

## 2012romatoloji Kabul:Poster

Toplam: 221

[PP-001][Kabul:Poster][Diğer]

### 19 Sarkoidozlu hastamızın demografik özellikleri

Sengül Aksaka<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>1</sup>, Yasin Abul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD/İmmünoloji BD, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları ABD, Trabzon

Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen, genç erişkinlerde daha sık görülen, genellikle hiler lenfadenopati, akciğer infiltrasyonu, göz ve deri lezyonlarıyla seyreden kronik bir hastalıktır. Tanı genellikle klinik ve radyolojik bulgularla, bir ya da daha fazla sistemde histopatolojik olarak kazeifikasyon içermeyen granülomların gösterilmesiyle konulur. Kliniğimizde 2009- 2012 yıllarında izlenmiş 19 sarkoidoz olgusunun demografik özellikleri incelendi.

Kliniğimizde 2009-2012 tarihleri arasında 19 hasta sarkoidoz tanısı aldı. Hastaların 14'ü (%73) kadın, 5'i (%26,3) erkekti. Yaş ortalaması 52 idi. 60 yaş üstü 7 hasta (%36,8) vardı. 5 hastanın (%26,3) başvuru esnasında herhangi bir şikayeti yoktu ve rastlantısal olarak tanı konuldu. 5 hastada (%26,3) halsizlik, 9 hastada (%47,3) artrit veya artralji, 7 hastada (%36,8) nefes darlığı şikayeti mevcuttu. 7 hastada (%36,8) eritema nodozum, 2 hastada (%10,5) üveit, bir hastada (%5,2) nörosarkoidoz, 7 hastada (%36,8) hepatomegali tespit edildi. İki hastada (%10,5) hiperkalsemi ve bir hastada (% 5) kronik hastalık anemisi vardı. Tüm hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı yüksekti. 13 hastanın 7'sinde (%58,3) ACE düzeyi yüksek tespit edildi. 3 hastada (%15,7) ven trombozu tespit edildi. PPD testi bir hastada (%5) pozitif iken 18 hastada (%94) negatif olarak geldi. Evrelendirme yapıldığında 14 hastada (%73,6) evre bir, 5 hastada (%26) evre 2 tutulum mevcut idi. Tüm hastalara solunum fonksiyon testi yapıldı. İki hastada (%10,5) obstruktif tipte solunum fonksiyon bozukluğu tespit edildi. Bir hasta koopere olamadı. 9 hastanın pulmoner arter basıncı ölçüldü ve Bir hastada (%11) yüksek bulundu (40mmhg). 10 hastaya (%52,6) bronkoskopik biyopsi ile tanı konuldu. 9 hastanın (%47,3) tanısı radyolojik görüntüleme ve klinik bulgularla konuldu. Sarkoidozlu hastalar genellikle akciğer, eklem ve cilt bulguları ile doktora başvurdukları görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, Demografik özellikler

[PP-002][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

### Aile Taraması İçin Başvuruda İlk Bulgu Olarak Amiloidoz Saptanan FMF Olgusu

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

#### GİRİŞ

Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), otozomal resesif geçiş gösteren, tekrarlayan ateş, peritonit, plörit ve sinovit atakları ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF'in en önemli ve korkulan komplikasyonu AA tipi sekonder amiloidozdur. Amiloidoz gelişmiş olan FMF'li hastaların çoğu 40 yaşın altında bulunmaktadır. FMF'de inflamatuvar olayın şiddeti ile amiloidoz arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Hastaların çoğunda klinik bulgular silik olmasına rağmen amiloidoz ile karşılaşmak mümkün olabilmektedir. Kardeşinde FMF saptandıktan sonra aile taraması önerilmesi üzerine polikliniğimize başvurduğunda amiloidoz saptadığımız olgumuzu sunuyoruz.

#### OLGU

11 yaşındaki kız kardeşine tipik ataklar ile FMF tanısı konulan 20 yaşında kadın hasta aile taraması önerilmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Sistem sorgulamasında ara ara karın ağrısı, ateş ile karakterize ataklarının olduğunu belirtti. Muayenede eser pretibial ödem mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde ANA ve RF negatifti. Sedimentasyon ve CRP değerleri normal sınırlarda idi. İdrarda (++++) proteinüri mevcuttu. 24 saatlik idrarda protein atılımına bakıldığında 15305 mg/gün olduğu görüldü. Amiloidoz açısından rektal biyopsi yapıldığında amiloidoz saptandı. Sekonder amiloidoz

nedenlerine yönelik tekrar sorgulandı ve ailede FMF öyküsü nedeniyle gen mutasyon analizi yapıldı. M680 I ve V726 A heterozigot mutasyon varlığı saptandı. Hastaya 2 mg/gün kolşisin, 100 mg/gün losartan potasyum ve 2,5 mg/kg/gün azotiopürin başlandı. 3. aydaki kontrolünde proteinürinin 4 g/güne gerilediği görüldü.

#### TARTIŞMA

FMF ilişkili amiloidoz riski özellikle erkeklerde, artrit atakları olan hastalarda, M694V ve SAA alfa homozigot olgularda, MHC ile ilişkili gene (MICA) sahip olanlarda ve aile öyküsü olan olgularda artmaktadır. AA tipi olan amiloidozun ilk belirtisi eser proteinüri ve /veya hematürüdür. Şüphelenilen olgularda önce rektal biyopsi yapılır, negatif bulunur ise renal biyopsi ile tanıya gidilir. FMF ile ilişkili amiloidoz tanısı konan hastalara etkin tedavi yapılmazsa nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliği gelişebilmektedir. Renal amiloidoz gelişmiş hastalar daha önceden kolşisin almasalar bile, bu hastalara kolşisin mutlaka başlanmalıdır. Kolşisine dirençli FMF ile ilişkili amiloidozda, azatiopürin eklenmesi ile, proteinüri ve serum kreatinin seviyesinde azalma olduğu gösterilmiştir. Anti-TNF ilaç olan infliksimab, IL-1 reseptör antagonisti olan anakinra, deneme aşamasında olan ve SAA'nın glukozaminoglikan bağlanma bölgesine bağlanarak kompetitif inhibisyona yol açan eprodisat diğer tedavi seçenekleridir. Son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda, erken dönemde renal transplantasyon yapılmalı ve transplantasyondan sonra 1,5-2 mg/gün dozunda kolşisine devam edilmelidir.

#### SONUÇ

Yüksek riskli etnik gruplarda sebebi açıklanamayan proteinüri/amiloidoz varlığında FMF akla gelmeli ve erken dönemde kolşisin tedavisi başlanmalı, ailede FMF varlığında aile bireyleri asemptomatik de olsa proteinüri açısından taranmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Amiloidoz, FMF

### [PP-003][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]

#### Ailesel Akdeniz Ateş'li Hastalarda Serum Matriks Metalloproteinazlarının Önemi

Mustafa Dinc<sup>1</sup>, Yusuf Yazgan<sup>2</sup>, Kemal Öncü<sup>2</sup>, Yalçın Önem<sup>1</sup>, Serdar Hıra<sup>3</sup>, Mustafa Kaplan<sup>2</sup>, Alpaslan Tanoğlu<sup>2</sup>, İrfan Küçük<sup>2</sup>, Halil Onur Özarı<sup>2</sup>, Levent Demirtürk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi, İstanbul

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Gastroenteroloji Servisi, İstanbul

<sup>3</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Biyokimya Servisi, İstanbul

**Amaç:** Bu araştırma, doku tamiri ve yıkımında önemli rolleri olduğu bilinen ve aterosklerozun biyokimyasal bir belirteci olarak düşünülen serum matriks metalloproteinaz-9 (MMP9) ve doku metalloproteinaz inhibitörü-1 (TIMP1)'in, Ailesel Akdeniz Ateş (AAA)'lı hastalarda ataklı ve ataksız dönemlerde hastalığın aktivitesindeki rollerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem-Gereçler:** Araştırmamız gözlemsel, prospektif, vaka kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya daha önceden AAA tanısı konulmuş 76 erkek hasta ve hasta grubu ile benzer özelliklere sahip 40 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. AAA'lı hastaların peritonit atağı esnasındaki serum örnekleri değerlendirilmeye alınmış olup bunların 20'sinde artrit öyküsü bulunmaktadır.

**Bulgular:** Çalışmamızda AAA'lı hastalarda hem ataklı hem de ataksız dönemlerde serum MMP9 düzeyleri ve MMP9/TIMP1 oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu (sırası ile p=0,0001; p=0,0001). Serum TIMP1 seviyelerinde ise her iki dönemde de anlamlı bir değişiklik saptanmadı (sırası ile p>0,05; p>0,05). AAA'lı hastaların kendi içinde yapılan değerlendirmesinde atak sırasında ve atak sonrası dönemler arasında MMP9 ve TIMP1 seviyeleri açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Hastaların mevcut yaşı ile ataklı dönem TIMP1 düzeyi arasında negatif korelasyon saptandı (p=0,0008, r= -0,52). Hastalık başlama yaşı ile ataksız dönem TIMP1 düzeyi arasında negatif korelasyon saptandı (p=0,0001, r= -0,56). Kolşisin kullanma süresi ile ataklı dönem MMP9 ve TIMP1 düzeyleri arasında negatif korelasyon saptandı (sırası ile p=0,04, r= -0,36; p=0,02, r= -0,39).

**Sonuçlar:** Bu sonuçlar doğrultusunda AAA'lı hastaların hem ataksız hem de ataklı dönemlerinde anlamlı şekilde MMP9/TIMP1 dengesizliği olduğu gösterilmiştir. Bu MMP/TIMP sistem dengesizliği her iki dönemde de devam eden inflamasyonu yansıtır olabileceği gibi, tam tersine mevcut inflamasyonu baskılayabilmek için oluşturulan bir savunma mekanizması da olabilir. Ayrıca çalışmadan elde ettiğimiz bulguların, AAA'lı hastalarda ateroskleroz patogenezinin anlaşılması için planlanacak ileri çalışmalara ışık tutacak nitelikte olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz Ateşi, matriks metalloproteinazları

## [PP-004][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]

### **Ailesel Akdeniz Ateşi ve amiloidoza sekonder masif splenomegali ve kanama bozukluğu**

Tuğba Akın Telli<sup>1</sup>, Burak Yasin Aktaş<sup>1</sup>, Mehmet Emin Kuyumcu<sup>2</sup>, Metin Işık<sup>3</sup>, Ömer Karadağ<sup>3</sup>, Nilgün Sayınalp<sup>4</sup>, Murat Gürkaynak<sup>5</sup>, İhsan Ertenli<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

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

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi, Ankara

**Amaç:** Ailesel Akdeniz Ateşinde prognozu belirleyen en önemli komplikasyon amiloidozdur. Amiloid birikimi tek bir organa lokalize veya sistemik olabilir. Amiloidozun kliniğe yansımaları, birikimin yerine, miktarına ve hızına bağlıdır. Organdaki fonksiyon bozukluğu hayatı tehdit edici kanamalara kadar giden gürültülü bir seyir gösterebilir. Anormal kanamanın temel sebebi amiloid birikimi olmakla beraber; hiperfibrinolisis, koagülasyon faktör eksikliği, trombosit fonksiyon bozukluğu ve kan damarlarında frajilite artışı kanamanın diğer önemli patogenetik faktörleri olarak kabul edilmektedir.

Bu olgu sunumunda masif splenomegali, dirençli sitopeni ve kanama bozukluğu olan amiloidozlu bir AAA hastası sunulmaktadır.

**Olgu:** Çocukluğundan itibaren ateşli karın ağrısı atakları olan, 9 yıl önce proteinüri nedeniyle yapılan böbrek biyopsisi sonucunda AA tipte amiloidoz saptanan ve AAA tanısıyla kolşisin başlanan 31 yaşındaki erkek hasta, üst gastrointestinal kanama ve hematüri ile birlikte masif splenomegali, anemi, trombositopeni ve kanama bozukluğu etyolojisi araştırılmak üzere servisimize kabul edildi. Fizik muayenesinde kulak aurikularında yumuşama ve konkavite kaybı, masif splenomegali, gövde ve bacaklarda ekimotik lezyonlar saptandı. Hastanın bakılan hemoglobin düzeyi 8.8 g/dL, lökosit sayısı 9000, trombosit sayısı 41000 idi. INR düzeyi 1.7 olarak görüldü. Periferik yayması poikilositoz, akantositoz, pmnl %61, lenfosit:%38, platelet her alanda 1-2 kümeli olarak değerlendirildi. LDH düzeyi normal ve coombs testleri negatif, beta2 mikroglobulin düzeyi aşırı yüksek bulundu. Yapılan kemik iliği aspirasyonu biyopsisi "Normoselüler kemik iliği, damar çevrelerinde amiloid birikimi izlenmiştir." olarak değerlendirildi. Koagülasyon kaskadında tüm faktör düzeylerinin azaldığı görüldü. Bisitopeni etyolojisinde ön planda periferik yıkım ve/veya sekestrasyon düşünüldü. Trombosit agregasyon testlerindeki bozukluk amiloidoza bağlı olarak değerlendirildi. Hastanın kanama riskinin yüksek olması nedeniyle, mevcut hipersplenizm tablosuna yönelik splenektomi yapılamayacağına karar verildi ve 15 gün radyoterapi verildi. Ancak radyoterapiye rağmen trombositopenisi düzelmedi, dalakta küçülme izlenmedi. MEFV mutasyonu M694V homozigot olarak saptandı. İzleminde tekrarlayan hematokezya ve mikroskopik hematürisi olan hastaya eritrosit ve trombosit süspansiyonu, taze donmuş plazma ve fibrinojen replasmanları yapıldı. Takibinde nazokomiyal enfeksiyon gelişen hasta septik şok sonrası eksitus oldu.

**Tartışma:** Ailesel Akdeniz Ateşinde böbrek dışı amiloidoz birikimi daha az sıklıkta da olsa morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Dirençli sitopeni ve kanama bozukluğu olan AAA hastalarında amiloidoza bağlı birikim ve klinik seyir olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** amiloidoz, kanama bozukluğu

## [PP-005][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]

### **Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarına halen geç tanı konmaktadır**

Cemal Bes<sup>1</sup>, Mehmet Soy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

<sup>2</sup>Hisar İntercontinental Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayıcı ateş, serozit ve/veya artrit atakları ile karakterize otoinflamatuar bir hastalıktır. AAA, Türkiye'de sık görülmesine rağmen halen tanı konmasında güçlük çekilmekte ve oldukça geç dönemde tanı konabilmektedir. Bu çalışmamızda AAA tanısıyla takip edilen hastalarımızda tanıda gecikme süresi ve tanıda gecikme ile ilişkili faktörleri ortaya koymayı hedefledik.

Hastalar ve Metod: Bu çalışmaya Tel Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı konmuş 71 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalık yaşları, klinik özellikleri (aile öyküsü, peritonit, ateş gibi klinik belirtilerin varlığı, apendektomi öyküsü, amilodiyozis varlığı), hastalık şiddeti skoru (disease severity score), kullanılan ortalama günlük kolşisin sayısı saptanıp bu parametreler ile tanıda gecikme süresi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. İlk yakınma ile tanı konma yaşları arasındaki fark "tanıda gecikme süresi" olarak alınmıştır.

Sonuçlar: Olguların 30'u erkek, 41'i ise kadındı. Hastaların yaş ortalaması 33±11.91, hastalık yaşı ortalaması ise 16.59±11.65 yılı. Tanıda gecikme süresi tüm hastalar için ortalama 13.25±11.83 yıl iken, artrit atakları olan hastalarda ise (n:24) tanıda gecikme süresi 16.66±11.35 yılı. Hastalık şiddeti skoru tüm hastalar için ortalama 6.07±2.12, M694V homozigot gen mutasyonu olanlarda ise 8.11±2.19 bulundu.

Sonuçlarımız özetle:

1. M694V dışında, çalışılan mutasyonların varlığı yokluğu, klinik özelliklerin varlığı yokluğu, kadın – erkek cinsiyet arasında tanıda gecikme bakımından fark saptanmamıştır. Hepsi için p>0.05; (Student t testi ve Mann Whitney U testi);

2. M694V mutasyonun varlığı durumunda tanıda gecikme süresi ilginç olarak daha uzun bulundu (15.8±12.9 yıl; p: 0.011). M694V mutasyonun homozigot olarak varlığı durumunda da bu değişmemekte, tanı süresi yine daha uzun saptanmıştır.

3. M694V mutasyonun homozigot olarak varlığı durumunda hastalık şiddeti skoru, bu mutasyonun yokluğu veya heterozigot olarak varlığı durumuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (ANOVA; p: 0.000). Yani M694V mutasyonunun homozigot varlığında daha ağır hastalık tablosu olmaktadır.

4. Tanıda gecikme süresi ile kolşisin kullanma süresi arasında negatif korelasyon var:(r:-0.272; p:0.021).

5. Kolşisin kullanım süresi ile hastalık şiddeti skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r: 0.349; p:0.003): bu da ağır seyreden olgularda kolşisine daha erken başlandığını gösterir.

Tartışma: M694V homozigot mutasyonu taşıyan AAA hastalarında beklenildiği gibi hastalık daha ağır seyretmektedir. Artrit şeklinde atak geçiren hastalarda AAA tanısı, artrit atağı olmayan bireylere göre daha geç konulmuştur. Bunun nedeni de muhtemelen, artrit atakları geçiren hastalara yanlışlıkla akut eklem romatizması tanısı konmuş olmasıdır.

Sonuç olarak AAA, maalesef ülkemizde hala çok geç tanı konulabilen ve birinci basamak hekimler tarafından farkındalığı az olan bir hastalık olarak kalmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, Artrit

**[PP-006][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

**Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında atak dışı dönemde ve atak döneminde serum çinko düzeyleri ve oksidatif durum değişir mi?**

Soner Şenel<sup>1</sup>, Köksal Deveci<sup>2</sup>, Filiz Erkoç<sup>2</sup>, Abdulkadir Deniz<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya A.D

<sup>3</sup>4 Eylül Aile Sağlığı Merkezi, Sivas

Gerekeç: Ailesel Akdeniz Ateşi (Familial Mediterranean Fever, FMF), tekrarlayan akut ateş atakları ve serozal membranların inflamasyonu ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır. Ataklar en sık ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı, peritonit, plörit ve artrit ile seyreder. Ataklar sırasında spesifik olmayan immünolojik anormallikler ve artmış akut faz reaktan düzeyleri gözlenir. Bu bulgular genelde akut atak sonrası normale döner (1-5). Çinko (Zn) hücre aracılı immün fonksiyonlarda ve hücreyi oksidatif strese karşı korumada önemli rol oynar. Zn aynı zamanda antiinflamatuvar bir ajandır. Bu çalışmada amacımız FMF'li hastalarda akut atak sırasında ve ataksız dönemde serum Zn düzeylerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak ve atağa bağlı gelişebilecek oksidatif strese ilişkisini değerlendirmektir (6-8).

Yöntem: Çalışmaya Aralık 2010-Eylül 2011 tarihlerinde Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Kliniğine başvuran 50 atak dönemi (AD-FMF) bayan hasta, 38 remisyon dönemindeki (RD-FMF) bayan hasta ve benzer yaş grubunda 15 sağlıklı kontrol grubu bayan dahil edildi. FMF hastalarına Tel-Hashomeria kriterlerine göre tanı kondu (8). Hastaların atak dönemin ve remisyon dönemi, klinik ve laboratuvar bulguları dikkate alınarak belirlendi. Tüm hastalar kolşisin kullanıyordu ve yaşları 25-30 arasında idi. Sağlıklı kontrol grubundaki bireyler de herhangi bir sistemik hastalığı olmayan ve biyokimyasal parametreleri etkileyecek herhangi bir ilaç kullanmayan 20-35 yaş arası bayan bireylerden seçildi. Serum Zn düzeyleri direk kolorimetrik yöntem

kullanılarak ölçüldü. Serum total antioksidan kapasite (TAK) ve total oksidan stres (TOS) düzeyleri spektrofotometrik kit kullanılarak ölçüldü. Oksidan stress indeksi (OSİ) hesaplamak için [OSİ (arbitrary unit) = TOS ( $\mu\text{mol H}_2\text{O}_2 \text{ Eq/l}$ )/TAC ( $\mu\text{mol trolox Eq/l}$ )] formula kullanıldı. Sonuç: Grupların çalışma verileri tablo 1' de verilmiştir. FMF hasta gruplarında Zn ile TAK ve albumin düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulundu. Tartışma: Bu çalışmada FMF hastalarında oksidatif stresi değerlendirmek için TAK, TOS ve OSİ kullandık. Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırdığımızda FMF hastalarında hem atak dönemde hem de ataksız dönemde oksidatif stresin artmış olduğunu belirledik. Bu gruplardaki bireylerin serum Zn düzeylerini de ölçtüğümüzde oksidatif stresteki bu artışa serum Zn düzeylerindeki azalışın eşlik ettiğini tespit ettik. FMF hastalarında serum Zn düzeylerindeki bu azalma Zn'nun artmış tüketimine bağlı olabilir. Çünkü, antioksidan olarak Zn serbest radikal temizleyicisidir ve artmış oksidatif stres Zn düzeylerini azaltabilir. Aynı zamanda bu hastalarda kan Zn taşıyıcısı olan albuminin azalmış düzeyleride serum Zn düzeylerindeki bu azalıştan sorumlu olabilir. Sonuç olarak bu çalışmada biz FMF hastalarında serum Zn, TAK, TOS ve OSİ ölçümünün oksidatif stress inflamasyon ve immune durumun değerlendirilmesinde önemli göstergeler olacağı kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, Çinko

### Grupların demografik ve çalışma parametreleri

	FMF atak grubu n=50	FMF atak dışı grubu n=38	Kontrol grubu n=30
Yaş (yıl)	32.8 ± 13.6	29.9 ± 12.4	30.2 ± 8.9
CRP (mg/dl)	38.0 ± 43.9 a,b	3.1 ± 2.6	2.8 ± 2.1
Zn ( $\mu\text{g/dl}$ )	58.26 ± 15.64 a,b	68.78 ± 13.58 a	95.20 ± 17.61
TAC	1.22 ± 0.24 a	1.17 ± 0.21 a	1.54 ± 0.18
TOS	17.46 ± 13.87 a,b	9.43 ± 5.79 a	3.34 ± 1.18
OSİ	1.56 ± 1.45 a,b	0.83 ± 0.52 a	0.21 ± 0.08

a: Kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılık b: FMF-Ataksız grubundan anlamlı düzeyde farklılık ( $p < 0,001$ )

[PP-007][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

### Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında Uyku Bozukluğu Sıklığı

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bağcaci<sup>2</sup>, Savas Karpuz<sup>2</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) hastalarında uyku bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu (HBS) sıklığı değerlendirildi.

**Materyal-Metod:** Tel-haşomer tanı kriterlerine göre FMF tanısı konulan 86 hasta gönüllülük esaslarına göre çalışmaya dahil edildi. 32 erkek 54 kadın hasta alındı. 2 hasta FMF atağı geçirdiği için çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel değerlendirmede SPSS 17.0 kullanıldı. Tüm kategorik veriler sayı ve % olarak, numerik veriler mean ve SD ( standart sapma ) olarak gösterildi. Pittsburg uyku kalite indeksi (PUKİ) 5 ve 5'in altında olanlar ile 5'in üzerindeki hastalarda tüm tablo-1'de yer alan tüm parametreler karşılaştırılmıştır. Kategorik veriler ki-kare, fischer ve numerik veriler t-testi ile hesaplanmıştır. Uyku kalitesi ile ilişki açısından korelasyon yapıldı. (Pearson) Elde sonuçlar  $p < 0,05$  olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Sonuçlar**

Kolşisin alırken atak geçirenlerde PUKİ skoru 5'in üzerinde olanlar 33( %38,3) hasta idi. Başlangıçta ve takiplerinde ateşi olan hastaların 37'sinde (%43), peritonit olan hastaların 40'ında (%46,5), PUKİ skoru 5 üzerinde idi. Yılda geçirilen atak sayısı arttıkça uyku kalitesi bozulmaktadır ( $p=0,008$ ). Puki toplam skoru ile olan korelasyona bakıldığında kadınlarda uyku kalitesi erkeklere göre daha düşüktür ( $p=0,032$ ). Yine kolşisin tedavisine daha dirençli hastalarda ( $p= 0,003$ ), takiplerinde peritonit atakları olanlarda ( $p=0,047$ ) anlamlı ilişki saptandı. Febril myaljisi olan hastalarda

(p=0,01) ve yine atak sayısı fazla olanlarda PUKİ toplam skoru daha yüksekti (p=0,012). 86 hastanın 7'sinde(%6,02) huzursuz bacak sendromu saptandı.

#### Tartışma

FMF ataklar ile karakterize inflamasyonun olduğu bir hastalıktır.FMF'te hastaların çoğunda peritonit gelişmektedir.Atak sayısının fazla olduğu ve kolşisin tedavisine rağmen atakların devam etmekte olduğu hastalarda uyku kalitesi düşmektedir. Uyku kalitesi yaşam kalitesi üzerine etkisi olan bir durum olması nedeni ile FMF hastalarında uyku kalitesinin sorgulanması önemlidir.Hastalığın etkin tedavisi ve hastaların tedaviye uyumunun artırılması uyku kalitesi üzerine olumlu etkide bulunabilir.Uyku bozukluğu yapan diğer etyolojik nedenlerden olan huzursuz bacak sendromu ile ilişkisinin daha net ortaya konması için geniş katımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, Pittsburgh uyku kalite indeksi

**tablo1.**

		Puki <=5	Puki >5	P değeri
Cinsiyet: E K	32 54	19(%44,1)	13(%30,2)	0,132
Yaş	33,4±12,0	32,5 ±10,7	34,3 ±13,2	0,487
Kolşisin kullanım süresi	5,18±4,8	5,8± 4,9	4,5±4,7	0,217
Tanı yaşı	28,3±11,9	26,9±10,5	29,8±13,1	0,260
Pittsburgh toplam	6,5±4,0	3,32±1,52	9,67±3,27	< 0,001
Pittsburgh global > 5 puan	43 (%50)			
Hastada Renal yetmezlik	2(%2,3)	0	2( %4,6)	0,24
Ailede Renal yetmezlik	11(%12,6)	6( %14)	5( %11,6)	0,5
Hastada Amiloidoz	1(%1,1)	1(%2,3)	0	0,5
Ailede Amiloidoz	7(%8)	3(%7)	4( %9,3)	0,5
Alilede AAA	49(%56,3)	26(%60,4)	23(%53,4)	0,332
Ko-morbid	5(%5,7)	2(%4,6)	3(%7)	0,5
Kolşisin Dozu 1x0,5 mg 2x 0,5 mg 3x0,5 mg 4 x 0,5 mg	4 (%4,6) 30(%34,9) 47(%54,7) 5(%5,7)			
Kolşisin uyumu Tam Kısmi Uyumsuz	67(%77) 12(%13,8) 7(%8,1)			
Atak sayısı < 3 3– 6 >6	33(%76,7 ) 2(%4,6) 8(%18,6)	20( %46,5) 10(%23,3) 13(%30,2)		
Kolşisin alırken atak	49(%56,3)	16( %18,6)	33( %38,3)	<0,001
Ateş	67(%77)	30( %34,8)	37( %43)	0,059

Peritonit	74(% 85,1)	34(% 39,5 )	40( %46,5)	0,059
Plörüt	52(% 59,8)	26(% 30,2)	26((% 30,2)	0,586
Febrilmyalji	58(% 66,7)	26(% 30,2)	32(% 37,2)	0,125
Artrit	43(% 50)	20(% 23,2)	23(% 26,7)	0,333

*FMF demografik veriler ve Puki puanlaması*

**[PP-008][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığında ataksız dönemde bacak ağrısı, sıklığı yüksek ancak özgünlüğü düşük bir semptomdur**

Meryem Can, Gülbin Çalışkan, Sibel Öner, Nevsun İnanç, Pamir Atagündüz, Haner Direskeneli  
Marmara Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

#### **Giriş-Amaç:**

Birkaç saatten 2-3 güne değişen sürelerde seyreden alt ekstremitte efor miyaljisi Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) hastalarının %20'sinde bildirilmiştir. Dinç ve ark. ilk kez AAA'lı hastalarda ataksız dönemde alt ekstremitte şikayetlerini ve tetikleyen faktörleri hazırladıkları bir anketle sorgulamış ve sağlıklı popülasyondan belirgin yüksek oranda saptamışlardır (ref1) (tablo1). Biz de, bu çalışmamızda, daha yüksek sayıda hastada ve kontrol farklı hastalık gruplarında bu anketi tekrar uyguladık ve klinik bulgularla ilişkisini değerlendirdik.

#### **Metod:**

Çalışmaya 94 AAA (K/E: 64/30), 100 ankilozan spondilit (AS) (K/E: 51/49,) 81 Behçet hastası (BH) (K/E:46/35) ve 79 sağlıklı kontrol (SK) (K/E: 34/45) dahil edildi. Tüm hastalara tablo 1'deki soru anketi tek bir araştırmacı tarafından uygulandı (GÇ). Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedilerek bacak ağrısıyla ilişkisi değerlendirildi.

#### **Sonuçlar:**

AAA hastalarının ortalama yaşları sağlıklı kontrol grubuyla benzerken, AS ve BH gruplarının ortalama yaşları AAA grubuna göre daha yüksek idi [ort (SD): AAA: 33.2 (9.1), AS: 40.4 (9.5), BH: 37.5 (10.7) ve SK: 35.2 (11.2), p=0.01]. Hastalık süresi ise her üç grupta benzerdi [medyan (min-maks.): AAA: 8 (1-42), AS: 7 (1-25) ve BH: 5 (0-36), p=0.2]. Bütün AAA hastaları ataksız dönemde ve düzenli kolsişin [ortalama (SD): 1.5 (0.5) gr] tedavisi altındaydı. Yetmiş yedi (%82.8) AAA hastası uzun süreli ayakta kaldıktan ya da 6 saatte yakın araba yolculuğu yaptıktan sonra bacak ağrısı tanımlandı ve bu oran diğer üç gruptan istatistiksel olarak yüksek idi [AAA: 77 (%82.8), AS: 58 (%58), BH: 55 (%69.6) ve SK: 20 (%25.3), p=0.001](tablo 2). SK grubunda diğer soruların hepsinde de AAA grubuna göre düşük oranda pozitiflik saptandı (p=0.001). Ağrının karakterine yönelik diğer sorular içinde yalnızca ağrının başlangıç yaşı ile ilgili soruda (B1) AAA'lı hastalar ile AS ve BH grupları arasında belirgin farklılık gözlemlendi (% 52.7 vs % 13 ve % 11.1). Bacak ağrısının klinik bulgularla ve kolsişin kullanımıyla herhangi bir ilişkisi saptanmadı. Tartışma: Çalışmamızda AAA'lı hastalarda atak-dışı dönemde yüksek oranda bacak ağrısı saptandı. Uzun süreli ayakta kalma ve uzun seyahat en önemli risk faktörleri olarak göze çarpmaktadır. Ancak bu semptomun benzeri alt ekstremitte tutulumu yapabilecek inflamatuvar hastalıklara karşı özgünlüğü düşük bulunmuştur. Yine de, özellikle başlangıç yaşının çocukluk çağı olması bacak ağrısının hastalığın ana patogenezi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ankette "semptom şiddetine" yönelik değişiklikler özgünlüğü artırabilir.

Referans 1: Dinç A(2000) Non-periodic leg pain in patients with familial Mediterranean fever. Ann Rheum Dis 59(5).400.

- Her iki yazar eşit katkıda bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** AAA, Bacak ağrısı

#### **Tablo 1: Bacak ağrısı sorgulama anketi (Ref1)**

A-Uzun süre ayakta kalınca ya da 6 saate yakın araba yolculuğu yaptıktan sonra bacaklarınızda ağrı olur mu ?

Yanıtınız EVET ise lütfen aşağıdaki soruya geçiniz

B-1-Bu şikayetiniz çocukluğunuzdan bu yana var mıydı ?

B-2-Uzun süreli oturduğunuzda ya da ayakta kaldığınızda her seferinde bu şikayetiniz olur mu?

B-3- Daima iki taraflı mı olmaktadır ?

B-4-Bu şikayetleriniz 30 dk. dinlendikten sonra da devam eder mi ?

**[PP-009][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığında PTPN22 Gen Polimorfizminin Hastalığın Gelişimi ve Seyri Üzerine Etkisi**

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Zeynep Şeker<sup>2</sup>, Ali Şahin<sup>4</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Timur Tuncalı<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Şanlı Urfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gerekçe: PTPN22 T hücre reseptör sinyalinin inhibisyonunda önemli rol oynar. PTPN22 gen polimorfizminin pek çok otoimmün hastalıkla ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Bizim bu çalışmadaki amacımız; bazı otoimmün hastalıklarla ilişkisi olduğu bilinen PTPN22 gen polimorfizminin, otoinflamatuar bir hastalık olan AAA'da hastalığın ortaya çıkışı ve seyri üzerine etkisini araştırmaktır

Yöntem: Çalışmamızda 180 AAA'li hasta grubu ve 184 sağlıklı erişkin ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Hasta grubunun tutulan kayıtlarında; hastanın cinsi, yaşı, MEFV gen mutasyonu varlığı, ailesinde AAA hastalığının varlığı ve amiloidoz varlığı belirtilmiştir. PTPN22 geni, hasta ve kontrol gruplarındaki bireylerden elde edilen DNA örneklerinde PCR-RFLP yöntemi ile incelenmiştir.

Sonuçlar: Çalışmaya katılan 180 hastanın ortalama yaşı, 38.2 (SD ±11.6) Hastalardan 112 kişi (% 62.2) kadın, 68 kişi (% 37.8) erkekti. Cinsiyet ve yaş açısından, hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). PTPN22 gen polimorfizmi fmf li hastalarda (%4.5) heterozigot ve (%0.5) homozigot saptandı. kontrol grubunun ise (%2.8) heterozigot ve (%0.5) homozigot saptandı. FMF ve sağlıklı kontrol grubunda istatiki anlam oluşturacak farklılık saptanmadı.(p>0.005)

Tartışma: sonuç olarak FMF in klinik seyri ve patogenezinde PTPN22 C1858T gen polimorfizmi anlamlı bir rolünü gösteremedik. FMF ve PTPN22 C1858T gen polimorfizmi anlamlı ilişkisini gösterilememesine rağmen fmf deki Th 1 ilişkili inflamasyonda farklı PTPN 22 polimorfizimleri gösterilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** ailevi akdeniz ateşi, PTPN 22 Gen Polimorfizmi

**[PP-010][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığında Vitamin D eksikliği ve Endotelial Disfonksiyonla İlişkisi**

Meryem Can<sup>1</sup>, Rafet Eren<sup>2</sup>, Özgür Baykan<sup>3</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Goncagül Haklar<sup>3</sup>, Haner Direşkeneli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı



#### Giriş-Amaç:

Günümüzde inflamasyonla seyreden hastalıklarda aterosklerotik kardiyovasküler komplikasyon riskinin arttığı bilinmektedir. İntima medya kalınlığının ölçümü(CIMT) ve endotelial disfonksiyon(ED) prelinik aterosklerozu saptamak için kullanılmaktadırlar. Son yıllarda Ailevi Akdeniz ateşi(AAA) hastalarında artmış ateroskleroz ve endotelial disfonksiyonla ilişkili artan sıklıkta veri bildirilmektedir. Daha önceki çalışmamızda, vitamin D eksikliğinin ED ve CIMT ile ilişkisini göstermiştik. Bu çalışmamızın amacı AAA'lı hastalarda serum 25(OH)Vit D3 düzeyini belirlemek ve ED ile CIMT ile ilişkisini saptamaktır.

#### Metod:

Çalışmaya 62 AAA(K/E: 42/20, ort. yaş: 33.5 yıl), 43 ankilozan spondilit(AS) (K/E: 19/24, yaş: 40.9 yıl) hastası ve 46 sağlıklı kontrol(SK) (K/E: 26/20, yaş: 34.7 yıl) dahil edildi. Endotel fonksiyonu akıma bağlı artmış dilatasyon [(brachial artery flow mediated dilatation (FMD)], karotis intima-medya kalınlığı (CIMT) ise B-Mode ultrason ile değerlendirildi. Gruplar arası kıyaslamalar için Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

#### Sonuçlar:

AAA hastalarının ortalama hastalık süreleri 8.2(7.8) yıl ve AS hastalarının ortama hastalık süreleri 8.4(6.5)yıl olarak hesaplandı ( $p>0.05$ ). Bütün AAA hastaları ataksız dönemde ve hepsi düzenli kolsişin tedavisi altında idi. AAA ve AS hastalarında serum 25(OH)Vit D3 düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük saptandı [medyan(min-max): 11.1(3-48), 12.7(4-37) and 56(14-125), AAA, AS and SK, sırasıyla),  $p=0,001$ ]. Karotis intima-medya kalınlığı AAA ve AS hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre artmış saptanmakla birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ( $p>0.05$ ). FMD AAA hastalarında sağlıklı gruba göre düşük saptanırken AS hastalarıyla benzer şekilde ölçüldü( $p=0.03$ ,  $p=0.05$  sırasıyla). AAA hastalarında, serum 25(OH)Vit D3 düzeyleriyle CIMT ve FMD arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

#### Tartışma:

AAA hastalarında daha önce bildirilen çalışmalara benzer şekilde yüksek oranda serum vitamin D eksikliği saptanmıştır. Her ne kadar endotelial disfonksiyon vitamin D düzeyleri ile ilişkili saptanmasa da, vitamin D eksikliği atakların seyrini etkiliyor olabilir ve kolsişin dirençli vakalarla ilişkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** AAA, Endotelial disfonksiyon

**[PP-011][Kabul:Poster][Pediatrik Romatoloji]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi olan hastalarda MMP-3 gen polimorfizmlerinin vasküler fonksiyonlarla ilişkisi**

Betül Sözeri, Kadriye Özdemir, Sevgi Mir, Afig Berdeli  
ege üniversitesi tıp fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları a.d

#### Giriş:

Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), klinik olarak tekrarlayan peritonit, plevrit ve artrit gibi seröz zar tutulumuyla karakterize, histolojik ve laboratuvar bulgularıyla lokalize veya sistemik inflamasyon kanıtları olan, otozomal resesif geçiş gösteren genetik bir hastalıktır. Sistemik inflamasyon, ateroskleroz başlangıcı ve gelişimi açısından önemli bir faktördür. İnflamasyon ortaya çıkan matriks metalloproteinazlar (MMP), ekstrasellüler matriks yıkımına sebep olarak, damar duvarında hasara yol açar. Günümüzde MMP gen polimorfizmleri, birçok MMP alt tiplerinde tanımlanmıştır. MMP-3 genine etki eden polimorfizmlerin MMP düzeyinde değişikliğe yol açarak, koroner arter hastalığı ve ateroskleroz ile ilişkisi gösterilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, FMF tanısıyla izlenen hastaların ateroskleroz gelişimi açısından vasküler fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve bu sürece etki eden inflamatuvar ve genetik faktörlerin ortaya konulmasıdır.

