edildi.

Sonuç: Çalışmamıza dahil edilen 231 hastanın, 206 (%89)'sı Primer Sjögren Sendromlu, 25 (%10.8)'i Sekonder Sjögren Sendromluydu. PSS' li hastaların 3 (%1.5)'ünde otoimmün hepatit, 6 (%2.9)'sında primer biliyer siroz mevcuttu. SSS'li hastalarda ise otoimmün hepatit yada primer biliyer siroz mevcut değildi.

Sonuç: PSS' li hastalarda, ekzokrin glandlar dışında en sık tutulum karaciğerde meydana gelir. Hastalarda karaciğer enzimlerinde yükselme, hepatomegali, otoimmün hepatit veya primer biliyer

siroz gelişebilir. Çalışmamızdaki otoimmün hepatit ve primer sjögren sıklığı, daha az hasta sayısı ile yapılan önceki çalışmalardan daha düşük bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: otoimmün hepatit, primer biliyer siroz, sjögren sendromu

Diğer

Abstract:0257

PP-233

PAROTİS BEZİ TUTULUŞU İLE BAŞVURAN SARKOİDOZ OLGUSU

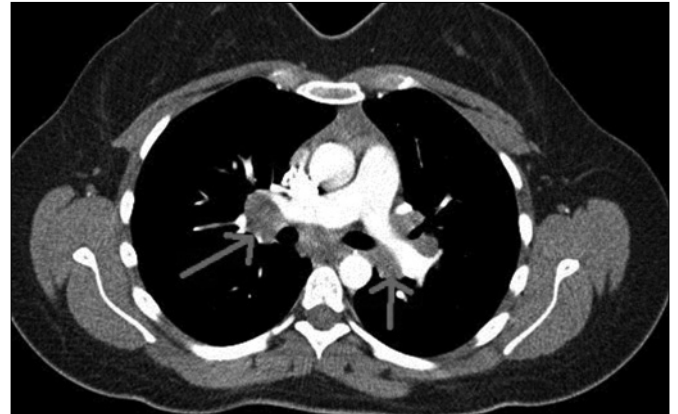
Şenol Kobak¹, Hatice Yılmaz¹, Yasin Göksu¹, Fidan Sever²

¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sarkoidoz, non-kazeifiye granülom formasyonu ile karakterize, nedeni bilinmeyen bir kronik, inflamatuvar hastalık. Sıklıkla bilateral hiler lenfadenopati, göz, deri ve lokomotor sistem tutuluşu yapmaktadır. Ekzokrin bez tutuluşu sonucu, sıkka semptomlarına sebep olabilmektedir ve Sjögren sendromu taklit edebilmektedir. Bu bildiriye parotis tutuluşu ile başlayan bir sarkoidoz olgusunu rapor ettik.

Olgu: 27 yaşında bayan hasta, 1ay önce başlayan her iki parotis bezinde şişlik, ağız kuruluğu, artralji, her iki ayak pretibial bölgede eritema nodosum deri lezyonu şikayetleri ile KBB polikliniğine başvurmuş. Burada yapılan tetkikler sonucu akut parotit tanısı ile 15gün boyunca antibiyotik tedavi uygulanmış. Fakat şikayetleri gerilemeyen hasta iltihap için Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Yapılan fizik muayenesinde her iki parotis bezinde şişlik mevcuttu. Lokomotor sistem muayenesi olağan idi. Laboratuvar tetkiklerinde; KCFT, BFT ve rutin idrar normal olarak tespit edildi. Akut faz reaktanları(ESH ve CRP) normal idi. Serolojik testlerde;ANA, RF, ANA profil, C3; C4, anti-CCP antikorları normal olarak saptandı. Çekilen AC grafide hiler dolgunluk(Şekil 1), toraks BT 'de ise 1cm çapında bilateral hiler ve mediastinal LAP tespit edildi(Şekil 2). Serum ACE düzeyi:71.4(normal 8-52 U/L) olarak bulundu. Dış merkezde yapılan Shimer ve BUT testleri normal, alınan dudak biopsi patoloji sonucu ise non-kazeifiye granülom(sarkoidoz) ile uyumlu rapor edildi. Hastaya klinik, serolojik ve histopatolojik veriler ışığında sarkoidoz tanısı konuldu. NSAİİ başlandı ve takiplerin 3. ayında parotis bezlerinde şişlik belirgin bir şekilde gerilediği, eritema nodosum lezyonunun kaybolduğu gözlemlendi.



Şekil 1. Toraks BT'de bilateral hiler ve mediastinal LAP

Sonuç: Sarkoidoz, birçok primer romatolojik hastalıkları taklit edebilir ve/veya birlikte görülebilir. Ekzokrin bez tutuluşu, sarkoidozun nadir, fakat önemli tutuluşlarından birisidir. Sikka semptomları ile prezante olabilir ve Sjögren sendromu taklit edebilir. Bunun önemi iyi bilinmektedir, nitekim Amerika-Avrupa kriterlerinde de, Sjögren sendromu tanısı konulurken, sarkoidoz dışlanması gereken bir hastalıktır

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, parotis bez, tutuluş

Sistemik Lupus Eritematozus, Anti-fosfolipid Sendromu, Skleroderma, Sjögren Sendromu, Miyozitler, Diğer Bağ Dokusu Hastalıkları

Abstract:0412

PP-234

İNTERFERON TEDAVİSİNE SEKONDER LİVEDO RETİKÜLARİS VE DİJİTAL İSKEMİ; OLGU SUNUMU

Ayşe Nur Tufan, Mustafa Ferhat Öksüz, Belkis Nihan Çoşkun, Selime Ermurat, Yavuz Pehlivan, Ediz Dalkılıç