#### Yöntem:

Ailevi akdeniz ateşi tanısı almış 47 (E/K=21/26) hasta ve yaş ve cinsiyet açısından hastalar ile uyumlu 50 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Hastaların klinik bulguları, atak sıklığı yanı sıra lipid profili ve akut faz yanıtı ataksız dönemde değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubunun Arteriyal katılık değerlendirmesi, karotis-femoral nabız dalga hızı (NDH-PWVfc) ölçümü ile Vicorder marka otomatik cihaz kullanılarak yapıldı. MMP-3 gen polimorfizmleri PCR yöntemi ile kullanıldı. Çalışma bulguları SSPS-13 paket programı ile değerlendirildi. Gruplara arasında karşılaştırma ve korelasyon testleri uygulandı.

#### Bulgular:

Hastaların tümünde PWV değerleri kontrol grubuna göre yüksek bulundur (P=0.05). PWV değerleri ile lipoprotein a ve SAA düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon saptandı (P<0.001, r=0.67 ve P<0.001, r=0.52). Hiçbir hastada hipertansiyon saptanmadı. Sık ataklı (>4/yıl) hastalarda (n=10) PWV değerleri diğerlerine göre yüksek saptandı. 5A/6A polimorfizminin dağılımı açısından hasta ve kontrol grubunda anlamlı bir farklılık saptanmadı (40%,32.8%, respectively p>0.05). hiperlipidemi ve arteriyel katılık ölçümleri yüksek olan hastalar ile değerlerinin genotop dağılımı ve allel sıklıkları açısından farklılık saptanmadı (p>0.05).

Sonuç:

Ailevi akdeniz ateşi tanısıyla izlenen hastalarda subklinik inflamasyonun arteriyel katılık oluşmasında etkili olduğu saptandı. MMP-3 geninde saptanan 5A/6A polimorfizminin, AAA hastalarında arteriyel katılık ile ilişkisi olmadığı saptandı. Sonuç olarak, AAA hastalarının çocukluk yaş grubundan itibaren genetik risk faktörlerinden bağımsız olarak inflamasyon döneminde olmasa bile ateroskleroz açısından riskli olduğu kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** ailevi akdeniz ateşi, çocukluk dönemi

**[PP-012][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi tanılı çocuklarda otonomik fonksiyonların kalp atım hızı değişkenliği ölçümü ile değerlendirilmesi**

M. Kürşat Fidancı<sup>1</sup>, Mustafa Gülgün<sup>1</sup>, Ayhan Kılıç<sup>1</sup>, Cengizhan Açikel<sup>2</sup>, Erkan Demirkaya<sup>3</sup>, Faysal Gök<sup>3</sup>, Seza Özen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>GATA Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>GATA Epidemiyoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>GATA Pediatrik Nefroloji ve Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Nefroloji ve Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Literatürde Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tanılı çocuklarda kardiyovasküler risk göstergesi olarak kalp hızı değişkenliği (KHD) analizi ile ilgili çalışma yoktur. Bu çalışmada; AAA tanılı çocuklarda KHD analizi ile kardiyak otonomik fonksiyonlar ve ekokardiyografik olarak olası kardiyak etkileri incelenmiştir.

**Gereç-Yöntem:** Kliniğimizde AAA tanısı ile takip edilen, düzenli kolşisin tedavisi alan ve atak döneminde olmayan 70 hasta (11,14±3,53 yıl; 43 erkek, 27 kız) transtorasik ekokardiyografi ve 24 saatlik ritim holter analizi ile değerlendirildi. Benzer yaş grubundan 50 sağlıklı çocuk (10,68±3,10 yıl; 30 erkek, 20 kız) kontrol grubu olarak alındı.

**Bulgular:** Zaman bağımlı KHD parametrelerinden olan SDNN değerinin hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptandı (t=-2.684, p=0.008). Frekans bağımlı KHD parametreleri hasta ve kontrol grubunda benzer bulundu.

**Tartışma:** Otoinflamatuar hastalıklarda artmış ateroskleroz, ritim ve ileti anormallikleri gibi kardiyovasküler riskler morbidite ve mortalite artışına neden olurlar. İleti anormalliklerinin önemli nedenlerinden bir tanesi otonomik tonustaki dalgalanmalardır. KHD otonomik fonksiyonları değerlendirmek için; güçlü, basit ve güvenilir bir tekniktir. Birçok otoinflamatuar hastalıkta KHD analizi ile otonomik disfonksiyon olduğu gösterilmiş, bu durumun ventriküler taşiaritmi ve ani kardiyak ölüm nedeni olabileceği vurgulanmıştır. Çalışmamızda AAA hastalarında SDNN değerleri kontrol grubuna göre düşük bulunurken, diğer parametreler ve ekokardiyografik değerlendirme benzer bulunmuştur. Düşük SDNN değerinin genel olarak kardiyak otonomik disfonksiyonu göstermesi ve mevcut olabilecek otonomik disfonksiyonun aritmi ve ani kardiyak ölüm gibi kardiyovasküler riskler taşıyabilmesi nedeniyle AAA hastalarını ritim açısından izlemek yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi akdeniz ateşi, kalp hızı değişkenliği

**[PP-013][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi Tanısıyla Takipli Bir Gebede İmmün Trombositopeni Gelişimi**

Müge Aydın Tufan<sup>1</sup>, Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı<sup>2</sup>, Melda Ulaş<sup>3</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, ankara  
<sup>2</sup>adana numune eğitim ve araştırma hastanesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, adana  
<sup>3</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, ankara

Ailevi Akdeniz ateşi (FMF), tekrarlayan ve sıklıkla kendini sınırlayan ates, seröz yüzeylerde enflamasyon ve bu nedenle oluşan karın, göğüs ve eklem ağrısı ile seyreden otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır. FMF'li hastalarda, poliarteritis nodoza (PAN) ve Henoch- Schönlein purpurası (HSP) gibi vaskülitik hastalıkların sıklığının arttığı bilinmektedir.

Olgu: 28 yaşında kadın hasta polikliniğimize 6 yaşından beri olan karın ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Ağrısı son bir yıldır 2-3 haftada bir olup, 48-72 saatte geçiyormuş. Beraberinde 12-24 saat süren ateş tarifliyordu. Özgeçmişinde apendektomisi mevcuttu. Fizik incelemesinde; Tüm karında hassasiyet tespit edildi. Hastanın yapılan laboratuvar testlerinde CRP 53mg/L, sedimentasyon 30mm/saat, fibrinojen 400, 24 saatlik idrarda 1,2 gr/gün proteinüri mevcuttu. Hastaya FMF tanısıyla kolşisin 3x1 adet başlandı. Yapılan duodenal biyopsi amiloidoz pozitif olarak geldi. Abdominal ultrason görüntülemesinde dalak 140mm'di. Poliklinik takiplerinde proteinürisi 500 mg'a gerileyen hasta tedavinin ikinci yılında gebe kaldı. Birinci gebeliği 8 hflıkken düşükle sonlandı. Sonrasında tekrar gebe kalan hasta, gebeliğin 28. haftasına kadar sorunsuz takip edildi. Gebeliğin 28. haftasında yapılan kontrolünde trombositleri 30.000 tespit edildi. Hastanın gönderilen ANA negatif ve antikardiyolipinleri normaldi. Kolşisini kesilen hastanın trombosit değeri yükselmeyince 0,5 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı.. Takibinde trombositleri 3.000'e düşen hastaya 5 gün pulse steroid verildi. Gebeliğin 38. haftasında 1 ünite trombosit aferez desteğiyle sağlıklı bir erkek bebek doğurtuldu. Postpartum 6. aydan sonra trombositleri yükselen hastanın steroid tedavisi azaltılarak kesildi. 1 yıldır atağı olmayan hastanın en son proteinürisi 200 mg/gün, trombositleri 250.000 olarak takip ediliyor.

Literatürde FMF ve immün trombositopeni birlikteliği yoktur. FMF'li bir hastada gelişen trombositopeni karşısında ilk olarak kolşisin kullanımı akla gelmektedir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi immün kompleks ilişkili immün trombositopeni de düşünülmelidir..

**Anahtar Kelimeler:** ailevi akdeniz ateşi, immün trombositopeni

**[PP-014][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

### **Ailevi Akdeniz Ateşi ve Akdeniz Anemisi İlişkisi**

Deniz Aslan<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>2</sup>, Ridvan Mercan<sup>2</sup>, Mehmet Engin Tezcan<sup>2</sup>, Arif Kaya<sup>2</sup>, Tayfun Akalın<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>2</sup>, Berna Göker<sup>2</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>2</sup>, Sevcan Bakkaloğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri ABD, Pediatrik Hematoloji BD, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Ankara

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri ABD, Pediatrik NefrolojiBD, Ankara

Giriş ve Amaçlar: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), Akdeniz havzasında yerleşik toplumlara etkileyen kalıtsal genetik bir hastalıktır. Hem klinik seyri hem de komplikasyonları yönünden önemli kronik hastalıklardan biridir. Hastalığın genetik lokalizasyonu 16 numaralı kromozomun kısa kolunda band 13.3 lokalizasyonunda yerleşik MEFV genidir (MEVF). AAA otozomal resesif geçişli bir hastalık olmasına rağmen semptomatik olguların %20-25' inde hastalığa neden olan gen saptanamaz, ayrıca %30 kadarında da tek gen mutasyonu saptanmaktadır (1). Bunun nedeninin henüz tanımlanmamış yeni mutasyonlar olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, alfa talasemide, aynı havzada yerleşik toplumlara etkileyen genetik bir hastalıktır ve geni AAA gibi 16p13.3 lokalizasyonundadır. Alfa talasemi diğer talasemilerin aksine delesyonlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Yakın zamanda alfa talasemiye yol açan delesyonların komşu MEFV genini etkileme potansiyeli olduğu ve çeşitli mekanizmalarla MEVF geninin fonksiyonunu bozabileceği ileri sürülmüştür (2). Bu bilgilerden yola çıkarak, her iki hastalığın sık görüldüğü Akdeniz kökenli toplumumuzda tek gen mutasyonu ile semptomatik olan AAA hastalarında alfa talasemi sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Metodlar: Bu çalışmada tek FMF mutasyonu bulunan ve semptomatik olan hastalar değerlendirildi. Hastalar romatoloji/ pediatrik nefroloji bilim dallarında AAA tanısıyla izlenmekte olan hastalardı. Hepsinin moleküler tanısı mevcuttu. Hastalarda alfa talasemi araştırması tam kan sayımı ve hemoglobin elektroforezi testleriyle yapıldı. Mikrositozun dışlanması için vücut demir göstergeleri de çalışıldı. Toplam 35 hasta değerlendirildi. Hastaların yaşı (min 3 yaş-max 53 yaş) ve cinsiyeti (21 kadın, 14 erkek) idi. Değerlendirilen 35 hastanın 16'sında (%45.7) alfa talasemiyle uyumlu

hematolojik veriler saptandı.

Sonuçlar ve Tartışma: İncelenen hastalar "seçilmiş" bir gruptur; tek MEFV mutasyonu olan ve AAA fenotipini gösteren semptomatik olgulardır. Bu seçilmiş hasta grubunda saptanan alfa talasemi sıklığı toplumda görülmesi beklenen sıklıktan oldukça fazladır (%45.7 vs %5-15). Bu nedenle, alfa talasemi tek gen mutasyonlu AAA hastalarının bir bölümünde hastalığın tek MEFV mutasyonu ile semptomatik olmasına bir açıklama getirebilir. Alfa talaseminin tek gen delesyonuyla gelişen formlarının hematolojik olarak bulgu vermediği ancak MEFV genini etkileyebilme potansiyeli olduğu dikkate alınırsa semptomatik hastalarda alfa talasemi sıklığı daha da yüksek olabilir. Bunun için ileri çalışmalar gereklidir. Sonraki çalışmaların alfa talaseminin varlığını ve MEFV genine etkisini moleküler düzeyde ortaya koyan çalışmalar olması önemlidir.

Referanslar

1. Booty MG, et al. Familial Mediterranean fever with a single MEFV mutation: where is the second hit? Arthritis Rheum. 2009;60:1851
2. Aslan D. Familial Mediterranean fever with a single MEFV mutation: can a deletion resulting in  $\alpha$ -thalassemia be the cause? J Hum Genet. 2011;56:169

**Anahtar Kelimeler:** Alfa talasemi, Ailevi Akdeniz ateşi

[PP-015][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

### **Ailevi Akdeniz Ateşi Ve Kronik Periferik Artritli Bir Hastanın Tedavisinde Tekrarlayan İntra-Artiküler İnfliksımab Uygulamasının Etkinliği**

Soner Şenel<sup>1</sup>, Yalçın Kaya<sup>2</sup>, Ali Uğur Uslu<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D

Gerekçe: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA=FMF), peritonit, plörit, perikardit, sinovit gibi seröz zarların tutulumu ile seyreden sıklıkla ateşin eşlik ettiği otozomal resesif geçiş gösteren otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF klinik seyri sırasında artrit bazen uzar ve kronikleşebilir ve bazen anti-inflamatuvar ve sulfosalazin tedavilerine de yanıtız olabilmektedir. Böyle durumda kanıtlanmış bir tedavi seçeneği bulunmadığından alternatif tedavilere ihtiyaç vardır. Bu raporda, FMF kronik monoartrit ile takip edilen ve tedaviye dirençli diz eklem tutulumu olan ve tekrarlayan intra-artiküler infliksımab uygulamasının etkinliğini konu alan bir vaka sunuldu.

Yöntem: Kırkbeş yaşındaki erkek hastanın yaklaşık 25 yıldır, tekrarlayan ateş, karın ağrısı, ayak ve diz eklemlerinde şişlik ve ağrı şikayetleri tarifliyordu. Dört yıl önce FMF tanısı almış ve düzensiz kolsişin tedavisi almaktaydı. Soy geçmişinde kardeşinde de FMF öyküsü vardı. Hasta son iki yıldır ilacı düzenli kullansa da yaklaşık iki ayda bir atak geçiriyor ve ataklarında karın ağrısı çok belirgin değilken, ateş, ayak bileği, diz ya da el bileği artrit ve erizipel benzeri eritem bulguları görülmekteydi. Hastanın dış merkezde çalışılan MEFV mutasyonunda heterozigot P369S ve V726A saptanmıştı. Hastaya daha önce dirençli kronik artrit nedeniyle sulfosalazin, metotreksat, nonsteroid anti-inflamatuvar ve intra-artiküler (i.a) kortikosteroid enjeksiyon tedavileri uygulanmış ancak son iki yıldır kullanmasına rağmen şikayetleri düzelmemişti. Yapılan görüntülemelerinde sakroiliit saptanmamıştı. Hastanın sağ dizine kronik artrit nedeniyle ortopedi kliniğince 2009 Ocak ayında radyasyon sinoviyektomi yapılmış ve yaklaşık bir yıl artrit atağı geçirmemişti. 2010 Ocak ayında sağ dizde şişlik şikayeti oldu. Hastanın laboratuvar değerlendirilmesinde sedimantasyonu 27 mm/saat, CRP 41 mg/dL, beyaz küre sayısı 9700 mm<sup>3</sup> idi. Sağ dize infliksımab 100mg 10 ml ile sulandırılıp i.a enjeksiyon yapıldı. 2010 Ağustos ayında ve Haziran 2011'de sol dizden artrit atağı tekrarladı ve sol dize ikinci kez infliksımab doz artırılarak 200mg'a çıkılarak tekrarlandı. 2011 Kasım ayında her diz de nüksetti ve iki dize de aynı tedavi tekrarlandı.

Sonuç: FMF kronik dirençli periferik artritleri nedeniyle diz eklemlerine toplam 5 kez i.a infliksımab 100-200mg tedavileri uygulandı. Sağ diz 23 ay boyunca remisyonda kaldı ve ikinci enjeksiyondan sonra halen (10 aydır) remisyonda iken sol dize toplam 3 kez tedavi uygulanmış olup ilk enjeksiyondan sonra 10 ay, ikinciden sonra 5 ay ve son tedaviden sonra 10 aydır remisyonda seyretmektedir. Tüm tedavilerden sonra hızlı etki gözlenmiş olup herhangi bir yan etki gözlemlenmedi. Takip sürecinde, hastada hiç FMF atak bulgusu saptanmadı.

Tartışma: FMF kronik periferik artritlerinde klasik tedavilere yanıt vermeyen hastalarda i.a 100-200mg infliksımab uygulaması 5-23 ay arası remisyona sağlamıştır ve bu bulgular ileride yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** FMF artrit, infliksımab

## Akut ve Kronik Relapsing Polikondritisli tipik bulguları olan iki olgu sunumu

Soner Senel<sup>1</sup>, Osman Başpınar<sup>2</sup>, İsmail Uysal<sup>3</sup>, Fatoş Önen<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB A.D

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Romatoloji-İmmunoloji B.D

Gerekçe: Relapsing Polikondrit (RP) etyolojisi bilinmeyen, başta kulak, burun, göz, laringobronşiyal ve tüm kartilajöz yapıların epizodik atakları ile karakterize nadir görülen ilerleyici otoimmün bir hastalıktır. Kronik hastalıkta, tekrarlayan ataklar sonrasında, özellikle kulakta, burunda ve laringeobronşiyal dokularda kalıcı hasara neden olma oranları oldukça yüksektir. Bu raporda, tipik akut polikondritli yeni tanı alan ve 19 yıldır takipli olan kronik polikondritli hastalar sunuldu.

Olgu 1: Elli üç yaşında kadın hasta merkezimize yaklaşık bir haftadır geçmeyen, her iki kulak kepçesinde ve burunun ucunda şişlik ve kızarıklık ve eşlik eden eklem şikayetleri ile başvurdu. Hastanın hikayesinden son altı ayda iki kez daha benzer şikayetle aile hekimine başvurduğu ve enfeksiyon olduğu söylenerek antibiyotik ve ağrı kesici verildiği öğrenildi. Bu şikayetleri yaklaşık iki hafta sonra gerilemiş ve tamamen kaybolmuştu. Şikayetlerine ek olarak, ağrı kesicilerle geçmeyen, giderek artan ayak bileklerinde daha belirgin olmak üzere el bileklerinde olan eklem ağrısı tariflemekteydi. Fizik muayenesinde, bilateral kulak memesi dışında kıkırdak şiş, kızarıklık ve hassastı. Burun ucu kızarıklık, şiş ve hassastı. Eklem muayenesinde bilateral el ve ayak bileklerinde artrit ile uyumlu şişlik ve hassasiyeti vardı. Laboratuvar olarak CRP: 78 mg/dl, ESH: 54 mm/s, RF ve ANA(IFA) negatif olarak saptandı. Enfeksiyon ile RP ayırıcı tanısında kulak memesinin etkilenmemiş olması önemli bir ayırıcı tanı bulgusuydu. Ayrıca bulguların tekrarlayıcı ve çok tipik olması hastaya RP tanısını koydurdu. Tedaviye 48mg/gün metil-prednisolon ve hidroklorokin 200mg/gün başlandı. Olgu 2: Altmışaltı yaşında erkek hasta, 19 yıl önce sağ kulağında şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayeti olan hasta dış merkezde kulak burun boğaz ve dermatoloji kliniklerinde steroidli merhem, oral antibiyotik tedavileri verilmişti. Fakat ilaçları kullanmasına rağmen şikayetleri devam eden hastanın sağ kulağındaki şişlik ve kızarıklık sol kulağına ve gözüne de yayılmaya başlama öyküsü vardı. Özellikle her iki ayak bileklerinde de şişlik, ağrı ve kızarıklık olmaya başlaması üzerine başvurduğu romatolog tarafından RP tanısı konmuştu ve kortikosteroid oral tedavi ile şikayetler kontrol altına alınmıştı. Takiplerinde hasta dönem dönem kortikosteroid, azatiopürin ve siklosporin tedavileri almıştı. Fizik muayenesinde 'semer burun' ve her iki kulak kepçesinde düzleşme saptandı (Resim-1). Aktif artrit bulguları yoktu. Larinks muayenesinde epiglott ödemli ve büyüktü.

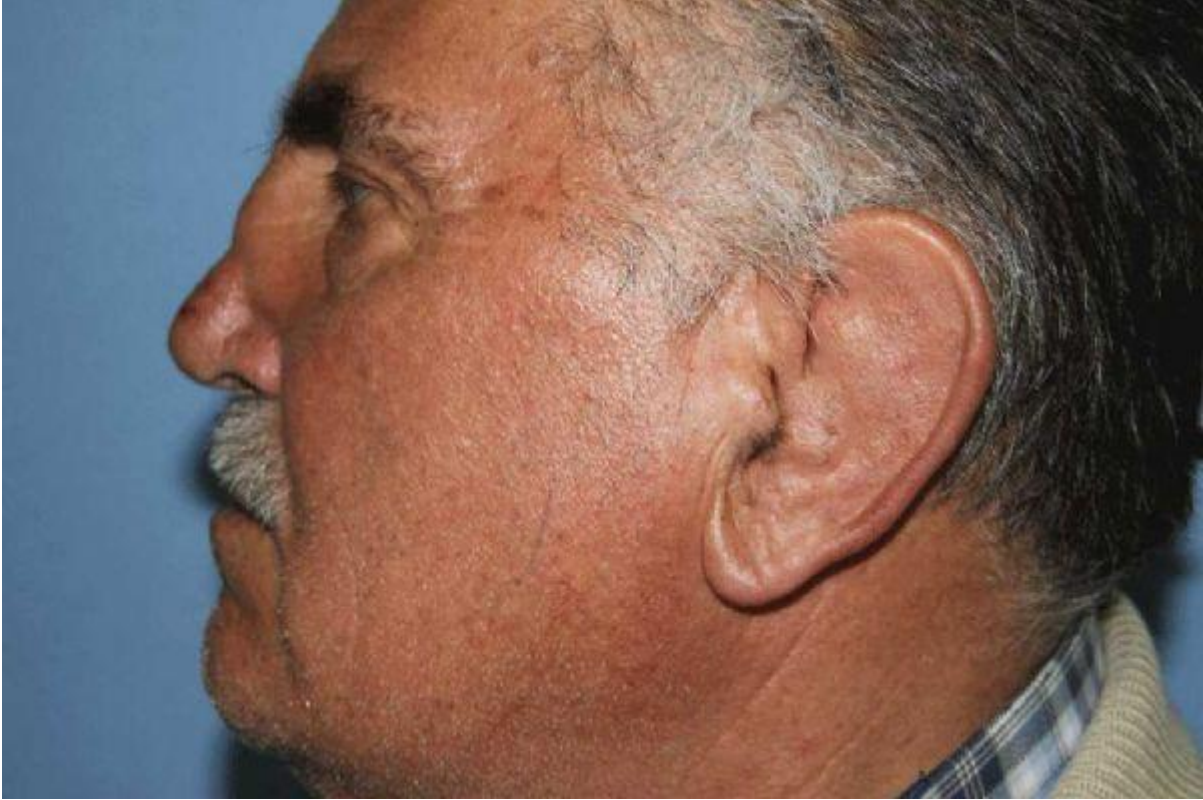
Sonuçlar: Akut kulak ve burun tutulumlu ve tekrarlayan ataklar sonrası sekel lezyonları tespit edilen kronik polikondritli tipik görünümleri olan hastalar sunulmuştur.

Tartışma: RP kronik otoimmün nadir bir hastalık olup tipik bulguları ile tanı gecikmesi önlenemez. Takiplerinde sistem tutulumları açısından değerlendirmeler yapılmalıdır. RP tedavisi ve takibi diğer bağ doku hastalıklarından çok farklılık göstermemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Relapsing Polikondrit, semer burun

---

## Relapsing Polikondrit



*Semer burun deformitesi ve kulakta düzleşme*

### [PP-017][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

#### **Amerikan ve Türk hastalarda hekim ve hasta tarafından bildirilen RA aktivite belirteçlerinde uyuma: Farklı değil, benzer**

Gülen Hatemi<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, İsmail Şimşek<sup>3</sup>, Koray Taşçılar<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>2</sup>, Salih Pay<sup>3</sup>, Hakan Erdem<sup>3</sup>, Sedat Yılmaz<sup>3</sup>, Muhammet Çınar<sup>3</sup>, Necati Çakır<sup>4</sup>, W. A. Mccracken<sup>5</sup>, C. J. Swearingen<sup>5</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>6</sup>

<sup>1</sup>GATA, Ankara

<sup>2</sup>Marmara University School of Medicine, Istanbul

<sup>3</sup>Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul

<sup>4</sup>FSM Hospital, Istanbul

<sup>5</sup>University of Arkansas, Little Rock

<sup>6</sup>NYU Hospital for Joint Diseases, New York

Arka plan: Farklı hastalık popülasyonlarında, birleşik hastalık aktivite skorlarının komponentlerinde korelasyon görülmesi, hastalık aktivite indekslerinin evrensel uygulanabilirliği konusunda fikir verecektir. TRAV (Türkiye Romatoid Artrit Veritabanı), 2010 yılında günlük pratikte görülen RA hastaları hakkında veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur ve bunu yapan ilk ardışık hasta veritabanıdır. Bu çalışmada Türkiye ve ABD'den seçilen farklı kohortlarda, birleşik aktivite indekslerinin komponentleri arasındaki korelasyonu karşılaştırıyoruz.

Yöntemler: Katılan merkezlerde görülen ardışık hastalar, her vizitte fiziksel fonksiyon, ağrı ve hastanın global değerlendirmelerini içeren MDHAQ anketini doldurmuştur. Hekimler, hassas ve şiş eklem sayılarının yanısıra global değerlendirme VAS'ını da tamamlamıştır. RAPID3 (hastanın başlangıç verilerinin rutin değerlendirmesi - routine assessment of patient index data), DAS28 ve CDAI de hesaplanmıştır. Demografik veriler, hasta tarafından bildirilen hastalık aktivite ölçütleri, klinik veriler ve ilaç kullanımı, Türkiye'deki merkezlerde görülen RA hastalarının son vizitlerinden alınmış ve ABD'deki günlük pratikte görülen tüm hastaların 2001'den beri toplanan verileriyle karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada aynı tedavi takvimi döneminden alınan veriler kullanılmıştır.

Ölçütler arasındaki anlamlı farklar, devamlı ve sıralı değişkenler için Kruskal-Wallis, kategorik ölçütler için Ki-kare testiyle belirlenmiştir.

Sonuçlar: TR'den 793, ABD'den 190 hasta incelenmiştir. MD ile hasta global, MD global ile ağrı, DAS28 ve RAPID3, MD şiş ve hassas eklem sayısı ve hasta tarafından bildirilen RADAİ eklem sayısı arasındaki korelasyon tabloda gösterilmektedir. ABD'deki hekim ve hasta ölçütlerinin TR'ye oranlar daha fazla korelasyon gösterdiği MD global ile hasta global değerlendirmeleri haricinde tüm ölçütler, ABD ve TR RA hastaları arasında benzer korelasyon göstermiştir. Hasta değerlendirmesinde hassas eklem sayısı ile hekim değerlendirmesinde hassas eklem sayıları arasındaki korelasyon, şiş eklem sayısına göre daha kuvvetlidir ama ABD ve TR'de benzerdir. DAS28 ve RAPID3 de benzer şekilde koreledir. RAPID3 ile ölçülen hastalık aktivitesinde fark yoktur (TR: 10,5, ABD: 11,2). TR'deki hastalar ile ABD'deki hastalar arasında eğitim süresi (TR: 6,8 yıl, ABD: 14,6 yıl) ve hastalık süresinde (TR: 10,9 yıl, ABD: 7,6 yıl) belirgin fark vardı (her ikisi  $p < 0,001$ ).

Tartışma: Hekim ve hasta değerlendirme ölçütleri arasındaki korelasyon, ABD ve TR'li RA hastalarında, hastalık aktivitesinde hekim ve hastanın global değerlendirmeleri hariç, benzerdir. Bunun sebepleri belirgin değildir ancak eğitim durumu ve/veya hastalık süresinin bir rolü olabilir. Bu iki farklı RA hastası kohortunda yalnızca hasta tarafından bildirilen ölçütler veya hasta ve hekim ölçütlerine bakınca, birleşik indekslerin performansı, bireysel komponentlerinden daha iyidir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit

[PP-018][Kabul:Poster][Diğer]

## **Amiloidoz Tanısında Minör Tükürük Bezi Biyopsisinin Yeri**

Rıdvan Mercan, Abdurrahman Tufan, Arif Kaya, Mehmet Engin Tezcan, Tayfun Akalın, Berivan Bitik, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

### **GİRİŞ**

Kronik infeksiyonlar, kronik inflamatuvar hastalıklar ve neoplazmlar sekonder amiloidoza neden olabilirler. Ülkemizde Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) reaktif amiloidozun en sık nedeni olarak bildirilmektedir. Reaktif amiloidozda başlıca böbrek, karaciğer ve dalak tutulumu ön planda iken primer amiloidozda daha yaygın bir organ tutulumu görülmektedir. Amiloidozun kesin tanısı doku biyopsilerinin histolojik incelenmesi ile konur. Ancak doku örneği, cilt altı yağ dokusu, rektum veya böbrek gibi farklı organlardan alınabilir. Biz bu çalışmada reaktif amiloidoz şüphesi ile yapılmış olan minör tükürük bezi (MTB) biyopsileri ile yapılmış olan diğer doku biyopsilerini karşılaştırmayı amaçladık.

### **METOD VE SONUÇLAR**

Çalışmamıza Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalınca takip edilen veya amiloidoz şüphesi nedeniyle görüş istenen toplam 24 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 12'si kadın, 12'si erkek idi. Romatolojik hastalıkların görülme sıklığı; 10 hastada AAA, 3 hastada romatoid artrit (RA), 3 hastada ankilozan spondilit (AS), 1 hastada Behçet hastalığı, 1 hastada Gut ve izole proteinüri birlikteliği, bir hastada Crohn ve Juvenil Kronik Artrit (JKA) birlikteliği saptandı. 2 hasta kardiyak amiloidoz, 3 hastada proteinüri nedeniyle tetkik edilmekte olup kesin tanıları belli değildi. Hastaların tamamına amiloidoz araştırmak amacıyla MTB biyopsisi yapıldı. 15 hastaya tükürük bezi biyopsisinin yanı sıra ayrıca endoskopik (6), böbrek (7), kemik iliği (3) ve kardiyak (1) biyopside yapıldı. Başka organlardan yapılan biyopsi sonucu amiloidoz saptanan 11 hastanın, sadece 5'inde MTB biyopsisi sonucu amiloid pozitif idi. Sadece MTB yapılan 9 hastanın ikisinde amiloidoz tespit edildi (1 AAA, 1 AS). Diğer 7 hastada Proteinüri 1 gr/gün altında olduğu için başka biyopsi yapılmadı. Amiloidoz, toplam 13 hastada saptandı. Bunların 6'sı AAA, 3'ü AS, 2'si kardiyak amiloidoz, 1 RA ve 1 JKA hastasıydı. Kardiyak amiloidozu olan 2 hastada AL tipi amiloidoz saptandı. Bir hastada kardiyak biyopsi pozitif iken endoskopik, kemik iliği ve MTB biyopsisi negatif saptandı. Diğer hastada endoskopik ve MTB biyopsisi pozitif idi. Amiloid pozitif saptandığı için kardiyak biyopsi yapılmadı.

### **TARTIŞMA**

Romatizmal hastalıkların başını çektiği altta yatan hastalıkların erken tanı ve tedavisi amiloidozun önlenmesinde son derece önemlidir. Reaktif amiloidozda en sık tutulan organ böbrektir. Tanı için doku biyopsisi gerekmektedir. Yapılan yayınlarda MTB biyopsisi belirgin komplikasyonu olmaması nedeniyle güvenilir bir yöntem olarak önerilmektedir. Ancak çalışmamızda diğer doku biyopsileri

sonucu amiloid saptanan 11 hastanın sadece 5'inde MTB biyopsisi pozitif saptandı. Bu oran bildirilen oranlardan oldukça düşük olup bu konuda daha geniş çalışmaların yapılması gerekliliğini göstermektedir. Oran düşük dahi olsa, amiloidoz açısından araştırılan hastalarda düşük komplikasyon riski nedeniyle yine de biyopsi için ilk tercih edilecek bölge minör tükürük bezi olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** amiloidoz, Minör tükürük bezi

[PP-019][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

## **Anti-TNF İlaçların Romatoid Artrit Hastalarında Diş Parametreleri ve Lokal Sitokinler Üzerine Devam Eden Faydalı Etkisi**

Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Kemal Ustun<sup>2</sup>, Gezmiş Kimyon<sup>1</sup>, Ufuk Sezer<sup>2</sup>, Kamile Erciyas<sup>2</sup>, Ahmet Mesut Onat<sup>1</sup>, Bunyamin Kısacık<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Bilim Dalı

**Gerekçe:** Romatoid Artrit (RA) kronik inflamatuvar sistemik bir hastalıktır. Bu sistemik hastalığın periodontal dokular üzerine olumsuz etkileri ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı Romatoid Artrit tanısı nedeniyle anti-TNF kullanan hastalarda, anti-TNF ilaçların hastaların diş parametreleri ve lokal sitokinler üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya RA tanısı almış ve öncesinde kullandığı ilaçlarla yeterli tedavi yanıtı elde edilmediği için anti-TNF tedavisi planlanan 16 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların başlangıçta anti-TNF başlanmadan önce ve anti-TNF tedavisi başladıktan sonraki otuzuncu günde periodontal muayenesi yapılarak Sondalamada Kanama (BOP) Klinik attachment seviyesi (CAL), Cep Derinliği (PD), Plak Endeksi (PI) ve Gingival Endeksi (GI) değerlerine ve Tükürük, Dişeti Oluğu Sıvısı (GCF), interlökin (IL)-1 $\beta$ , IL-8, ve MCP-1 değerlerine bakıldı.

**Bulgular:** 16 hastaların ortalama yaşı 34.80 $\pm$ 8.01 ve 7 tanesi kadın idi. Hastalık süreleri 3.62 $\pm$ 2.24 idi. Ortalama DAS 28 skorları 5.07 $\pm$ 0.66, CRP skorları 12.93 $\pm$ 10.35 mg/dL, Sedimantasyon (ESR) skorları 27.81 $\pm$ 23.09 idi. 30 gün sonra bakılan DAS 28 skorları CRP ve ESR değerleri anlamlı olarak azalmış bulunmuştu ( $p < 0.05$ ). GI ve BOP değerleri anlamlı derecede yükselirken (sırasıyla  $p = 0.018$  ve  $p = 0.011$ ), diğer yandan CAL, PD, ve PI değerlerinde bir değişiklik görülmemiştir. Hastaların GCF IL-1 $\beta$  ve IL-8 anlamlı olarak azalmıştır ( $p = 0.002$  ve  $p = 0.016$ , sırasıyla) diğer yandan MCP-1 değerlerinde bir değişim olmadığı gözlemlendi. Ayrıca tükürük salgısında IL-8 ve MCP-1 düzeyleri anlamlı derecede azalırken ( $p = 0.01$  ve  $p = 0.002$ , sırasıyla), diğer yandan IL-1 $\beta$  değerlerinde bir değişim olmadığı gözlemlendi. Hastaların diş eti sıvısı yoğunluğu seviyesinin (GCF) anlamlı derecede düştüğü görüldü ( $p = 0.01$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** TNF- $\alpha$  aşırı salınımının kartilaj ve kemik dokusunda anormallik oluşturduğu düşünülürse, bu varsayımdan yola çıkarak TNF-alfa'nın baskılanmasının inflamatuvar hastalıklarda etkin sonuçları olması beklenmektedir. Nitekim anti-TNF tedavisi alan hastalarda özellikle TNF- $\alpha$  inhibisyonunun etkileri inflamatuvar süreçleri olan periodontik hastaların parametrelerinde görüldü. TNF- $\alpha$ 'nın bir pro-inflamatuvar sitokin olarak baskılanması beraberinde RA hastalarının periodontal sıvılarındaki GCF, IL-8, ve MCP-1 değerlerini anlamlı derecede düşürmüştür. Bununla birlikte periodontal hastalık klinik göstergelerinde de anlamlı düzelmeler olması, sistemik tedavi ile periodontal hastalıklardada iyileşmeler olabileceğini gösterebilir. Bu konuda daha geniş hasta sayıları ile yapılacak çalışmalar bize yol gösterecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, periodontal bulgular

---



**Tablo 1 Tedavi öncesi ve sonrası klinik ve laboratuvar parametrelerdeki değişim**

Tablo 1 Tedavi öncesi ve sonrası klinik ve laboratuvar parametrelerdeki değişim

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası 30.gün	p*
PPD	2.67±0.58	2.66±0.55	0.699
CAL	2.73±0.66	2.71±0.63	0.543
GI	1.28±0.24	1.34±0.2	<b>0.018</b>
PI	1.97±0.60	1.78±0.56	0.149
BOP%	27.53±24.79%	34.38±21.79%	<b>0.011</b>
GCF (µl)	0.36±0.21	0.18±0.15	<b>0.001</b>
GCF IL-1β (pg/ml)	114.70±96.17	50.02±69.68	<b>0.002</b>
GCF IL-8 (pg/ml)	74.88±78.12	30.89±40.79	<b>0.016</b>
GCF MCP-1 (pg/ml)	NA	NA	NA
Tükrük IL-1β (pg/ml)	378.05±336.52	347.66±316.66	0.356
Tükrük IL-8 (pg/ml)	1288.59±766.69	1062.32±759.92	0.010
Tükrük MCP-1 (pg/ml)	282.47±178.93	199.72±132.40	0.002
CRP (mg/dL)	12.93±10.35	4.87±3.70	0.002
ESR (mm/h)	27.81±23.09	18.25±24.07	0.007
DAS28	5.07±0.66	3.42±0.68	0.000

\*Paired samples t test

[PP-020][Kabul:Poster][Diğer]

### Anti-TNF kullanan 147 Hastamızın Demografik ve Klinik Verileri

Ayten Yazıcı

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Kliniği, Sakarya

Gerekçe: Anti-TNF'ler günümüzde birçok hastalık için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada anti-TNF tedavisi alan hastalarımızın genel özelliklerini ve anti-TNF kullanımı sırasında oluşan yan etkilerini inceledik.

Yöntem: Romatoloji kliniğinde 2010-2012 yılları arasında takip edilen 1440 hastanın dosyası incelendi [664 RA (romatoid artrit), 287 AS (ankilozan spondilit), 76 PsA (psoriatik artrit) hastası ve diğerleri] ve anti-TNF ilaç kullanan hastaların verileri kaydedildi.

Sonuçlar: Toplam 147 hasta anti-TNF kullanmakta olup kadın-erkek oranı 1/1 (74/73) idi.

Hastaların median yaşı 37 yıl olup anti-TNF kullanım süreleri ortalama 28.41±23.52 aydı. Bu hastaların 96'sı AS, 36'sı RA, 8'i PsA, 4'ü enteropatik artrit [crohn 2 hasta, ÜK (ülseratif kolit) 2 hasta], biri FMF ve spondilartropati, biri Takayasu arteriti, biri de dermatomyozit tanısıyla izlenmekteydi. Bu hastaların 55'i etanercept, 46'sı infliksimab, 45'i adalimumab, 1 tanesi de abatacept kullanmaktaydı. Hastaların 20'sine çeşitli nedenlerle switch yapılmış olup ikisi her 3 anti-TNF ajanı da denemiş olup etkisizlik nedeniyle switch yapılmış ve birine rituksimabın ardından abatacepte verilmişti.

Switch nedenlerine bakıldığında %47.6'sında etkisizlik, kalan %52,4 hastada ise yan etki nedeni ile switch yapıldığı görüldü. En sık yan etkinin infüzyon reaksiyonu ve cilt lezyonları, özellikle de psöriatik döküntü olduğu saptandı. Bunların yanında enjeksiyon yerinde reaksiyon da sık olmakla birlikte ilaç bırakmaya neden olmadığı için değerlendirilmeye alınmadı. Diğer en sık görülen yan etki enfeksiyon, özellikle de TBC (tüberküloz) olup bir hastada AC absesi, bir hastada sık tekrarlayan çeşitli enfeksiyonlar nedeni ile tedavi değişimine gidildiği görüldü.

Hastaların 1 hariç hepsine tedavi öncesi PPD testi yapılmış olup 21'inde sonuç anejik, 17'sinde ise 1-4mm arasında saptanmıştı. Bu hastaların 22 tanesi INH (izoniazid) profilaksisi almamış olup geri kalan 124'ü profilaksi almıştı. Bir hastaya ise tedavi öncesi AC (akciğer) TBC'si saptandığı için antitüberküloz tedavi başlanmış, tedavi sonrası anti-TNF'ye geçilmişti. INH profilaksisi alan 2 hastada profilaksi bitiminde TBC (AC ve yumuşak doku tüberkülozu) saptanmış olup tedaviye ara verilmişti. Hastalardan ilkinin başlangıç PPD'si 9mm, ikincisinin ise 15mm idi. Her iki hastaya da TBC tedavisi sonrası etanercepte geçilmişti.

Tartışma: Günlük pratiğimizde çok sık kullandığımız anti-TNF ilaçları yan etkileri açısından yakından takip etmemiz gerekmektedir. Yan etki veya etkisizlik nedeni ile başka bir ajana geçildiğinde genel olarak tedavide başarı sağlanabildiği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-TNF, Romatoid artrit

### Anti-TNF kullanan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	ort±std (min-max, median)
ort±std (min-max, median)	38.61±12.37 (16-75, 37)
TNF kullanım süresi (ay)	28.41±23.52 (1-100, 24)
Tanı	
AS	96 hasta (%65,3)
RA	36 hasta (%24,5)
PsA	8 hasta (%5,4)
Enteropatik artrit	4 hasta (%2,7)
ÜK	2 hasta (%1,4)
Crohn	2 hasta (%1,4)
FMF spondiloartrit	1 hasta (%0,7)
Takayasu Arteriti	1 hasta (%0,7)
Dermatomiyozit	1 hasta (%0,7)
Kullanılan ajan	
Etanercept	55 hasta (%)
İnfliksımab	46 hasta (%)
Adalimumab	45 hasta (%)
Abatacept	1 hasta (%)
INH profilaksisi kullanan hasta	124 hasta (%84,4)
PPD	
0 mm	21 hasta (%14,3)
1-4 mm	17 hasta (%11,6)
<=5 mm	99 hasta (%67,3)
>20 mm	9 hasta (%6,1)
Switch yapılan hasta sayısı	21 hasta (%14,3)
Switch nedeni	
Etkisizlik	10 hasta (%6,8)
Yan etki	11 hasta (%7,5)
Cilt Lezyonu	
Psöriatik lezyonlar	3 hasta
Vaskültik döküntü	1 hasta
İnfüzyon reaksiyonu	3 hasta
Enfeksiyon	
Sık enfeksiyon	1 hasta
AC absesi	1 hasta
TBC AC	1 hasta
Yumuşak doku	1 hasta

## [PP-021][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Anti-TNF tedavi alan Ankilozan spondilitli hastaların demografik özellikleri ve tedavi yanıt oranları

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>3</sup>, Günay Şahin Dalgıç<sup>4</sup>, Derya Gökmen Öztuna<sup>5</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>2</sup>, Şahin Eyüpoğlu<sup>2</sup>, Nursen Düzgün<sup>1</sup>, Nuran Türkçapar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

<sup>3</sup>Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

<sup>4</sup>Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

<sup>5</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi İstatistik Anabilimdalı

Giriş: Ankilozan spondilit(AS)etiyojisi kesin olarak bilinmeyen kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Ankilozan spondilitte özellikle aksiyel tutulumda tedavi seçenekleri oldukça kısıtlıdır. Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlara yanıt vermeyen hastalarda anti-TNF ajanlarla tedavi yanıtları oldukça iyi bulunmuştur. Bu çalışmada kliniğimizde anti-TNF tedavi alan AS hastalarının demografik özelliklerini ve anti-TNF ajan (infiximab, etanercept ve adalimumab) tedavilerine yanıt oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2003-2012 yılları arasında romatoloji bölümümüzde izlenen, modifiye Newyork kriterlerini karşılayan 253 ankilozan spondilitli olgu incelendi. Demografik veriler, klinik semptom ve bulgular, HLA B 27 varlığı, akut faz yanıtları (sedimentasyon ve crp), hastalık aktivite indeksleri (BASDAİ, BASFI ve ASDAS-CRP), gelişen komplikasyonlar ve aldıkları tedaviler kaydedildi. İstatiksel karşılaştırmalarda parametrik test olarak Student -t testi ve non parametrik test olarak da Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üçlü grup karşılaştırmaları Kruskal-Vallis analizi ile yapıldı.

Sonuçlar: Toplam çalışmaya alınan AS'li hasta sayısı 253 idi. Bunların 161(%63.6)'i erkek, 92(%36.4) 'ü kadındı. Hastaların yaş ortalaması 39.48±10.71 yıl olarak saptandı saptandı. Hastaların 75 (%29.6)'i infiximab, 105(%41.5)'i adalimumab, 73(%28.9)'ü etanercept kullanıyordu. Ankilozan spondilitli hastaların ortalama hastalık süresi ise 9.2 yıldır. Hastaların ortalama anti-TNF kullanma süresi 23 aydır. Ankilozan spondilitli hastaların HLA-B27 pozitifliği %65.2 saptandı. Ankilozan spondilitli hastaların anti-TNF öncesi ortalama BASDAI skoru 6.8, tedavi öncesi ortalama ASDAS-CRP 3.53 bulundu. Anti-TNF tedavi alan AS'li hastaların ASDAS-CRP yanıt oranları tablo'da sunulmuştur. Ankilozan spondilitli hastalarda ilk BASDAI ve son BASDAI skorları arasındaki farklılık açısından infiximab, adalimumab ve etanercepte göre daha etkili bulundu (Kruskal-wallis analizi ile p<0.0001). Ankilozan spondilitli hastalarda tedavi öncesi BASFI ve en son BASFI skorlarına göre infiximab, adalimumab ve etanercepte göre etkili bulundu (Kruskal-wallis, p<0.0001). Anti-TNF tedavi alan AS'li hastalarda 15 (%5.9) ciddi yan etki, 34 (%13.4) ciddi olmayan yan etki saptandı. Hastaların 49 (%46.2)'unda switch yapıldı. İlaç değişikliği yapılan ankilozan spondilitli hastaların 7 tanesi tolere edemezken, 42 tanesi primer yanıtsızdı. Primer yanıtsızların ikinci ajana geçen hasta sayısı 24 iken üçüncü ajana geçenlerin sayısı 18 kişiydi. Tartışma: Anti-TNF tedaviler, günümüzde artık bir çok romatizmal hastalıkta artan sıklıkta kullanılmaktadır. Bu çalışmada özellikle anti-TNF'lerin hastalık aktivite göstergelerinde, fonksiyonel parametrelerde tedavi öncesine göre anlamlı iyileşme sağladıkları görülmüştür. Yan etki ve yanıtsızlık oranları dikkate alındığında bu tedavilerin güvenle kullanılabileceği sonucuna varılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, anti tnf

#### AS'li hastaların ASDAS-CRP yanıt oranları

	Infiximab N (%)	Adalimumab N (%)	Etanercept N (%)	Toplam
ASDAS crp inaktif (<1.3)	25 (36.2)	28 (40.57)	16 (23.18)	69
ASDAS crp orta şiddette hastalık aktivitesi (1.3-2.1)	27 (29.34)	40 (43.47)	25 (27.17)	92
ASDAS crp yüksek hastalık aktivitesi	21 (26.25)	30 (37.5)	29 (36.25)	80

(2.1-3.5)				
ASDAS crp çok şiddetli hastalık aktivitesi (>3.5)	2 (16.7)	7 (58.3)	3 (25)	12
toplam	75 (29.6)	105 (41.5)	73 (28.9)	253

## [PP-022][Kabul:Poster][Diğer]

### Anti-TNF-alfa ilaç tedavisi kullanan ankilozan spondilitli hastaların tedavileri hakkındaki düşünceleri ve algıları

Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Fatma İlknur Çınar<sup>2</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara

Giriş: Günümüzde anti-TNF ilaçlar ile ankilozan spondilit (AS)'li hastaların tedavisinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Ancak bu ilaçların latent tüberküloz reaktivasyonuna neden olabilmesi ve son yıllarda kullanımlarına bağlı olarak malignite riskinde artışla ilgili çelişkili sonuçların olması, hekimler ve hastalar arasında bazı endişelerin doğmasına neden olmuştur. Yukarıda açıklanan nedenlerle, kullanımları sırasında görülebilecek istenmeyen etkileri en aza indirmeyi hedefleyen çeşitli kılavuzlar ve ilacın risklerini açıklayan hasta onam formları geliştirilmiştir. Tüm bu nedenlerden dolayı bazı hastaların tedaviyi kabul etmeleri zor olabilmektedir. Bu ilaçları kullanmakta olan hastaların ilaçlar hakkındaki görüşleri ve yaşadıkları tecrübeler tedaviye yeni başlayacak hastalar için ışık tutacaktır.

Amaç: Çalışmanın amacı, anti-TNF ilaç tedavisi kullanmakta olan AS hastalarının bu tedavi hakkındaki görüşlerinin ve tedavi kararı almalarındaki etkenlerin belirlenmesidir.

Metod: Çalışmaya en az 3 aydır anti-TNF tedavi (etanersept, infliksimab, adalimumab) kullanan AS hastaları alınmıştır. Hastaların demografik ve klinik özellikleri önceden hazırlanmış "Hasta Değerlendirme Formu" na kaydedilmiştir. Hastaların tedavileri hakkındaki düşünceleri ve algılarını değerlendirmeyi amaçlayan, önceden hazırlanmış anket formunu doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: Toplam 101 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Hastaların ortalama yaşları 36.5 yıl ve %94.1'i erkektir. Hastalar anti-TNF ilaç tedavisi başlanması gerektiği söylendiğinde; umutlanma (%72.3), endişelenme (%44.6), korku (%18.8), çaresizlik (%10.9) ve umutsuzluk (%9.9) gibi duyguları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu tedaviyi kabul etmelerindeki en önemli etkenleri, iyileşme umudu (%84.2), hekimine güven (%81.2) ve diğer hastaların tavsiyesi (%54.5) olarak belirtmişlerdir. Anti-TNF ilaç tedavisi başlanmadan önce verilen hasta bilgilendirme ve onam formu sonrasında; hastaların %71.3'ü endişelerinde artma, %69.3'ü psikolojik olarak yıprandırıcı bulma ve %64.4'ü daha mı kötü olacağım endişesi yaşamışlardır. Anti-TNF ilaç tedavisinin hastalarda; kendisini eskiye göre daha iyi hissetme (%95.0), ağrıda azalma (%89.1) gibi fiziksel ve duygusal değişikliklere neden olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunluğu (%98.0) ilaç başlanmadan öncesine göre genel olarak sağlıklarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç: Anti-TNF ilaçların, yan etkileri konusundaki belirsizliklerin yanında bu tedavi öncesi hastalara verilen hasta bilgilendirme ve onam formunun da korku ve endişe nedenlerinden biri olduğu görülmektedir. Buna rağmen birçok hasta iyileşme umuduyla bu tedavileri kullanmayı kabul etmektedirler. Hastaların tedavi kararlarında önde gelen faktörler arasında; iyileşme umudu, hekimine güven ve diğer hastaların tavsiyeleri yer almaktadır. Kullanımları sırasında görülebilecek istenmeyen etkileri en aza indirmeyi hedefleyen yakın takip prosedürlerinin bir çok hasta tarafından kabul gördüğü görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-TNF, Hasta düşünceleri ve algıları

## [PP-023][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### Artritli Hastalarda Hematolojik Sorunlar

Ahmet Behlül<sup>1</sup>, Polat Olgun<sup>1</sup>, Melisa Toprak<sup>1</sup>, Aslı Gökbelen<sup>1</sup>, Gülkan Kaplan<sup>1</sup>, Fatih Borlu<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul  
<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hast- Romatoloji, İstanbul

**Giriş:** Kronik inflamatuvar hastalıklarda sistemik inflamasyondan kaynaklanan eklem dışı klinik ve laboratuvar bozukluklar sıklıkla görülmektedir. Klinik pratikte altta yatan hastalıkla ilişkili yada ilişkisiz başta anemi olmak üzere hematolojik bozukluklarla karşılaşmaktadır. Kliniğimizde takip ve tedavi edilmekte olan kronik artritli hastalardaki hematolojik bozuklukları gözden geçirmeyi amaçladık.

**Metod:** 1 yıllık dönemde Romatoloji polikliniğinde takip edilen artritli hastaların klinik ve laboratuvar parametrelerinin retrospektif olarak incelenmesi. Tanı ve takiplerinin herhangi bir döneminde anemi, lökopeni ve trombositopeni gelişen hastalar belirlendi. Anemi için hemoglobin düzeyi kadınlarda 12 gr/dL, erkeklerde 13 gr/dL; Lökopeni için 4.000 /mm<sup>3</sup>, trombositopeni için 150 000 /mm<sup>3</sup> katof değer kabul edildi.

**Bulgular:** Retrospektif incelemede 648 hastanın kayıtlarına ulaşılabildi, bunlardan 601'nin (377 Kadın-224 Erkek; ortalama yaş: 45.2± 14.5) verileri analiz için yeterli bulundu. 268 hasta Romatoid Artrit(RA), 96 Ankilozan Spondilit(AS), 86 Psöriatik Artrit (PsA), 6 Reaktif Artrit, 108 undiferansiye spondiloartrit, 30 undiferansiye bağ doku hastalığı, 7 Erişkin Still hastalığı tanısı almıştı. Lökopeni 9 hastada (%1.5), trombositopeni 10 hastada (%1.6), anemi ise 193 hastada (%32.1) saptanmıştı. Anemisi olan 53 hastanın (%8.8) hemoglobin düzeyi 10 gr/dL, 7 hastanın (%1.1) ise 8 gr/dL'nin altındaydı. Hematolojik bozukluklar RA'lı hastalarda diğer artritli hastalardan anlamlı derecede daha fazlaydı. Anemi RA hastalarının %41.8'ünde gelişmişti. Lökopeni olan 9 hastanın tamamının, trombositopeni olan 10 hastanın 5'inin tanısı RA idi. Morfolojik olarak en sık görülen anemi tipi normokrom normositer anemidir (n=104, %53.9). İkinci sıklıkta hipokrom mikrositer (n=82, % 42.5) anemi görülür. En sık anemi nedenleri kronik hastalık (%45.6) ve Fe eksikliğidir. KBY, akut kanamalar, talasemi taşıyıcılığı ve metotreksat ilişkili makrositik anemiler daha az sıklıkla görülen anemi nedenleridir. Bazı hastalarda birden çok anemi nedeni aynı anda vardır. Ayrıca, kadınlarda hem Fe eksikliği hem de kronik hastalık anemisi gelişme oranı erkeklerden anlamlı derecede yüksekti (p <0.001).

**Sonuç:** Bulgularımız artritli hastalarda aneminin önemli bir klinik sorun olduğunu göstermektedir. Hastaların %8.8'inde Hb düzeyi 10 mg/dL'nin altındadır. Aneminin tersine lökopeni ve trombositopeni daha az sıklıkla görülmektedir. RA, tüm hematolojik bozukluklara en çok neden olan artrit nedenidir. Anemi bu hastalıklardaki kronik inflamasyona sekonder gelişebildiği gibi bağımsız bir hastalık veya tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri (GIS sorunları, B12-folat eksikliği) sonucu olarak da gelişebilmektedir. Normal popülasyonda daha fazla Fe eksikliği görülen kadınların kronik hastalık anemisine de erkeklere göre daha yatkın olduğu görülmektedir. Kronik arriti olan hastalarda anemi, bu hastalıkların tedavisi ile ilgilenen hekimler için belirgin bir ek iş yükü oluşturmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Artrit, Anemi

[PP-024][Kabul:Poster][Diğer]

## **Bir buçuk milyon kişi ve bir uzman doktor: Mecburi hizmetini yapacak romatoloji uzmanlarına öneriler**

Umur Kalyoncu

Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Hatay

**Giriş:** Romatoloji uzmanlık belgesinin sağlık bakanlığından onaylanması için devlet hizmet yükümlülüğünü yapmak zorunludur. Bu yazıda mecburi hizmetini yapmış bir romatoloji uzmanının deneyiminin özetlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Romatoloji uzmanı Şubat 2011 tarihinde 1.5 milyon il nüfusu olan bir şehirde devlet hastanesinde mecburi hizmetine başlamıştır. Bu şehirde daha önce bir romatoloji uzmanı çalışmamıştır. İl üniversitesinde romatoloji uzmanı bulunmamaktadır. İl sınırları içerisinde 23 fizik tedavi uzmanı vardır. Romatoloji uzmanı olan en yakın üniversite yaklaşık 200 km uzaklıktadır. Devlet hastanesinde resmi mesai süresi 390 dakikadır. Bu çalışmada 5 Aralık 2011-28 Ağustos 2012 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran tüm hastaların tanısı klinisyen tarafından belirlenmiştir. Hastalar birden fazla başvuru yaptılarsa sadece bir defa kaydedilmiştir. Ayrıca son 10 iş gününde başvuran tüm hastalar ICD-10 koduna göre inflamatuvar ve non-inflamatuvar hastalık olarak kaydedilmiştir. Biyolojik ajan kullanan hastalar da ayrıca not edilmiştir.

**Sonuç:** Aralık 2011 ve Ağustos 2012 tarihleri arasında 167 iş günü çalışılmıştır. Bu süre içerisinde 10.219 hasta girişi yapılmıştır. Günde ortalama 61 hasta [en az 1 ve en fazla 126] görülmüştür. Bir

hastaya ayrılan süre ortalama 6.4 dakikadır. Son 10 iş gününde 802 hasta girişi yapılmıştır. Bunların 446'sında (%55.6) inflamatuvar hastalık tanısı mevcuttur. anti-TNF ilaçlar 184 [106 (%57.6) yeni başlanan anti-TNF hastası] ve rituximab 7 hastaya verilmiştir. Hastaların tanısı tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma:

Deneyim ve öneriler sırasıyla şöyledir.

1.Sonuç: Asıl hasta yükü artrit, spondilit, osteoartrit ve yumuşak doku hastalıklarıdır. Öneri: Diğer hastalara zaman ayrılabilmesi için non-inflamatuvar hastalara tedavi verilmemeli, birçok ilde yeterli sayıda bulunan FTR bölümüne yönlendirilmelidir. İnflamatuvar hasta grubunun sonuçlarına daha fazla zaman ayırmak için non-inflamatuvar gruptan mümkün olduğunca tetkik istenmemesine dikkat edilmelidir.

2.Sonuç: Hastaya ayrılan süre yetersizdir. Öneri: DMARD-biyolojik ajan yan etki takibinin yapılması için sekreteryaya aracılığıyla poliklinik başlamadan (saat 8.00-8.30 arasında) tetkiklerin yapılması sağlanmalıdır, hastalar bu saate başvurması için yönlendirilmelidir. Hasta yönetiminde özellikle ilaç kullanım şekli ve yan etkiler üzerine odaklanılmalıdır.

3.Sonuç: Biyolojik ajanların kullanımı tedavinin önemli bir kısmını kapsamaktadır. Öneri: Biyolojik ajan öncesi RAED önerilerinin yanı sıra abdominal USG, meme USG, mamografi, tümör belirteçlerine de bakılmalıdır. Bu öneri özellikle tek başına çalışan uzmanlar için defansif ancak gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoloji Uzmanı, Mecburi Hizmet

### Romatoloji polikliniğinde takip edilen hastaların tanısı

	Toplam hasta sayısı	Yüzde
İnflamatuvar Hastalıklar	1349	
Romatoid artrit/seronegatif artrit	588	44.1
Spondiloartrit	192	14.4
Gut/kristal artrit	132	9.9
SLE-Bağ dokusu hastalığı	82	6.1
Behçet Hastalığı	47	3.5
Ailesel Akdeniz ateşi	45	3.4
Psöriatik artrit	40	3.0
Sjögren sendromu	39	2.9
Polimyalji Romatika	33	2.5
Juvenil RA	21	1.6
Vaskülitler	18	1.5
Skleroderma	17	1.5
Still hastalığı	9	0.7
Polimyojit/Dermatomyozit	8	0.7
Tanı konulamayan artrit	78	5.8
Non-inflamatuvar Hastalıklar	2506	
Osteoartrit	755	30.1
Lokalize ağrı-Fibromyalji	1751	69.9

## [PP-025][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### **Birinci basamak sağlık kuruluşlarından romatizmal hastalık ön tanısıyla yönlendirilen hastaların irdelenmesi**

Şakir Özgür Keşkek<sup>1</sup>, Nedime Şahinoğlu Keşkek<sup>2</sup>, Gülay Ortoğlu<sup>1</sup>, Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı<sup>3</sup>, Tayyibe Saler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

**Gerekçe:** Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarından yönlendirilen hastaların sevk nedenleri, ön tanıları ve teşhisleri araştırılmış kurumumuzdaki sonuçları ile karşılaştırılmıştır. **Yöntem:** İç hastalıkları, romatoloji ve göz polikliniklerine romatizmal hastalık ön tanısıyla sevk edilen hastalar irdelenmiştir. Çalışmaya son bir yıl içinde polikliniklere başvurulan toplam 650 hasta dahil edilmiş olup, bunların 468 (%72)'si kadın 182 (%28)'i erkektir. Tüm hastaların sevk gerekçeleri, varsa ön tanıları veya yeni konmuş tanıları kaydedildi. Yapılan tetkik ve muayene sonrası konulan kesin tanılarıyla karşılaştırıldı. Daha önce romatizmal hastalık tanısı almış hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

**Sonuçlar:** Hastaların yaş ortalaması 53.75±17.91 olarak hesaplandı. Bunların 156 (%24)'sı başvurduğu hekime muayene olmadan kendi isteği ile sevk almıştır. Sevk gerekçesi ise en çok bel, boyun, diz, ve omuz ağrısıdır. Bu hastalar tetkik ve tedavi edildiğinde 3 (%2)'ünde romatoid artrit (RA), 1'inde ankylozan spondilit (AS), 2 (%1)'sinde polimyalji romatika (PR), 1'inde FMF, 46 (%29)'sında da osteoartrit (OA) tespit edildi. Hekimin kendi isteği ile sevk ettiği hasta sayısı ise 494 (%76)'tür. Bunların 412 (%83.4)'si ön tanı olmadan romatizmal hastalık olarak sevk edilmiştir. Geri kalan 82 (%17) hasta ise ön tanı ile sevk edilmiştir. Oral aft nedeniyle başvuran 26 (%31.7) hasta Behçet hastalığı ön tanısıyla sevk edilmiştir. Ancak bu hastalarda Behçet hastalığına rastlanmamıştır. Ağız ve göz kuruluğu nedeniyle sjögren (SJ) ön tanısıyla sevk edilen 18 (%22) hastadan bir tanesinde SJ ve seronegatif RA saptanmıştır. RA ön tanısıyla sevk edilen 13 (%15.8) hastanın 7'sinde RA, 2'sinde reaktif artrit saptanmıştır. Ürik asit yüksekliği nedeniyle gut hastalığı ön tanısıyla sevk edilen 12 (%14.6) hastanın 5'inde gut hastalığı, 1'inde septik artrit bulunmuştur. AS ön tanısıyla sevk edilen 9 (%11) hastadan 3'ünde AS 2'sinde sakroileit tespit edilmiştir. FMF ön tanısıyla sevk edilen 4 hastada FMF saptanmamıştır. Romatizmal hastalık olarak sevk edilen hastalardan 72 (%17.4)'sinde OA, 6 (%1.5)'sında RA, 4 (%1)'ünde reaktif artrit, 4 (%1)'ünde PR, 3'ünde SJ, 3'ünde gut, 2'sinde reiter sendromu, 2'sinde AS, 1 hastada da Behçet hastalığı saptandı. Geri kalan hastaların 137 (%33.2)'sinde romatolojik olmayan hastalıklar tespit edildi. Diğerlerinde ise iç hastalıkları ile ilgili bir hastalık düşünülmedi.

**Tartışma:** Bu çalışmada 53 (%8) hastada uzman tarafından takip edilmesi gereken romatizmal hastalık, 118 (%18) hastada ise osteoartrit tespit edilmiştir. Romatizmal hastalıklar açısından toplum bilgilendirilmelidir. Birinci basamakta görev yapan meslektaşlarımıza ise belirli periyodlarla mezuniyet sonrası eğitim programları düzenlenmeli ve katılımları sağlanmalıdır. Bu şekilde sağlık merkezlerindeki yoğunluk engellenerek gerçek romatoloji hastalarına daha çok vakit ayrılabilir. Ayrıca sağlığa ayrılmış olan bütçe daha iyi kullanılmış olur.

**Anahtar Kelimeler:** Romatizmal hastalık

## [PP-026][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### **Birleşik Devletler ve Türkiye'de romatoid artrit hastalık aktivite düzeyleri ve tedavi alışkanlıkları arasındaki farklar**

İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>3</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>2</sup>, Koray Taşçılar<sup>3</sup>, Serdal Uğurlu<sup>3</sup>, Necati Çakır<sup>4</sup>, W. A. Mccracken<sup>5</sup>, C. J. Swearingen<sup>5</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>6</sup>

<sup>1</sup>GATA, Ankara

<sup>2</sup>Marmara University School of Medicine, Istanbul

<sup>3</sup>Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul

<sup>4</sup>FSM Hospital, Istanbul

<sup>5</sup>University of Arkansas, Little Rock

<sup>6</sup>NYU Hospital for Joint Diseases, New York

Arka plan: Remisyon/düşük hastalık aktivitesi hedefinin gerçek hayatta uygulanabilirliği, ancak farklı hasta popülasyonları ve ilaç kullanımını içeren günlük pratik veritabanları ile mümkündür. Bu aynı zamanda farklı ülkelerde RA tedavilerinin karşılaştırılmasını ve daha önceden fark edilmeyen görüşler sağlayacaktır. TRAV (Türkiye Romatoid Artrit Veritabanı), 2010 yılında günlük pratikte görülen RA hastaları hakkında veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur ve bunu yapan ilk ardışık hasta veritabanıdır. Bu çalışmada Türkiye'deki güncel tedavi alışkanlığını ve RA hastalarında tedavi yanıtını tanımlıyor ve ABD'deki bir RA kohortu ile karşılaştırıyoruz.

Yöntemler: Katılan merkezlerde görülen ardışık hastalar, her ziyarette fiziksel fonksiyon, ağrı ve hastanın global değerlendirmelerini içeren MDHAQ anketini doldurmuştur. Hekimler, hassas ve şiş eklem sayılarının yanısıra global değerlendirme VAS'ını da tamamlamıştır. RAPID3 (hastanın başlangıç verilerinin rutin değerlendirmesi - routine assessment of patient index data), DAS28 ve CDAI de hesaplanmıştır. Demografik veriler, hasta tarafından bildirilen hastalık aktivite ölçütleri, klinik veriler ve ilaç kullanımı, Türkiye'deki 3 merkezde görülen RA hastalarının son ziyaretlerinden alınmıştır. Türkiye'deki ölçütler ile benzer bir veri toplama işleminin yapıldığı ABD'deki bir akademik merkezden alınan veriler arasındaki farklar, son ziyaretteki biyolojik tedavi durumu açısından karşılaştırılmıştır ve bu veriler aynı tedavi takvimi döneminden alınmıştır. Ölçütler arasındaki anlamlı farklar, devamlı ve sıralı değişkenler için Kruskal-Wallis, kategorik ölçütler için Ki-kare testiyle belirlenmiştir.

Sonuçlar: Türkiye'de 1365, ABD'de 432 RA hastası analiz edilmiştir. TR'deki hastalar ile ABD'deki hastalar arasında eğitim süresi (TR: 6,8 yıl, ABD: 14,6 yıl) ve hastalık süresinde (TR: 10,9 yıl, ABD: 7,6 yıl) belirgin fark vardı. RAPID3 ile ölçülen ortalama hastalık aktivitesi TR'de daha düşüktü (TR: 9,0, ABD: 11,3;  $p < 0,001$ ) ve son ziyarette TR'de ABD'ye kıyasla daha fazla hasta remisyon/düşük hastalık aktivitesine sahipti (%26,2/16,6 vs %18,0/12,6). Hem DAS28 hem de CDAI skorları ABD'deki hastalarda TR'dekilere göre daha düşüktü (2,6/7,5 vs 3,7/13,4,  $p < 0,001$ ). TR'ye karşı ABD'de ACR temel veri ölçütleri arasındaki farklar sadece daha az sayıda şiş eklem sayısı ve hekim global değerlendirme skorları idi (ABD'de hastaların %37'si, TR'deki hastaların %26'sı biyolojik tedavi almaktaydı,  $p < 0,001$ ). Aynı sayıda hasta MTX kullanmaktaydı ancak TR'de daha fazla sayıda hasta steroid tedavisi alıyordu (48.6% v 33.8%,  $p < 0.001$ ). TR'de anlamlı olarak daha fazla hasta leflunomid ve sulfasalazin kullanmaktaydı.

Tartışma: Türk ve ABD'li RA hastalarında, ABD'de daha fazla biyolojik tedavi kullanılmasına rağmen birleşik göstergelerde farklı hastalık aktivite düzeyleri vardı. Ancak steroidler, leflunomid ve sulfasalazin Türkiye'de daha fazla kullanılmaktaydı.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit

**[PP-027][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

## **Çocuklarda MEFV Gen Mutasyonlarının Klinik Fenotiplerinin Değerlendirilmesi**

Elif Comak<sup>1</sup>, Çağla Serpil Doğan<sup>1</sup>, Arife Uslu Gökçeoğlu<sup>1</sup>, İbrahim Keser<sup>2</sup>, Türker Bilgen<sup>2</sup>, Reha Artan<sup>3</sup>, Aygen Yılmaz<sup>3</sup>, Ersin Sayar<sup>3</sup>, Ali İşlek<sup>3</sup>, Mustafa Koyun<sup>1</sup>, Sema Akman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), MEFV gen mutasyonları ile ilişkili otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. MEFV gen mutasyonlarının yalnızca AAA'dan sorumlu olduğu düşünülmekteydi. Ancak özellikle yetişkinlerde yapılan araştırmalar MEFV gen mutasyonlarının AAA dışında da bazı klinik durum ve romatolojik hastalıklarla ilişkili olabileceğini göstermiştir.

Gerekçe: MEFV gen mutasyon analizi istenen çocuk hastaların tanı ve klinik bulgularını değerlendirmektir.

Yöntem: Bu araştırma hastanemiz Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı laboratuvarında, Ocak 2006 ile Haziran 2012 tarihleri arasında MEFV gen analizi yapılmış olan tüm çocukların tıbbi kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile yapılmıştır. Tüm hastaların MEFV geninin ekzon 2 ve 10'unda yer alan tüm mutasyonları DNA dizi analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: 514 hastanın 246'sı kız (%47.9), yaş ortalaması 8.52±4.6 yıl (1-18 yaş) idi. 167 hastada homozigot (%32.5), 268 hastada (%52.1) heterozigot ve 79 (%15.4) hastada bileşik heterozigot MEFV gen mutasyonu bulundu. Hastaların klinik bulguları değerlendirildiğinde 309 hastanın



(%60.1) AAA, 28 hastanın (%5.4) juvenil idyopatik artrit, 24 hastanın (%4.7) Henoch-Schönlein purpurası, 2 hastanın (%0.4) poliarteritis nodosa, 6 hastanın (%1.4) çölyak hastalığı, 2 hastanın (%0.4) crohn hastalığı, 2 hastanın (%0.4) behçet hastalığı ve 2 hastanın da (%0.4) üveit tanısı ile izlenmekte olduğu anlaşıldı. Herhangi bir klinik bulgusu olmayan 12 hasta homozigot, 21 hasta heterozigot ve 3 hastada bileşik heterozigot MEFV mutasyonu taşımaktaydı. Heterozigot MEFV mutasyonu saptanan 118 hastanın ise (%23) AAA benzeri yakınmaları bulunduğu, ancak FMF tanısı almadan izlendiği görüldü.

Tartışma: Bu sonuçlar çocuklarda MEFV gen mutasyonlarının AAA dışında da romatolojik hastalıkların patogeneğinde rol alabileceğini düşündürmektedir. Bu hastalıkların klinik özellikleri üzerine olan etkilerini değerlendirmek için daha geniş araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, MEFV Gen Mutasyonları

**[PP-028][Kabul:Poster][Pediatrik Romatoloji]**

### **Çölyak Hastalığı Tanısı İle İzlenmekte Olan Çocuk Hastalarda MEFV Gen Mutasyonlarının Sıklığının Değerlendirilmesi**

Elif Comak<sup>1</sup>, Çağla Serpil Doğan<sup>1</sup>, Arife Uslu Gökçeoğlu<sup>1</sup>, İbrahim Keser<sup>2</sup>, Reha Artan<sup>3</sup>, Aygen Yılmaz<sup>3</sup>, Ersin Sayar<sup>3</sup>, Ali İşlek<sup>3</sup>, Mustafa Koyun<sup>1</sup>, Sema Akman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı

Çölyak hastalığı, glutenli diyetle beslenen duyarlı bireylerde ince barsak mukozası hasarına yol açan bir enteropatidir. Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) ise tekrarlayıcı febril ataklar ve serozit ile karakterize, otozomal resesif kalıtılan, inflamatuvar bir hastalıktır. Çölyak ve AAA, ortak klinik ve biyolojik özellikler taşımaktadır. Enflamasyonun negatif bir düzenleyicisi olan pirin/marenostrin proteinini kodlayan MEFV gen mutasyonları AAA'ya neden olur. Özellikle yetişkinlerde yapılan araştırmalar MEFV gen mutasyonlarının AAA dışında bazı hastalıklar için de risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Gerekçe: Çölyak hastalığı tanısı ile izlenmekte olan çocuklarda MEFV gen mutasyonlarının sıklığını araştırmaktır.

Yöntem: Hastanemiz Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji kliniğinde Çölyak hastalığı tanısı ile izlenen hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. MEFV geninin ekzon 2 ve 10'unda yer alan tüm mutasyonlar çalışılmış olan hastalar değerlendirmeye alındı.

Sonuçlar: Araştırmaya dahil edilen 28 hastanın 16'sı kız (%57.1), yaş ortalaması 9.4±4.9 yıl (9-18 yaş) idi. 5 hastada (%17.8) heterozigot, 1 hastada (%3.5) ise homozigot MEFV gen mutasyonu bulundu. Hastalarda saptanan heterozigot mutasyonlar 2 hastada E230K, 2 hastada M694V, 1 hastada V726A; homozigot mutasyon ise 1 hastada E148Q/E148Q idi. MEFV mutasyonu alel frekansı 7/56 (%12.5), taşıyıcılık oranı ise 6/28 (21.4) olarak saptandı.

Tartışma: Çölyak hastalığı olan çocuklarda MEFV mutasyonu taşıyıcılık oranı ülkemizdeki genel popülasyon ile benzer bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çölyak hastalığı, MEFV Gen Mutasyonları

**[PP-029][Kabul:Poster][Vaskülit]**

### **Dijital Ülserasyon ile Gelen Wegener Granülomatozlu (Polianjiitli Granulomatoz) Hasta**

Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Pınar Çetin<sup>1</sup>, Ezgi Atalay<sup>2</sup>, Hacer Çabuk Güllüoğlu<sup>3</sup>, İsmail Sarı<sup>1</sup>, Merih Birlik<sup>1</sup>, Fatoş Onen<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Giriş:** İmmünesupresif tedavi alan vaskülitli hastalarda dijital ülserasyon geliştiğinde vaskülit aktivasyonunun yanı sıra diğer patolojiler de anımsanmalıdır. Bunlardan birisi de herpetik paronişidir. Paronişi; tırnağı çevreleyen epiderminin, genelde lokalize travmaya bağlı, enfeksiyonudur. Etkenler arasında öncelikle bakteriler ve mantarlar gösterilirken nadiren de olsa viral nedenler özellikle de herpes simpleks virüs (HSV-1) veya HSV-2 sayılabilir. Bu bildiride Wegener granülomatozu (polianjiitli granülomatoz) nedeni ile immünesupresif tedavi sırasında herpetik paronişi gelişen bir vakayı sunmaktayız.

**Vaka:** 59 yaşında bayan hasta üç aydır devam eden pürülan balgam ve nazal akıntı yakınması ile tetkik edildi ve HRCT’de bilateral yamasal tarzda infiltrasyonlar ve yer yer kaviter lezyonlar saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; kreatin=2.6 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı=47 mm/saat, C reaktif protein (CRP)=8.7 mg/l, P-ANCA ve MPO-ANCA pozitif, 24 saatlik idrarda 0.5 gr/g kadar proteinüri tespit edildi. Yapılan böbrek biyopsisinin kresenterik glomerülo nefrit bulunan hastaya Wegener granülomatozu tanısı koyuldu. Yüksek doz doz kortikosteroid ile birlikte I.V. siklofosamid tedavisi başlandı. Üçüncü kür siklofosamid tedavisi öncesi polikliniğine başvuran hastanın son bir haftadır sağ el tırnaklarında hemorajik krusta ile çevrili ülserasyon alanları görüldü. Hastanın alt dudığında da benzer lezyonları ve öyküde tırnak yeme alışkanlığı mevcutdu (Resim). Böbrek fonksiyon testlerinde düzelme olan hastanın CRP değeri 2.6 mg/l idi. Hastalık aktivasyonu düşünülmedi. Tırnak çevresi ve alt dudaktan “Tzanck yayma” ile birlikte doku kültürü ve mikotik kültür gönderildi. Doku ve mikotik kültür negatifti. Tzanck yaymada akantolitik, diskeratotik ve multinükleer dev hücreler gözlemlendi. Herpetik paronişi tanısı konuldu.