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

Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. İnterferon-beta (IFN-beta), MS'de kullanılmakta olan birinci basamak tedavilerden biridir. IFN-beta ile ilişkili raynoud fenomeni, nekrotik dijital ülser, pulmoner arteriyel hipertansiyon, trombotik mikroanjyopati ve livedoid vaskülopati bildirilmiştir. Burada MS tanısı ile IFN-beta tedavisi almakta iken livedoid vaskülopati kliniği gelişen bir olgu sunuldu. 12 yıldır MS tanısı ile takipli olan ve 7 yıldır interferon beta-1b tedavisi kullanan 37 yaşında erkek hasta ellerde ve ayaklarda morarma şikayeti ile başvurdu. IFN-beta tedavisinin 5. yılında raynoud kliniği başlayan hastanın alt ekstremitelerinde daha belirgin olmak üzere livedoid görünümü dikkati çekmekteydi. Sorgusunda parmak uçlarında 'pitting ülser' tarif etmekteydi. Bakılan anti nükleer antikor, antikardiyolipin, lupus antikoagülanı, beta2 glikoprotein 1, antinötrofilik sitoplazmik antikor, HBsAg, anti HCV ve trombofili panelinde özellik saptanmadı. Sorgusunda konstitüsyonel şikayetler, karın ağrısı, purpurik döküntü gibi vaskülit semptomları bulunmamaktaydı. IFN-beta tedavisine ara verilen ve nifedipin, aspirin, pentoksifilin tedavisi başlanan hastanın bulgularında gerileme oldu. Livedo retikularis ve raynoud fenomeni IFN-beta tedavisinin nadir görülen bir yan etkisi olup patogenezi bilinmemektedir. Tip I interferonların vazokonstriktif ve prokoagülan etkileri ciddi sistemik komplikasyonlar doğurabilir. Vasküler yan etki ile uyumlu bulgular varlığında tedavinin kar-zarar dengesi gözetilerek değerlendirilmesi ve gereğinde erken sonlandırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: multipl skleroz, interferon-beta, livedo retikularis

Behcet Hastalığı ve Vaskülitler

Abstract:0385

PP-235

ÜVEİT İLE BAŞLAYAN PYODERMA GANGRENOZUM VAKASI

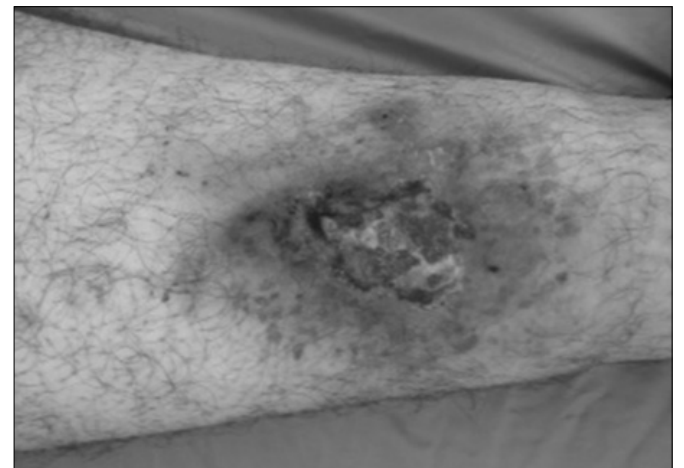
Keşer Gök¹, Soner Şenel²

¹Erciyes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²Erciyes Üniversitesi Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Pyoderma gangrenozum (PG) nadir görülen ülseratif kütanöz bir hastalıktır. PG'nin etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber, patogenezi anormal nötrofil kemotaksisinin primer sorumlu olduğu düşünülmektedir. PG cilt dışında da nötrofilik infiltrasyon yapabilmektedir. Aseptik pulmoner infiltrasyon en sık ekstrakutanöz bulgusudur. Kardiyak, gastrointestinal, santral sinir sistemi, kemik, göz ve lenf nodu tutulumları da diğer tutulumlarıdır. Bizim olgumuzda da göz tutulumu ile başlayan PG'li bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta; Mart 2014'te göz ağrısı ve gözde kızarıklık şikayeti ile göz hastalıklarına başvurmuş ve Anterior üveit tanısı almış. 1 ay sonra sağ bacak ön yüzünde ülserle bir lezyon oluşmuş, ardından lezyon büyüyüp derinleşmeye başlamış ve akıntılı hale gelmiş. Bu şikayetle ortopediye başvuran hastaya alt ekstremitte doppler ultrasonografi (USG) yapılmış ve normal tesbit edilen hasta romatoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın sorgulamasında üveit ve bacak ön yüzde yara haricinde özellik yoktu. Oral aft ve genital ülser öyküsü yoktu. Yapılan kan tetkiklerinde sedimantasyon 16 mm/saat, CRP 11,2 mg/L, RF 18,2 IU/ml, lökosit: 7500/µl, hemoglobin 14,6 g/dL, trombosit: 198.000/µl olarak saptandı. Diğer kan tetkiklerinde herhangi bir anormallik yoktu. Fizik muayenesinde sağ tibia ön yüzünde yaklaşık 10 cm çapında akıntılı ülserle lezyon (Şekil 1) tesbit edildi. Pyoderma gangrenozum ön tanısı konulan hasta yara yeri enfeksiyonu açısından enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Yara kültüründe Staf. aureus üreyen hasta, 10 gün enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarak intravenöz antibiyoterapi aldı. Kesin tanı amacıyla cilt biyopsisi önerildi ancak hasta kabul etmedi. Göz konsültasyonu istendi, üveit tesbit edilmedi. Takiplerinde enfeksiyonun gerilemesi üzerine hastaya Azatiyoprin 150 mg/gün ve metilprednizolon 16 mg/gün başlandı. 2 hafta sonra yapılan kontrolünde yarada belirgin iyileşme tesbit edildi.



Şekil 1.