**Sonuç:** Herpetik paronişi parmakların, HSV-1 veya HSV-2 ile enfekte mukozadan, direk inokulasyon sonucu ile enfekte olması ile ortaya çıkan bir tablodur. Sağlık personeli, çocuklar ve tırnak yeme alışkanlığı olanlar risk altındadır. İnfekte olan bölgede tabloda oturmadan önce eritem daha sonra sırasıyla karakteristik veziküller lezyonlar, püstül ve hemorajik krut gelişir. Bizim olgumuzda olduğu gibi dijital ülserasyon ile gelen immünesupresif tedavi alan vaskülit tanılı hastalarda akla bakteriyel paronişi, felon, tinea inguim ve vaskülitik tutulumların yanı sıra herpetik paronişi de gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Herpetik Paronişi, Wegener Granülomatozu

## Resim



*Wegener granülomatozlu hastanın el tırnağında ve alt dudaktaki hemorajik krusta ile çevreli*

[PP-030][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

**Dismenore Nedeni Olarak Ailesel Akdeniz Ateşi**

Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, İsmail Doğan<sup>1</sup>, Özant Helvacı<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Mehmet Coşkun Salman<sup>3</sup>, Engin Yılmaz<sup>4</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Gerekçe: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), periyodik serözit atakları ile karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. Soğuğa maruziyet, stres, yorgunluğun yanı sıra kadınlarda menstruasyon AAA ataklarını tetikleyebilmektedir. Bu çalışmada dismenore nedeniyle Kadın Hastalıkları polikliniğine başvuran ve dismenore nedeni olabilecek patolojisi olmayan hastaların, AAA açısından incelenmesi ve MEFV gen mutasyonlarının çalışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma için etik kuruldan onam alındı. Ocak 2010- Mart 2012 tarihleri arasında görülen 44 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. AAA semptomatolojisi ve aile öyküsü sorgulandı. AAA tanısı Tel-Hashomer kriterlerine konuldu. Ayrıca tüm hastalardan MEFV gen mutasyonu (M694V, M694I, M680I, V726A, E148Q, P369S, R761H) çalışıldı. Gen mutasyonu sonuçları sağlıklı kontrolün sonuçlarıyla karşılaştırıldı.1

Sonuçlar: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 26.1±8.48 idi. Sorgulama sonucunda 6 (%13.6) hastaya AAA tanısı konularak kolşisin başlandı. Bu hastaların gen mutasyonları dağılımı bir hasta M694V homozigot, 2 hasta bileşik heterozigot ve 3 hastada heterozigot mutasyon şeklinde idi. AAA şüphesi olan 2 hastanın atak sırasında değerlendirilmesi planlandı.

MEFV mutasyon analizinde toplam 14 (%31.8) hastanın 19 (%21.6) allelinde mutasyon saptandı. Kontrol grubu(%20.0) ile karşılaştırıldığında mutasyon sıklığı açısından fark saptanmadı (p>0.05) (Tablo). Mutasyonların dağılımı M694V: 7, E148Q: 6, M694I: 2, P369S 2, V726A: 1, R761H 1 şeklinde idi. Bir hastada M694V homozigot, 4 hastada bileşik heterozigot mutasyon saptandı.

Tartışma: Jinekolojik patoloji saptanmayan dismenore hastalarında AAA sıklığı artmıştır. Akut atak sırasında AAA açısından sorgulanması ve şüpheli hastaların gerekirse tedavi verilerek izlemi uygun yaklaşım olabilir.

Referans: Yılmaz E, Ozen S, Balci B, ve ark. Familial Mediterranean Fever and evidence for a high carrier rate in the Turkish population. Eur J Hum Genet. 2001 Jul;9(7):553-5.

**Anahtar Kelimeler:** Dismenore, MEFV mutasyonu

**Dismenoreli hastalarda MEFV mutasyonunun sıklığı ve dağılımının kontrol grubu ile karşılaştırılması**

	Hasta grubu (n=44)	Kontrol grubu (n=100)
Mutasyon sıklığı;%	21.6	20.0
M694V,%	7.9	3
M680I;%	0	5
V726A;%	1.1	2
M694I,%	2.2	0
E148Q,%	6.8	12
P369S,%	2.2	bakılmamış
R761H,%	1.1	bakılmamış

## [PP-031][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### DMARD-İlişkili Hepatotoksisite; DMARD Tedavisinin Erken Dönem Bulguları

Ahmet Behlül<sup>1</sup>, Aslı Gökbelen<sup>1</sup>, Melisa Toprak<sup>1</sup>, Polat Olgun<sup>1</sup>, Gülkan Kaplan<sup>1</sup>, Fatih Borlu<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hast- Romatoloji, İstanbul

Giriş: Hastalık modifiye edici ilaçların (DMARD) hepatotoksite potansiyelleri nedeniyle bu ajanları alan hastaların düzenli aralıklarla monitorizasyonu gereklidir. Hepatik yan etkiler tedavinin erken döneminde olabileceği gibi geç dönem ve kümülatif doza bağlı olarakda gelişebilir. Bazı DMARD kombinasyonlarında riskin yüksek olduğu bilinmektedir. Kliniğimizde çeşitli tanılarla tekli veya kombine DMARD tedavisi başlanan ve takip edilen hastalardaki hepatotoksisite sıklığını araştırdık. Metod: 1 yıllık dönemde DMARD alan hastaların testleri retrospektif olarak incelendi. ALT, AST ve GGT düzeyleri referans değerlerin üzerinde olanlar tespit edildi. Bu hastaların almakta oldukları DMARD'lar ile KCFT yüksekliği arasındaki ilişki ve diğer KCFT yüksekliği nedenlerine yönelik incelemelerine bakıldı.

Bulgular: DMARD tedavisi alan 602 hastanın [377 Kadın (%62.6), 225 Erkek (%37,4)] kayıtları inceleme için yeterli bulundu (Yaş ortalama 45.2±14.5 yıl, takip süresi 6.0±3.3 ay). 296 hasta spondiloartrit (96 AS, 86 PsA, 107 undiferansiye spondiloartrit, 7 Reaktif artrit), 306 hastaya (269 RA, 29 undiferansiye bağ dokusu, 8 Erişkin-Still) bağ dokusu tanısıyla DMARD tedavisi başlanmıştı. 67 hastada (%11.0) bu enzimlerden herhangi birinde en az bir kez normal değer üst sınırının üzerinde ölçüldüğü görüldü. 47 hastada ALT, 39 hastada AST, 29 hastada GGT yüksekliği olmasına rağmen normal değer üst sınırının 3 katından daha yüksek olan hasta sayısı oldukça düşüktü (Sırasıyla 4, 3, 4 vaka). KCFT yüksekliği olan 67 hastanın 39'unda (%58.2) bu bozukluğun DMARD tedavisinde değişiklik yapmayı gerektirmediği ve tekrarlayan ölçümlerde enzimlerin normal değerlere gerilediği görüldü. 10 hastada (%14.9) bozukluğunun DMARD'larla ilişkili olduğu (3 metotreksat+sülfosalazin, 2 metotreksat, 1 metotreksat+leflunamid, 1 sülfosalazin, 1 sülfosalazin+Lamisil, 1 sülfosalazin+NSAID, 1 Azatiopürin), doz azaltıldığı veya ilacın kesildiği tespit edildi. 7 hastada enzim yükseklikleri diğer hepatobilier sebeplerle (hepatosteatoz...vb) ilişkiliydi. Transaminaz yüksekliği 1 hastada HBV, 1 hastada HCV ile ilişkili olmasına rağmen DMARD tedavisi başlanmış, tedavi sonrası enzimlerin düzeyinde belirgin artış olmamıştı. 1 hastada ALT/AST yüksekliği RA'ya eşlik eden polimiyozitle ilişkili olup DMARD tedavisinin 3. ayında myozit tablosu gerilemişti.

Sonuç: Bu retrospektif incelemede DMARD alan hastaların %11'inde KCFT'de bozulma olduğu görüldü. Bunların %14.9'unda DMARD'ların kesilmesi veya doz azaltılması gerektiği tespit edildi. Tüm DMARD başlanan hastalar göz önüne alındığında ilaç doz modifikasyonu gerektiren hasta oranı %1.6'dır. Fulminan seyreden ve ölüme neden olan hepatotoksisite görülmemiştir. Bazı hastaların DMARD tedavisi sonrası rutin kontrollere gelmemesi ve retrospektif çalışma dizaynı nedeniyle bazı dataların yeterli olmamasından dolayı bu oran gerçek hepatotoksisite değerlerinin altında olabilir fakat ülkemizdeki rutin pratiği göstermesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** DMARD'lar, Hepatotoksisite

## [PP-032][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Endotel disfonksiyonu Psöriatik artrit hastalarında Romatoid artrite benzer şekilde bozulmuştur

Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>, Uğur Canpolat<sup>2</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Barış Kaya<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Kudret Aydemir<sup>2</sup>, İsmail Doğan<sup>1</sup>, İhsan Ertenli<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Gereke: Romatoid artrit (RA) hastalarında endotel disfonksiyonu ve kardiovasküler morbiditenin arttığı bilinmektedir. Psöriatik artrit (PsA) hastalarında da benzer sonuçlara ulaşılmaktadır. Bu çalışmada PsA ve RA hastalarındaki endotel fonksiyonunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yöntem: Bu çalışmaya ayaktan takip edilen PsA, RA hastaları ve sağlıklı kontroller etik kurul

onayının ardından dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri standart bir form aracılığıyla dolduruldu. Diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), dislipidemi, aktif sigara içiciliği, kardiyovasküler ilaç öyküsü, vücut kitle indeksi (VKI) sorgulandı. Son lipid profilleri, açlık kan şekeri, kreatinin, ürik asit değerleri dosyadan not edildi. Endotel bağımlı akım aracılı dilatasyon (flow mediated dilatation, FMD) brakial arterden bazal ve kola sarılan manşonun, sistolik kan basıncının 50 mmHg üzerinde olacak şekilde 5 dakika süre ile şişirilip indirilmesi sonrası yapılan ölçümlerle hesaplandı. Karotis arter intima media kalınlıkları (İMK) yüksek rezolusyonlu Doppler ultrason ile değerlendirildi. Sonuçlar: 32 [kadın 24 (%75)] PsA, 25 [kadın 21 (%84)] RA ve 37 [kadın 27 (%73)] sağlıklı kontrol alındı. PsA ve RA hastalık süresi 68±49 ve 97±77 aydı (p>0.05). PsA'ların 20'sinde (%62) periferik, 12'sinde (%38) periferik + aksiyel eklem tutulum vardı. PsA'ların 16'sında (%50) aktif eklem, 12'sinde (%37) aktif deri tutulumu mevcuttu. Hastaların 22'si (%69) biyolojik tedavi almaktaydı. Yaş [PsA 42±12, RA 44±12, kontrol 40±13], DM [PsA 1 (%3), RA 0 (%0), kontrol 1 (%3)], HT [PsA 1 (%3), RA 0 (%0), kontrol 1 (%3)], dislipidemi [PsA 4 (%12), RA 1 (%4), kontrol 6 (%16)], aktif sigara içiciliği [PsA 5 (%16), RA 4 (%16), kontrol 9 (%24)], ve kardiyovasküler ilaç [PsA 4 (%12), RA 2 (%8), kontrol 3 (%8)] benzerdi. VKI PsA'lılarda sağlıklı kontrollerden daha fazlaydı [PsA 28.5±5.5, RA 25.6±4.4, kontrol 24.4±4.3, p=0.002]. PsA'da kontrollere göre ESH (22± 17 vs 7±4, p<0.001) ve CRP (1.29±1.97 vs 0.21 ±0.16, p=0.016) daha yüksekti. FMD yüzdesi PsA'da kontrollerden daha düşüktü [PsA 9.39±4.84 vs. kontrol 11.56 ± 3.18, p=0.032], ve RA hastalarında (9.46±3.67) PsA ile benzerdi. Karotis İMK kalınlıkları PsA hastalarında kontrollerden daha fazlaydı [PsA sağ 0.67±0.21, sol 0.67±0.20 vs. kontrol sağ 0.56±0.11, sol 0.57±0.12, sırasıyla p=0.012 ve 0.010] ve RA hastalarında (sağ 0.73±0.24, sol 0.73±0.18) PsA ile benzerdi. PsA'da deri-eklem aktivitesi ile FMD-karotis İMK açısından fark saptanmadı. Tartışma: PsA'da RA'ya benzer şekilde endotel disfonksiyonu saptanmıştır. Endotel disfonksiyonunu açıklayacak klasik risk faktörleri hasta ve sağlıklı grupta VKI haricinde benzerdi. Öte yandan bizim hastalarımızın üçte ikisi biyolojik ajan alan, buna rağmen yarısından fazlasında eklem ve/veya deride aktivite devam etmekte olan dirençli-aktif hastalığı olan bir gruptu. Bozulmuş endotel fonksiyonunu uzun süreli devam eden hastalık aktivitesi ile açıklamak akla yatkın görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit, endotel disfonksiyonu

[PP-033][Kabul:Poster][Diğer]

## Enfekte Enjektör Batması Sonucu Gelişen Tüberküloz Sinoviti: Olgu Sunumu

Ayşe Balkarlı<sup>1</sup>, Şahin Temel<sup>2</sup>, Cemile Canan Karatay<sup>2</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>pamukklae üniversitesi tıp fakültesi romatoloji bilim dalı denizli

<sup>2</sup>pamukklae üniversitesi tıp fakültesi iç hastalıkları ana bilim dalı denizli

### GİRİŞ

Tüberküloz artrit tanısı, klinik belirtilerinin sinsi olması ve görüntüleme bulgularının nonspesifik olması nedeniyle zordur. Nadir görülen ve tedavi edilebilir bir durumdur. Biz enfekte iğne batması sonrası sol el tüberküloz sinoviti gelişen bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu:

44 yaşında erkek hasta 4 aydır olan sol elde şişlik ve ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol el diffüz ödemliydi ve el bilekte palpasyonla grade 4 ağrısı mevcuttu. Ancak ısı artışı, kızarıklık yoktu. 2 hafta önce ortopedi hekimine başvuran hastaya bu yakınması nedeniyle amoksisilin, nonsteroid antiinflatuar tedavi başlanmış. Yakınmasında azalma olmaması, şişlik yakınmasının giderek artması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde biyokimya, tam kan, sedim, CRP normal saptandı. Brucella, romatoid faktör, anti-CCP negatifti. PA AC normal, tüberkülin deri testi negatifti. El grafisinde yumuşak doku ödemi ve periartiküler osteopeni dışında patolojik bulgu yoktu. Çekilen sol el MR'ı "Sol elin palmar yüzeyinde 1. parmak komşuluğunda opponens pollicis ve fleksör pollicis brevis kasları lokalizasyonunda sınırları net seçilmeyen fokal T1A görüntülerde hipointens T2A görüntülerde hiperintens sinyal değişikliği gösteren alan saptandı. Tanımlanan alana komşu yumuşak dokularda çizgilenmeler mevcut olup bulgu öncelikle bu lokalizasyonda apseyi düşündürmektedir." şeklinde raporlandı. Ortopedi hekimi ile konsülte edilen hastaya cerrahi debridman yapıldı. Sinovyal doku örneği ve drenaj mayii patolojiye gönderildi. Histolojik incelemesinde tüberküloz sinovit ile uyumlu kazeifikasyon gösteren granümatöz inflamasyon saptandı. Hastanın anemnezi derinleştirildiğinde yakınmaları başlamadan 3 ay önce veteriner hekim tarafından hayvana yapılan enjeksiyon sonrası enfekte enjektörün hastanın sol eline battığı öğrenildi.

Sonuç:

Osteoartiküler tüberküloz tüm bildirilen tüberküloz vakalarının %1'ini, ekstrapulmoner tüberküloz

vakalarının ise %10'unu oluşturmaktadır. Osteoartiküler tüberküloz azalan sıklıkla omurga, kalça, diz, ayak bileği, omuz ve dirsekte görülür. Endemik bölgelerde genç yaş grubunda görülürken, endemik olmayan bölgelerde ise ileri yaş ve immün yetmezlik gibi riskli grupta görülür. Kliniğinin sinsi olması, yaygın antibiyotik kullanımı ve en önemlisi insidansının düşük olması nedeniyle klinisyen tarafından şüphelenilmemesi sonucu yanlış tanı konulabilir. Vakamızda en sık görülen lokalizasyonlardan farklı bir lokalizasyondaydı. Bu vaka ülkemizin tüberküloz açısından endemik bir bölge olması da göz önüne alınacak olursa artropatilerin ayırıcı tanısında tüberküloz sinovitinin yeri ve dikkatli alınan anamnezin önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** tüberküloz sinovit

[PP-034][Kabul:Poster][Diğer]

## Eritema Nodosum ile başvuran Tüberküloz lenfadenit olgusu

Senol Kobak<sup>1</sup>, Fidan Sever<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

### Giriş

Eritema nodosum(EN),subkutan yağ dokusunun en sık görülen panikulitidir.EN,sıklıkla ağrılı, duyarlı,eritematöz subkutan nodüller ile karakterizedir.EN,enfeksiyonlar ve/veya sistemik hastalıkların ilk belirtisi olabilir.Bu bildiri,EN şikayetleri ile başvuran bayan olguda,LAP biopsi sonucu,tüberküloz lenfadenit tanısı konuldu.

### Olgu sunumu

53 yaşında,bayan hasta,Mart 2012 tarihinde,diz eklemlerde ağrı ve sabah tutukluğu yanısıra, bilateral alt ekstremitte pretibial bölgede ağrılı,duyarlı,eritemli lezyonlar başlaması üzerine Dermatoloji hekimine başvurmuş.Burada hastaya eritema nodosum tanısı konulmuş ve ileri tetkik için polikliniğimize yönlendirilmiş.Yapılan fizik muayenesinde; her iki diz eklemlerde hassasiyet ve hareket kısıtlılığı, her iki pretibial bölgede eritema nodosum ile uyumlu deri lezyonları, sol aksiler ve her iki submandibuler bölgede yaklaşık 2cm çapında ağrısız lenfadenopatiler saptandı. Sorgulamasında; her iki diz eklemlerde ağrı ve sabah tutukluğu dışında, artrit, tekrarlayan oral ve/veya genital aft, inflamatuvar barsak hastalığı, üveit atağı, ilaç ve/veya enfeksiyon öyküsü tarif etmiyor. Laboratuvar tetkiklerde; sedimentasyon:52mm/h, C-reaktif protein:1.55mg/dl olarak tespit edildi. Hemogram, rutin idrar, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. Serolojik testlerde; ASO, RF, ANA, anti-CCP, C3, C4, anti-HCV, HBsAg, brucella aglutinasyon testleri negatif olarak saptandı. Akciğer, sakroiliak eklem ve lateral topuk grafileri ve batin USG normal olarak saptandı. Gaita gizli kan ve tümör markerları negatif idi. Boyun USG'de her iki servikal zincirde 1cm, her iki submandibuler bölgede 3-4 adet en büyükleri 23x9mm multipl lenfadenopatiler saptandı. Sol aksiler USG'de en büyükleri 22x14mm boyuta ulaşan multipl LAP izlendi. Torako-abdominal BT çekildi, USG'de izlenen aksiler LAP'ler dışında, normal olarak rapor edildi. Bunun üzerine hastaya aksiler LAP eksizyonel biopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede, geniş kazeifikasyon nekrozu, dev hücre formasyonu ve histiosit proliferasyonu ile karakterli granülom yapılar rapor edildi. Etiolojik ajana yönelik çalışılan histokimyasal incelemede(d-PAS,Mantar,Ziehl-Neelsen) spesifik bir bulgu saptanmadı.Kongo kırmızısı incelemesinde amiloid birikimi saptanmadı. Göğüs ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları ile görüşüldü, tüberküloz lenfadenit olarak değerlendirildi. Hastaya 4'lü anti-Tbc tedavi başlandı.3 ay sonra yapılan kontrolünde, deri lezyonların, halsizlik ve artralji şikayetlerinin kaybolduğu, akut faz yanıtları(CRP ve ESH) normale geldiği görüldü. Genel durumu iyi olan hastanın, verem savaş dispanserinde de takipleri devam etmektedir.

### Sonuç

Tüberküloz, farklı klinik bulgular ile başlayabilen, sıklıkla görülen bir hastalıktır. EN, bu başlangıç bulgularından sadece birisi olabilir. Lokomotor sistem ve EN şikayetleri ile başvuran bir olguda, primer romatizmal patoloji yanı sıra, akut ve/veya kronik enfeksiyonlar da düşünülmelidir.

Resim 1.Alt ekstremitte pretibial bölgede eritema nodosum

**Anahtar Kelimeler:** eritema nodosum, tüberküloz lenfadenit

## Sağ pretibial bölgede eritema nodosum



[PP-035][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Erken Dönem Anti TNF- $\alpha$ Tedavisi Sırasında Gelişen Lenfoma: Bir Olgu Sunumu

Cem Özişler, Fulya Dörtbaş, Kubilay Şahin, Zeynep Aşlar, Yaşar Karaaslan  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Anti-TNF- $\alpha$  ilaçlar ile tedavi sırasında lenfoma gelişim riski, normal popülasyona göre 2.5 kat artmış olarak bildirilmektedir. Lenfoma daha çok tedavinin ilk iki yılında görülmektedir. Bu yazıda psöriatik artrit tanısı ile etanercept kullanmakta iken, tedavinin yedinci haftasında lenfoma geliştiren bir olgu tartışılacaktır.

Olgu

59 yaşında kadın hasta tıbbi onkoloji kliniğince istenilen konsültasyon sırasında değerlendirildi. Hastanın boyun sağ tarafında şişlik yakınması vardı. Bu şişliğin yaklaşık 3-4 hafta önce başladığı ve büyüklüğünde hızlı bir artış olduğunu belirtti. Hastanın diyabetes mellitus, hipertansiyon, psöriatik artrit tanıları mevcuttu ve psöriatik artrit tanısına yönelik son 7 haftadır bir üniversite hastanesi fizik tedavi/romatoloji kliniğince başlanan etanercept tedavisini 50 mg/hf dozunda subkutan olarak kullanmaktaydı. Hastada lenfoma açısından bir risk faktörü veya ailede lenfoma ve malignite

öyküsü yoktu. Boyun sağ tarafındaki kitleden yapılan insizyonel biyopsi diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlanmış ve immünohistokimyasal çalışmada CD20 ile tümör hücrelerinde yaygın kuvvetli boyanma görülmüştür. Hastada lenfoma tanısından sonra etanercept ve leflunomide tedavileri kesildi. Hastaya tıbbi onkoloji kliniğince R-CHOP (rituksimab, siklofosamid, adriamisin, vinkristin, metilprednizolon) tedavi rejimi başlandı ve hasta en son Ağustos 2012 sonunda bu tedavinin 5. infüzyonunu aldı. Kemoterapi başlandıktan sonra hastanın cilt ve eklem yakınmaları yatıştı ve ek tedavi gereksinimi olmadı.

#### Tartışma

Bongartz ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir çalışmada anti-TNF- $\alpha$  tedavi ile malignansi riskinin arttığı bildirilmiştir. Ülkemizden bildirilen bir survey çalışmasında da özellikle RA'lı hastalarda anti-TNF- $\alpha$  kullanımı ile malignansi riskinin arttığı belirtilmiştir. Ancak son yapılan 19,562 romatoid artritli hastanın alındığı ve 89,710 hasta yılı olarak gözlem yapıldığı belirtilen bir çalışmada metotreksat ve anti-TNF- $\alpha$  tedavilerinin lenfoma riski üzerindeki etkileri değerlendirilmiş ve sonuç olarak anti-TNF- $\alpha$  tedavisi kullanan grupta lenfoma insidansındaki artışı destekleyecek bir kanıt bulunamadığı şeklinde bir yorum yapılmıştır. Çalışmalarda bu farklı sonuçların kullanılan istatistiksel yöntem (hasta yılı bazında değerlendirme) ve zaman faktörünün yanıltıcı etkisinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Bu hasta nedeniyle, her ne kadar registry çalışmalarında başta malignite olmak üzere anti-TNF- $\alpha$  ilişkili yan etkilerin düşük düzeylerde olduğu belirtilse de, bu tedaviler başlanmadan önce ve erken evrede hastaların malignite ve lenfoma açısından yakından takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** lenfoma, psöriatik artrit

**[PP-036][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

### **Fenotip 2 Ailesel Akdeniz Ateşi: 22 hastanın değerlendirilmesi**

Alpaslan Altunoğlu<sup>1</sup>, Sükran Erten<sup>2</sup>, Müjdat Batur Canöz<sup>3</sup>, Aydan Yüksel<sup>1</sup>, Gülay Güleç Ceylan<sup>4</sup>, Hayriye Tatlı Doğan<sup>5</sup>, Serdar Balcı<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

<sup>2</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji

<sup>3</sup>Özel Yalova Hastanesi

<sup>4</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Genetik

<sup>5</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji

**Gereke:** Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), reküren ateş ve serozaların inflamasyon atakları ile karakterize otoimmün bir hastalıktır (French FMF Consortium. Nat Genet. 1997). AAA, amiloid – associated (AA) tipinde amiloidoz ile komplike olarak böbrek yetmezliğine neden olabilir. Amiloidoz bazen hastalığın ilk bulgusu olarak da ortaya çıkabilir. Bu duruma literatürde fenotip 2 AAA denilmektedir (Tunca M, et al. Turkish FMF Study Group. Familial Mediterranean fever (FMF) in Turkey. Medicine 2005). Bu çalışmada fenotip 2 AAA düşünülen 22 hastanın klinik, laboratuvar ve genotip özelliklerinden bahsedilmiştir.

**Yöntem:** Çalışmaya son 2 yıl içinde hastanemiz nefroloji, romatoloji ve iç hastalıkları bölümlerine proteinüri ile gelen hastalar alındı. 420 hasta arasında fenotip 2 AAA düşünülen 22 hasta bulundu. Hastaların hiçbirisi AAA'nın tanı kriterlerini doldurmuyorlardı. >300 mg/g proteinürisi olan hastalara duodenal/rektal, >1000 mg proteinürisi olan hastalarda böbrek biyopsisi yapıldı. Sekiz hastada amiloidoz tesbit edildi.

**Sonuçlar:** 22 AAA hastasında 27 allelik varyant tesbit edildi. En sık görülen allelik varyant % 37 ile M694V (10/27) ve 2. sıklıkta % 26 ile E 148Q (7/27) idi.

**Tartışma:** Fenotip 2 AAA sanıldığı kadar nadir bir hastalık değildir. AAA için risk taşıyan etnik gruplarda açıklanamayan proteinüri veya akut faz yanıtı olması durumunda mutlaka akla gelmeli ve uygun yerden amiloidoz için biyopsi alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz ateşi, fenotip 2

**[PP-037][Kabul:Poster][Diğer]**

### **Gebelik Öncesi Leflunomid Maruziyeti Olan Hastalarda Gebelik Sonuçları**

Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ari Avni Erbil<sup>2</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>3</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, Ankara

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

<sup>3</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

**Gerekçe:** Leflunomid romatoloji pratiğinde sıkça kullanılan ve teratojenik olduğu bilinen etkili bir hastalık modifiye edici ilaçtır. Hayvan çalışmalarında teratojen olduğu belirtilmesine rağmen leflunomid maruziyeti olan hastalarda gebelik sonlanımı ile ilgili oldukça sınırlı olgu sunumları ve vaka serileri bulunmaktadır. Bu çalışmada leflunomid kullanan hastalarda gebelik sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2004-2012 yılları arasında görülen ve leflunomid maruziyeti olan ve gebelik planlaması ve/veya oluşması nedeniyle ilaç kesilen 33 hasta (Kadın/erkek: 24/9) çalışmaya alındı. Gebelik öncesi kullanılan ilaçlar, eliminasyon uygulaması, gebelik süresindeki ilaç kullanımı ve gebelik sonuçları hastane kayıtlarından ve hastalara telefonla ulaşılarak belirlendi.

**Sonuçlar:** 24 kadın hastanın 16'sında (%66.7) gebelik gerçekleşti. Bu gebeliklerin 13'ünde öncesinde leflunomid kesilmişken 3'ünde gebelik saptandığı sırada ilaç kullanımı vardı. Gebelik sonuçları ve komplikasyonlar Tablo 1'de gösterilmektedir. Gebeliklerin 4'ünde öncesinde antiTNF kullanımı varken 1 hastada etanerseptle devam edilmiş ve canlı doğum gerçekleşmiş.

9 erkek hastanın 5'inin sağlıklı çocuğu oldu. 1 hastanın eşinde erken membran rüptürü görüldü. Majör malformasyonlu bebek görülmedi.

Leflunomid kan düzeyi 21 gebeliğin 19'unda bakıldı. 15 hastada arındırma protokolü uygulandı.

**Tartışma:** Doğurgan yaştaki hastalarda leflunomid kullanımı sırasında gebelik olması veya planlanması durumunda eliminasyon uygulanmakta ve kan düzeyine göre gebelik planı oluşturulmaktadır. Her ne kadar majör malformasyonlu bebek olmasa da erken membran rüptürü ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonların oranı yüksek bulunmuştur. Daha net veriler oluşana kadar leflunomid alan hastalarda kontraseptif yöntemler önerilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Leflunomid

### **Kadın Hastalarda Leflunomide Maruziyeti ve Gebelik Sonlanımı (n:16)**

	Gebelik öncesi Maruziyet (n:13)	Gebelik Sırasında İlaç Kullanımı (n:3)
Sağlıklı Doğum	8	2
Düşük	4	1
Devam Eden Gebelik	1(32 haftalık gebe)	0
Erken Membran Ruptürü	3	0
Düşük Doğum Ağırlığı	2	0
Majör Malformasyon	0	0

**[PP-038][Kabul:Poster][Vaskülit]**

### **Gençlerde görülen nadir bir temporal arterit sebebi: juvenil temporal arterit**

Tayfun Akalın<sup>1</sup>, Fatma Çevik Kaya<sup>2</sup>, Yücel Tekin<sup>2</sup>

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

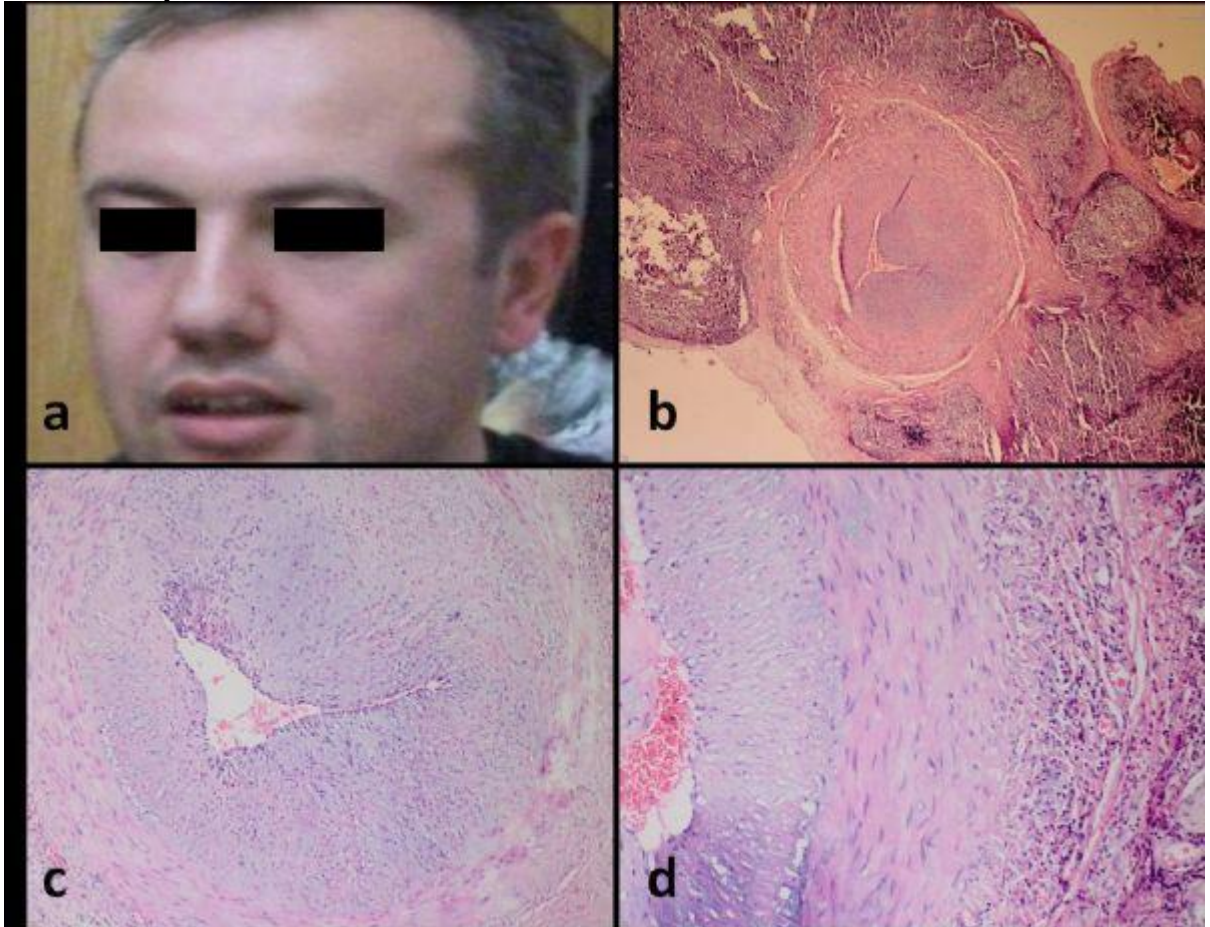
<sup>2</sup>Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Kayseri

**GİRİŞ:** Temporal arter vaskülit 50 yaş altında nadirdir. Şimdiye kadar 40 kadar vaka bildirilmiştir. Bu vakaların çoğu juvenil temporal arterit (JTA), diğerleri ise sistemik vaskülitlerin temporal arter tutulumu ve dev hücreli arterittir. Vaka: 36 yaşındaki erkek hasta sol temporal bölgede ağrılı şişlik (Şekil 1a), baş ağrısı ve boyun-omuz kuşağında ağrı şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri 6 ay önce başlamış ve şiddetlenerek devam etmişti. Anamnezinden kronik hastalığı olmadığı, sigara içmediği, görme ile ilgili şikayeti olmadığı ve kafa travması geçirmediği öğrenildi. FM'de ateş: 36°C, nabız ve

arter basıncı normaldi. Sol temporal bölgede 2\*1 cm ebatında, eritemli ve dokunmakla hassas şişlik vardı. Periferik LAP yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Tam kan sayımı, eozinofil sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı (9 mm/saat), serum C-reaktif protein düzeyi (3.34 mg/L), kan biyokimyası ve idrar tahlili normaldi. HbsAg, anti-HCV ve p,c-ANCA negatifti. Duplex ultrasonografide sol temporaldeki şişliğin, kalınlaşmış ve nodüler hale gelmiş temporal arter olduğu tespit edildi. MR anjiyografide arkus aorta ve dalları normaldi. Sol temporal bölgedeki şişlik eksize edildi. Temporal arter, germinal merkezleri belirgin bir lenfoid doku ile çevrelenmişti (Şekil 1b). Belirgin intimal hiperplaziye bağlı olarak damar lümeni daralmıştı (Şekil 1c). Arterin adventisya tabakasında eozinofil, lenfosit ve daha az oranda histiyositlerden oluşan, yer yer media ve intimayı da tutan miks tipte iltihabi hücre infiltrasyonu vardı (Şekil 1d). Arter duvarında dev hücre, granülom oluşumu veya fibrinoid nekroz yoktu. Perivasküler alanda, germinal merkezleri belirgin lenfoid folliküller içeren lenfoid doku vardı. Lenfoid dokuda lenfosit ve eozinofilden oluşan hücre infiltrasyonu vardı. Hastaya bu bulgularla JTA tanısı konuldu. Lezyonun eksizyonu sonrası baş ve boyun-omuz kuşağındaki ağrıları gerilemediği ve belirgin intimal hiperplazisi olduğu için 30 mg/gün prednizolon tedavisi başlandı. Bu tedavi ile şikayetleri kısa sürede kayboldu. 5 mg/gün prednizolon ile semptomsuz olarak takip edilmektedir. TARTIŞMA: JTA, ilk kez Lie ve ark. tarafından tanımlanan (Lie JT et al, JAMA, 1975), 50 yaş altı hastalarda görülen lokalize eozinofilik bir vaskülitir. Genç yaşta görülmesi, akut faz cevabının normal olması, göz bulgularının olmaması ve damar duvarında eozinofilik infiltrasyon olması ayırt edici özellikleridir. Tek başına bir hastalık mı yoksa Kimura hastalığı/eozinofilili anjiolenfoid hiperplazi(ALHE)nin bir formu mu olduğu hala tartışmalıdır. JTA'nın lokalize bir vaskülit olduğu, tedavide cerrahi eksizyonun yeterli olduğu ve steroid tedavisine gerek olmadığı bildirilmesine rağmen bu görüş az sayıdaki hastanın en fazla 2 yıllık takibine dayanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** juvenil temporal arterit, kimura hastalığı

### Jüvenil temporal arterit



## Granüloz polianjiitiste Hepatit B aşısı ile zayıf immünizasyon ve kadınlarda daha yüz güldürücü aşı yanıtı

Erdal Kara<sup>1</sup>, Burak Erer<sup>2</sup>, Bahar Artım Esen<sup>2</sup>, Ahmet Omma<sup>2</sup>, Yasemin Şahinkaya<sup>2</sup>, Nilüfer Alpay Kanitez<sup>2</sup>, Ahmet Gül<sup>2</sup>, Murat İnanç<sup>2</sup>, Orhan Aral<sup>2</sup>, Lale Öcal<sup>2</sup>, Sevil Kamalı<sup>2</sup>

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

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

Giriş: Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu, dünya ülkeleri arasında, Türkiye’de orta endemik sıklıkta görülmektedir. Erişkinlerde, özellikle endemik bölgelerde ve bulaşma açısından riskli popülasyonlarda, enfeksiyondan korunmak amacı ile aşı uygulaması önerilmektedir. Granüloz polianjiitisi (GPA) olgular, tanı ve tedavi sürecinde üst ve alt solunum yollarına yönelik invazif girişimlere sık maruziyet nedeniyle, yüksek HBV enfeksiyonu bulaşma riski taşımaktadırlar. Bu çalışmada, GPA’lı olgularda HBV aşısının etkinliği ve güvenilirliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yöntem: Romatoloji polikliniğinde, GPA tanısı (1990 ACR kriterleri ile) ile izlenen (>1994) 60 olgudan, Hepatit B serolojisi (HBsAg, anti-HBs, anti-HBcIgG) negatif saptanarak, 0., 1. ve 6. aylarda intramüsküler rekombinan HBsAg aşısı (20 mcg) uygulanan 20 olgu dahil edildi. Aşılamalar sırasında ve sonrasındaki poliklinik kontrollerine ait klinik bulgular, vücut kütle indeksi (VKİ), immunosüpresif (İS) rejim ve dozları, BVAS değerleri ve aşı yan etkileri hazırlanmış formlara kaydedildi. Olguların aşılamadan önceki 6 ay, aşılama ve sonrasındaki 6 aylık süre içerisinde almakta oldukları İS dozları hesaplandı. Koruyucu serum anti-HBs düzeyi, >=10 IU/mL (ELISA yöntemi ile) kabul edildi. Koruyucu antikor yanıtı oluşturan ve oluşturmamayan grupların demografik verileri ve İS dozları Mann Withney U testi ile karşılaştırıldı. Bulgular: Çalışmamıza, GPA’lı, remisyonda (BVAS2003 “0”) aşı programına alınan 20 olgu dahil edildi. Olguların aşılama öncesi ve sonrasında almakta oldukları İS dozları Tablo-1’de belirtildi. Olguların % 45’inde antikor yanıtı koruyucu düzeyde idi. Kadın GPA’lı olgularda koruyucu antikor yanıtı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı saptandı (%75 vs %25, p=0,02). İS dozları cinsiyetler arasında anlamlı fark göstermemekteydi. Anti-HBs antikor cevabı ile yaş, hastalık süresi, kreatinin düzeyi, VKİ ve İS dozları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Aşılamalar sonrasında, enjeksiyon yerinde ağrı ve eritem gibi lokal reaksiyonlar (%10), miyalji (%5) ve ateş (%5) gözlemlendi. Aşılama programı süresince hiçbir olguda hastalık bulgularında alevlenme saptanmadı. Tartışma: Bu çalışma ile, GPA’lı olgularda hepatit B aşılmasının etkinliği ve güvenilirliği, literatürde ilk kez incelenmiştir. GPA’da, rekombinan HBV aşı protokolü ile sağlıklı bireylerde beklenenin yaklaşık yarısı oranında koruyucu antikor yanıtı oluştuğu görülmüştür. Kadın GPA’lı olgularda, sağlıklı bireylerde de gözlemlendiği üzere, koruyucu antikor yanıtı erkeklerden belirgin yüksek saptanmıştır. Yüksek ortalama yaş (>40) ve VKİ (24-30), erkek hakimiyeti ile İS maruziyetinin GPA’da düşük antikor yanıtına katkısı olabileceği düşünülmüştür. GPA’lı, özellikle erkek olgularda, koruyucu HBV aşısı yanıtı oluşturmamak için yüksek ve tekrarlayan doz uygulamalarına ihtiyaç duyulabileceği dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Granüloz Polianjiitis, Hepatit B aşısı

**Tablo-1. Hepatit B aşılması öncesinde ve sonrasında kullanılan immünoşüpresif dozları**

İmmünoşüpresif tedavi	İlk aşıdan önceki 6 ay boyunca kullanılan ortalama günlük İS dozu (mg/g) (median)	İlk aşıdan önceki 6 ay boyunca kullanılan kümülatif İS dozu (g) (median)	İlk aşıdan sonraki 6 ay boyunca kullanılan ortalama günlük İS dozu (mg/g) (median)	İlk aşıdan sonraki 6 ay boyunca kullanılan kümülatif İS dozu(g) (median)
GK (n=20)	7±11 (0-48) (4)	1±1 (0.3-2) (0.7)	5±5 (0-24) (4)	0,7±0,5 (0-2) (0.7)
SF (n=2)	-	0.7±2 (0-6)	-	0,2±0,9 (0-4)

AZA (n=11)	47±49 (0-150) (50)	9±9 (0-27) (9)	47±49 (0-150) (50)	8±9 (0-27) (9)
MTX (n=3)	-	0,3±0,9 (0-0,4)	-	0,3±0,9 (0-0,4)
LEF (n=2)	2±5 (0-20)	0,3±0,9 (0-3,6)	1±4 (0-20)	0,2±0,8 (0-3,6)
MMF (n=1)	-	-	100±447 (0-2000)	12±53 (0-240)
RIT (n=2)	-	0,1±0,4 (0-2)	-	0,1±0,4 (0-2)

*İS: İmmünoşüpresif GK: Glukokortikoid SF: Siklofosfamid AZA: Azatiyoprin MTX: Metotreksat LEF: Leflunomid MMF: Mikofenolatmofetil RIT: Rituksimab*

## [PP-040][Kabul:Poster][İnfeksiyon-ilişkili romatizmal hastalıklar]

### HCV'ye bağlı dekompanse sirozu olan hastada viseral Leishmaniasis'e ikincil gelişen hemofagositik lenfositosis

Tolga Düzenli<sup>1</sup>, Sedat Yılmaz<sup>2</sup>, Cemal Nuri Erçin<sup>3</sup>, Engin Araz<sup>4</sup>, Muhammet Çınar<sup>2</sup>, Hakan Erdem<sup>2</sup>, Salih Pay<sup>2</sup>, İsmail Şimşek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Viseral Leishmaniasis, Leishmania Donovanii ile ortaya çıkan sistemik bir hastalıktır. Bu enfestasyon, çeşitli hematolojik, enfeksiyöz ve romatolojik hastalıkları taklit edebilir. Hemofagositik lenfositosis (HLH), genetik bir bozukluğa bağlı olabileceği gibi (primer), başka bir hastalığa (viral enfeksiyon, otoimmün hastalık, lenfoma) bağlı da ortaya çıkabilen (sekonder) ciddi bir hastalıktır. Klinik ve laboratuvar olarak primer formundan ayırt edilemeyen sekonder HLH, sıklıkla erişkinlerde ve viral enfeksiyonların seyrinde görülür. Leishmaniasise ikincil ortaya çıkan HLH oldukça enderdir.

**Olgu:** 53 yaşında erkek hasta, hastanemizin gastroenteroloji kliniğine HCV'ye bağlı dekompanse karaciğer sirozu nedeniyle nakil hazırlığı için yönlendirilmişti. Hastanın kabulünde halsizlik ve ateş yakınması bulunmaktaydı. Yaklaşık 4 ay önce ateş ve gece terlemesi yakınması başlamış ve başka bir hastanede yatırılarak araştırılmış. Yaklaşık 2 ay boyunca kaldığı hastanede pansitopeni, anti-HCV ve HCV-RNA pozitifliği, splenomegali tespit edilmiş ancak ateş nedeni açıklanamamış. Bu esnada üst gastrointestinal sistem kanaması gelişmiş, tıbbi ve endoskopik girişimlerle bu kanama durdurulamayarak distal gastrektomi uygulanmış. Bu esnada alınan karaciğer biyopsisinde hepatit ve siroz tespit edilmiş. Operasyon sonrasında hastanın sirozu dekompanse hale gelerek asit gelişmiş. Bu dönemde ateşi sebat eden hastaya spontan bakteriyel peritonit tanısı ile çeşitli IV antibiyotikler verilmiş ancak yanıt alınamamış. Hastanın hastanemize kabulünde pansitopenisi derinleşmiş, evre 3 asiti ve ateşi devam etmekte idi. Anti-HCV ve HCV-RNA, pozitif saptandı. Alınan asit sıvısı transüda karakterinde idi. Alınan asit, idrar, kan ve balgam kültürlerinde üreme olmadı. Batın ultrasonografisinde karaciğer sirotik görünümde idi. Hepatomegali yanında dev splenomegali (192 mm) tespit edildi. Hastaya febril nötrojeni protokolüne göre antibiyoterapi başlandı. Anemiye yönelik istenen ferritin düzeyi 12096 ng/ml olarak ölçüldü. Bu düzeyde hiperferritinemi yapan nedenlere yönelik yapılan incelemede splenomegali, pansitopeni, ateş ve hipofibrinojenemi olan hastada HLH tanısı konuldu. Ayrıca, dev splenomegali, 4 aydır devam eden ateş ve endemik bölgeden gelmiş olması nedeniyle Leishmaniasis düşünüldü. Kemik iliği aspirasyonunda hemofagositoz gösterilemedi ancak Leishmania IgG testi pozitif saptandı. Tanı doğrulanmasına yönelik yapılan rK-39 antijeni ELISA ve IFA testi pozitif olarak saptandı. Lipozomal amfoterisin B başlandı ancak tedavinin 3. gününde dispne gelişen hasta yoğun bakıma alındı ve saatler içerisinde kötüleşerek kaybedildi.

**Tartışma:** Ateş, splenomegali ve asiti olan hastada, siroz tanısını doğrulayacak başka etken olsa dahi, özellikle endemik bölgeden gelen hastalarda Leishmaniasis ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Yüksek ferritin düzeyi olan hastalarda, alınan biyopsilerde hemofagositoz gösterilemese dahi hemofagositik lenfositosisle akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Leishmaniasis, Hemofagositoz

[PP-041][Kabul:Poster][Diğer]

## Hipereozinofili Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Durum: Kimura Hastalığı

Dilek Solmaz, İsmail Sarı, Pınar Çetin, Merih Birlik, Fatoş Önen, Nurullah Akkoç, Servet Akar  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Hipereozinofili (HE), kandaki eosinofil sayısının anlamlı oranda artması durumudur. HE reaktif durumlardan, kemik iliği ile ilişkili klonal bozukluklardan ve daha pek çok durumdan kaynaklanabilir. Eosinofil sayısının sürekli yüksek seyretmesi hedef organ hasarına ve hayatı tehdit edici durumlara yol açabilir. Kimura hastalığı (KH) da periferik eosinofili ile seyreden kronik inflamatuvar ve nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Eosinofilinin dışında klinik olarak baş ve boyunda yavaş büyüyen ağrısız izole veya çok sayıda subkutan kitlelerle karakterizedir. Hastalığa sıklıkla bölgesel lenfadenopati (LAP) ve tükürük bezi tutulumu eşlik eder. Hastalık orta yaşlı Asyalı erkeklerde daha sık görülür ve immunoglobulin (İg) E seviyeleri genellikle yüksek seviyelerdedir. Hastalığın inflamatuvar özelliği nedeniyle bu hastalar romatologlara yönlendirilebilmektedir. Burada KH tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

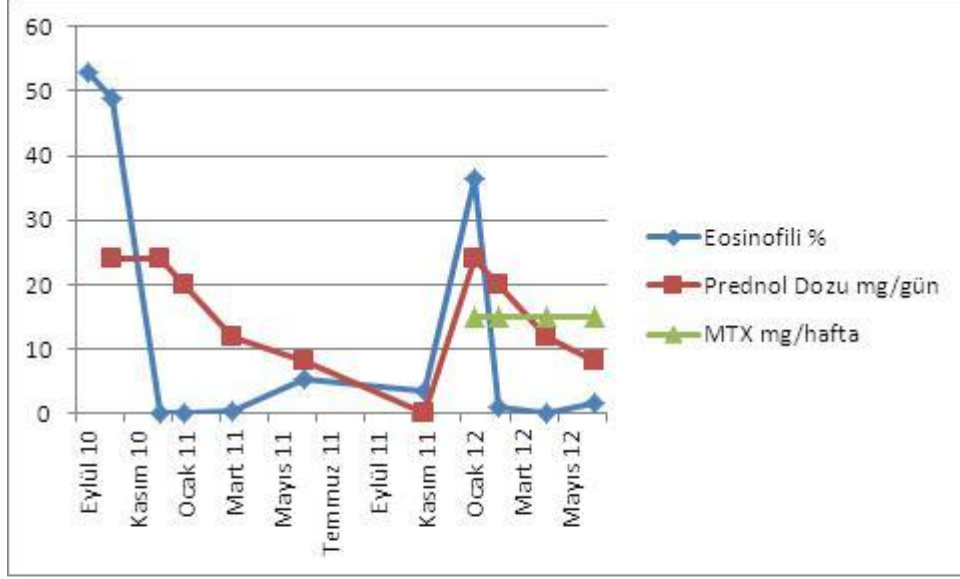
Vaka: 20 yaşında erkek hasta dört yıldır olan kaşıntı yakınması nedeni ile yapılan tetkikleri sırasında hipereozinofilisi ve IgE düzeyinde yükseklik saptanması üzerine değerlendirildi. Hastanın sorgulmasında kaşıntı dışında yakınması saptanmadı. Öyküsünde astım, allerjik rinit gibi eosinofiliye neden olabilecek bir durum yoktu. Kaşıntı nedeni ile daha önce H1 reseptör blokörü kullanmış ancak bu tedavilere yanıt vermemişti. Fizik muayenede sağlıklı deride döküntü, aksiller ve inguinal LAP mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde hipereozinofili ve IgE değerlerinde yükseklik dışında [WBC: 12600/ $\mu$ L, %53.2 eozinofil (6900/ $\mu$ L), IgE: 951IU/mL (0-85)] patolojiye rastlanmadı. Periferik yayması hipereozinofili ile uyumluydu. Aksiller LAP biyopsisinde interfoliküler alanlarda lenfositlerin yanısıra, çok sayıda, yer yer abse odakları oluşturmuş eozinofil lökositler ve bu alanlarda çok sayıda vasküler proliferasyon tespit edildi. Histopatolojik özellikler KH ile uyumlu olarak rapor edildi ve hastaya 0.5 mg/kg/günden kortikosteroid (KS) başlandı. Bu tedavi ile hastanın klinik ve laboratuvar bulguları hızlı bir şekilde düzeldi. KS dozu kademeli olarak azaltılarak sekiz ay içerisinde kesildi ancak iki ay sonra klinik bulgular tekrar nüksetti. Hastaya tekrar KS başlandı ve yanına metotrexate 15 mg/hf şeklinde eklendi (Şekil 1). Yakınmaları kontrol altına alınan hastanın steroid dozu azaltılmaya devam ediliyor.

Sonuç: KH sıklıkla Doğu Asya ülkelerinde görülmekle birlikte ülkemizden de vaka bildirileri bulunmaktadır. Ayırıcı tanısında lenfoma, lösemi gibi maligniteler de bulunun bu hastalık için standart bir tedavi şekli bulunmamaktadır. Literatürde radyoterapi, steroid ve siklosporin denenmiş başarılı olgular bulunmaktadır. Steroid kesildikten sonra relapslar bildirilmiştir. Bizim olgumuz steroid kesilmesi sonrası relaps nedeni ile metotrexate tedavisi alan ilk vaka olması açısından da dikkat çekicidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipereozinofili, Kimura hastalığı

---

**Şekil 1: KH nedeni ile izlenen hastanın tedavi süresince eozinofil düzeyleri**



**[PP-042][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

### **Irritable Bowel Syndrome Prevalence in Patients with Familial Mediterranean Fever**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Murat Bıyık<sup>2</sup>, Yalcin Solak<sup>3</sup>, Ramazan Ucar<sup>4</sup>, İlker Polat<sup>4</sup>, Fatih Pektas<sup>4</sup>, Gökhan Gungor<sup>2</sup>, Sinan Bagcaci<sup>5</sup>, Hüseyin Ataseven<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>5</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fizik tedavi ve Rehabilitasyon

**İntroduction:** Familial Mediterranean fever is a hereditary auto-inflammatory disease characterized by recurrent fever and serositis that affects certain ethnic groups. Irritable bowel syndrome is a common functional condition of gastrointestinal system characterized by abdominal pain or discomfort. Because of similar symptoms, we aimed to show the prevalence of IBS in patients with FMF. One hundred and twenty FMF patients were asked for diagnosis of IBS according to Rome III criteria between January 2011 and December 2011. **Metod:** One-hundred and thirteen FMF patients who had been diagnosed according to Tel-Hashomer criteria in Rheumatology division of Konya University, Meram School of Medicine. The patients were questioned for IBS diagnosis according to Rome III criteria. Exclusion criteria for the study were organic gastrointestinal disease, anti-depressant drug usage, age smaller than 16, pregnancy and current FMF attack. **Statistical analyses:** were performed using Statistical Package for Social Sciences for Windows version 15.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). T-test were used for comparing the parametric datas and chi-square test for categorical datas.

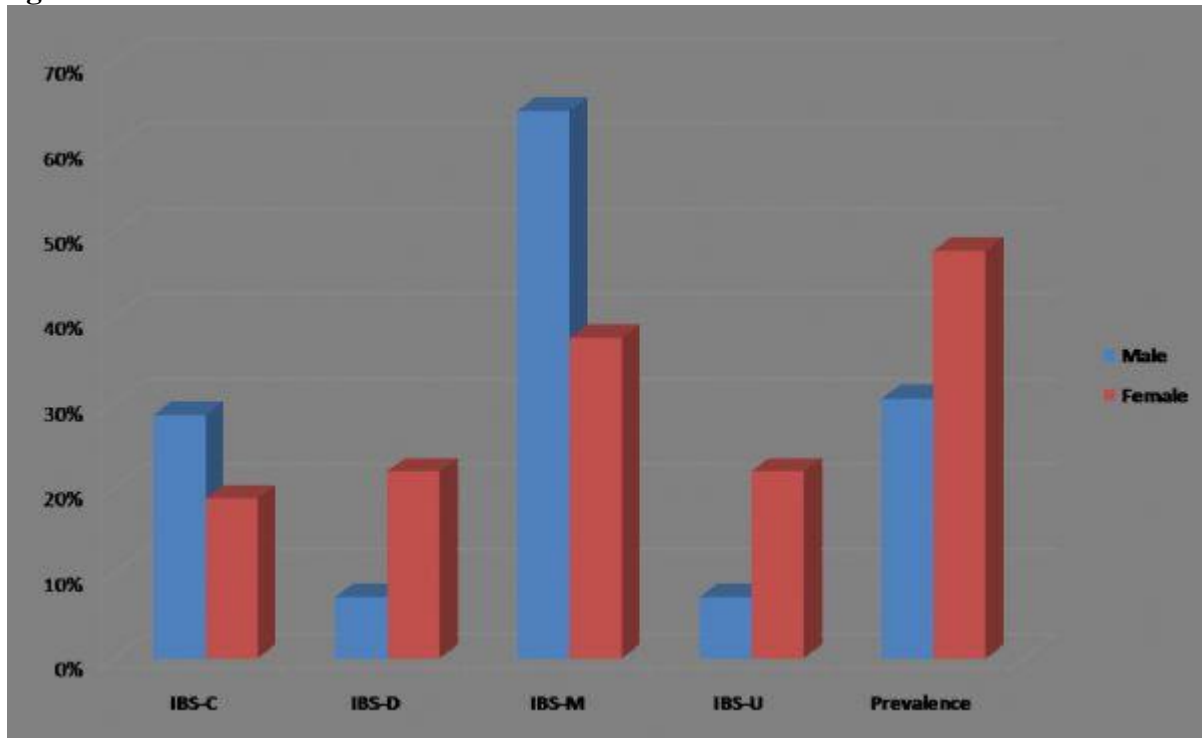
**Result:** Tablo1. **Discussion:** In this current study, we found an increased IBS prevalence in patients with FMF compared with normal population. In both sexes, IBS-M was the predominant subtype. In addition, the prevalence of IBS was higher in female patients than male and this was compatible with the literature. To the best our knowledge, this is the first study evaluating the IBS prevalence in patients with FMF. In our study, the prevalence of IBS was higher than this population.

Abdominal pain is the most frequent symptom in patients with FMF. Onset is sudden and symptoms develop within 1-2 hours. It usually consists entire abdomen and resembles that of 'acute abdomen'. Most patients suffer from constipation while in 10-20 % of them has diarrhea. Atypical abdominal symptoms in FMF, so-called incomplete abdominal attacks, may occur in some patients which may include absence of fever, localization of pain to a specific region of abdomen, minimal elevation in acute phase reactants. This situation may be difficult differentiate from other reasons of abdominal pain. FMF patients experience abdominal system manifestations other than typical attack symptoms such as colchicines induced diarrhea, reactive amyloidosis-related manifestations, such as organ enlargement and mal-absorption as well as IBS. Amyloid deposition in the wall of entire small intestine may cause diarrhea and bacterial overgrowth. Colchicine may cause abdominal pain, hyperperistalsis, vomiting and diarrhea.

In conclusion, abdominal symptoms in these group patients with FMF or IBS, the diagnosis is controversial. We suggest that, in patients with FMF, the usage of Rome III criteria for diagnosis of IBS may not be sufficient. In contrast, in patients with IBS, the diagnosis of FMF must be evaluated carefully.

**Keywords:** Familial Mediterranean Fever, Irritable Bowel Syndrome

**figure1**



*In female patients IBS subtypes were as follows; IBS-M 37% (n=12), IBS-D 22% (n=7) IBS-U 22% (n=7) and IBS-C 19% (n=6), while in male patients, IBS-M 57% (n=8) IBS-C 29% (n=4), IBS-D 7% (n=1) and IBS-U 7% (n=1). The most common subtype of IBS in both male and female patients was IBS-M (figure: 1).*

**tablo1.**

	IBS(+)	IBS(-)	p
Age (years)	31.4±11.3	33.5±12.5	0.364
Gender			
Male	14/46 (30.4%)	32/46 (69.6%)	0.060

Female	32/67 (47.7%)	34/67(52.3%)	
Disease duration (years)	5.4±5.4	7.2±7.4	0.168
History of appendectomy	12/46(26.1%)	21/67(31.3%)	0.674
Colchicine dose (mg/day)	1260±418	1216±339	0.535
WBC	7.5±1.9	7.4±2.2	0.955
Hemoglobin (g/dL)	13.4±1.8	13.2±1.8	0.735
Fibrinogen	303±89	304±87	0.919
ESR (mm/h)	13.1±14.9	11.2±13.1	0.468
C-reactive protein (mg/L)	7.0±6.3	8.2±7.4	0.348

*Comparison between FMF patients with and without IBS*

[PP-043][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### **İnterstisyel akciğer hastalığı saptanan romatoid artritli olgularda risk faktörlerinin değerlendirilmesi**

Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>, Mustafa Saygın Deniz<sup>2</sup>, Can Cangür<sup>2</sup>, İsmail Korkut<sup>2</sup>, Fuat Özkan<sup>3</sup>, Hasan Kahraman<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Romatoloji B.D., Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D., Kahramanmaraş

<sup>3</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji A.D., Kahramanmaraş

<sup>4</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Kahramanmaraş

Gerekçe: Romatoid artrit (RA) kronik, simetrik, eroziv sinovitle karakterize ve genellikle progresif seyreden sistemik otoimmün bir hastalıktır. Plevral ve parankimal akciğer hastalığı RA'lı hastalarda sık görülür ancak sıklıkla asemptomatiktir. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) RA'nın akciğer tutulumuna bağlı ortaya çıkabilir. Bu yazıda Romatoloji polikliniğimize başvuran romatoid artritli hastalardan İAH tespit edilen hastaların epidemiyolojik, klinik, laboratuvar ve tedavi özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem-Gereçler: 164 RA hastası (139 kadın, 25 erkek, yaş ortalaması 50,4±14,5) retrospektif olarak çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan RA'lı hastalar içerisinde öksürük, dispne, çabuk yorulma gibi semptomları olan hastalar akciğer tutulumu açısından yüksek çözünürlüklü akciğer bilgisayarlı tomografisi (YÇBT) ile değerlendirildi ve 13 hastaya İAH tanısı kondu. Hastaların epidemiyolojik, klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri kaydedildi. Demografik ve klinik verilerin yanı sıra hastaların sigara, maraş otu kullanımının, ilaçların dozlarının ve sürelerinin, CCP, RF ve ortalama sedimentasyon değerlerinin İAH gelişmesi üzerine etkisi olup olmadığı araştırıldı.

Bulgular: 13 hastada (1 erkek, 12 kadın) İAH tespit edildi (%7,92). İAH olan hastaların yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti (60,1 ve 49,5 p=0,01). Diğer demografik özellikler açısından fark yoktu. Sigara ve maraş otu kullanan kişi sayısı arasında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. CCP ve RF değerleri arasında iki grup arasında fark yoktu. Sedimentasyon ortalaması İAH gelişen grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi (43,6 vs 31,5 p=0,02). Metotreksat, leflunomid, sulfasalazin, prednisolon, hidroklorokin, adalimumab, infliksimab, etanersept kullanım süreleri ve ortalama dozları arasında iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

Tartışma ve Sonuçlar: Ciddi RA'lı hastalarda İAH daha sık görülür. Yapılan bir çalışmada RA'lı hastalarda klinik olarak tespit edilen İAH %14 ve klinik olarak sessiz İAH %44 olarak tespit edilmiştir. Başka bir seride pulmoner semptomları olmayan, akciğer fonksiyon testleri normal olan RA'lı hastalar YÇBT ile değerlendirilmiş %20 oranında İAH tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda İAH için önlenilebilir risk faktörü olarak sigara tespit edilmiştir. Çalışmamızda semptomatik hastalarda İAH sıklığı %7,92 olarak tespit edildi ve hastalarda bu bölgede sık kullanılan maraş otu ve sigara kullanımını açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Sonuç olarak İAH olan hasta sayımız az olmakla birlikte bizim hastalarımızda yüksek seyreden sedimentasyon ve ileri yaş ortalaması dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir.



**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı

[PP-044][Kabul:Poster][Vaskülit]

### İskemik jejunit ile başvuran Lökositoklastik Vaskülit vakası

Senol Kobak<sup>1</sup>, Güray Öncel<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

#### Giriş

Lökositoklastik vaskülit, hipersensitif veya alerjik vaskülit olarak da adlandırılmakta olup aşırı duyarlılık sonucu oluşan vasküler enflamasyon olarak tanımlanır. %10-15 hastada bağ dokusu hastalıklarıyla beraber görülür. Çoğunlukla deride lokalize olsa da sistemik tutulum bildirilmiştir. Bu bildiride, GIS ve deri tutuluşu ile prezante olan, lökositoklastik vaskülit olgusu rapor ettik.

#### Olgu sunumu

30 yaşında erkek olgu, Nisan 2012'de başlayan pretibial bölgede purpurik deri lezyonları, ayak bilekte ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleriyle hekime başvurmuş. NSAAİ rağmen şikayetleri gerilemeyen ve buna ilaveten bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleri başlayan hasta, kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede; epigastriumda hassasiyet, barsak seslerinde artış, deride purpurik deri lezyonları tespit edildi. Lokomotor sistem muayenesi; her iki ayak bilek eklemlerinde hassasiyet bulguları mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC:19000/UL, Hb:15g/dl, Htc:49%, Plt:481000/uL, AKŞ:110mg/dl, üre:42mg/dl, kreatinin:0.31mg/dl, SGOT:16U/L, SGPT:32U/L, T.protein:7.2g/dl, albumin:4.7g/dl, sedimentasyon:49 mm/h, CRP:2.07mg/dl, RF:negatif olarak tespit edildi. Rutin idrar normal iken, gaita gizli kan pozitif olarak tespit edildi. Serolojik testler yapıldı, ANA, ANCA, C3, C4, anti-CCP normal olarak saptandı. Hepatit seroloji negatif, serum İgA, İgG, İgM düzeyi normal idi. AC grafi normal idi. Batın USG çekildi, orta hatta umbilikus seviyesinde fokal bir alanda ince barsakta duvar kalınlaşması izlendi. Aort, renal ve mezenter arter Doppler USG, normal olarak rapor edildi. Batın anjioBT çekildi, duodenum 2. segment sonrasında başlayan ve proksimal jejunumu tutan belirgin diffüz duvar kalınlaşması, submukozal ödem dikkati çekmektedir, vaskülitik süreçle ilişkili iskemik barsak hastalığı lehine değerlendirilmiştir (akut iskemik jejunit?). Alt ekstremitelerde purpurik deri lezyonlarından alınan deri biopsi sonucu, lökositoklastik vaskülit lehine yorumlandı. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik sonuçları ile olguda lökositoklastik vaskülit ve GIS tutuluşu düşünüldü. 3 gün puls KS(1g/gün) sonrası, 1mg/kg/gün KS, Metotreksat 15mg/hafta s.c. başlandı. Tedavinin 2.gününde karın ağrısı şikayetleri kayboldu, 10.gününde ise belirgin klinik (artralji ve deri lezyonlarında) regresyon gözlemlendi. Tedavinin 1. ayında yapılan laboratuvar kontrollerinde, akut faz yanıtı normale geldi, gaitada gizli kan kayboldu. 3 ay sonra çekilen kontrol batın anjioBT, ilk BT ile kıyaslandığında eski bulguların tamamı kaybolduğunu rapor edildi. Genel durumu iyi olan hasta, KS 8mg/gün ve MTX 15mg/gün ile poliklinik takipleri devam etmektedir.

#### Sonuç

Lökositoklastik vaskülit, sıklıkla deri bulguları ile prezante olan, küçük çaplı damar vaskülitidir. Nadir de olsa iç organ tutuluşu da yapabilmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, akut karın ağrısı ve lokomotor sistem şikayetleri ile başvuran olgularda, vaskülitik bir süreçle ekarte edilmeye yönelik tetkikler yapılmalıdır. İç organ tutuluşlarında, erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olduğunu unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** lökositoklastik vaskülit, iskemik jejunit

[PP-045][Kabul:Poster][Metabolik ve Kristal artropatileri]

### Kadın ve Erkek Gut Hastalarında Arteriyel Dinamik Değişiklikler

Sema Yılmaz<sup>1</sup>, Gülperi Çelik<sup>2</sup>, Ali Gündoğdu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

**Amaç:** Gut hastalığı, hiperürisemi ve dokularda monosodyum urat kristallerinin depolanması ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Gut hastalarında görülen ürik asit yüksekliği, hipertansiyon,

koroner arter hastalığı, metabolik sendrom ve renal hastalıkla birliktelik gösterir. Arteriyel sertlik, nabız dalga analizi ve nabız dalga hızı ile ölçülen, kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin bağımsız bir belirleyicisidir. Bu çalışmada, kadın ve erkek gut hastalarının, nabız dalga hızı, santral kan basınçları, klinik ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı. Yöntem: Çalışmaya 12 (%23.5) kadın ve 39 (%76.5) erkek gut hastası dahil edildi. Kadın ve erkek gut hastaları, demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri, santral kan basınçları ve nabız dalga hızı ölçümleri açısından değerlendirildi. Vasküler ölçümler 24 saatlik süreç boyunca Mobil-O-Graph Arteriograph cihazı kullanılarak yapıldı. Kan basıncı ölçümleri gündüz (7.00- 22.00 saatleri arası) her 30 dakikada bir, gece (22.00-7.00) her 60 dakikada bir ölçüldü. Mobil-O-Graph Arteriograph cihazı, ARC Solver metodu kullanarak brakial arterden nabız dalga formlarını 24 saat boyunca kaydetti. Cihaz nabız dalga hızını otomatik olarak hesapladı. Bulgular: Çalışmaya katılan kadın gut hastalarının ortalama yaşı  $60.58 \pm 10.84$ , erkek gut hastalarının ortalama yaşı  $56.64 \pm 11.56$  olarak bulundu. Hipertansiyon ve sigara öyküsü erkek gut hastalarında, kadın gut hastalarına oranla anlamlı olarak yüksekti ( $P < 0.05$ ). Kadın ve erkek gut hastaları biyokimyasal parametreler açısından karşılaştırıldığında, eritrosit sedimentasyon hızı, hemoglobin, hematokrit, kalsiyum ve fosfor değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $P < 0.05$ ). Lineer regresyon analizi kullanıldığında, 24 saat nabız dalga hızının, gece sistolik kan basıncı ( $\beta = -3.956$ ,  $P = 0.004$ ), gece ortalama kan basıncı ( $\beta = 5.572$ ,  $P = 0.003$ ) ve gece santral diyastolik kan basıncı ( $\beta = -1.384$ ,  $P = 0.023$ ) ile anlamlı ilişkili olduğu tespit edildi. Kadın ve erkek gut hastaları vasküler fonksiyon parametreleri açısından değerlendirildiğinde; 24 saat diyastolik kan basıncı ve gündüz diyastolik kan basıncı erkeklerde anlamlı oranda yüksek bulundu ( $P < 0.05$ ). Sonuç: Gut hastalarında görülen ürik asit yüksekliği, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Bu çalışmada, vasküler fonksiyon bozukluğunun erkek gut hastalarında daha fazla görülmesi, erkeklerde daha sık gözlenen hipertansiyon ve sigara kullanım öyküsü ile ilişkili olabilir. Daha fazla hasta ile yapılan çalışmalar, gut hastalarında arteriyel dinamik değişikliklerin değerlendirilmesinde faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Gut hastalığı, arteriyel sertlik

**[PP-046][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Keloid veya hipertrofik skar ile MEFV mutasyonları arasında ilişki olabilir mi?**

Soner Şenel<sup>1</sup>, Salper Yılmaz<sup>2</sup>, Neşe Kurt<sup>2</sup>, İlhan Sezgin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji B.D

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi A.D

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıbbi Genetik A.D

Gerekçe: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) inflamatuvar yanıtın zamanında ve normal şekilde baskılanamamasıyla oluşan otoinflamatuvar otozomal resesif kalıtmı bir hastalıktır. MEditerranean FeVer(MEFV) geni 16. Kromozomda yer almakta ve piyirin proteinini kodlamaktadır. Keloid ve hipertrofik skar, bütünlüğü bozulmuş deri dokusunun abartılı ve hızlı iyileşmesi, bununla birlikte iyileşme tamamlandığında durması gereken iyileşme sürecinin zamanında durmamasından kaynaklanan bir yara iyileşmesi sorunudur. Bu çalışmada, daha önce FMF ve abartılı, geniş keloidal lezyonları olan iki hasta saptanması nedeni ile bu yörede bulunan keloid ve hipertrofik skarın etyolojik bir nedeni olarak MEFV mutasyonlarının yerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Plastik cerrahi kliniği tarafından keloid veya hipertrofik skar tanıları ile takip edilen ardışık 11 hasta, Romatoloji kliniğinde FMF açısından sorgulandı ve MEFV mutasyonları (sekans yöntemi ile) çalışılarak değerlendirildi.

Sonuç: Toplam 11 keloid/hipertrofik skarlı hasta çalışmaya alındı. Kadın/Erkek oranı 5/6 idi. Yaşları 10 ile 56 arasında ve ortanca yaş 19 yıl idi. Onbir hastanın onunda MEFV mutasyonu sonuçlandı.

Toplam 6 (%60) hastada en az bir mutasyon saptandı. İki hastada çift bileşik mutasyon (M694V+M680I, M694V+F479L) diğer dört hastada 3 farklı heterozigot mutasyon (E148Q, V726A, F769L) saptandı. FMF açısından 11 hastanın 3'ü (Tel Hashomer kriterlerine göre) yeni FMF tanısı aldı ve 1,5 mg/gün kolşisin tedavisi başlandı. M694V+F479L mutasyonlarını taşıyan hastada aynı zamanda aktif sakroiliit saptandı.

Tartışma: MEFV mutasyonlarının Behçet hastalığı, RA, Spondiloartropatiler, iltihabi barsak hastalıkları gibi birçok hastalıkta artmış hastalık aktivitesi veya sistemik inflamatuvar yanıt ile ilişkileri bilinmektedir. Keloid veya hipertrofik skarlı küçük grupta, toplumda beklenen taşıyıcılık oranından daha sık MEFV mutasyonu (%60 vs %20) ve beklenmedik bir sıklıkta (%27) FMF hastalığı saptandı. Ayrıca, mutasyon saptanan hastalardaki keloid veya skar miktarının da daha fazla olması MEFV geninin bu hastalıkta olası rolünü desteklemektedir. Ancak, örneklem sayısının

artırılarak bu bilgilerin doğruluğunun test edilmesi gerekliliği açıktır. MEFV mutasyonları ile keloid veya hipertrofik skarlarla birlikteliği gösteren ilk çalışma olması nedeni ile ilgi çekici ve önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kleoid, MEFV mutasyonu

[PP-047][Kabul:Poster][Diğer]

## **Kimura Hastalığına Eşlik Eden Takayasu Arteriti, Crohn Koliti Ve Buna Bağlı Sakroileiti Olan Olgu,**

Sibel Üreyen, Ali Berkant Avcı, Ugur Karasu, İrem Gayret, Mustafa Ender Terzioğlu  
Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı

Gerekçe: Takayasu Arteriti(TA),aortu,aortun ana dallarını ve pulmoner arterleri etkileyen,granülomatöz vaskülit ile karakterize,etyolojisi bilinmeyen, inflamatuvar bir hastalıktır. Kimura Hastalığı(KH); etyolojisi bilinmeyen nadir görülen, benign karakterli genç-orta yaşlı erkeklerde daha sık görülen,periferik kanda eozinofili ve serum Ig E artışı ile seyredilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır.Genellikle baş-boyun bölgesinde, subkutan nodül veya kiteller şeklinde görülebilir. TA ve Crohn Koliti (CK) birlikteliği literatürde bildirilmesine rağmen TA, CK, CK `ne bağlı sakroileit ve KH'nın birlikte bulunması literatürde ilk olması nedeniyle olgumuz sunuma değer bulunmuştur.Yöntem: 40 yaşında bayan hasta, 14 yıl önce ishal, ateş yüksekliği, eritema nodozum, kalça ve diz eklemlerinde ağrı olması nedeniyle diğer nedenler ekarte edilerek iltihabi bağırsak hastalığı ön tanısı ile yapılan kolonoskopik biyopsi sonucu CK ile uyumlu gelmiştir. İnflamatuvar tarzda bel ağrısı olan hastanın HLA-B27 negatif tespit edilmesi üzerine yapılan sakroiliak eklem(Sİ) grafisinde, sağ Sİ eklemde skleroz, Sİ MR'da sakroileit saptanmıştır. Hastaya bu bulgularla periferik tutulumlu seronegatif spondiloartropati tanısı konulmuştur.Tedavi olarak steroid ve mesalazine verilmiştir. 4 yıl sonra yüksek tansiyon değerleri saptanması,sol karotis ve abdominal aorta bölgesinde üfürüm duyulması, sol brakial nabız amplitüdünün zayıf alınması, sol sistolik kan basıncının sağa göre 10 mmHg düşük tespit edilmesi üzerine TA düşünülerek yapılan karotis dopplerinde, sol subklavian arter proksimalinde uzun bir segmentte darlık, angiografisinde sol subklavian arter uzun segmenter darlık, sol renal arter lümeninde darlık tespit edilmiştir.Hastaya ACR klasifikasyon kriterlerine göre TA tanısı konulmuştur. 3 gün pulse steroid, sonrasında metilprednizolon ve metotreksat tedavisi başlanmıştır. Bu tedavileri kullanırken eklem şikayetlerinde ve akut faz yanıtında artış olması nedeniyle aktivasyon düşünülerek siklofosamid ve sonrasında idame tedavi olarak azatiopürin(AZA) verilmiştir. Siklofosamid tedavisi altında toplam 3 kez atağı olan hastaya endikasyon dışı onam alınarak anti-TNF tedaviye geçilmiştir. Hasta TA tanısı aldıktan 6 yıl sonra sol temporal bölgede kızarıklık ve nodüler şişliği(Resim 1) olması üzerine o bölgeden yapılan biyopsi sonucu Kimura Hastalığı ile uyumlu gelmiştir.Mevcut temporal nodülün eksizyonu yapılmıştır fakat eksize olan bölümde tekrar büyüme gözlenmiştir. Hasta şu an sadece AZA tedavisi almakta ve kliniği stabil seyretmektedir. Sonuçlar- Tartışma: Daha önce Pariste 44 TA `lı hastanın incelendiği bir çalışmada TA`lılarda CK görülme prevalansı %9 oranında bildirilmiştir. TA, %87 oranında CK tanısıyla beraber ya da bu tanıdan yıllar sonra görülebilmektedir.Bu olguda gözlenen mevcut hastalıkların varlığının rastlantısal mı yoksa aynı inflamatuvar sürecin farklı uç noktaları mı olduğu daha sonraki dönemde yapılabilecek çalışmalarla bize ışık tutabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Kimura Hastalığı, Takayasu Arteriti

### **Resim 1**



[PP-048][Kabul:Poster][Diğer]

### **Kolşine Yanıt Veren Pannuslu Steril Süpüratif Artrit Hastası**

Mehmet Engin Tezcan, Arif Kaya, Abdurrahman Tufan, Rıdvan Mercan, Berivan Bitik, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Steril süpüratif artrit, nadir görülen ve septik artrite benzer şekilde nötrofilik infiltrasyonla karakterize, ancak mikrobiyolojik çalışmalarda herhangi bir patojenin bulunmadığı bir hastalıktır. Çocuklarda görülen PAPA sendromunun bir bulgusudur. Bu bildiride kolşisine dramatik yanıt veren süpüratif eroziv artrit bulunan bir hasta sunulmuştur.