Tartışma: Burada üveit ile başlayan PG'li bir vaka ele alınmıştır. Literatürde göz tutulumu ile PG birlikteliği nadir olarak bildirilmektedir. Pyoderma gangrenozum %50 oranında bir başka hastalıkla da birlikte olabilmektedir. Tanı diğer benzer şekilde cilt ülserasyonu yapan nedenlerin ekartasyonu ile konulmaktadır. Bunlar arasında maligniteler, vaskülitler, travma ve diyabet bulunmaktadır. Bizim olgumuzda da ilk olarak ayırıcı tanıda genç erkek hasta olması ve üveit öyküsünün olması nedeniyle Behçet hastalığı düşünülmüştür. Hasta biyopsiyi kabul etmediğinden Behçet tam olarak ekarte edilemedi ancak hastada oral aft ve genital ülser olmaması nedeniyle Behçet tanısından uzaklaşmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, sigara, vaskülit

Romatoid Artrit

Abstract:0417

PP-236

EROZİV ARTRİT İLE SEYREDEN FMF'Lİ HASTA

Fatih Göktepe¹, Gezmiş Kimyon², Bünyamin Kısacık², Orhan Zengin²

¹Ersim Arslan Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tipik olarak tekrarlayan ateş ve serozit ataklarıyla seyreder. FMF'te artrit sık görülen bir bulgudur ve genellikle monoartrit ve bazen de oligoartrit şeklinde olup sıklıkla 1 hafta sürer. Ancak bazen poliartiküler ve uzamış artrit görülebilir. FMF artriti genellikle nonerozivdir ancak literatürde poliartiküler ve eroziv artrit ile seyreden olgular bildirilmiştir. Biz burada eroziv artrit ile seyreden ve romatoid artrit (RA) ve anki-lozan spondilit (AS) tanısı alan FMF'li bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: 23 yaşında, kadın hasta el bileklerinde, dirseklerde, ayak bileklerinde ve dizlerde şişlik ağrı ve inflamatuvar bel ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yakınmaları 10 yıldan beri mevcutmuş. Hastanın belirgin konstitusyonel semptomları ve yürüme güçlüğü mevcuttu. Hastaya 5 yaşında karın ağrısı ve ateş ataklarının olması nedeniyle Suriye'de FMF tanısı konmuş ve hasta düzensiz olarak kolşisin kullanmış. Fizik muayene de simetrik poliartit ve el bileklerinde, dirseklerde ve kalça da belirgin kontraktürü mevcuttu. Labaratuvar testlerinde ESR:28 mm/h CRP:43 mg/l RF, CCP ve ANA negatif idi. El grafisinde periartiküler osteoporoz ve eklemlerde belirgin erozyon ve sakroiliak grafide bilateral grade 3-4 sakroileit mevcuttu. Hastanın FMF gen testinde homozigot M694I mutasyonu saptandı. Hastaya kolşisin, metotrexat, düşük doz steroid, sülfasalazin başlandı. Takiplerinde yüksek hastalık aktivitesi devam eden hastaya infliximab başlandı. Hastanın kısmi remisyon ile izlemi devam etmektedir.

Tartışma: FMF artriti sıklıkla diz, kalça, ayak bileği gibi büyük eklemleri etkiler ve monoartrit şeklinde tutulum yapar. Bizim hastamızda olduğu gibi nadiren poliartiküler ve eroziv tutulum olur. RA ve AS hastalarına FMF eşlik edebilir ve bu durum hastalığın kontrol altına alınması zorlaştırabilir. FMF'in eşlik ettiği RA ve AS hastalarında akut faz yüksekliğinin devam ettiği ve kötü prognostik faktör olabileceği gösterilmiştir. 5 yaşından bu yana FMF tanısı olan hastamızda eklem tutulumu pür FMF'e mi bağlı, yoksa FMF RA ve AS'nin progresif seyretmesine katkı yapan bir faktör mü ayırımını yapmak hastamızda olduğu gibi zor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, FMF, Anki-lozan spondilit



<http://www.romatoloji2014.org/>

TRD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

XV. Ulusal
Romatoloji
Kongresi

29 Ekim-2 Kasım 2014

Kaya Palazzo Otel,
Belek-Antalya

YAZAR DİZİNİ

A

Abbas, Sarah 105
 Acu, Berat 75
 Açikel, C. 48
 Açikel, Cengizhan 37, 41, 78
 Adaş, Mine 82
 Adibnia, Yasaman 30
 Adrovic, Amra 62
 Ak, Fikri 112
 Akansel, Neriman 167
 Akar, Servet 29, 32, 36, 41, 44, 94, 95, 96, 101, 121, 140, 164, 166
 Akarsu, Nurten 84
 Akbal, Ayla 67
 Akdoğan, Ali 21, 22, 28, 32, 34, 35, 67, 84, 87, 108, 115, 150, 156, 160, 162, 164, 165, 177, 182
 Akdoğan, Bülent 87
 Akıncı, Nurver 37
 Akkoç, Nurullah 23, 32, 36, 47, 49, 102, 104, 106, 178, 180
 Akkuş, Selami 83, 117, 124, 126
 Akpınar, İhsan Nuri 74
 Aksakal, Şengül 58, 109, 116, 124
 Aksentijevich, Ivona 45
 Aksu, Kenan 23, 26, 32, 44, 45, 78, 80, 85, 86, 93, 129
 Aktekin, Cem Nuri 124
 Aktekin, Lale 83, 124, 126
 Akyol, Lütfi 45
 Aldağ, Belgin 74, 179
 Aldağ, Mustafa 179
 Alemdar, Ayşenur Şahin 83
 Alemdar, Recai 83
 Alimgil, Murat Levent 80
 Alkan, Berat Meryem 83
 Alkan, Samet 72
 Alparslan, Güler Balcı 125
 Altunışık, Bilal 123
 Altunoğlu, Alpaslan 118, 171
 Anık, Yonca 76, 77
 Apraş, Şule 32
 Arıcı, Zehra Serap 160
 Arslan, Fatoş 29, 164

Arslan, Süleyman 138
 Arvas, Ahmet 142
 Aslan, Duran 59
 Aşlar, Zeynep Özbalkan 88, 100, 110, 148
 Atagündüz, Pamir 21, 45, 51, 130, 140
 Ataman, Şebnem 81
 Atar, Sevgi 91
 Ateş, Kıvılcım Eren 169
 Atik, Sevinç Şahin 121
 Atilla, Nurhan 71, 128, 130, 138
 Avanoğlu, Aslıhan 113
 Avcı, Ahmet 72
 Avcı, Ali Berkant 44, 103
 Avcı, Okan 47
 Ayan, Gizem 192
 Ayar, Koray 174
 Ayaz, Nuray Aktay 37, 48, 58, 61, 65, 98
 Aydın, Sibel Zehra 29, 45, 82, 140, 164, 178
 Aydın, Musa 149, 176
 Aydoğan, Gönül 61
 Aydoğan, Ümit 37
 Aydoğdu, Selime 175
 Aydoğmuş, Çiğdem 61, 65
 Ayhan, Arzu Sağlam 87