32 yaşında yüz bölgesinde acne rosecea dışında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hastanın, sağ el bileğinde artrit bulgusu saptandı. CRP ve sedimentasyon değerleri yüksek bulundu. Bakılan RF, Anti-CCP, HLA B27 testleri negatif bulundu. Pelvis grafisinde patoloji saptanmadı. Sağ el bileği MRG'de inflamatuvar veya infeksiyöz olayla uyumlu kontrast tutulumu saptandı. Bu sonuçla başlanan gram pozitif ve negatif patojenlere yönelik tedaviden fayda görmeyince, sağ el bileğinden sinovyal biyopsi yapıldı. Biyopside süpüratif artrit saptandı. Mikrobiyolojik çalışmalarda herhangi bir patojen saptanmadı. Takibinde sol omuz şikayetleri başlaması üzerine çekilen MRG'de pannus ve humerus başı erezyon saptandı. Prednisolone, hidroklorokin, salisilazosülfopiridin ve metotreksat tedavisinin bir yıllık kullanımı sonrası hastalık remisyona girmedi. Hastaya DMARD tedavisi kesilerek kolşisin 1 mg/gün başlandı. Üç ay içinde hastanın eklemler bulguları tam olarak düzeldi, akut faz testleri normale indi ve tekrarlanan sol omuz MRG'de pannus kayboldu. Kolşisine yanıt olması üzerine bakılan oniki ana MEFV mutasyonu negatif saptandı. SAPHO, PAPA ve reküren multifokal osteomyelitte sırası ile mikrobiyolojik patojenin yolaçmadığı osteitis, osteomyelit ve artrit gözlenmektedir. Pannusa bu üç hastalıkta da rastlanmamaktadır. Sadece SAPHO erişkinlerde gözlenmektedir. Tedavide sadece SAPHO sendromunda kolşisin kısmi etkisi bulunmuştur [1]. Reküren multifokal osteomyeliti ve MEFV mutasyonu pozitif olan bir çocukta da kolşisin ile tam remisyon sağlanmıştır [2]. Kolşisin nötrofiller üzerindeki etkisi ana tedavi edici mekanizmadır [3]. Süpüratif artritte nötrofilik infiltrasyon olması ve pannusun da muhtemelen nötrofilik yapıda olması, kolşisin etkisini açıklayabilir. Sonuç olarak steril nötrofilik süpüratif artrit, erişkinde kolşisine yanıt veren farklı bir oligoartiküler hastalık olabilir.

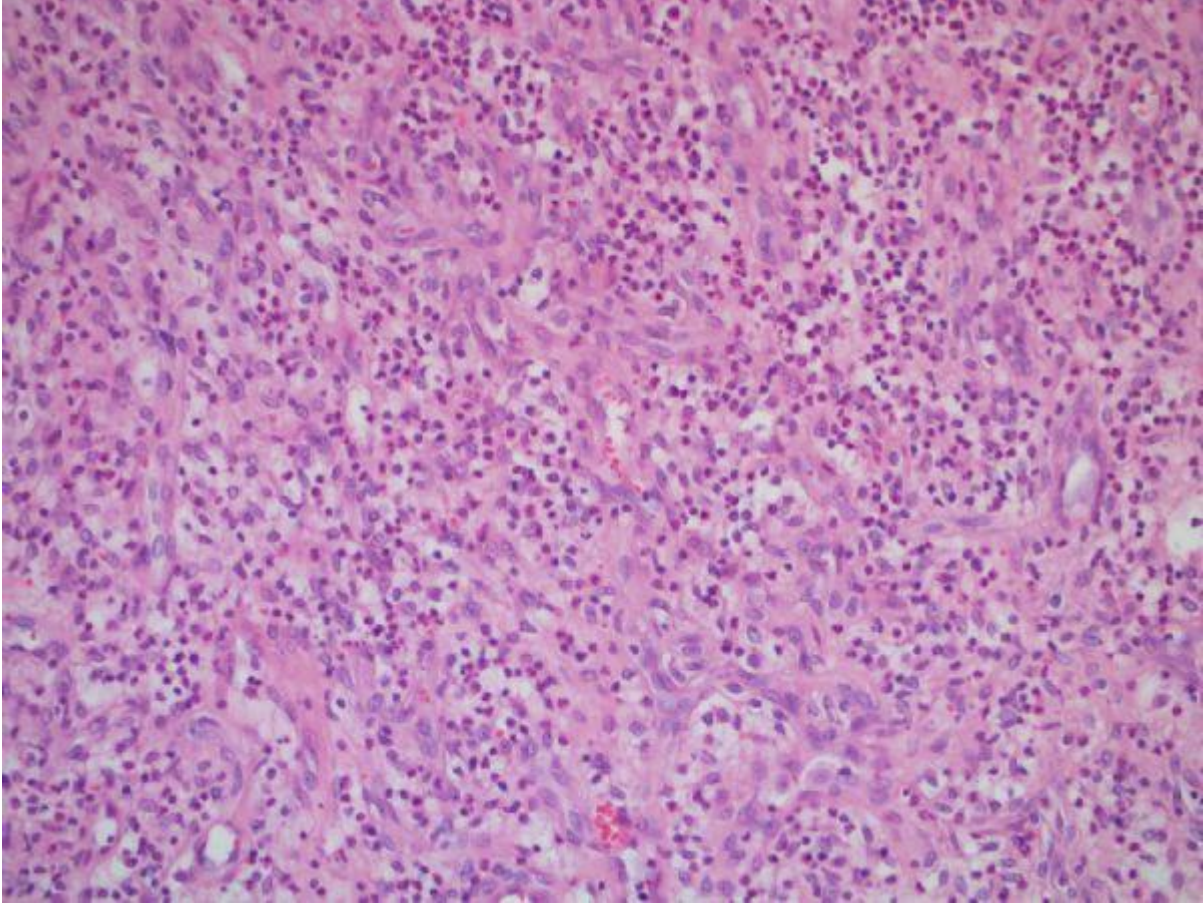
#### **Referanslar**

1. Hayem, G., et al., SAPHO syndrome: a long-term follow-up study of 120 cases. *Semin Arthritis Rheum*, 1999. 29(3): p. 159-71.
2. Shimizu, M., et al., Colchicine-responsive chronic recurrent multifocal osteomyelitis with MEFV mutations: a variant of familial Mediterranean fever? *Rheumatology (Oxford)*, 2010. 49(11): p. 2221-3.
3. Molad, Y., Update on colchicine and its mechanism of action. *Curr Rheumatol Rep*, 2002. 4(3): p. 252-6.

**Anahtar Kelimeler:** Kolşisin, steril suppuratif artrit

---

## Resim 1



*Sinovyal biopsi materyalinde nötrofilden zengin aktif inflamasyon ve granülasyon dokusu. Hematoksilen ve eosin boyası x200 büyütme*

## [PP-049][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

### Kolşisin kullanımı lipid düzeylerini etkiliyor mu?

Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, İdil Hancı<sup>1</sup>, Seval Masatlıoğlu<sup>2</sup>, Huri Özdoğan<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim dalı

<sup>2</sup>Sema hastanesi, Romatoloji ünitesi, İstanbul

**Amaç:** Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastalarının sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldıklarında daha düşük kolesterol değerlerine sahip oldukları bildirilmiş (1-2), ancak, bu düşüklüğün nedeni aydınlatılamamıştır. Bu durum AAA hastalığına bağlı olabileceği gibi, kolşisin kullanımı ile de ilişkilendirilebilir. Geçmişte kolşisinin hipokolesterolemi yapıcı etkisi olduğuna dair bir takım çalışmalar vardır. Bu hipotezi test etmek için, AAA ve Behçet sendromu (BS) hastalarında kolşisin kullanımı öncesi ve sonrasında serum lipid düzeylerini inceledik.

**Metod:** Polikliniğe ardışık sıra ile başvuran, kolşisin veya immünsüpresif tedavi kullanmayan, lipid düşürücü ilaç almayan, takipte sadece kolşisin ile tedavi edilmesine karar verilmiş 24 (11 E, 13 K) AAA ve 16 BS (8 E, 8 K) hastası çalışmaya alındı. Bu hastaların ilaç kullanmadıkları dönemde ve kolşisin (günlük 1.5 mg) başladıktan en az 12 hafta sonra serum kolesterol ve trigliserid düzeyleri ölçüldü.

**Bulgular:** 19 (8 E, 11 K) AAA ve 15 (7 E, 8 K) BS hastası 12 haftalık kolşisin kullanma dönemini kesintisiz tamamlayabildi. AAA hastaları (ortalama yaş: 33.8± 14.1yıl), BS hastalarına (ortalama yaş: 36.5 ± 9.5) kıyasla daha gençti (P = 0.001). Kolşisin kullanımı ne AAA ne de BS hastalarında kolesterol ve trigliserid açısından önemli bir değişikliğe neden olmadı (Tablo).

**Sonuç:** AAA ve BS hastalarında yapılan bu küçük pilot çalışma, kolşisin kullanımının lipid değerlerini etkilemediğini göstermektedir.

**Kaynaklar:**

- 1) Ugurlu S ve ark. Intima-media thickening in patients with familial Mediterranean fever. Rheumatology (Oxford). 2009;48:911-5.
- 2) Akdogan A ve ark. Are familial Mediterranean fever (FMF) patients at increased risk for atherosclerosis? Impaired endothelial function and increased intima media thickness are found in FMF. J Am Coll Cardiol. 2006;48:2351-3.

**Anahtar Kelimeler:** Kolşisin, serum lipid düzeyleri

### Kolşisin tedavisi öncesi ve sonrası lipid değerleri

	AAA (n = 19)			BS (n = 15)		
	Kolşisin öncesi	Kolşisin sonrası	P	Kolşisin öncesi	Kolşisin sonrası	P
T. kolesterol, mg/dL	168.95±77.1	181.26±48.3	0.58	181.43±50.9	172.3±44.4	0.53
Trigliserid, mg/dL	122.2±82.26	128.21±69.56	0.75	111.7±62.9	106.5±52.1	0.18
LDL, mg/dL	120.37±44.3	112.16±39.9	0.35	115.14±38.43	106.1±39.7	0.85
HDL, mg/dL	42.11±13.4	47.11±10.9	0.1	47.93±9.20	48.3±9.9	0.3

[PP-050][Kabul:Poster][Diğer]

### Kolşisin: Migren Atağını Tetikleyen Bir Faktör mü?

Mehmet Engin Tezcan, Abdurrahman Tufan, Rıdvan Mercan, Arif Kaya, Berivan Bitik, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Kolşisin: Migren Atağını Tetikleyen Bir Faktör mü?

Mehmet Engin Tezcan, Abdurrahman Tufan, Rıdvan Mercan, Arif Kaya, Berivan Bitik, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker  
Migren, primer ve tekrarlayan baş ağrısı atakları ile karakterizedir. Migren atağını tetikleyen birçok faktör bulunmaktadır. Kolşisin migren atağını tetiklediğini veya ilaca bağlı baş ağrısına yol açtığını gösteren herhangi bir bildirim bulunmamaktadır. Bu bildiride, migren atağı, ankilozan spondilite bağlı amiloidoz şüphesine yönelik başlanan kolşisin ile tetiklendiği düşünülen bir vaka sunulacaktır. Otuz altı yaşında, onbeş yıldır, ayda 3 kez olan, uykusuzluk ve stress ile tetiklenen auralı migren atağı olan bayan hasta, ankilozan spondilit (AS) tanısı ile takip amaçlı polikliniğe başvurdu. Sekiz yıl önce inflamatuvar bel ağrısı, ön üveit atakları ve anteriposterior pelvik grafide bilateral sakroileit gözlenmesi üzerine AS tanısı almış. Tedavi olarak 2gr/gün salisilazosülfopiridin ve indometazin kullanmaktaymış. Bel ağrısı tamamen düzelmiş ve BASDAI skoru 3'ün altındaymış. Sedimentasyon ve CRP değerleri normal sınırların en az iki katı üzerinde izleniyormuş. Kliniğimizde başvuru sonrası akut faz yüksekliği etyolojisini araştırıldı. AS dışı ek patoloji saptanmadı. İdrar tetkikinde proteinüri gözlenmesi üzerine bakılan 24saatlik idrarda 500 mg/gün protein saptandı. Takiben amiloidoz açısından biopsi hazırlığı yapıldığı sırada, AS'e ikincil amiloidoz ön tanısı ile kolşisin başlandı. Kolşisin 0,5 mg'lık tablet ilk dozu takiben ikinci saatte klasik auralı migren atağı başladı. Atağı tetikleyecek başka bir faktörün bulunmadığı öğrenildi. İkinci gün, alınan kolşisin ile benzer atağın tekrarladığı gözlemlendi. Atakların kolşisin tarafından tetiklendiği düşünüldü ve ilaç tedavisi kesildi. Migren hastalarının %25-50'sinde atakları başlatan tetikleyici bir faktör bulunmaktadır. Uyku düzensizlikleri, en sık gözlenen tetikleyici faktördür. Çevresel faktörler, stress, diyet, açlık ilaçlarda tetikleyebilir (1). İlaçlardan da analjezikler, dihidroergotamin, metilergonovin, sumatriptan, amitriptilin, dexametazon, pirasetam, prothipendil, ve valproat, ilaç ilişkili baş ağrısına yol açabilir (2). Kolşisin gut, ailevi akdeniz ateşi, Behçet hastalığı, pseudogut ve tekrarlayan effüzyonlu perikarditte en sık kullanılmaktadır. AS'de amiloidoz tedavisinde başarılı olduğu gözlenmiştir (3). Kolşisin, migreni tetikleyen ilaçlardan biri değildir. Sonuç olarak gözlemimiz, kolşisin

kullanımının migren hastalarında atağı tetikleyen ilaçlardan biri olabileceğidir.Referanslar:1) Ambar Chakravarty.How triggers trigger acute migraine attacks: A hypothesis.Medical Hypotheses 2010;74:750-75.2)Zed PJ, Loewen PS, Robinson G. Medication-induced headache: overview and systematic review of therapeutic approaches.Ann Pharmacother. 1999;33:61-72.3) Escalante A, Ehresmann GR, Quismorio FP Jr. Regression of reactive systemic amyloidosis due to ankylosing spondylitis following the administration of colchicine.Arthritis Rheum. 1991;34(7):920-2.

**Anahtar Kelimeler:** Kolşisin, Migren

**[PP-051][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Kolşisin'e bağlı myopati gelişenFmf'li bir olgu sunumu**

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Güzin Çakmak<sup>2</sup>, Yelda Öztürk<sup>2</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı,Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

**Giriş:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) periyodik poliserosit atakları ile kendini gösterir.Burada FMF'li bir hastada kolşisine bağlı myopati gelişen bir olguyu sunuyoruz.  
**Vaka** 25 yaşında kadın hasta her 2 bacakta ağrı ve güçsüzlük olması nedeniyle Temmuz 2012'de romatoloji bölümüne başvurdu.2004 yılında karın ağrısı olması nedeniyle appendektomi yapılan hastanın ameliyat sonrası şikayetlerinde herhangi bir gerileme olamayan,karın ağrısıyla birlikte ateş atakları halinde olan hastanın M694V mutasyonu homozygot tespit edilmesi üzerine FMF tanısı almış. Kliniğe başvurmadan bir hafta kadar önce hastanın bacak ağrısı başlamış. Zaman zaman ayak bileği eklemlerinde ağrı, kızarıklık ve şişlik olduğundan da şikayet ediyormuş. Hasta şikayetleri başladığında başka bir kliniğe başvurmuş. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde alanin aminotransferaz(ALT) 158 U/litre, aspartat aminotransferaz (AST) 333 U/litre, kreatin kinaz(CK) 3900 U/litre olarak gelmiş. Bunun üzerine hasta kolşisini kesmiş ve birkaç gün sonra kliniğimize başvurmuş. Hastanın kliniğimize başvurduğunda yapılan laboratuvar testlerinde, hemoglobin 9,3 gram/desilitre trombosit 227000/mm<sup>3</sup>, lökosit 9200/mm<sup>3</sup>, ALT 74 U/litre, AST 82 U/litre, CK 493 U/litre olarak saptandı. Fizik muayenesinde herhangi bir ekleminde kızarıklık, şişlik ya da ağrı yoktu. Nörolojik muayenesinde proksimal alt ekstremitte kas gruplarının gücü 4/5,distal alt ekstremitte kas gruplarının gücü 5/5 olarak saptandı. Hasta kolşisine bağlı miyopati ve polimiyozit yönünden incelendi. Tirotoksik miyopatinin dışlanması adına gönderilen tiroid uyarıcı hormon(TSH),anti-tiroid peroksidaz (anti TPO) ve antitiroglobulin (anti TG) düzeyleri normal olarak geldi. Yapılan elektromiyografi sonucunda sağ vastus medialis, deltoid ve biceps kasında miyopati saptandı. Yapılan kas biyopsisi sonucu tanısız gelmedi ancak örnekte bazı fokal regenerasyon alanları saptandı. Kolşisinin kesilmesiyle beraber hastanın AST, ALT ve CK düzeyleri normal düzeylere indi; ALT 20 U/litre, AST 27 U/litre, CK 78 U/litre olarak ölçüldü. Malignite ile ilişkili miyopatiyi dışlamak adına çekilen torax abdonmen pelvis BT'de malignite ile ilgili bulgu saptanmadı Kolşisinin kesilmesiyle beraber hastanın AST, ALT ve CK düzeyleri normal düzeylere indi.Kolşisin tedavisinin kesilmesinde 3 hafta sonra atak geçiren hastaya kolşisin günde 2 kez tekrar başlanan hastanın takibinde kas ağrıları ve yineleyen CK yüksekliği olan hastaya IL-1 antagonisti Anakinra tedavisi başlandı.Anakinra tedavisinin 3 ayında ataksız bir şekilde izlenmekte.  
**Tartışma:** Kolşisin kullanımında akut doz aşımında olduğu gibi kronik kullanımda da miyopati görülebilir. Bu vakada da görüldüğü gibi kolşisin miyopatisinde sıklıkla alt ekstremitenin proksimal kaslarında güçsüzlük görülür. Vakada ayırıcı tanıda polimiyozit düşünülebilir ancak kolşisin kesilmesi sonrasında CK düzeyinin normal düzeylere inmesi kolşisin miyopatisini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kolşisin, myopati

**[PP-052][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]**

### **Kolşisine Dirençli Ailevi Akdeniz Ateşi Vakalarında IL-1 antagonisiti deneyimi**

Dilek Solmaz, Pınar Cetin, İsmail Sarı, Servet Akar

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

**Giriş:** Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) kendini sınırlayan ateş ve serozal inflamasyon atakları ile karakterize otoinflamatuar bir hastalıktır. Hastalığa neden olduğu düşünülen MEFV geni pyrin adlı protein kodlamaktadır. Pyninin fonksiyonu ve mutasyonlarının patofizyolojideki rolü tam olarak bilinmemektedir. Son veriler caspase -1 aktivasyonunun düzenlenmesinde rol oynadığını

düşündürmektedir. IL-1 veya NF- $\kappa$ B'yi hedefleyen tedaviler FMF için olası seçeneklerden olabilir. Anakinra recombinant bir IL-1 reseptör antagonistidir. Bu bildirimde kolşisin tedavisine dirençli dört vakadaki anakinra deneyimimizi sunmaktayız.

Vaka 1: 31 yaşında kadın hasta, 5 yıl önce FMF tanısı almış ve kolşisin başlanmış. Dört yıl önce renal biopsi ile amiloidoz tanısı almış. 3 mgr/güne çıkılan kolşisine rağmen atakları ve proteinürisi devam eden hasta, bir yıl süre ile kullanılan anti-TNF ajana yanıtızsız idi. Şubat 2012 de anakinra 100 mg/gün başlandı. Yedi aylık takip sürecinde bir kez hafif şiddette atağı olan hastanın proteinürisi 9 g/günden 4.5 g/güne geriledi.

Vaka 2: 27 yaşında kadın hastaya beş yaşında FMF tanı konmuş. Kolşisin 2.5 mg/gün kullanırken atak sıklığında artma olması üzerine haziran 2009 da 300 mg/8 haftada bir olacak şekilde infliksimab başlandı. Atak sıklıkları kontrol edilemeyen hastaya Haziran 2011'de anakinra 100 mg/gün başlandı. Yaklaşık bir yıllık takip içerisinde iki kez atak tarifleyen hastanın tedavisi devam etmektedir.

Vaka 3: 49 yaşında erkek hasta, 24 yaşında FMF tanısı konmuş. Kolşisin 1.5 mg/gün olarak kullanan hastanın atak sıklıklarının artması ve daha yüksek dozları tolere edememesi üzerine 2007 yılında dış merkezde 400 mg/6 hafta olacak şekilde infliksimab başlanmış. Takibimizde Mayıs 2011 yılına kadar bu şekilde tedavisine devam eden hastanın atak sıklığının artması üzerine anakinra 100 mg/gün olacak şekilde tedavisine başlandı. Takip süresinde atak tariflemeyen hasta mevcut tedavisi ile izlenmektedir.

Vaka 4: 45 yaşında erkek hasta 37 yaşında FMF tanısı konmuş ve kolşisin 1.5 mg/gün başlanmış. Takibimizde uzamış artrit ve inflamatuvar bel ağrısı olması üzerine yapılan değerlendirmelerinde radyografik/MRI sakroiliit saptandı ve tedaviye NSAİD eklendi. Gerek aksiyal semptomları gerekse FMF atakları devam eden hastaya 300 mg/8 hafta infliksimab tedavisi planlandı. İlk dozun ardından hiperkalsemi ve trombositozu saptandı. Anti TNF tedavi kesildi. Yapılan değerlendirmelerinde pankreasta nöroendokrin tümör saptandı ve opere edildi. Hiperkalsemisi düzelen hastanın trombositozu için yapılan değerlendirmesinde esansiyel trombositozu saptandı. Mayıs 2011 de anakinra 100 mg/gün olarak başlandı. Bir yıllık izlem içerisinde iki kez hafif şiddetli atağı oldu.

Sonuç: Kolşisin FMF tedavisinde etkili ve güvenilir bir ajan olmasına rağmen bazı hastalarda yeterli kontrol sağlayamayabilir. Burada sunulan hastalara ait deneyim literatür ışığında değerlendirildiğinde; IL-1 hedefli tedavilerin FMF için uygun bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, IL-1 antagonisti

### Çalışmadaki hastaların klinik ve demografik özellikleri

Yaş	Cinsiyet	MEFV tipi	Living şiddet skoru	Kolşisin dozu gram/g	Amiloidoz	Önceki tedaviler	Takip zamanı (ay)	Anakinra öncesi atak sayısı (yılıda)	Anakinra sonrası Sayısı (yılıda)	Yan etki
31	Kadın	M694V/M680I	Ciddi	3.0	Var	Anti-TNF	7	6	2	Yok
27	Kadın	M694V/M694V	Ciddi	2.5	Yok	Anti-TNF	12	5	1	Enjeksiyon yeri reaksiyonu (eritem ve ağrı)
49	Erkek	M680I/V726A	Ciddi	1.5	Yok	Anti-TNF	12	6	0	Yok
45	Erkek	M694V/M694V	Ciddi	2.0	Yok	Anti-TNF	14	8	2	Yok



## [PP-053][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### **Leflunomide associated infective endocarditis: Case report**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Havva Turac Cingoz<sup>2</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Oguzhan Yildirim<sup>3</sup>, Hakan Akilli<sup>3</sup>, Mehmet Kayrak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Rheumatoid artrit (RA) is a chronic inflammatory disease. Patients with RA are more likely for infectious disease compared with normal population. This situation is associated with suppression of cellular immunity by the pathogenesis and immunosuppressive medication for controlling disease activity. In this paper we present a female patient with RA going on leflunomide for five years being diagnosed with infective endocarditis. On echocardiographic examination we revealed vegetation at tricuspid valve. There was not any other risk factor for infective endocarditis except leflunomid use. To our knowledge this is the first case of leflunomide associated infective endocarditis of native valve in the literature. Our purpose is to highlight that immunosuppressive treatment for RA may predispose serious infectious diseases like infective endocarditis.

Case: A 44-year-old female admitted to our hospital with complaints of fatigue, fever and chest pain. When her medical history questioned it is learned that she has been followed with RA diagnosis for 20 years. She had been using leflunomide as monotherapy for five years. She didn't have a heart disease history. On physical examination there was no sign of active arthritis. Newly developed systolic murmur on heart examination was warning. Blood culture test was performed three times and no bacteria was produced. Transthoracic echocardiography (TTE) revealed vegetation at the tricuspid valve. Vegetation was 10x7 mm size, holding anterior leaflet of the tricuspid valve and moving from right atrium to right ventricle.

Discussion: Leflunomide is an immunosuppressive agent used for the treatment of RA either alone or in combination therapy with methotrexate. Leflunomid associated infections in patients with RA is a known condition. Here we present a case of RA under leflunomid treatment for 5 years developing native valve endocarditis. We remind that in RA patients; immunosuppressive treatment and additional effect of the disease on immune system may cause life threatening infections. Leflunomide and other drugs used for the treatment of RA acts by suppressing the immunity. In addition to that RA has the same effect for immune system. So infections under these conditions can be very serious. When detected a leflunomide associated infection in RA patient early washout of leflunomide should be performed.

**Keywords:** Leflunomide, infective endocarditis

## [PP-054][Kabul:Poster][Diğer]

### **Lökositoklastik vaskülitlerle karışabilen ve akılda tutulması gereken bir durum: Nötrofilik dermatoz**

Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>, Mustafa Saygın Deniz<sup>2</sup>, Can Cangür<sup>2</sup>, Seda Kurtuluş<sup>2</sup>, Mehmet Sayarlıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Romatoloji B.D., Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D., Kahramanmaraş

Giriş: Nötrofilik dermatozun (ND) cilt lezyonlarında histolojik olarak infeksiyon olmaksızın epidermal ve/veya dermal inflamatuvar infiltratlar (çoğunlukla nötrofiller) tespit edilir. ND'nin cilt bulguları değişkendir ve daha çok vezikülopüstül, plaklar, nodüller veya ülserasyon şeklindedir. Palpabl purpura nadiren görülür. ND'ye sebep olan ilaçlar koloni stimulan faktörler, lityum, furosemid, hidralazin, oral kontraseptifler, minosiklin, azatioprin, imatinib, bortezomib ve trimetoprim-sulfametoksazol gibi ilaçlardır. Bu yazıda lezyonlarının görünümünün lökositoklastik vaskülit ile karışabilmesi nedeniyle, montelukast kullanımı sonrası palpabl purpura gelişen ND'li bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 56 yaşında bayan hastanın 15 yıldır astımı vardı. 4 yıldır inhaler salbutamol, salmeterol-flutikazon aerosol ve teofilin kapsül alıyordu. Hastanın tedavisine üç ay önce montelukast

(10mg/gün) eklenmişti. Hasta her iki bacakta 2-5 milimetrelık plapabl purpuralar ile başvurdu. Lezyonlar vücudun başka bölgelerine ve mukozalarda yoktu. Ateşı yoktu ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Prednisolon tedavisinden bir hafta sonra cilt lezyonları kayboldu. Laboratuvarında nötrofili (19.48/mm<sup>3</sup>) tespit edildi, p-ANCA, c-ANCA, ANA ve hepatit belirteçleri normaldi. Proteinüri tespit edilmedi, sedimantasyon (30mm/saat) normal bulundu. Purpurik lezyonlardan biyopsi yapıldı. Metilprednisolon (40mg/gün iv.) başlandı, üç gün verildi ve sonra oral prednisolon ile devam edildi. Prednisolon dozu haftada 4 mg azaltıldı ve kesildi. Cilt biyopsisi nötrofilik dermatoz ile uyumlu geldi.

Tartışma: Montelukast lökotrien reseptör antagonistedir. Literatürde lökotrien reseptör antagonisti kullanımı ile ilişkili Churg –Strauss ve mikroskopik polianjit vakaları vardır. Bizim olgumuz montelukast ilişkili ilk nötrofilik dermatoz vakasıdır. ND' nin cilt lezyonları görüntü olarak lökositoklastik vaskülitlerle benzerlik göstermektedir. Özellikle şüpheli ilaç kullanımı varlığında tanıyı doğrulamak için cilt biyopsisi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Montelukast, nötrofilik dermatoz

[PP-055][Kabul:Poster][Vaskülit]

## **Masif Hematokezya ile başvuran gastrointestinal sistem tutulumlu Wegener Granulomatozu (Polianjiitli Granülomatoz) Olgusu**

Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Tuğba Başoğlu<sup>2</sup>, Pınar Çetin<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>, Merih Birlik<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Nurullah Akkoç<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Wegener granülomatozu (polianjiitli granülomatoz; WG), ndir görülen, özellikle üst ve alt solunum yolları ile böbrekleri tutabilen nekrotizan granülomatöz vaskülitir. Azalan sıklıkla göz, cilt, tükrük bezleri, kardiyak ve gastrointestinal sistem de (GİS) tutulabilmektedir. GİS tutulumu asemptomatik olabileceği gibi ciddi masif kanamaya kadar değişen şekillerde olabilir. Literatürde, WG ile ilişkili GİS kanama şeklinde bildirilmiş çok az vaka bulunmaktadır. Burada WG tanısı aldıktan kısa bir süre sonra masif GİS kanama gelişen ve operasyon sonucunda GİS tutulumu tanısı alan bir vakayı sunmaktayız.

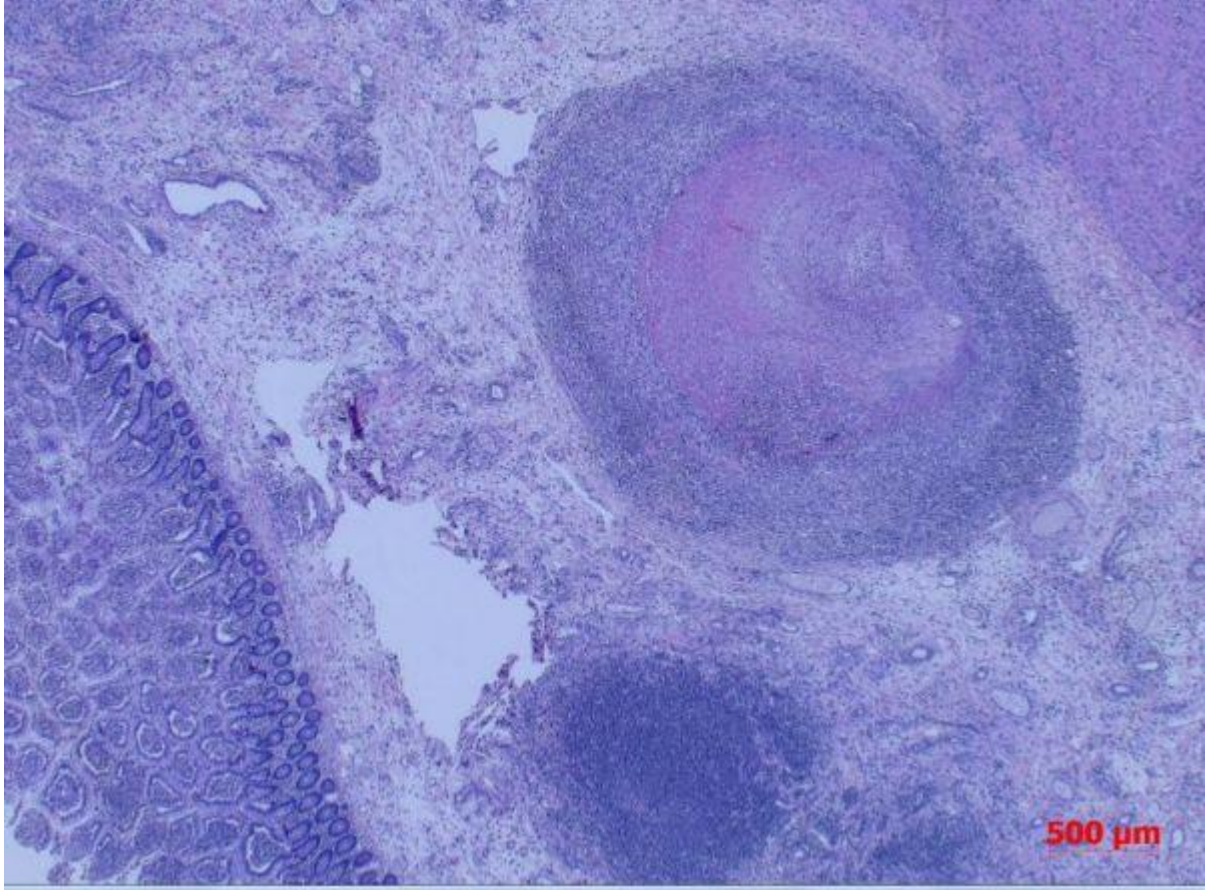
Vaka: 36 yaşında erkek hasta, Ocak 2011 de kanlı burun akıntısı, hemoptizi ve purpurik cilt döküntüsü ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde; sağ akciğer orta lobda kaviter lezyon tespit edildi. Eksizyonel biopsi sonucunda nekrotizan inflamasyon saptandı. Bu süre içerisinde hızlı progresif böbrek yetmezliği gelişen hastanın böbrek biopsisi diffüz nekrotizan kresentik glomerulonefrit olarak sonuçlandı. Mevcut klinik laboratuvar bulguları ile hastaya WG tanısı konularak immünesupresif tedavi başlandı. Bu süreçte hemodiyaliz programına da alındı. İmmünesupresif tedavinin altıncı ayında masif hematokezya ile başvuran hastanın endoskopi ve kolonoskopisinde kanama odağı tespit edilemeyince acil olarak operasyona alındı. Operasyon sırasında 27 cm lik distal ileum rezeksiyonu yapıldı. Operasyon materyalinin patolojik incelemesinde nekrotizan granülomatoz lezyon saptandı ve WG ile uyumlu olarak yorumlandı (Şekil 1). İleostomi açılan hastanın immünesupresif tedavisine devam edildi. Hastalık kontrol altına alındıktan sonra ileostomisi kapatılan hasta şu aşamada hemodiyaliz programında izlenmekte.

Sonuç: WG'da GİS tutulumu oldukça nadir görülen bir durumdur ve hastaların %80'inde GİS ile ilişkili bulgular ilk üç ay içerisinde görülmektedir. Karın ağrısı (%97), bulantı veya kusma (%34) ve ishal (%27) daha sık gözlenirken hematokezya veya melana (%16) daha nadirdir. GİS kanama ile başvuran WG'lu olgularda tedavi veya ko-morbid hastalıkların yanında, GİS tutulumunun da akla getirilmesi etkin tedavinin uygun zamanda başlanması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Wegener granülomatozu, Gastrointestinal sistem tutulumu

---

## **Santral nekrotik debris ile ileumda submucosal genişleme ve bir damarda yoğun inflamasyon (Hemotoksilen eozin)**



[PP-056][Kabul:Poster][Vaskülit]

### **Mastoiditle Seyreden Wegener Granulomatozu Olgusu: Vaka Sunumu**

İkbal Akdam<sup>1</sup>, Taşkın Şentürk<sup>1</sup>, Songül Çıldıgı<sup>1</sup>, Onur Odabaşı<sup>2</sup>, Umut Çakıroğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji-Romatoloji BD, Aydın

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ABD, Aydın

#### **Giriş**

Wegener Granulomatozu (WG); ANCA ile ilişkili ve üst-alt solunum yolu, genitoüriner, gastrointestinal, santral sinir sistemi ve göz gibi birçok organda nekrotizan granülamatöz lezyonlarla seyreden bir vaskülitir. Özellikle küçük ve orta boy damarları tutar, sıklıkla üst solunum yolu, akciğer ve böbreklerde nekrotizan granülamatöz vaskülit ile seyreder. Hastalık klasik olarak bilinen bu organ tutulumlarının yanı sıra daha az görülen orbita, santral sinir sistemi ve kulak tutulumu yapabilmektedir. Literatüre bakıldığında nadir olsa yalnız mastoidit ile seyreden WG olguları mevcuttur. Bizim sunduğumuz vakada, klasik organ tutulumu bulguları olmaksızın, yalnız mastoiditle seyreden bir WG hastasıdır.

#### **Vaka Sunumu**

50 yaşındaki bayan hasta, hastanemiz KBB polikliniğine 15 gün önce başlayan işitme kaybı şikayetiyle başvurmuş. Yapılan muayenesinde, miks tipte işitme kaybı dışında özellik saptanmamış. Temporal tomografisinde; bilateral temporal kemik mastoid antrumlarında havalanma gözlenmemiş, antrum ve timpanik kaviteyi dolduran yumuşak doku dansitesi izlenmiş. Hasta bu bulgularla ve yapılan laboratuvar incelemelerinde CRP 83 mg/dl, ESH 89 mm/saat saptanması üzerine kliniğimize danışıldı. Hasta kliniğimizde değerlendirildi ve inflamasyon belirleyicilerinin yüksek olması nedeniyle istenen c-ANCA pozitif saptandı. Yapılan tam idrar tetkiki, böbrek fonksiyon testleri, PA akciğer ve paranasal sinüs grafisi normal olarak bulundu. Hastaya bu bulgularla yalnız mastoidit ile seyreden Wegener Granulomatozu tanısı konuldu ve 3 gün 1 gr pulse steroid ve 1 gr/ay dozda Siklofosamid tedavisi başlandı. Daha sonra steroid 1 mg/kg/gün oral devam edildi. Hastanın klinik takibinde tedavinin ilk haftasında işitme kaybında düzelme başladı ve

birinci ayın sonundaki kontrolünde işitme testleri tamamen normale döndü. Aylık 1 gr siklofosamid tedavisi 6 aya tamamlanan ve idame dozda steroid ile tedaviye devam edilen hasta, halen son 6 aydır remisyonunda devam etmektedir.

### **Tartışma**

WG olgularının analiz edildiği çalışmalarda hastaların çoğunlukla ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi genel semptomlarla başladığı, üst ve alt solunum yollarına ait sinüzit, rinit, nazal ülserasyonlar, hemoptizi, dispneyi sıklıkla gözlemlenmişlerdir. Nazofarinks, paranasal sinüsler ve akciğerler en sık tutulan yerlerdir. Olguların % 20'sinde başlangıç bulgusu olarak glomerülonefrit ve hastalığın seyirinde % 85'e varan oranda renal tutulum bildirilmiştir. Otojik tutulum %19-61 arasında değişir. Seröz otitis media, WG en sık otojik tutulum şeklidir. Sıklıkla nazal kavitede, nazofarinkste veya östakide granülasyon görülürken, az sıklıkta orta kulak mukozasıyla mastoid etkilenebilir. Literatürde çok az sayıda, yalnız mastoiditle presente olan vakalar mevcuttur. Bizde sadece mastoidit bulgusuyla seyreden bir WG vakasını, nadir bir presentasyon olması sebebiyle sunduk ve bu bulgularla başvuran WG'lu hastalarında olabileceğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** mastoidit, wegener granülomatozu

[PP-057][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### **Medulla Oblangataya Bası Yapan Romatoid Pannus**

Kemal Erol<sup>1</sup>, Adem Kucuk<sup>2</sup>, Sinan Bagcaci<sup>1</sup>, Sami Kucuksen<sup>1</sup>, Recep Tunc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

#### **Giriş**

Sinoviyal hücrelerin proliferasyonu, monosit ve aktive lenfositlerin infiltrasyonu kırık ve kemiklerin yüzeyinde pannus dokusunun oluşmasına neden olur. Pannus genellikle romatoid artrit ile ilişkilidir. Sinoviyal pannus'un direkt basısı veya servikal omurganın subluksasyonu; beyin sapına, spinal korda bası yapabilir. Bizim vakamız medulla oblangataya bası yapan servikal myelopati gelişen periodontoid romatoid pannus formasyonuna sahip bir olguydu.

#### **Olgu**

33 yıl önce Juvenil romatoid artrit tanısı konan, 47 yaşındaki kadın hastanın herhangi bir klinikte takibi yokmuş. Son 3 yıldır kendi işlerini yapamayan, desteksiz oturamayan hastanın yaklaşık 2 aydır başlangıçta ellerinde olan uyuşma yakınması zamanla her iki üst ekstremité proksimaline, sol temporal bölgeye ve toraks ön-arka duvarına doğru ilerlemiş. 1 aydır kollarında kuvvet kaybı, son 1 hafta içerisinde de hafif düzeyde dispne ve idrar inkontinansı gelişmiş. İlginç olarak deksametazon 0.75 mg günde yarım tablet, aşırı ağrısı olursa tramadol ampul alan hastanın fizik muayenesinde juvenil romatoid artrit ve steroid kullanımına bağlı gelişme geriliği vardı. Derin tendon refleksleri hipoaktif, alt ekstremitéde 3/5, üst ekstremitéde de 4/5 kas gücü, sağda aşil klonusu, eklemlerinde yaygın instabilite-dislokasyon, bilateral babinski lakaytlığı vardı. Periferik artrit olmayan olgumuz da tam kan normal sınırlarda idi, ESR: 120 mm/h, Crp 60 mg/L, ANA 1/80, RF:152 Iu/MI, Protein elektroforezi poliklonal gammopati olarak rapor edildi. Kranial MR sagittal kesitte atlantodental eklem seviyesinde C1 ve C2 vertebrada destrüksiyona da sebep olup posterior longitudinal ligamenti iten, foramen magnumu daraltan, medulla oblangatada bası ve açılma meydana getiren yumuşak doku lezyonu belirlendi (şekil-1). Servikal MR 'da IVKM sonrası lezyonda yoğun kontrast tutulumu, atlantodental dislokasyon, C4-5, C5-6 ve C6-7 disklerinde diffüz taşmalar vardı.

#### **Tartışma**

Romatoid artrit sinoviyal eklemleri tipik olarak tutan bir hastalık olup periodontoid pannus medulla ya da servikal korda bası yaparak myelomalazi oluşturabilmektedir. Periodontoid pannus gelişimi hastalığın günümüzde etkin tedavisi nedeni ile oldukça nadir görülen bir durumdur. Romatoid artritli hastalarda yürüme güçlüğü, üst ve alt ekstremitelerde spastisite, nörojen mesane bulguları, üst ve alt ekstremitéde yaygın nöropatik ağrı varlığında nörolojik muayene yapılmalı ve periodontoid pannus basısı akılda tutulmalıdır. Pannusun anti-TNF tedavisi ile gerilediğini bildiren olgu raporları bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** periodontoid pannus, medulla basısı

Şekil-1



T2 sagittal beyin MR'de pannusun medullaya basısı

[PP-058][Kabul:Poster][Vaskülit]

### Montelukast ilişkili üç eozinofilik granülomatosis ve polianjiitis olgusu

Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Didem Arslan Taş<sup>1</sup>, Suzan Zorludemir<sup>2</sup>, Eren Erken<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.D, Adana

**Giriş:** Eozinofilik Granülomatosis ve Polianjiitis (EGPA); Astım, ateş, periferik kanda eozinofili, eozinofilik doku infiltrasyonu, küçük ve orta çaptaki damarların nekrotizan granülomatöz inflamasyonu ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Lökotrien reseptör antagonistleri (LTA), astım tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Montelukast ilişkili 3 EGPA olgusu sunulmuştur.

**Olgu 1:** 34 yaşında bayan, 2 yıldır astım nedeniyle 10 mg montelukast ve inhaler B2 agonist kullanıyor. 1 yıl önce sol elde şişlik, her iki bacakta döküntü, ağrı ve güçsüzlüğü şikayeti vardı. Muayenede; Her iki tibia ön ve arkasında petesi, purpura ve post nazal akıntısı vardı. Tetkikler tablo1'de. Kemik iliğinde biyopside % 41 eozinofil bulundu. Nazal polipozis ve akut sinüzit tespit edildi. Toraks BT'de; nodüller ve buzlu cam görünümü vardı. Kas biyopsisinde; küçük orta boy

damar duvarlarında fibrinoid nekroz, eozinofil infiltrasyonu saptandı. pANCA ve MPO pozitif idi. Montelukast ilişkili EGPA düşünöldü. Montelukast kesildi. MP ve azatiyoprin (AZA) başlandı. Kontrolünde bulguları geriledi.

**Olgu 2:** 30 yaşında bayan, 17 yaşında astım ve alerjik rinit tanısı ile uzun etkili B2 agonist, antihistaminik, nazal inhaler steroid başlanmış. 8 yıl önce montelukast 10 mg eklenmiş. 7 yıl önce pansünizit ve nazal polip tespit edilmiş. Muayenede; Her iki el parmak ve bilekte hassasiyet vardı. Tetkikler tablo1'de. Eozinofili ve Ig E yüksekliği olan hastada EGPA düşünöldü. Montelukast kesilerek MP başlandı. Klinik bulgular geriledi. 2 yıl önce dış merkezde montelukast sonrası deri döküntüleri gelişmiş. Montelukast kesildi ve MP başlandı.

**Olgu 3:** 37 yaşında erkek, 3 yıldır astım tanısı var. 2 yıldır beta 2 agonist + inhaler steroid ve montelukast kullanıyor. 1 yıldır halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusması ve kronik ishal varmış. 1 yılda 8 kilo vermiş. 9 aydır elde şişlik ve ağrı şikayeti eklenmiş. Muayenede; Proksimal kaslarda güçsüzlüğü, her iki el PİF'de şişlik ve hassasiyeti vardı. Tetkikler tablo1'de. Kolonoskopi normaldi. Endoskopik biyopside duodenumda eozinofil artışı göröldü. Toraks BT'de; nodüller tespit edildi. Pansinüziti de vardı. Kas biyopsisi normaldi. EGPA tanısı kondu. Montelukast kesilerek MP ve AZA başlandı.

**Tartışma:** EGPA'nin etyolojisi tam bilinmemekle birlikte; alerji, atopi, IgE artışı nedeniyle immün hipersensitivite ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. LTA; zafirlukast, montelukast daha az pranlukast ilişkili EGPA vakaları bildirilmektedir. Üç olguda ACR kriterlerini karşılıyordu. LTA ilişkili EGPA genellikle oral steroid tedavisinin kesilmesi veya doz azaltılması sonrası oluşmaktadır. Montelukast etyolojik faktör gibi görünmektedir. Literatürde zafirlukast ilişkili vakaların sık olduğu söylenmekle birlikte Türkiyede montelukast daha sık bildirilmektedir. Montelukastın tercih edilmesine bağlı olabilir. Öncelikle LTA kesilmeli ve tekrar başlanmamalıdır. Astımlı hastalar LTA kullanırken EGPA yönünden de takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofilik Granöломatozis ve Polianjiit, Montelukast (LTA)

**Tablo 1: Laboratuvar sonuçları**

Parametreler	Vaka 1	Vaka 2	Vaka 3	Normal Aralık
Beyaz küre (WBC)	21,130	9,5	10	4–11 u/L
Eozinofil %	52	21	10	0,9–6
Hemoglobin (Hb)	13	12	13	3,6-17,2 gr/dl
Trombosit (PLT)	403	278	255	156-373,3 UI
Sedimantasyon hızı (ESR)	44	43	2	0–25 mm/saat
C-reaktif protein (CRP)	4,65	3,4	1,7	0-0,8 mg/dl
Kreatin fosfokinaz (CPK)	51	56	60	0–142 U/L
Alanin transaminaz (ALT)	23	26	25	<31 U/L
Kreatinin	0,7	3,4	0,9	0,6–1 mg/dl
Tiroid stimölan hormon	2,3	3,5	3,1	0,35-4,2 mU/ml
Total İg E	1140	1088	34	10–180 IU/ml
Hepatit B	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Hepatit C	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
HİV	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
RF	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Anti CCP	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
ANA	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif

ANCA (İF)	Pozitif (2)	Negatif	Negatif	Negatif
MPO	Pozitif	Negatif	Negatif	Negatif
PR3	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif

## [PP-059][Kabul:Poster][Diğer]

### **Myastenia Gravis Seyrinde Nadir Bir Poliartrit Nedeni:Parkinson Hastalığı**

#### Döndü Üsküdar Cansu

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Antalya

Myastenia Gravis(MG) organ spesifik otoimmün bir hastalıktır. Asetilkolin reseptörlerine karşı antikör gelişir. MG seyrinde diğer otoimmün hastalıklar (Hashimoto tiroiditi, nadiren sistemik lupus eritematozus (SLE), romatoid artrit (RA) ) görülebilir.

Olgu: 48 yaşında bayan hasta 6 aydır el ve ayak eklemlerinde ağrı ve şişlik nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünden 2009 yılında 3 yıldır var olan sol göz kapağında pitozis, çift görme, yutma güçlüğü, yorgunluk ve güçsüzlük nedeniyle yapılan tetkiklerinde asetikolin resptörü de pozitif saptanarak Myastenia Gravis tanısı konulduğu öğrenildi. MG e yönelik mestinon ve steroid tedavisi verilen hastaya yaklaşık 6 ay önce steroid tedavisi kesilerek IVIG tedavisi başlanmış. Hasta 6 aydır el bileklerinde, el proksimal interfalangeal (PIF), ayak bilekleri, metatarsofalangesal eklemlerinde ağrı ve şişlik, yaklaşık 1 saat süren sabah tutukluğu tarif etti. Sistem sorgulamasında malar raş, fotosensitivite, oral aft, raynaud fenomeni, ağız ve göz kuruluğu, bel ağrısı, psöriazis öyküsü, aile öyküsü yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki el bileğinde, PİF'lerde, bilateral ayak bileğinde ve subtalar artrit saptandı. Hastanın kronik poliartrit nedeniyle yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Hb:12.4, Lökosit:7250, platelet: 193000, eritrosit sedimentasyon hızı: 6 mm/saat, C-reaktif protein:3.34 (0-5), TİT:Protein negatif, kreatinin:0.7 idi. Antinükleer antikor (ANA), Romatoid faktör (RF) ve antiCCP tetstleri negatif saptandı. Hasta sonuçlar için geldiği dönemde tekrar yapılan fizik muayenesinde artrit ve/veya artralji saptanmadı. Tekrarlanan sorgusunda iki ziyaret arasında tekrar Nöroloji bölümüne başvurduğu donuk yüz ifadesi ve bradikinezisinden yola çıkılarak Myastenia Gravis eşlik eden Parkinson hastalığı tanısı konulduğu ve ardından levodopa tedavisi verildiği öğrenildi. İlaç tedavisi sonrası eklem sorunlarının düzeldiğini ifade etti. Uyku problemi yarattığı için levadopayı kestiğini ve bu dönemde eklem sorunlarının tekrarladığını söyleyen hasta ilaca tekrar başladığında yine eklem sorunlarının geçtiğini ifade etti.

MG seyrinde nadir de olsa SLE veya RA gibi diğer otoimmün romatolojik hastalıklar görülebilir. Eklem sorunu ile özellikle poliartrit ile başvuran MG'li bir hastada SLE veya RA akla gelmeli ancak otoantikörler negatif olduğunda ve diğer klinik bulgular da yoksa non-romatolojik hastalıklar ayırıcı tanıda yerini almalıdır. Parkinson hastalığı bir hareket hastalığı olup seyrinde nadiren RA benzeri eklem deformiteleri ve/veya eklem sorunları görülebilir. Antiparkinson tedavi ile eklem sorunlarının rahatlaması beklenir. Poliartrit/poliartralji ile gelen bir hastada otoantikörler da negatif ise mutlaka romatolojik olmayan diğer hastalıklar da düşünülmeli ve hastaya mutidisipliner yaklaşılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Myastenia Gravis, poliartrit

## [PP-060][Kabul:Poster][Diğer]

### **Nonsekretuar Multiple Myeloma: Vaka Sunumu**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, İlknur Albayrak<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

Giriş: Kemiğin en sık malign tümörü olan multiple myelom (MM), kemik iliğini infiltre eden ve en belirgin semptomu ağrı olan bir hastalıktır. Radyolojik olarak özellikle omurga ve ekstremitelerin proksimalinde patolojik kırıklara yol açabilecek litik kemik lezyonlarıyla seyredir. Bu yazıda sırt ve bel ağrısı şikayeti olan 36 yaşındaki erkek hastada saptanan non-sekretuar MM olgusundan

bahsedilecektir.Olgu: Daha önceden herhangi bir yakınması olmayan 36 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 6 aydır süren bel, sırt ve göğüs kafesinde ağrı yakınması ile başvurdu. Ağrı başlangıçta sağ göğüs kafesinde iken zamanla bilateral olmuş ve sırtta doğru yayılmış. Göğüs ağrısı gece ve gündüz devam ediyormuş. Bel ağrısı kalçalara yayılıyor, özellikle sabahları ve istirahatle artıyormuş. Sabah tutukluğu 30 dakika sürüyormuş. Hasta son 3 ayda yaklaşık 10 kg kaybetmiş. Fizik muayenede torakal ve lomber eklem hareketleri sonlarda kısıtlı, ağrılı, Schober testi 14,5 cm, fabere ve fadir testi (+/+), üst ve alt ekstremitte nörolojik muayenesi normaldi. Tetkiklerinde ANA ve RF negatif, ESR 17 mm/sa, CRP 13 mg/l, Hgb 9,7 g/dl, WBC 7,39 K/ul, PLT 388x10<sup>3</sup> e3/ul, krea: 1,4 mg/dl, üre 49 mg/dl, Ca 9,4 mmol/l, LDH 123 u/l değerindeydi. Protein elektroforezinde albumin bandı ve poliklonal olarak gamma bandında artış vardı. Sakroiliak BT ' de iliyak kemikte yaygın heterojenite ve hipodens lezyonlar vardı.Göğüs ve sırt ağrısı olması nedeniyle çekilen torakal BT' de 5. kostada ekspansiyon ve destruksiyona yol açan 30x14 mm büyüklüğünde kitle lezyonu tespit edildi. Kontrastlı abdomen BT' de organ patolojisi saptanmadı.USG 'de böbrek boyutları normal, ancak eko grade 1-2 artmıştı. Tc-99 m ile yapılan kemik sintigrafisinde geç alınan statik görüntülerde manibrium-korpus sterni eklem bölgesinde, sağ 1. ve 2. kosta ön yüzünde, sağ 4. kosta arka yüzünde, sol 10-11. kosta yan yüzünde, T9 vertebra korpusunda, T5 ve L1 vertebra spinöz proseslerinde artmış radyoaktivite tutulumu izlendi. Multiple metastaz ile uyumlu bir görünüm vardı. Anemi ve kilo kaybı nedenine yönelik olarak yapılan üst GİS endoskopisi kronik gastrit ile uyumluymdu. 5. kostada ekspansiyona neden olan kitleye perkutan Trucat biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu lezyonun plazmositom olabileceği şeklindeydi. Bunun üzerine iliyak kanattan yapılan biyopside plazmositoid görünümlü atipik hücre örnekleri tespit edildi. Yapılan immunhistokimyasal boyamada lambda (+), kappa negatifti. Bu bulgularla hastaya non-sekretuar MM tanısı kondu. Hasta tedavi için radyasyon onkolojisi ve hematoloji bölümlerine sevk edildi.Tartışma: MM kemik tümörleri içinde sık rastlanması ve ağrıyla seyretmesi nedeniyle kas iskelet sistem patolojileriyle karışabilir. Ancak iskelet sistemi ağrılarında, anemi, kilo kaybı gibi bulgularda eşlik ediyorsa ilk anda tipik bulgular tespit edilemese bile ayırıcı tanıda göz ardı edilmemesi gereken önemli bir patolojidir. Böylece erken tanı ve tedaviyle daha iyi sonuçlar alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Multiple myelom, inflamatuvar bel ve sırt ağrısı

[PP-061][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

## **Romatoid Artrit Hastalarında Serum Adiponektin Düzeylerinin İnsülin Direnci ve İnflamatuvar Göstergelerle İlişkisi**

Nazife Şule Yaşar Bilge<sup>1</sup>, Nilgün Kaşifoğlu<sup>2</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>1</sup>, Emel Gönüllü<sup>1</sup>, Cengiz Korkmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Eskişehir

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji AD, Eskişehir

**Gerekçe:** Adiponektin, adipositlerden kaynaklanan bir adipositokindir ve anti-inflamatuvar etkisi ile koroner arter hastalığı (KAH), obezite ve insülin direnci üzerinde olumlu etkileri vardır. Klinik çalışmalar adiponektin düzeyleri ve inflamasyon belirteçleri arasında ters ilişki olduğunu göstermektedir. Kronik inflamatuvar bir otoimmün hastalık olan Romatoid Artrit (RA) hastalarında, anti-inflamatuvar etkileri olduğu savunulan adiponektin ile hastalık aktivitesi, akut faz yanıtı ve insülin direnci arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) tanı ölçütlerine uyan 65 RA hastası ile yine ACR tanı ölçütlerine uyan 30 osteoartrit hastası (hastalıklı kontrol) çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol grubunda Diabetes Mellitus'u olan ve buna yönelik oral antidiyabetik ilaç ya da insülin kullananlar, obeziteye yönelik ilaç kullanan hastalar ile hastalık modifiye edici ilaç (DMARD) kullanan RA hastaları çalışmadan dışlandı. Tüm RA hastalarına metotreksat 10 mg/hft ve prednisolon 7,5 mg/gün başlandı. Hastanın kliniğine göre poliklinik kontrollerinde ilaç dozları değiştirildi ancak NSAİİ dışında ilaç eklenmedi. RA hastalarında başlangıçta (0. ay) ve tedavinin 3. ayında vücut kitle indeksi (VKİ), akut faz reaktanları, hastalık aktivite skoru-28 (DAS-28), açlık kan şekeri, serum kolesterol, insülin ve adiponektin düzeylerine bakıldı. İnsülin direnci (İD), 'homeostasis model assesment insulin resistance index (HOMA-IR)' ile [açlık insülin (µIU/mL) x açlık glukoz (mg/dL) / 405] formülü kullanılarak hesaplandı.

**Sonuçlar:** 3. ay değerlendirmemizde adiponektin düzeyleri anlamlı şekilde artış gösterdi (p=0.03), ancak RA hastalarının bazal adiponektin düzeyleri ile OA'li kontrol grubu arasında fark yoktu (p=0.5). Adiponektinin hem 0. hem de 3. ay değerlerinin akut faz yanıtıyla ve hastalık etkinliğiyle korele olmadığını saptadık. Beklendiği gibi akut faz yanıtı ve DAS-28 tedavi altında anlamlı düzeylerde azaldı. İnsülin direncinde görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı değildi, ancak 0. ayda adiponektin ile korelasyon göstermezken 3. ayda ters korelasyon göstermekteydi. Ayrıca RA



hastalarında tedavinin 3. ayında trigliserit ve LDL düzeylerinde anlamlı değişiklik gözlenmezken HDL düzeylerinde artış olduğu saptandı ( $p<0.001$ ).

Tartışma: Adiponektin düzeylerinde artış ve insülin direncinde azalma, RA tedavisinde kullandığımız kortikosteroid ve metotreksata bağlı olabilir. RA'de DMARD'lar ile yapılan etkin tedavi inflamasyonda azalmaya, bunun sonucunda adiponektin düzeylerinde artışa ve İD'de azalmaya sebep olabilir ve RA hastalarında artmış olan kardiyovasküler risk üzerinde olumlu etki sağlanabilir. Sonuç olarak, literatürden ve kendi çalışmamızdan elde edilen verilerin ışığında, adiponektinin insülin duyarlılığını ve HDL düzeyini arttırıcı, anti-inflamatuar özellikleri olan, umut vaat eden bir tedavi hedefi olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** romatoid artrit, adiponektin

[PP-062][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

## **Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit'li hastalarda anti-TNF ajanlarla tedavinin vücut kitle indeksi üzerine etkisi**

Songül Çıldağ, Taşkın Sentürk, İkbâl Akdam, Umut Çakıroğlu  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünoloji-Romatoloji Bilim Dalı, AYDIN

Gerekçe: Romatizmal hastalıkların patogeneğinde TNF- alfa önemli bir role sahiptir. Son yıllarda bir çok romatizmal hastalığın tedavisinde TNF- alfa, gerek TNF reseptörleri gerekse TNF antikorları aracılığı hedef molekül olarak seçilmiştir. Anti-TNF olarak bilinen bu tedavinin eklem hasarı ve inflamasyonunu belirgin olarak azalttığı bilinmekle beraber vücut kilosu ve vücut kitle indeksi (VKİ) üzerine de etkili olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızın amacı anti-TNF tedavi alan Romatoid artrit (RA) ve Ankilozan spondilitli (AS) hastalarda anti-TNF tedavinin vücut kitle indeksi üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: RA ve AS nedeniyle kliniğimizde takip edilen ve klasik hastalık modifiye edici ajanlara rağmen hastalığı aktif seyreden, bu nedenle anti-TNF tedavi başlanması planlanan toplam 35 hasta (17 RA ve 18 AS) çalışmaya alındı. Hastaların anti-TNF tedavi ( İnfliximab, Etanercept, Adalimumab) öncesi ve tedavinin 48. haftasında boy, kilo ve VKİ ölçümleri kaydedildi. VKİ'ne göre hastalar üç kategoriye ayrıldı ( $<20$  kg/m<sup>2</sup>,  $20-30$  kg/m<sup>2</sup>,  $>30$  kg/m<sup>2</sup>). Tedavi öncesi ve sonrası değerler karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Anti-TNF ile tedavi öncesi hastaların ortalama kilosu  $71.31\pm15.28$  kg iken tedavinin 48. haftasında  $73.11\pm14.40$  kg ( $p=0.245$ ), VKİ tedavi öncesi  $25.97\pm5.86$  kg/m<sup>2</sup> iken 48.haftada  $26.51\pm5.17$  kg/m<sup>2</sup> ( $p=0.362$ ) olarak saptandı. VKİ $<20$  kg/m<sup>2</sup> olan hastalarda bazal kilo  $45\pm 5.8$  kg iken 48. haftada  $52\pm 16.7$  kg ( $p=0.285$ ), VKİ  $20-30$  kg/m<sup>2</sup> olan hastalarda bazal kilo  $71.12\pm11.07$  kg iken 48.haftada  $74.45\pm12.31$  kg ( $p=0.018$ ), VKİ $>30$  kg/m<sup>2</sup> olan hastalarda ise bazal kilo  $87\pm9.34$  kg iken 48. haftada  $80.57\pm9.14$  ( $p=0.017$ ) olarak hesaplandı (Tablo).

Tartışma: Anti-TNF tedavi genel sağlık durumunda düzelmeye birlikte iştah artışına neden olduğu için vücut kilosu üzerine pozitif etkilidir. Çeşitli çalışmalarda anti-TNF ajanlarla tedavinin kilo artışına neden olduğu gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak düşük ve normal VKİ' ne sahip hastalarda kilo artışı gözlemledik. Ancak literatürden farklı olarak VKİ yüksek olan hastalarda anti-TNF tedavi ile ilişkili olarak anlamlı kilo kaybı olduğunu saptadık. Bu bulgularla anti-TNF tedavinin genel olarak kilo artışına neden olduğunu söylemek mümkündür. Ancak çalışmamızda saptadığımız gibi VKİ yüksek olan hastalarda anti-TNF tedavinin kilo kaybına neden olması da belki de tedavinin başka bir avantajı gibi gözükmektedir. Çalışmamıza yeni anti-TNF tedavi başlanan ve kilo değişikliği üzerine etkili olabilecek diyet, spor gibi yaşam tarzı değişikliği olmayan veya kilo değişikliği üzerine etkili olabilecek herhangi bir ilaç kullanmayan hastaların alınması nedeniyle hasta sayısı sınırlı kalmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** anti-TNF tedavi, vücut kitle indeksi

**Tablo**

	n	ortalama	std.sapma	p
Bazal VKİ $<20$				
Tedavi öncesi kilo	4	45.00	5.831	,285
Tedavi sonrası kilo		52.00	16.793	

Bazal VKİ $\geq 20 < 30$ Tedavi öncesi kilo Tedavi sonrası kilo	24	71.125 74.458	11.074 12.318	,018
Bazal VKİ $\geq 30$ Tedavi öncesi kilo Tedavi sonrası kilo	7	87.000 80.571	9.345 9.144	,017

## [PP-063][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### Romatoid Artritli Hastada Abatacept İlişkili Psöriasis Aktivasyonu

Pınar Çetin<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Ezgi Atalay<sup>2</sup>, Hacer Çabuk Güllüoğlu<sup>3</sup>, Merih Birlik<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>, Fatos Onen<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, İsmail Sarı<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İzmir, Türkiye

Giriş: Abatacept (CTLA4-Ig) T lenfosit aktivasyonunda gerekli bir kostimulator sinyal yolağı olan CD 80/CD86:CD28'i hedef alır. Romatoid artrit (RA) ve psöriatik artrit (PsA) tedavisinde yeni bir alternatif ajandır. Psöriasis aktivasyonuna neden olan bir çok ilaç tanımlanmıştır bunların başında antimalaryal ve non steroid antiinflamatuvar ilaçlar gelir. Öte yandan hem RA hem de PsA tedavisinde kullanılan anti-TNF ajanların paradoksal olarak psöriasis gelişimine neden olabildiği olgu sunumlarında bildirilmiştir. Bu bildiri de ikinci abatacept infuzyonu sonrası psöriatik lezyonları agra ve olan RA olgusu sunulmuştur.

Vaka: 36 yaşındaki bayan RA hastası kullanmakta olduğu tedavilerin yetersiz olması ve dirençli hastalık (DAS 28 CRP:5.1) nedeni ile hastaya abatacept tedavisi başlandı. 12 yıldır takipli hasta daha önce de metotreksate, etanercept, infliksimab, rituksimab, adalimumab ve siklosporin tedavileri almış, metotreksate ve siklosporin ile yan etki gelişmesi nedeni ile ilaçlar kesilmiştir. 2005 yılında etanercept başlandıktan 3 ay sonra hastada ilk kez psöriatik lezyonlar gelişmiştir. İnfliksimab, rituksimab ve adalimumab ise etkinlik gözlenmemesi nedeni ile kesilmiştir. Abatacept tedavisinin birinci ayında saçlı deri, üst ve alt ekstremiteler, gövde ve tırnaklarda psöriatik lezyonlar geliştiği gözlemlendi. Hasta dermatoloji hekimi ile birlikte değerlendirildi hastalık aktivite skoru (PASI) 8.1 olarak değerlendirildi. Boğaz ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı. Abatacept tedavisinin kesilmesi ve psöriasis için verilen topikal tedavi sonrası lezyonlarda belirgin iyileşme olduğu görüldü.

Sonuç: Psöriasis etyopatogenezi net olarak bilinmemekle birlikte T hücre aktivasyonunun temel rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nedenle T hücre aktivasyonunu hedef alan abatacept tedavisinin psöriasis vakalarında kullanıldığı ve başarılı sonuçlar alındığı bilinmektedir. Dolayısıyla abatacept tedavisi sırasında psöriasis gelişimi beklenen bir durum değildir. Aynı durum anti-TNF ajanlar için de geçerlidir ve bu durum TNF-alfa'nın azalması sonucu oluşan sitokin imbalansı (ör/IFN-alfa aktivitesinde artış) ile ilişkilendirilmiştir. Bizim olgumuzda da önce etanercept daha sonra abatacept tedavisi ile psöriasis gelişmiş olup etyopatogenezde benzer bir mekanizmanın rol aldığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Abatacept, Psöriasis

## [PP-064][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### Romatoid Artritli Hastalarda Artmış Yorgunluk hem Hastalık Aktivitesi ve Fonksiyonel Kayıp, hem de Mental Durum ile İlişkilidir

Birkan İlhan<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>2</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>2</sup>, Sibel Öner<sup>2</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, İstanbul

**Gerekçe:** Hastalık aktivitesini değerlendirmede kullanılan hasta kökenli ölçütler arasında, yorgunluk ölçekleri Romatoid Artrit'li (RA) hastalarda son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya

başlanmıştır. Biz bu çalışmada RA hastalarında yorgunluğu değerlendirmeyi ve anksiyete/depresyon, yaşam kalitesi gibi diğer hasta kökenli ölçütler ile karşılaştırmayı hedefledik.

**Yöntem:** Çalışmaya 106 RA tanılı hasta (K/E:87/19, yaş ortalaması:51.0 yıl, ortalama hastalık süresi: 10.0 yıl) ve 64 sağlıklı kontrol (SK) (K/E:35/29, yaş ortalaması 41.6 yıl) dahil edildi. RA grubundaki tüm hastalar için hastalık aktivite skoru olarak DAS28 hesaplandı. Her iki grup için yorgunluğun değerlendirilmesinde çok boyutlu değerlendirme ölçeği (Multi-dimensional assessment of fatigue (MAF)); ayrıca kısa form-36 (SF-36), hastane anksiyete ve depresyon (HADS-A ve HADS-D) ölçeği ve sağlık değerlendirme anketi (HAQ) kullanıldı.

**Sonuçlar:** Ortalama MAF skoru RA grubunda SK'a kıyasla daha yüksek idi [18.3 ( $\pm$ 15.8) vs 12.4 ( $\pm$ 10.1)  $p=0.004$ ]. Yine RA hastalarında SK grubuna göre HAQ ve HAD skorları daha yüksek, SF-36 mental ve fiziksel komponent skorları (MKS, FKS) ise daha düşük görüldü (Tablo-1). MAF skoru DAS-28 ile ( $r=0.4$ ,  $p<0.001$ ), HAQ skoru ile ( $r=0.1$ ,  $p=0.04$ ), HADS-A ( $r=0.4$ ,  $p<0.001$ ) ve HADS-D ( $r=0.3$ ,  $p<0.001$ ) ile korele idi. MAF ayrıca SF-36 FKS ve MKS ile de kuvvetli korelasyon gösterdi ( $r=-0.5$ ,  $p<0.001$ ).

**Tartışma:** Geçmiş çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmamızda RA hastalarının SK'a kıyasla daha yorgun olduğunu gördük. Ayrıca RA grubunda yaşam kalitesinin daha düşük, anksiyete ve depresyonun da daha yüksek oranda olduğunu gözledik. Aynı zamanda MAF skorunun DAS-28, HAQ, SF-36, HADS-A ve HADS-D ile korele olduğu gözlemlendi. Bu durum hem hastalık aktivitesi ve fonksiyonel kaybın, hem de mental durumun yorgunluğu etkilediğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Yorgunluk

**Tablo 1**

	RA	SK	P Değeri
MAF	18.3	12.4	<0.05
HAQ	0.77	0.05	<0.001
HADS-A	7.1	4.8	<0.05
HADS-D	5	3.6	<0.05
SF-36 MK	43.6	48.7	<0.001
SF-36 FK	35.6	51.2	<0.001

[PP-065][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

## Romatoid artritli hastalarda hassas eklem durumu ile akut faz reaktanlarının ilişkisi

Şakir Özgür Keşkek<sup>1</sup>, Tayyibe Saler<sup>1</sup>, Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı<sup>2</sup>, Müge Aydın Tufan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Gerekçe: RA'da primer inflamasyon eklem içinde sinovyumda başlar ve ekleme ait şikayetler belirir. İnflamasyon arttıkça eklem hassasiyeti de artar. Hastalığın aktivite kriterlerine göre hassas eklem sayısı önemlidir. Eklemden gelişen inflamatuvar süreçte bağlı olarak akut faz reaktanlarının düzeyi değişir. RA'da İnflamatuvar yanıtı değerlendirmede akut faz reaktanlarının rolü büyüktür. Bu çalışmada RA'da hassas eklem (HE) varlığı ve sayısı ile akut faz reaktanları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya toplam 62 hasta dahil edildi. Hastaların 50 (%80)'si kadın 12 (%20)'si erkektir. Hastaların yaş ortalaması 49.7 $\pm$ 10.5 yıldır. Hastalar hassas eklem varlığına ve hassas eklem sayısına göre gruplandırıldı. Tüm gruplarda akut faz reaktanı olarak ESH (mm/h) ve CRP (mg/dl) değerleri ölçüldü ve birbiriyle karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Yapılan karşılaştırmada gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel fark bulunmadı ( $P<0.05$ ). HE varlığına göre yapılan karşılaştırmada HE olmayan grupta (N=20)

ESH ve CRP değeri sırasıyla 32.64±8.32, 10.30±5.41 bulunurken HE olan grupta (N=42) sırasıyla 64.22±13.48, 28.36±11.14 bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (sırasıyla P<0.001, P<0.001). HE sayısına göre bakıldığında HE sayısı 15'ten az olan grup (N=22) ile HE sayısı 15'ten fazla olan grup (N=20) karşılaştırıldı. HE sayısı 15'ten az olan grupta eklem sayısı, ESH ve CRP değeri sırasıyla 10.4±4.2, 62.18±8.24, 29.44±12.28 bulunurken HE sayısı 15'ten fazla olan grupta sırasıyla 34.3±10.2, 66.32±6.61, 27.13±8.16 bulundu. HE sayısına göre yapılan karşılaştırmada anlamlı fark bulundu (P<0.001). ESH ve CRP değerine göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel fark saptanmadı (P=0.104, P= 0.361), (Tablo 1).

Tartışma: RA'da hassas eklem bulunması hastalık aktivitesi açısından önemlidir. ESH ve CRP pek çok çalışmada RA için hastalık aktivitesini doğru olarak yansıtan iki önemli testtir. Çalışmamızda RA'lı hastalardan hassas eklemi olan hastalarda, inflamatuvar yanıtı değerlendirmede kullandığımız ESH ve CRP değerleri anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Bu durumda hassas eklemi olan hastalarda inflamatuvar olayın güçlü bir şekilde devam ettiğini, hastalığın aktif olduğunu, akut faz yanıtının varlığını düşünebiliriz. Hassas eklem sayısına göre ESH ve CRP değerlerini karşılaştırdığımızda ise eklem sayısı ile anlamlı korelasyon göstermemiş olup benzer değerler elde edilmiştir. Bu durum da akut faz reaktanlarının aktif RA durumunda pozitif prediktif değerinin daha yüksek olduğuna bağlanabilir ve akut faz yanıtının tutulan eklem sayısından çok gelişen inflamatuvar olaydan etkilendiği düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** akut faz reaktanları, romatoid artrit

**Tablo 1**

	HE (-) (N=20)	HE (+) (N=42)	P
ESH (mm/h)	32.64±8.32	64.22±13.48	<0.001
CRP (mg/dl)	10.30±5.41	28.36±11.14	<0.001
	HE<15 (N=22)	HE>15 (N=20)	P
Hassas eklem sayısı	10.4±4.2	34.3±10.2	<0.001
ESH (mm/h)	62.18±8.24	66.32±6.61	0.104
CRP (mg/dl)	29.44±12.28	27.13±8.16	0.361

*Hassas eklem durumuna göre ESH ve CRP değerleri*

**[PP-066][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

### **Romatoid artritli hastaların klinik, demografik ve laboratuvar özellikleri**

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>2</sup>, Güzin Çakmak<sup>3</sup>, Bengi Öztürk<sup>3</sup>, Bağdagül Yüksel<sup>3</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Nuran Türkçapar<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Nurşen Düzgün<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

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

Gerekçe: Bu çalışmanın amacı RA'li hastaların klinik bulguları ile RF, anti-CCP, DAS-28, ortalama trombosit hacmi (MPV) ve framingham risk skoru arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Yöntem: Ocak 2011 ile Haziran 2011 arasında romatoloji polikliniğine başvuran 187 RA'lı hasta alındı. Hastaların 154 (%82.4) kadın, 33 (%17.6) erkekti. Hasta kayıtlarından sırasıyla RF, anti-CCP, MPV, eklem dışı tutulumlar, framingham risk skorları, DAS-28 ve aldıkları tedaviler kaydedildi.

Bulgular: Bayanların yaş ortalaması 52±13 (52, 21-85) yıl, erkeklerin yaş ortalaması 58±13 (58, 29-79) yıl. Ortalama hastalık süresi bayanlarda 4 yıl, erkeklerde 3 yıl olarak saptandı. Kadın hastaların 82 (53.2%)'sinde RF pozitif, 129 (83.8%)'unda anti-CCP pozitif idi. Erkeklerin 18 (57.6%) RF pozitif, 31 (93.9%) anti-CCP pozitif. Ortalama MPV 8±1.2 (8, 5-12) idi. İlk DAS-28 skoru ortalama 5±1.05 (4.8, 2.7-7.5), son DAS-28 skoru ortalama 3±0.87 (3.2, 1.6-6.8) (p<0.001). ortalama trigliserid ve HDL düzeyleri sırasıyla 156±57 (145, 43-298) mg/dL and 48±12

(45, 23-78) mg/dL. Ortalama framingham risk skoru % 9±7 (8, 1-45). RA'li hastaların CRP, ESR, RF, anti-CCP, DAS-28, MPV and Framingham skor düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Framingham risk skoru ve hastalık süresi arasında anlamlı ilişki saptandı. (r= 0.2, p= 0.006). Hastaların 115 (%61.5) metotreksat, 71 (%41) sulfasalazin, 128 (%83.1) hidroklorokin, 34 (%22.1) leflunomid, 2 (%1.3) siklosporin, 10 (%5.2) anti-TNF tedavisi kullanmaktaydı. Akciğer tutulumu 9 (%4.7) hastada, mononöritis multipleks 2 (%1) hastada, romatoid vaskulit 2 (%1) hastada, Sikka semptomları 82 (%42.7) hastada, Karpal tunel sendromu (KTS) 58 (%32.3) hastada saptandı.