B

Babadağ, Burcu 125
 Babaoğlu, A. Kadir 76
 Babaoğlu, Hakan 21, 22, 34, 156
 Bakkaloğlu, Sevcan 37
 Balanescu, Andra 46, 108
 Balcı, Huriye 41
 Balcı, Mehmet Ali 50, 151
 Balcı, Umay
 Balkarlı, Ayşe 23, 26, 45, 86, 112, 122, 149, 171
 Barut, Kenan 26, 48, 50, 62, 142
 Baş, Seda 45
 Başbozkurt, Gökalp 37
 Başgöze, Barbaros 187
 Baştürk, Bilkay 113
 Battal, Hasan 175, 176
 Batu, Ezgi Deniz 45, 84, 160
 Baydar, Dilek Ertoy 87
 Baydemir, Canan 125

Bayındır, Özün 23, 44, 45, 78, 85, 86, 93, 129
 Baytaroğlu, Ata 163
 Berdeli, Afig 37, 41, 61
 Bes, Cemal 29, 77, 164, 171
 Beyazova, Mehmet 144
 Biçer, Mualla 91
 Biçer, Zenzem Tuba 131
 Bilge, Müge 82
 Bilge, N. Şule Yaşar 125, 140
 Bilge, Uğur 125
 Bilgen, Şule Apraş 22, 30, 34, 35, 67, 107, 108, 115, 150, 156, 160, 162, 164, 182
 Bilgin, Emre 21, 160
 Bilginer, Yelda 45, 48
 Bilici, Muhammet 110, 152, 154, 155
 Birlik, Merih 32, 47, 49, 102, 104, 106
 Bitik, Berivan 69, 112, 113, 116, 127, 140, 148, 171, 172, 173, 174, 190, 193
 Borazan, Serkan 90
 Bornaun, Helen 58, 98
 Bozcan, Selma 187
 Bozkırlı, Emine Duygu Ersözlü 29, 42, 63, 164
 Bozkurt, Devrim 78
 Bozkurt, Engin 83
 Börekçi, Şermin 24
 Bülbül, Hale 94, 95

C-Ç

Can, Beray Doğan 141
 Can, Gerçek 94, 95, 96, 101, 121, 166
 Can, Meryem 29, 45, 94, 101, 130, 164, 171, 183
 Candan, Ferhan 60
 Canete, Juan 46, 108
 Cansu, Döndü Üsküdar 75
 Cantez, Serdar 175
 Cefle, Ayşe 26, 119, 120, 150
 Cengiz, Ahmet Kıvanç 60, 84, 88, 142, 146

Ceylan, Yeşim 170
 Clowse, Megan 105
 Coşan, Fulya 150
 Coşkun, Belkıs Nihan 26, 134, 145, 147, 167, 191, 194
 Coşkun, Özlem 190
 Cush, John 105
 Cuyper, Dirk De 105
 Çağatay, Yonca 23, 26, 45, 171
 Çağlar, Ömür 155
 Çakan, Mustafa 58, 61, 65, 98
 Çakar, Nilgün 37
 Çakır, Necati 23, 94, 50, 101, 183
 Çalışkan, Kenan 63
 Çapar, Sedat 32
 Çay, Nurdan 118
 Çefle, Ayşe 23, 57, 89, 91, 92, 158
 Çelik, Selda 184
 Çelik, Zülfinaz Betül 159
 Çete, Yıldırım 44
 Çetin, Gözde Yıldırım 23, 26, 29, 45, 71, 128, 130, 138, 164, 171
 Çetin, Pınar 23, 32, 36, 47, 49, 102, 104, 106
 Çetinkaya, Fırat 34
 Çınar, Fatma İlknur 78
 Çınar, Muhammet 29, 36, 78, 143, 164
 Çınar, Suzan 56
 Çiçekli, Ayşe Akbulut 88, 126
 Çipe, Funda Erol 65
 Çiriş, İbrahim Metin 60
 Çobankara, Veli 23, 26, 45, 81, 86, 122, 141, 149, 171, 189
 Çolak, Ayfer 31

D

Dağ, Muhammed Sait 149
 Dağdeviren, Aydılek 142
 Dağlı, Mustafa Necati 64
 Dalkılıç, Ediz 26, 29, 81, 98, 102, 145, 147, 164, 167, 186, 190, 191, 194
 Değirmenci, Hatice 70

- Delibaş, Ali 37
Demir, Kenan 72
Demir, Kevser Gökçe 58, 109, 116
Demir, Tarık 72
Demir, Tunçalp 62
Demiralay, Ebru Çubuk 70
Demirci, Serpil 70
Demirkaya, Erkan 41, 48
Demirtaş, Ahmet 152
Deniz, Günnur 56
Deniz, Rabia 51, 114
Devecioğlu, Ömer 175
Dilek, Kamil 134
Dinçkan, Ayhan 103
Dinkçi, Suzan 48, 63, 152, 157, 172
Direskeneli, Güher Saruhan 74, 80
Direskeneli, Haner 21, 26, 36, 41, 44, 45, 51, 74, 80, 82, 114, 130, 171, 178, 179, 180
Doğan, İsmail 26, 29, 35, 43, 164, 182
Doğan, Mansur 146
Doğru, Atalay 60, 70, 122
Döğler, Firuzan Kaçar 99
Dölerslan, Mürşide Esra 167
Dönmez, İrfan 87
Dönmez, Osman 37
Dönmez, Salim 23, 69, 151
Duran, Fikret 25
Duran, Ümmügülsüm Doğan 143
Durmaz, Yunus 60, 68, 84, 88, 96, 126, 128, 142, 146, 192
Dursun, İsmail 158
Duruöz, Tuncay 55
Durusoy, Raika 93
Duymaz, Jülide 69
Düşünsel, Ruhan 59, 158
Düzgün, Nurşen 44
- E**
Eğilmez, Reyhan 88
Ekinci, Zelal 55, 76, 77
Elban, Naşide 97
Elbasan, Onur 167
Emlakçioğlu, Emel Cennet 168
- Emmungil, Hakan 26, 65, 86, 93, 169
Emre, Sevinç 37, 66, 175, 176, 177
Emreoğlu, Cüneyt 189
Enecik, Mehmet Emin 148
Ensaroğlu, Fatih 150
Er, Elif 78, 85, 86, 129
Er, Görkem 165
Erbağ, Gökhan 150
Erbasan, Funda 112
Erçin, Osman 66
Erdem, Hakan 78, 178
Erden, Abdulsamet 21, 22, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 67, 107, 108, 150, 155, 156, 160, 163, 164, 165, 169, 182
Erdoğan, Ö. 48
Erel, Özcan 117
Erenli, İhsan 111
Erer, Burak 168
Erer, Sait Burak 33
Ergin, Merve 117
Ergun, Tülin 74, 179
Ergül, Neşe 77
Erken, Eren 26, 44, 48, 63, 123, 152, 157, 171, 172, 180
Erken, Ertuğrul 63, 152
Ermete, Murat 101
Ermurat, Selime 145, 147, 167, 191, 194
Eroğlu, Eray 186
Erten, Şükran 41, 117, 118, 171
Ertenli, İhsan 21, 22, 23, 28, 30, 34, 35, 49, 67, 87, 107, 108, 115, 150, 155, 156, 160, 163, 164, 180
Ertürk, Adem 75
Esen, Bahar Artım 26, 56, 178, 187
Esen, İrfan 153
Esen, Selin 153, 154
Eşmen, Serpil Ergülü 26, 61
- F**
Feyzioğlu, Bahadır 174
Fidan, Ebru 81
Fidancı, Berna Eren 37, 41
- Fidancı, Kürşat 37
Förger, Frauke 105
Fresko, İzzet 24
- G**
Gayret, İrem 44, 103
Gedikli, Mustafa Asım 60, 68, 96, 126, 128, 146, 166, 192
Genç, Hamide Sevinç 58, 61, 65, 98
Gişi, Kadir 71, 128, 130
Gojak, Refet 62
Golembesky, Amanda 105
Gorczyński, Reginald 44
Gossec, Laure 46, 108, 115
Göçken, Abdülkadir 190
Göğüş, Feride 100, 144, 183
Gök, Faysal 41
Gök, Kevser 184, 185, 186, 194
Gökçay, Figen 78
Gökçe, Mustafa 128, 130
Göker, Berna 41, 69, 112, 113, 116, 127, 140, 148, 171, 172, 173, 174, 190, 193
Gökmen, Ferhat 67
Göksu, Yasin 136, 137, 144, 162, 193
Göktaş, Haluk 116
Göktepe, Fatih 195
Gönüllü, Emel 29, 164
Göze, Fahrettin 126
Gözkaman, Ayşe 134
Gunal, Esen Kasapoğlu 29, 164
Gücenmez, Özge Altuğ 73
Gücenmez, Sercan 26, 78, 85, 86, 93, 129
Gül, Ahmet 33, 41, 168, 178, 187
Gül, İbrahim 182
Gül, Kamile 42
Gül, Koray 66
Gülbaş, Zafer 140
Güler, Seda 125
Güllülü, Mustafa 147
Gümüşkemer, Tolga 113, 128
Gümüştas, Sevtap 150
- Günal, Esen Kasapoğlu 82, 140
Günay, Selim Mahmut 131
Gündoğdu, Barış 138, 139
Gündüz, Zübeyde 48, 59, 158
Günşar, Fulya 86
Gür, Emel 142
Gürbüzler, C. Ayça 175
Gürcan, Nagihan İnan 150
Gürkan, Hakan 69
Gürler, Oğuz 31
Güven, Berna Bozkurt 63
Güzel, Evrim 113
- H**
Hacıbedel, Başak 178, 180
Hacıoğlu, Ayşe 24, 30, 34, 177, 178, 180, 188, 192
Hatemi, Gülen 24, 187, 188, 189, 192
Hatipoğlu, Nevin 61
Hatipoğlu, Tuğçe 143
Hayta, Emrullah 146
Hayta, Sibel Berksoy 68, 88, 146, 192
Hazirolan, Tuncay 87
Haznedaroğlu, Şeminur 69, 112, 113, 116, 127, 140, 148, 172, 173, 174, 190, 193
Heiberg, Turid 46, 108
Helliwell, Philip 46, 108
Helvacı, Ayşen 82
Helvacı, Özent 160
Hızlı, Zeynep 175
Hizmetli, Sami 84, 88, 142
Hüseynova, Nergiz 43, 110, 106, 149, 152, 154, 155
- I-İ-J**
Işık, Özlem Özdemir 57, 91, 92, 119, 120
İnal, Vedat 78, 86, 93, 129
İnanç, Murat 26, 56, 177, 180, 187
İnanç, Nevsun 21, 45, 51, 82, 130

İnceer, Beşir Şahin 67
İncel, Nurgül Arıncı 103
Jolly, Meenakshi 127

K

Kabak, Şenol 29, 164
Kabasakal, Yasemin 129, 178
Kahraman, Münevver 44
Kalem, Ali 72
Kalfa, Melike 78
Kalyoncu, Umut 21, 22, 23, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 45, 46, 49, 84, 87, 107, 108, 111, 115, 150, 155, 156, 160, 162, 163, 164, 169, 182
Kamalı, Sevil 26, 168, 178, 187
Kanat, İlyas Ferit 118
Kanitez, Nilüfer 168, 178
Kaplan, Melike Mehveş 176
Kaptanoğlu, Ece 84, 142
Kara, Ertan 172
Kara, Sonat Pınar 27
Karaarslan, Ahmet 132, 137
Karaaslan, Yaşar 43, 44, 88, 100, 110, 112, 171, 180
Karabudak, Rana 111
Karabulut, Gonca 129
Karabulut, Yusuf 153, 154
Karaca, Neslihan 94, 95, 96
Karadağ, Duygu Temiz 57, 91, 92, 119, 120
Karadağ, Ömer 21, 22, 23, 26, 28, 30, 34, 35, 36, 44, 45, 49, 84, 87, 107, 108, 115, 150, 155, 156, 160, 162, 163, 164, 169, 182
Karadağ, Yeşim Sücüllü 112
Karadeniz, Muamer 135
Karagözlü, Fatih 176
Karakuş, Resul 113
Karaman, Mehmet Alper 61, 141
Karaman, Serap 175
Karapınar, Hekim 182
Karapolat, İnanç 161, 162
Karasu, Uğur 112

Karataş, Levent 83
Karatay, Canan 189
Karatay, Emrah 74
Karatepe, Berçem Afşar 159
Karlıdağ, Turgut 138, 139
Kasapçopur, Özgür 26, 37, 48, 50, 62, 142
Kastner, Daniel L 33
Kaşıfoğlu, Timuçin 26, 29, 32, 41, 75, 125, 164, 177
Kavukçu, Salih 37
Kaya, Arif
Kaya, Arif 127, 141, 172, 189
Kaya, Ergün Barış 177
Kaya, Erhan 122
Kaya, Fatih Öner 170
Kaya, Funda 93
Kayıran, Nuriye 72
Keleşoğlu, Ayşe Bahar 67, 162, 163
Keleşoğlu, Fatih Mehmet 66, 175, 176, 177
Kenar, Gökçe 32, 47, 102
Keser, Gökhan 44, 78, 80, 85, 86, 93, 129
Keser, İlke 131
Keser, Murat 104, 106
Keskin, Gökşal 148
Keskin, Havva 45
Keskindemirci, Gonca 58, 61, 65, 98
Ketenci, Sertaç 78, 85, 86, 93
Kılıç, Levent 21, 22, 23, 28, 29, 30, 34, 35, 46, 49, 67, 87, 107, 108, 115, 150, 155, 156, 160, 162, 163, 164, 165, 169, 171, 182
Kılıçkap, Saadettin 22, 35
Kılınç, Emine Özkul 72
Kır, Hale Maral 89
Kır, Mustafa 73
Kırcalı, Ekin 113
Kırtak, Necmettin 72
Kısaarslan, Ayşenur Paç 48, 59, 158
Kısacık, Bünyamin 23, 26, 29, 32, 36, 41, 43, 44, 49, 72, 106, 110, 149, 152, 154, 155, 164, 171, 176, 195

Kıyak, Emine 97
Kızıldağ, İsmail 123
Kibar, Filiz 48, 152
Kimyon, Gezmiş 26, 29, 43, 45, 49, 72, 98, 106, 110, 149, 152, 154, 155, 164, 176, 195
Kiraz, Sedat 22, 23, 28, 34, 35, 49, 67, 84, 87, 108, 111, 115, 150, 156, 160, 162, 164, 178, 182
Klitz, Uta 46, 108
Kobak, Şenol 132, 133, 134, 135, 136, 137, 144, 161, 162, 193
Koca, Süleyman Serdar 25, 64, 138, 139, 159, 177
Kocabaş, Fırat 180
Kocabaş, Hilal 168
Koç, Feray 121
Koçak, Hüseyin 103
Koçanoğulları, Hayriye 129
Koçer, Belgin 112
Koka, Aida 62
Konukbay, Dilek 48, 153
Korkmaz, Cengiz 75
Korkmaz, Fatmanur 51
Koyuncuoğlu, Hasan Rıfki 70
Kozacı, Didem Leyla 94, 95, 96, 104
Köktürk, Nurdan 116
Köseoğlu, Ebru 183
Köseoğlu, Elif 175
Köskenli, Vezir 170
Köşker, Tuba Aktan 118
Kudaş, Özlem 48, 66, 123, 152
Kurt, Can Ebru Bekircan 111
Kurt, Recep 182
Kurtuluş, Duygu 134
Kuru, Ömer 81
Kurum, Esra 140
Kutlu, Nagehan Dik 145
Kuzgunbay, Barış 63
Küçük, Adem 174
Küçük, Hamit 69, 113, 116, 127, 140, 148, 172, 173, 174, 190, 193
Küçükşahin, Orhan 23, 29, 36, 118, 164
Kvien, Tore 46, 108

L

Luger, Thomas 46, 108
Luijgens, Kristel 105

M

Maccarone, Mara 46, 108
Mahadevan, Uma 105
Makay, Balahan 48, 55, 73
Makay, Balahan Bora 37
Maksymowych, Walter 140
Malhan, Simten 124
Mankır, Meltem Yener 126
Maraş, Yüksel 182
Matyar, Selçuk 152
Melikoğlu, Melike 24, 34
Mengi, Alperen 45, 94, 101, 183
Mengi, Gönen 83, 100, 144
Mercan, Rıdvan 69, 112, 113, 127, 116, 171, 172, 173, 174, 190, 193
Mungan, H. Neslihan Önenli 123
Mungan, Halit Eyyüp 140
Muradova, Günay 175
Murat, Sadiye 45
Muti, Aybüke 167
Mutlu, Bülent 177
Müezzinoğlu, Bahar 120

N

Nalbant, Selim 170
Nazıroğlu, Mustafa 122
Nişli, Kemal 66

O-Ö

Ocak, Birol 154
Oğuz, Ayten 42
Okay, Müfide 165
Oksel, Fahrettin 81, 129
Okumuş, Nigar Gülfer 176
Okuturlar, Yıldız 134
Ombrello, Michael J 33
Omma, Ahmet 23, 26, 29, 88, 100, 110, 148, 164, 171
Onan, Sertaç Hanedan 98
Onat, Ahmat Mesut

- Onat, Ahmet Mesut 23, 29, 32, 41, 43, 44, 45, 49, 72, 81, 98, 106, 110, 149, 152, 154, 155, 164, 171, 176, 177
- Oran, Mustafa 27
- Orhan, Bedrettin 138
- Orhan, Sibel Okuyucu 25, 139
- Oruçoğlu, Nurdan 98, 186, 190
- Otsa, Kati 46, 108
- Öcal, Lale 26, 178, 187
- Öksel, Fahrettin 177, 180
- Öksüz, Ergun 124
- Öksüz, Mustafa Ferhat
- Öksüz, Mustafa Ferhat 23, 29, 36, 145, 147, 164, 167, 171, 190, 191, 194
- Ömer, Karadağ 115
- Ömeroğlu, Rukiye Eker 66, 175, 176, 177
- Önalın, Ebru 25, 159
- Öncel, Güray 135
- Önen, Fatoş 23, 32, 36, 47, 49, 102, 104, 106
- Öner, Fatma Alibaz 44, 45, 74, 80, 114, 140, 179
- Öner, Sibel 36
- Öner, Sibel Yılmaz 130
- Öngen, Gül 24
- Örmeci, Tuğrul 77
- Özaslan, Ersin 186
- Özbaş, Hasan Mücahit 109
- Özbek, Süleyman 180
- Özçelik, Gül 37, 41
- Özdamar, Sevim Erdem 111
- Özdemir, Aysel 167
- Özdemir, Erdoğan 73
- Özdemir, Erman 73
- Özdemir, Filiz Türe 114
- Özdemir, Mehmet 174, 189
- Özdemir, Pınar Kutlutürk 73
- Özden, Aslan 41
- Özden, Fatih 81
- Özdoğan, Huri 24, 30
- Özen, Gülsen 21, 26, 45, 51, 82, 114, 130
- Özen, Seza 41, 45, 48, 84, 160
- Özenç, Salim 37
- Özer, Hüseyin Turgut E. 66
- Özercan, İbrahim Hanifi 25, 159
- Özgen, Metin 36
- Özgüler, Yeşim 24, 34, 187, 192
- Özgür, Fethiye 102
- Özişler, Cem 29, 79, 164
- Özkan, Metin 186
- Özkaraman, Ayşe 125
- Özkul, Özlem 57
- Özmen, Mustafa 86, 94, 96, 101, 121
- Öztunc, Funda 62
- Öztürk, Kübra 55, 76, 77
- Öztürk, Mehmet Akif 32, 44, 69, 113, 116, 127, 140, 148, 171, 172, 173, 174, 190, 193
- Öztürk, Özlem Görüroğlu 48, 152
- Özütemiz, Ahmet Ömer 86
- Özyazgan, Yılmaz 33
- P**
- Pamuk, Barış Önder 94
- Pamuk, Gülsüm Emel 69, 151
- Pamuk, Ömer Nuri 23, 26, 44, 45, 49, 50, 69, 151
- Pay, Salih 36, 78, 143, 180
- Pehlevan, Seval 29, 164
- Pehlivan, Özlem 56
- Pehlivan, Seda 98, 102, 186
- Pehlivan, Yavuz 23, 26, 36, 72, 98, 102, 145, 147, 171, 176, 191, 167, 186, 190, 194
- Pehlivanoğlu, Cemile 175
- Peru, Harun 37, 48
- Pırıldar, Timur 81
- Polat, Adem 37
- Poyrazoğlu, Hakan 37, 158
- R**
- Remmers, Elaine F 33
- Reşorlu, Hatice 67
- Reşorlu, Mustafa 67
- S-Ş**
- Saldır, Mehmet 37
- Sandıkçı, Sevinç Can 100, 148
- Sargın, Gökhan 56, 85, 90, 99
- Sarı, İsmail 23, 31, 32, 36, 49, 104, 106
- Sarı, Oktay 37
- Sarı, Refik Ali 58, 109, 116, 124
- Sarı, Şirin Akın 121
- Sarıtaş, Fatih 151
- Sarıtaş, Fatih 23, 69
- Sarı, İsmail 47, 102
- Satorius, Colleen 33
- Savaş, Yılmaz 67
- Sayarlıoğlu, Mehmet 23, 26, 32, 36, 41, 45, 71, 130, 171
- Saygın, Caner 187, 188, 189
- Sedef, Ali Murat 63
- Semiz, Hüseyin 132, 133, 134, 161
- Sen, Gözde 84
- serin, Sibel 134
- Seven, Derya 128, 166
- Seven, Doğan 60, 68, 96, 126, 128, 166, 192
- Sever, Fidan 133, 135, 193
- Seyahi, Emire 24, 33, 34, 41
- Sezgin, Gülbüz 170
- Sezgin, Melek 103
- Shaughnessy, Laura 105
- Sinoplu, Ada Bulut 50
- Solmaz, Dilek 27, 32, 47, 49, 94, 95, 96, 104, 106
- Sözeri, Betül 37, 48, 59, 158
- Subari, Salih 110, 154, 155
- Sünbül, Murat 21, 51
- Şahin, Ahmet Bilgehan 190
- Şahin, Ali 29, 45, 60, 68, 84, 88, 96, 126, 128, 142, 146, 164, 166, 174, 182, 192
- Şahin, Alparslan 83
- Şahin, Fahri 78
- Şahin, Fatih 141
- Şahin, Günşah 103
- Şahin, Kubilay 43, 88, 100, 110, 112
- Şahin, Mehmet 60, 70, 122
- Şahin, Mehtap 68, 96, 192
- Şahin, Murat 42
- Şahin, Önder 175, 176
- Şahin, Özlem 142
- Şahin, Sezgin 26
- Şahin, Şafak 182
- Şahin, Tayfun 89, 92, 158
- Şahinkaya, Yasemin 26
- Şen, Nazan 131
- Şen, Özlem 117
- Şen, Sait 85
- Şencan, Hüseyin 60, 70, 122
- Şenel, Soner 23, 32, 41, 182, 184, 185, 186, 194
- Şener, Yusuf Ziya 169
- Şenocak, Mustafa 41
- Şenol, Altuğ 60
- Şentürk, Taşkın 56, 81, 85, 90, 99
- Şimşek, Doğan 37, 41
- Şimşek, İsmail 78, 177
- Şirin, Fikri 152
- T**
- Tabel, Yılmaz 37
- Takeuchi, Masaki 33
- Tan, Ersin 111
- Tarhan, Emine Figen 94, 96, 121, 166
- Taş, Didem Arslan 48, 152, 157, 172
- Taşçılar, Koray 187
- Taşçılar, Ethem Koray 34
- Taşkıran, Özden Özyemişçi 83
- Tatar, Olcay 163
- Tatlı, Ali Murat 65
- Taylan, Ali 31
- Tecer, Duygu 69, 103, 140, 148, 172, 173, 193
- Tekdemir, Ahmet 25
- Tekeoğlu, Senem 78, 85, 86, 93
- Tekinalp, Atakan 47
- Tekir, Dilek Bulut 176
- Temel, Şahin 122
- Temel, Tuncer 75
- Tepeli, Emre 86, 122
- Terzioğlu, Ender 180
- Terzioğlu, Mustafa Ender 44, 103
- Tezcan, Mehmet Engin 127
- Tezer, Dilara Balkan 178, 180

Tigen, Kürşat 21, 51
 Tomaş, Nazmiye 94, 95,
 101, 121, 166
 Topaloğlu, Aziz Serkan 135
 Topaloğlu, Muammer 149
 Toprak, Burak 31
 Toptaş, Tayfur 179
 Torgutalp, Murat 21, 22, 34,
 156
 Torun, Goncagül 123
 Torun, Tufan 189
 Tosun, Mustafa 88
 Toz, Bahtiyar 168, 178, 187
 Tozkır, Hilmi 69
 Tufan, Abdurrahman 41,
 44, 69, 112, 113,
 116, 127, 140, 148,
 171, 172, 173, 174,
 190, 193
 Tufan, Ayşe Nur 145, 147,
 167, 190, 191, 194
 Tufan, Müge Aydın 63, 131,
 181
 Tulunay, Aysin 114
 Tunca, Mehmet 41
 Tuncer, Aslı 111
 Tunç, Recep 174
 Tunç, Şevket Ercan 60, 70,
 122
 Tunçkale, Aydın 41
 Turgay, Tahsin Murat 113
 Turgut, Burhan 47
 Türker, Mehmet 154, 155
 Tutkun, İlknur Tuğal 33
 Türesin, Ahmet Kerim 60,
 126
 Türk, Ayşen 44
 Türk, İpek 48, 63, 66, 123
 Türk, Murat 116
 Türker, Mehmet 110
 Türkön, Hakan 67
 Türüdü, Elif 58
 Tüzün, Dilek 42

U

Uğurlu, Fatma Gülçin 83
 Uğurlu, Hatice 168
 Uğurlu, Serdal 24, 30, 34,
 41, 187, 192
 Uğuz, Abdulhadi Cihangir
 122
 Umdü, Nur Mine 84
 Uncu, Tunahan 60, 96, 126
 Uslu, Sadettin 96
 Usta, Sadettin 95
 Utku, Uygur 71, 128, 130, 138
 Uyanık, Mehmet Şevki 69,
 151
 Uz, Ebru 118
 Uzunaslın, Didem 187,
 188, 189
 Ünal, Ali Uğur 44, 45, 114
 Ünal, Nurettin 73
 Ünlü, Ali 72
 Ünlü, Berrin Öztaş 89
 Ünsal, Erbil 37, 48, 55
 Ünsal, Şevket Erbil 73
 Ünsür, Emel 158
 Üreyen, Sibel 44, 103
 Üstek, Duran 33

V

Veale, Douglas 46, 108
 Volkan, Ömür 94, 101, 183

W

Wit, Maarten De 46, 108
 Wolf, Douglas 105

Y

Yağcı, İlker 45
 Yağcı, Mehmet Fahri 60, 96,
 126, 128, 166

Yağız, Vehbi 134
 Yalçın, Bülent 117, 118
 Yalçın, Hülya 31
 Yalçınkaya, Yasemin 56
 Yanmaz, Müyesser Nergiz
 80, 82, 91
 Yarkan, Handan 32, 47, 102
 Yaşar, Canan Albayrak 119
 Yaşar, Şule 26
 Yavaşoğlu, İrfan 56, 90, 99
 Yavuz, Şule 26, 41
 Yayıkçı, İlker 142
 Yazar, Metin 69
 Yazıcı, Ayten 26, 57, 91, 92,
 119, 120
 Yazıcı, Hasan 34, 184
 Yazısız, Veli 44, 103
 Yel, Sibel 158
 Yentür, Sibel 74, 80
 Yeşil, Nesibe Karahan 43,
 88, 100, 110
 Yeşilkaya, Şirzat 37, 41
 Yıldırım, Ahmet 25, 138,
 139, 159
 Yıldırım, Bülent 105
 Yıldırım, Fatih 190
 Yıldırım, Malik Ejder 96
 Yıldırım, Nagehan Zeynep
 175
 Yıldız, D. 48
 Yıldız, Edibe 175
 Yıldız, Fatih 23, 26, 29, 41,
 44, 48, 65, 157, 164,
 169, 171, 172, 180
 Yıldız, Füsün 150
 Yıldız, Hamit 149
 Yıldız, Hicran 102, 167
 Yıldız, Kürşat 120
 Yılmaz, Ali 60, 96, 126
 Yılmaz, Duygu 192
 Yılmaz, Hatice 132, 131,
 133, 134, 135, 136,
 137, 144, 161, 162,
 193

Yılmaz, Hülya 70
 Yılmaz, Kenan 158
 Yılmaz, Neslihan 26, 45
 Yılmaz, Sedat 36, 78, 143
 Yılmaz, Sema 26, 29, 44,
 45, 61, 72, 141, 164,
 171
 Yılmaz, Turgay 139
 Yılmaz, Vural Taner 103
 Yılmaz, Yasin 177
 Yılmaz, Barış 29, 89, 92,
 150, 158, 164
 Yiğit, Murat 141, 149, 189
 Yolbaş, Servet 25, 64, 138,
 139, 159
 Yurdakul, Sebahattin 24, 41
 Yücel, Ahmet Eftal 63, 131,
 181
 Yücel, Gözde 50
 Yüksel, Mümine 93
 Yüksel, Selçuk 37

Z

Zencirci, Ertuğrul 134
 Zengin, Berrin 32, 47, 102,
 104
 Zengin, Orhan 43, 72, 106,
 110, 149, 152, 154,
 155, 195
 Zihni, Figen Yargucu 93,
 129
 Zorludemir, Suzan 123

NOTLAR

NOTLAR