Sonuç: RA'li hastalarda sikka semptomları, akciğer tutulumu ve KTS en sık görülen eklem dışı bulgularıdır. Framingham risk skoruyla hastalık süresi arasında anlamlı ilişki saptadık.

**Anahtar Kelimeler:** romatoid artrit, das 28 skoru

**[PP-067][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

### **Romatoid artritte rs3768777 ITGAV gen polimorfizmi hastalığa yakınlıkla ilişkilidir**

Süleyman Serdar Koca<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>, Metin Özgen<sup>3</sup>, Mustafa Necati Dağlı<sup>4</sup>, Servet Yolbaş<sup>1</sup>, Barış Gündoğdu<sup>1</sup>, Ahmet Işık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Elazığ

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik AD, Elazığ

<sup>3</sup>İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Malatya

<sup>4</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, Elazığ

**Giriş:** Romatoid artrit (RA), sinovyal inflamasyon sonucu eklemlerde hasarlanma ile karakterize, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. RA'da angiogenez, hiperplastik sinoviyumu yapılandırarak, eklemlerdeki kıkırdak ve kemikte yıkıma neden olur. Vitronektin reseptörü olan integrin  $\alpha\beta3$ , neovaskülarizasyonda önemli işlevler sahiptir. İntegrin  $\alpha\beta3$ , endotel hücrelerine ek olarak, makrofajlar ve osteoklastlardan da eksprese edilmektedir. İntegrin  $\alpha\beta3$ 'ün  $\alpha\text{V}$  ünitesini kodlayan ITGAV gen polimorfizimleri, RA'ya yakınlık ile ilişkili bulunmuştur. Ancak, daha sonraki çalışmalarda, farklı etnik toplumlarda, bu ilişki gösterilememiştir.

Bu çalışmada, Yukarı Fırat Havzası RA kohortunda, ITGAV gen polimorfizminin hastalıkla olası ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

**Materyal-Metod:** Çalışmaya, RA tanılı 89 hasta ile yaş ve cinsiyetleri uyumlu 144 sağlıklı kontrol (SK) alındı. Kan örneklerinden, DNA izolasyon kiti kullanarak, DNA'lar elde edildi. ITGAV gen polimorfizimlerinden rs3768777 ve rs10174098, uygun primerler kullanarak real-time PCR ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Chi-square testi kullanıldı ve allel sıklıkları için odds oranı ve güven aralıkları hesaplandı.

**Sonuçlar:** rs10174098 ITGAV gen polimorfizmi genotip ve allel sıklıkları açısından RA ve SK grupları arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo). Ancak, rs3768777 polimorfizmi heterozigot ve homozigot varyantları ile rs3768777-G alleli RA grubunda daha sıklıkla (Tablo).

**Tartışma:** Çalışma sonuçlarımıza göre, ITGAV gen polimorfizimlerinden rs3768777'nin RA'ya yakınlık ile ilişkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, ITGAV gen polimorfizmi

#### **rs10174098 ve rs3768777 polimorfizimleri genotip ve allel sıklıkları**

Polimorfizimler	Genotip/allel	RA (n=89)	SK (n=144)	P
rs10174098 (A>G)	AA, n (%)	12 (13.5)	17 (11.8)	0.534*
	AG, n (%)	44 (49.4)	82 (56.9)	
	GG, n (%)	33 (37.1)	45 (31.3)	

	A, n (%)	68 (38.2)	116 (40.3)	0.445** (OR: 1.09, %95 CI: 0.7-1.6)
	G, n (%)	110 (61.8)	172 (59.7)	
rs3768777 (A>G)	AA, n (%)	26 (29.2)	72 (50.0)	<0.0001*
	AG, n (%)	33 (37.1)	58 (40.3)	
	GG, n (%)	30 (33.7)	14 (9.7)	
	A, n (%)	85 (47.8)	202 (70.1)	<0.0001** (OR: 2.6, %95 CI: 1.7-3.8)
	G, n (%)	93 (52.2)	86 (29.9)	

RA; romatoid artrit, SK; sağlıklı kontrol, OR; odds oranı, CI; güven aralığı, \*genotip ve \*\*allel sıklıkları analizleri sırasında elde edilmiş p, OR ve % 95 CI derğerleridir.

### [PP-068][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

#### Romatoloji Kliniğinde Biyolojik Tedavi alan Romatoid Artrit Hastalarının Tedavi Yanıt Oranları

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>4</sup>, Günay Şahin Dalgıç<sup>5</sup>, Derya Gökmen Öztuna<sup>3</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>2</sup>, Şahin Eyüpoğlu<sup>2</sup>, Nursen Düzgün<sup>1</sup>, Nuran Türkçapar<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı  
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı  
<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi İstatistik Anabilimdalı  
<sup>4</sup>Şanlı Urfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği  
<sup>5</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gereke: TNF- $\alpha$  inhibitörleri, ritüksimab ve abatacept dirençli romatoid artrit tedavisinde eklem hasarını durdurmada ve fiziksel fonksiyonu iyileştirmede ikinci basamak tedavi seçeneğidir. Ülkemizde romatoid artritte biyolojik tedavi yanıtlarını değerlendiren çalışmalar oldukça kısıtlı olduğundan kliniğimizde biyolojik tedavi alan romatoid artritli hastaların klinik ve demografik verilerinin incelenmesi ve bu ajanlarla tedavi yanıt oranlarına bakılmıştır. Yöntem: 2003-2012 yılları arasında romatoloji bölümümüzde izlenen ve 1987ACR ve 2010ACR kriterlerini karşılayan 136 RA'li olgu incelendi. Demografik veriler, klinik semptom ve bulgular, anti-CCP ve RF pozitifliği, akut faz yanıtı (sedimentasyon ve crp), hastalık aktiviteleri (DAS-28 skoru), aldıkları tedaviler kaydedildi. Sonuçlar: Toplam RA'li hasta sayısı 136 idi. Bunların 22 (%16.2)'si erkek, 114 (%83.8)'ü kadındı. Romatoid artritli hastalarının 8 (%5.9)'i infliximab, 43 (%31.6)'ü adalimumab, 45 (%33.1)'i etanercept, 33 (%24.3)'ü ritüksimab, 7 (%5.1)'si abatacept kullanmaktaydı. Hastaların anti-TNF tedavi öncesi ortalama hastalık süreleri 12 yıldır. Romatoid artritli hastaların % 73.6'sında RF pozitif iken % 64.2'sinde CCP pozitifliği vardı. Hastaların anti-TNF tedavi öncesi DAS-28 skoru 6.36 saptandı. Hastalarınızda biyolojik ajan tedavileri ile elde ettiğimiz remisyon ve düşük hastalık aktivitesi oranları tablo 1'de sunulmuştur. Başlangıç DAS-28 skorları ve en son DAS-28 skorlarına göre anti-TNF'lerin birbirlerine göre farklılıkları saptanmazken (infliximab ve etanercept için p= 0,235, infliximab ve adalimumab için p= 0,26, etanercept ve adalimumab için p=0.906), anti-TNF tedavi alan hastalarda ritüksimab ve abatacept alan hastalara göre DAS-28 skorları anlamlı biçimde daha düşük bulundu (p<0.05). Abatacept alan hastaların sayısı az olmakla birlikte (7 hasta) ritüksimab alan hastaların DAS-28 skorları abatacept alanlara göre istatistiksel olarak sınırda anlamlı daha düşük bulundu (p=0.05). Hastaların 38 (%35.8)'inde switch yapılmıştı, ilaç değişikliği yapılan romatoid artritli hastaların 5 tanesi tolere edemezken, 33 tanesi primer yanıtızdı. Primer yanıtızların 17 tanesi (%51) switch sonrası düşük hastalık aktivitesi ve/veya remisyonunda izlendi. Tartışma: Romatoid artritte günümüzde biyolojik tedaviler sıklıkla kullanılmaktadır. Sonuçlarımıza bakıldığında dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılan üç anti-TNF ajanın (infliximab, etanercept ve adalimumab) RA'da birbirlerine üstünlüğünü saptamadık. Anti-TNF tedavi alan hastalarımızda ritüksimab ve abatacept alan hastalara göre DAS-28 skorlarının anlamlı biçimde daha düşük bulunmasının sebebini ise ritüksimab ve abatacept alan hastaların TNF dirençli daha

ağır hastalar olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Anti-TNF tedavilerle, anti-TNF tedavi almayan hastalarda rituximab ve abatacept tedavilerinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Yan etkiler açısından fark saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** romatoid artrit, biyolojik ajan

#### das 28 e göre aktivite oranları

	Infliximab N(%)	Adalimumab N(%)	Etanercept N(%)	Ritüksimab N(%)	Abatecept N(%)	toplam
DAS 28 Düşük hastalık aktivitesi (2.6-3.2) DAS 28 remisyon (<2.6)	2 (7.14)	10 (35.7)	8 (28.5)	8 (28.5)	0	28
DAS 28 Düşük hastalık aktivitesi (2.6-3.2)	4(14.8)	7 (25.9)	10 (37.03)	5 (18.5)	1 (3.7)	27
DAS28 orta ve şiddetli (3.2-5.1)	2 (2.94)	22 (32.35)	25 (36.7)	15 (22.05)	4 (5.88)	68
DAS 28 şiddetli (>5.1)	0	4 (30.7)	2 (15.38)	5 (38.46)	2 (15.38)	13
toplam	8 (5.9)	43 (31.6)	45 (33.1)	33 (24.3)	7 (5.1)	16

#### [PP-069][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

#### Seropozitif Romatoid Artritli Bir Hastada Ritüksimab Tedavisi Sonrası Yaygın Psöriazis Gelişimi: Beklenmedik Bir Yan Etki

Gülsen Özen<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>2</sup>, Sibel Yılmaz Öner<sup>1</sup>, Cuyan Demirkesen<sup>3</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

**Giriş:** Ritüksimab, CD 20 pozitif B hücrelerini seçici olarak azaltan kimerik monoklonal bir antikordur. Hodgkin dışı lenfomaların tedavisi için geliştirilmesine rağmen günümüzde özellikle otoantikör gelişimi ile ilişkili romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus (SLE) ve ANCA ilişkili vaskülitler gibi otoimmün hastalıkların tedavisinde de başarıyla kullanılmamaktadır. Hematolojik maligniteler, RA ve SLE'deki tecrübeler ve klinik çalışmalar ile güvenilirliği kanıtlanmış olsa da ritüksimab ile otoimmün olayların geliştiği bilinmektedir. Burada, ritüksimab ile B hücre deplesyonu sonrası yaygın psöriazis gelişen seropozitif romatoid artritli olan bir olgu ile literatürü gözden geçireceğiz.

**Olgu:** Proksimal interfalangial, metakarpofalangial eklemler ve el bileklerinde simetrik poliartrit ve sabah tutukluğu ile başvuran 50 yaşındaki kadın hastanın el grafilerinde eroziv değişikler ve romatoid faktör pozitifliği saptanarak 1995'te RA tanısı konuldu. Keratokonjunktiva sikka dışında eklem dışı bulgu, özgeçmişi ve aile öyküsünde psoriasis bulunmamaktaydı. Hastaya takip eden 14 yıl boyunca metotreksat, leflunomid, hidroklorokin ve düşük doz korikosteroid içeren kombine hastalık modifiye edici ajanlar ve ardından sırasıyla infliximab ve etanersept tedavileri uygulandı. Son olarak etanersept ve metotreksat tedavileri altında aktif sinoviti ve 28 eklem için hastalık aktivite skoru (DAS 28) 7,35 olan hastaya ritüksimab tedavisi başlandı. Bu tedavi ile klinik bulgular ve DAS 28 skorunda gerileme gözlenen hasta 3. kür tedaviden 5 ay sonra kollarda ve bacaklarda eritematöz plak tarzında döküntüler ile başvurdu. Dermatolojik ve histopatolojik incelemeler sonucu psöriazis tanısı konuldu. Topikal tedavi ile lezyonlar stabil olarak izlenirken bir

kür daha ritüksimab infüzyonundan birkaç hafta sonra hastanın lezyonlarında gövdeyi de içeren yayılım gözlemlendi.

**Sonuç:** Bu olgu ritüksimab sonrası psöriazis gelişen literatürdeki ikinci seropozitif RA olgusudur. Ritüksimabın otoimmün olayları tetikleyebildiği akılda tutulmalıdır. T hücre aracılı geliştiği bilinen psöriazisi nasıl tetiklediği tam olarak bilinmese de öne sürülen mekanizmalar arasında B hücrelerinin T hücreleri üzerindeki düzenleyici etkisinin kaybolması, artmış enfeksiyon sıklığı, anti kimerik antikör üretimi ve hastaların psöriazis yatkınlık genlerinden birine sahip olması sayılmaktadır. Altta yatan patofizyolojik nedenlerin açıklanması ve ritüksimabın yol açtığı immün disregülasyonun doğal seyrinin aydınlatılabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** psöriazis, ritüksimab

[PP-070][Kabul:Poster][Vaskülit]

### **Siklofosfamide Yanıtsız Granümatöz Polianjitis (GPA)(Wegener Granüloatozisi ) Olan Hastalarda Ritüksimab Kullanımı: Olgu Serisi**

Sibel Üreyen<sup>1</sup>, Ali Berkant Avcı<sup>1</sup>, İrem Gayret<sup>1</sup>, Uğur Karasu<sup>1</sup>, Duygu Kalkançıra<sup>2</sup>, Mustafa Ender Terzioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Gereke:GPA etiyolojisi bilinmeyen, birçok organ ve sistemi etkileyen, küçük ve orta çaplı damarlarda granüloatoz inflamasyon, doku nekrozu ile karakterize bir vaskülitir. Çeşitli serilerde siklofosfamid ve steroid kullanımı sonrası yapılan morbidite ve prognoz değerlendirmelerinde hastaların %50-%75'i tam remisyona ulaşmasına rağmen %50-%60'ında nüks olmuştur.GPA'lı hastaların çoğunda remisyona sağlansa bile, nüks major bir tehdit olarak kalmaya devam etmektedir. Aynı zamanda tedaviye bağlı ölümler farklı serilerde %10-%15 arasında değişmektedir.Yani GPA tedavisinde temel problemlerden biri remisyona sürdürülmesi için güvenli ve etkili bir rejimin tam olarak ortaya konamamasıdır. Uygun doz siklofosfamide yanıtsız hastalarda Ritüksimab(Rtx) kullanımı ile ilgili veriler literatürde sınırlı sayıda olması nedeniyle olgu serimiz sunuma değer bulunmuştur. Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde takip edilen ve patolojik tanısı olan yaşları 30-51 arasında değişen 7 GPA 'lı hasta dahil edilmiştir.Bu hastalar Rtx tedavisi öncesi siklofosfamid ve steroid tedavisi almıştır. Bu hastalara nüks veya tedaviye yanıtsızlık nedeniyle Rtx tedavisi verilmesi uygun görülmüştür. Hastaların aldıkları tedaviler kaydedilmiş ve tedaviye verdikleri yanıtlar, klinik, serolojik ve radyolojik olarak değerlendirilmiştir. Klinik yanıt, başvuru şikayetlerinin azalması veya kaybolması, serolojik yanıt ANCA'nın negatifleşmesi, akut faz yanıtlarında gerileme, radyolojik yanıt ise başvuru anında görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen lezyonların tedavi sonrası takip görüntülerinde kaybolması veya azalması olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar: Bu yedi hastanın üçünde akciğer ve böbrek tutulumu, birinde SSS ve nazofarinks tutulumu, birinde akciğer ve SSS tutulumu, birinde akciğer ve paranazal sinüs tutulumu, son hastada da sadece akciğer tutulumu mevcuttur. (Tablo 1) Olguların 3'ü kadın, 4'ü erkektir. Tüm hastaların tutulan organa yönelik patolojik tanıları mevcuttur ve hepsinde de C-ANCA pozitifliği vardır.Bu hastalar daha önce en az 6 kür intravenöz siklofosfamid (15 mg/kg ) ve metilprednizolon (1 mg/kg/gün) tedavisi almıştır.İdame tedavi olarak da azatiopürin (2.5 mg/kg/gün ) kullanılmıştır.Bu hastaların tümünde nüks tespit edildiği için Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünden de onay alınarak Rtx tedavisi verilmiştir. (375mg/m2/haftada bir, 4 kez). İdame tedavi için azatiopürin (2.5 mg/kg/gün) verilmiştir. Rtx tedavisine bağlı hayatı tehdit edici ciddi bir yan etki gözlenmemiştir. Hastaların tümünde klinik ve serolojik yanıt gözlenmiştir.Bir hasta dışında diğer hastalarda da radyolojik yanıt gözlenmiştir.O bir hastada da radyolojik bulgular tanı anındakiler ile karşılaştırıldığında aynıydı ve progresyon gözlenmemiştir. Tartışma: Sonuç olarak ritüksimab, siklofosfamide refrakter GPA 'lı hastalarda iyi tolere edilen, güvenilir ve remisyona indüksiyonunda kullanılabilir etkili bir ajandır.

**Anahtar Kelimeler:** Ritüksimab, Wegener Granüloatozisi

**Tablo 1**

	1.hasta	2.hasta	3.hasta	4.hasta	5.hasta	6.hasta	7.hasta
Yaş	42	51	38	58	30	42	40



Hastalık yaşı	2 yıl	2 yıl	4 yıl	13 yıl	6 yıl	19 ay	15 ay
Organ tutulumu	Ac, Bb	Ac,Bb	Ac,SSS	Ac, PS	Ac,Bb	Ac	SSS,PS
Patolojik tanı yeri	Ac, Bb	Ac	N	N	Ac,Bb	Ac	N
ANCA	C-ANCA	C-ANCA	C-ANCA	C-ANCA	C-ANCA	C-ANCA	C-ANCA
Rtx öncesi aldığı tedaviler	S+Cyc+A za	S+Cyc+A za	S+Cyc+A za	S+Cyc+A za	S+Cyc+A za	S+Cyc+A za	S+Cyc+A za
Klinik yanıt	+	+	+	+	+	+	+
Serolojik yanıt	+	+	+	+	+	+	+
Radyolojik yanıt	+	+	+	+	+	Fark yok	+
Rtx tedavisine bağlı ciddi yan etki	-	-	-	-	-	-	-

*Cyc: Siklofosfamid Aza: Azatiopürin Rtx: Ritüksimab Ac: Akciğer N: Nazofarinks PS: Paranazal sinüs SSS: Santral Sinir Sistemi Bb: Böbrek*

## [PP-071][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]

### Sistemik Amiloidoza Yol Açan Kronik Monoartrit Olgusu

Deniz Özmen, Nilüfer Alpay Kanitez, Burak Erer, Ahmet Omma, Sevil Kamalı, Lale Öcal  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Sekonder (AA) amiloidoz, kronik inflammatuar hastalıkların yol açtığı ekstraselüler alana akut faz reaktanı olan serum amiloid A (SAA) parçalarının fibriler olarak depolanması ile karakterize bir hastalıktır. Romatolojik hastalıklar arasında AA amiloidoz gelişme oranı; romatoid artrit (RA) %11-29, ankilozan spondilitte (AS) %6 olarak bildirilmiştir. Biz burada, seyri iki yılı geçmeyen kronik monoartrit olgusunda sekonder sistemik amiloidoz gelişimini sunmaktayız.

Olgu: Yetmiş iki yaşında kadın hasta, iki yıldır sürekli olan, zaman zaman şiddetlenen sağ diz ağrısı ve şişliği ile başvurdu. Hikayesinde artritın kötüleştiği zamanlara eşlik eden 2-3 hafta sürebilen, 38 dereceyi bulan ateş olduğu öğrenildi. Fizik muayenede pretibial bölgede 1+ ödem, sağ dizde şişlik, sıcaklık artışı, fleksiyonda 3+ ağrı ve kısıtlılık saptandı. Laboratuvar incelemelerinde patolojik olarak; nötrofilik lökositoz (lökosit: 18700/mm<sup>3</sup>, nötrofil 16500/mm<sup>3</sup>), akut faz reaktanlarında artış (hsCRP 149 mg/L, ESH 124 mm/st), hipoalbuminemi (2,6 g/dl) tespit edildi. RF, anti-CCP, ANA negatif saptandı. Yirmidört saatlik idrar incelemesinde 3 gr/gün proteinüri görüldü. Diz ekleminden alınan sinoviyal sıvıda; direkt mikroskopide mikroorganizma ya da kristal görülmedi, milimetreküpde 24600 lökosit sayıldı. Tüberküloz ve nonspesifik mikroorganizmalar için yapılan kültürlerde üreme olmadı. Sağ diz MR görüntülemesinde tibiofemoral eklemde suprapatellar bursaya uzanan yoğun içerikli intraartiküler sıvı artışı, sinoviyal kalınlaşma, diz eklemi çevresinde osseoz dokularda kemik iliği ödemi ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Böbrek biyopsisinde, glomerüllerde mezengiyal alanda ve arteriyol duvarlarında homojen eozinofilik Kongo pozitif birikim

alanları izlendi, immunhistokimyasal incelemede amiloid AA ile kuvvetli pozitivite elde edildi. MEFV geninde exon 10'da M680I (G/C) homozigot mutasyon saptandı. Bu bulgularla oral prednizolon 10 mg/gün, kolşisin 1,5 mg/gün ve diklofenak 75 mg/gün ile tedaviye başlandı. Sistemik semptomlar geriledikten sonra sağ dize 40 mg triamsinolon heksasetonid intraartiküler olarak enjekte edildi. Tartışma: Türkiye'de en sık karşılaşılan AA amiloidoz sebebi ailevi akdeniz ateşidir (FMF). Kronik poliartrit ile seyredabilen başta RA ve AS olmak üzere romatizmal hastalıklarda, SAA polimorfizmi ile MEFV gen mutasyonunun ve çevresel faktörlerin AA amiloidoz gelişimini kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Kronik monoartrit ile seyreden olgularda ise AA amiloidoz hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Olgumuzda FMF anamnezi olmamasına rağmen M680I(G/C) mutasyonu homozigot pozitif olarak saptanmıştır. Türkiye'de daha önce FMF hastalarında yapılan çalışmalarda, bu mutasyonu taşıyanlarda hastalık seyrinin daha hafif, amiloidoz gelişimin ise daha nadir olduğu bildirilmiştir. Ancak hastamızda kronik monoartrit zemininde ve kısa bir sürede AA amiloidoz gelişiminde bu mutasyonu taşıyor olmasının kolaylaştırıcı bir etki sağlamış olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Amiloidoz, monoartrit

## Diz MR



[PP-072][Kabul:Poster][Vaskülit]

**Takayasu Arteriti hastalarında anti-TNF kullanımı, vaka serisi;**

Giriş: Takayasu arteriti (TA), aorta ve ana dallarını etkileyen ve arteriyel segmental stenoz, darlık ve/veya anevrizmaya yol açabilen bir büyük damar vaskülitidir. Bu vasküler değişikliklerin neden olduğu uzak organ iskemisi hastalığın çoğu klinik bulgusundan sorumludur. Hastalığın seyrinde relapslar sık görülür ve steroid bağımlılığı diğer immünsüpresif ajanların kullanılmasına neden olur. Metotreksat (Mtx), azatiopürin (Aza), siklofosamid (Cyc) ve mikofenolat mofetil remisyonun sağlanmasında kullanılan ajanlar arasındadır. TA patogenezi henüz belirsiz olmakla birlikte aktive T hücrelerin, doğal öldürücü (NK) hücrelerin,  $\gamma/\delta$  hücrelerin ve makrofajların neden olduğu [IFN- $\gamma$  yoluyla proinflamatuvar sitokinlerin (TNF- $\alpha$ /IL-6) sekresyonu] damar hasarı görülmektedir. Bu noktada TNF- $\alpha$  antagonistleri, steroid ve konvansiyonel tedavilere dirençli TA vakalarında kullanışlı olabilmektedir. Bu çalışmada anti-TNF tedavi alan 6 hastanın klinik ve laboratuvar verileri sunulacaktır. Yöntem: Yaşları 22-36 arasında değişen toplam 6 hastaya anti-TNF verildi. Hastaların TA yaşları 3 ay ile 7 yıl arasında değişmekte olup hepside bayandı. Tüm hastalara infliksimab (5 mg/kg) ve beraberinde steroid (0.5-1 mg/kg) verildi. İnfliksimab, 3 ile 24 ay arasında değişen sürelerde halen kullanılmaktadır. Üç hastanın TA ile birlikte Ankilozan Spondilit (AS) tanısı mevcuttu ve ikisinde HLA-B27 pozitif. Bu iki hastanın TA ve AS tanıları eş zamanlı konuldu ve başlangıç tedavi olarak anti-TNF verildi. Diğer dört hastanın üçü daha önceden Mtx ve Cyc diğer hasta ise Mtx ve Aza aldı. Dirençli TA düşünülen bu dört hastaya anti-TNF verildi. Bir hastada 4. doz tedavi sonrası proteinüri (etioloji araştırılmakta) saptandı. Aortik tutulum açısından hastalardan üçü tip-5 üçü ise tip-2A olarak değerlendirildi. Tartışma-Sonuç: TA tedavisindeki amaç, arterlerdeki inflamasyonu azaltmak ve olası komplikasyonları önlemektir. Hastaların yaklaşık %20'si konvansiyonel tedavilere direnç göstermekte ve yeni tedavi seçenekleri denenmektedir. En son yayınlanan 84 hastalık literatür taramasında anti-TNF tedavi ikinci veya üçüncü sıra tedavi olarak kullanılmış ve %90.5 oranında tam ve parsiyel remisyon bildirilmiş. Bu vakaların %81'de (68/84) infliksimab verilmiş olup %40'ında steroid kesilmiş ve %52'inde steroid dozları 4 mg/gün'e kadar azaltılmış. 5 hastada Crohn ve 1 hastada Sarkoidoz birlikteliği gözlenmiş. Çalışmamızda, 4 hastada üçüncü sıra tedavi ve 2 hastada ise ilk tedavi seçeneği olarak infliksimab uygulandı. Tüm hastalarımızda 3. ayda klinik ve laboratuvar olarak remisyon sağlandı. Radyolojik yanıt 2 hasta bakıldı ve stabil hastalık olarak değerlendirildi. İlginç olarak 3 hastamızda AS birlikteliği vardı. Sonuç olarak dirençli hastalarda anti-TNF tedaviler remisyonun sağlanmasında ve steroid ihtiyacının azaltılmasında veya kesilmesinde etkili olmaktadır. Yine dirençli hastalarda TA'nin başka bir sistemik hastalıkla birlikte olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-TNF, Takayasu Arteriti

#### Anti-TNF tedavi alan altı hastanın özellikleri;

	Olgu-1	Olgu-2	Olgu-3	Olgu-4	Olgu-5	Olgu-6
Yaş	32	18	29	28	22	36
Cinsiyet (K/E)	K	K	K	K	K	K
TA yaşı (yıl)	0.3	0.5	3	2	7	3
TA tipi	5	5	2A	2A	5	2A
HLA-B27	+	+	-	-	-	-
Önceki tedavi	-	-	Mtx, Cyc	Mtx, Cyc	Mtx, Cyc	Mtx, Aza
Anti-TNF ajan	İnf	İnf	İnf	İnf	İnf	İnf
TÖ CRP(mg/dl)	2.1	4.5	6.5	4.5	0.8	0.35
TS CRP(mg/dl)	0.4	0.03	0.2	0.6	0.1	0.1
TÖ ESH(mm/st)	107	89	120	91	61	48
TS ESH(mm/st)	22	2	40	13	22	31

Ek Özellik	AS-Üveit	AS	AS-Proteinüri	-	-	-
------------	----------	----	---------------	---	---	---

TA: Takayasu Arteriti AS: Ankilozan Spondilit TÖ: Tedavi Öncesi TS: Tedavi Sonrası CRP: C-Reaktif Protein ESH: Eritrosit Sedimentasyon Hızı Mtx: Metotreksat Cyc: Siklofosfamid İnf: İnflksimab Aza: Azatiopürin

[PP-073][Kabul:Poster][Vaskülit]

## Takayasu Arteritinde Subklinik Sol Ventrikül Sistolik Disfonksiyonunun Hız Vektör Görüntüleme Yöntemi İle Değerlendirilmesi

Fatma Alibaz Oner<sup>1</sup>, Selen Yurdakul<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Saide Aytekin<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Florence Nightingale Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü

Giriş: Takayasu arteriti (TAK) aorta ve ana dallarını tutan kronik, granulömatöz bir vaskülitir. Takayasu arteritli hastalarda kronik inflamasyona bağlı vasküler hasar ile beraber, miyokardiyal tutulum da olabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızdaki amaç, bilinen kardiyak hastalığı ve yakınması olmayan TAK'li hastalarda, sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğunun, bir "strain" inceleme yöntemi olan, "Hız Vektör Görüntüleme" (HVG) metodu ile araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya 31 TAK'li (K/E:29/2, ortalama yaş: 31.4 yıl), 18 SLE'li hasta (K/E:17/1, ortalama yaş: 32.3 yıl) ve 20 kardiyovasküler hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş sağlıklı kontrol dahil edildi. Sol ventrikül sistolik fonksiyonları öncelikle standart değerlendirme açısından transtorasik ekokardiyografik olarak değerlendirildi. Aynı zamanda HVG kaynaklı "strain" (S) ve "strain rate" (SR) analizleri yapıldı.

Bulgular: Takayasu arteriti olan hastalar ile kontrol grubu arasında konvansiyonel ekokardiyografik incelemelerde sol ventrikül açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. HVG kaynaklı değerlendirmelerde ise sol ventrikül longitudinal zirve sistolik strain (S) (%13.20±3.5 vs %20.97±4.5, p=0.0001) ve strain oranı (SR) (0.23±0.18 1/s vs 4.92±0.55 1/s, p=0.0001) TAK'li hastalarda kontrollere göre anlamlı derecede azalmış saptandı. Benzer şekilde SLE'li hastalarda da kontrollere kıyasla bozulmuş subklinik sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu saptandı (S: %14±4.5, p=0.0001; SR: 0.23±0.12 1/s, p=0.0001). Ortalama hastalık süresi 5.6 yıl olan TAK'li hastalarda sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu hastalık süresiyle istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki göstermedi (r= -0,085, p=0,648).

Sonuç: Takayasu arteriti olan hastalarda kronik inflamasyonun bir sonucu olarak miyokardiyal tutulum görülebilmektedir. "Hız Vektör Görüntüleme" metodu, bu hasta grubunda, subklinik düzeydeki sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğunun tanınmasında kullanılabilecek yeni bir "strain" inceleme yöntemidir ve uzun dönemde inflamasyonun miyokard üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesinde yararı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti, sol ventrikül sistolik fonksiyonları

[PP-074][Kabul:Poster][Vaskülit]

## Takayasu Arteritli Hastalarda D Vitamini Seviyesi Düşüktür

Fatma Alibaz Oner<sup>1</sup>, Özlem Asmaz Haliloglu<sup>2</sup>, Dilek Gogas Yavuz<sup>3</sup>, Meryem Can<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Takayasu arteriti, büyük arterlerin granülatöz tutulumu ile karakterize, idiyopatik, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Vitamin D, otoimmün hastalıkların patogeneğinde gittikçe önem kazanan steroid yapıda bir hormondur. Vitamin D, immün hücrelerin self-toleransına katkıda bulunarak hem doğal hemde edinsel immün sistemi etkiler. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, D vitamininin ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıklara karşı da koruyucu etkileri saptanmıştır. Bu çalışmada Takayasu arteritli olgularda D vitamini eksikliğini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Takayasu arteriti tanısı konmuş olan 33 hasta (K/E: 30/3, ortalama yaş: 41,03 ±11.6 yıl) ve 24 sağlıklı kontrol (K/E: 20/4, ortalama yaş: 40,25 ±7,2 yıl) dahil edildi. İki hasta dışında tüm hastalar oral metilprednizolon almaktaydı. Onsekiz (%54,5) hasta azatiopürin, 12 (%36,3) hasta metotreksat, 3 (%9,1) hasta leflunamid tedavisi altındaydı. Takayasu arteritli

hastaların % 48,5'i tip 1, %48,5'i tip 5, bir hastada tip 2b hastalığa sahipti. Plazma 25(OH)D vitamini seviyeleri HPLC( High-performance liquid chromatography ) yöntemi ile ölçüldü (Spectra System, GmbH, Munich, Germany). 25 nmol/litre' nin altındaki D vitamini seviyesi "eksiklik"; 25-50 nmol/litre arası "yetersizlik"; 100 nmol/litre'nin üstü seviyeler normal kabul edildi. Bulgular: Vitamin D seviyesi Takayasu arteritli hastalarda(17,77 ± 10,68 nmol/litre ), sağlıklı kontrollere(65,08 ± 22,90 nmol/litre)göre anlamlı derecede düşük saptandı (p<0,001). Dokuz(%27,2) Takayasu arteritli hasta klinik olarak aktif idi. Vitamin D seviyesi aktif ve inaktif hastalara arasında benzerdi(p:0,627). Akut faz reaktanları ile vitamin D seviyesi arasında herhangi bir ilişki yoktu(p:0,457). Hastalık tipinin vitamin D seviyesi üstüne herhangi bir etkisi saptanmadı. Sonuç: Çalışmamızda Takayasu arteritli hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede düşük D vitamini seviyesi saptadık. Hastalık aktivitesi ve immunsupresif tedaviyle, D vitamini seviyesi arasında herhangi bir ilişki gözlemlenmesekte; Takayasu arteritli hastaları D vitamini eksikliği açısından taramak ve eksikliği olanlarda vitamin D replasmanı yapmak faydalı gözükmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti, Vitamin D

[PP-075][Kabul:Poster][Vaskülit]

### Takayasu Arteritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Fatma Alibaz Oner, Özge Polat, Haner Direskeneli  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Takayasu Arteritinde (TAK) hasta-kökenli ölçütler ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda sınırlı veri vardır, uyku kalitesi hakkında ise literatür verisi bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada, TAK'li hastalarda Pittsburgh Uyku Kalite (PSQI) anketini kullanarak uyku kalitesini araştırmayı ve diğer hasta kökenli ölçütler ile karşılaştırmayı planladık.

Yöntem: Çalışmaya 43 TAK'li (K/E: 39/4, ortalama yaş: 41.07 yıl) hasta ve 29 sağlıklı kontrol (SK) (K/E: 21/8, ortalama yaş: 40.89 yıl) dahil edildi. Tüm hastalara Pittsburgh Uyku Kalite anketi dolduruldu. Bu ankette 5 ve üzeri puan "kötü uyku kalitesi" olarak değerlendirildi. Sağlık değerlendirme anketi (HAQ), çok boyutlu yorgunluk değerlendirme skalası (MAF), kısa form-36 (SF-36) ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) yaşam kalitesini değerlendirmek üzere karşılaştırma amaçlı kullanıldı.

Bulgular: TAK'li hastalarda "kötü uyku kalitesi" oranı %40.4 (n=17) bulunurken sağlıklı kontrollerde %51.7 (n=15) olarak saptanmıştır (p=0.627). On beş (%34.9) TAK'li hasta klinik olarak aktif idi. Uyku kalitesi açısından aktif ve inaktif hastalar arasında da fark saptanmadı (p=0.847). SF-36 fiziksel komponenti (FKS) TAK'li hastalarda anlamlı derecede düşük iken (p=0,01), HAQ skoru anlamlı derecede yüksekti (p<0,014). Hastalar ve kontrol grubu arasında MAF, HADS ve SF-36 mental komponent skoru (MKS) açısından da fark saptanmadı. (Tablo 1).TAK'li hastaların PSQI puanı ile HAQ (r=0,457, p=0,002), MAF (r=0.313, p=0.041), anksiyete (r=0.369, p=0,015), depresyon (r=0.382, p=0.011) ve FKS (r=-0.530, p<0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler mevcut idi.

Sonuç: Takayasu arteritli hastalarda uyku kalitesi genel popülasyonla benzerdir. HAQ, yorgunluk,anksiyete ve depresyon gibi diğer hasta kökenli ölçütler uyku kalitesini etkilerken hastalık aktivitesinin etkisi gözlenmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu Arteriti, Uyku kalitesi

**Tablo 1: Takayasu arteritli hastalar ve kontrollerin hasta kökenli ölçütleri**

	Takayasu arteriti (n=43)	Sağlıklı kontrol (n=29)	P değeri
PSQI	4.74(0-16)	4.66(1-14)	0.627
MAF	16.05(0-46.6)	14.22 (0-38,6)	0,683
Anksiyete skoru	5.95(0-19)	5.38(1-13)	0,876
Depresyon skoru	4.93(0-19)	3.14(0-9)	0,244

HAQ	0,28 (0- 1.45)	0,11 (0-0,8)	<0,014
FKS	44.07 (18.7-64.8)	50.95 (30,4-62)	0,010
MKS	46.97 (29-64.7)	46.8 (23.4-58)	0,627

## [PP-076][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

### Temporomandibuler Eklem Artriti ile Presente Olan Romatoid Artrit Vakası: Bir Vaka Sunumu

Mehmet Mustafa Açıl<sup>1</sup>, Taşkın Tokat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yerköy Devlet Hastanesi, FTR bölümü, Yerköy, Yozgat

<sup>2</sup>Yerköy Devlet Hastanesi, KBB bölümü, Yerköy, Yozgat

49 yaşında kadın hasta, kulak ağrısı nedeniyle kulak burun boğaz hastalıkları bölümüne başvurdu. Bu bölümde yapılan değerlendirmesinde otitis media, otitis eksterna ve trigeminal nevralji başta olmak üzere kulak ağrısına neden olabilecek herhangi bir nedene rastlanmadı. Bunun üzerine hasta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğimize yönlendirildi. Hastanın anamnezinde, uzun süredir kulak ağrısı çektiğini, bir çok doktora başvurduğunu ancak kulak ağrısının nedeninin bulunamadığını ve etkin tedavi alamadığını bildirdi. Ayrıca, hastanın yine uzun süredir diş ağrısı çektiği ve ancak bir çok merkezde yapılan değerlendirmelerde çürük diş veya sol tarafta ağrıya neden olabilecek diş-diş eti probleminde rastlanmamış. Travma hikayesi de yoktu. Hastanın polikliniğimizdeki muayenesinde, hafif servikal spinöz proses hassasiyeti ve sağda hafif paravertebral spasm saptandı. Kas gücü muayenesi, duyu muayenesi ve refleks muayenesi normal olarak değerlendirildi. Boyun muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın sol taraf temporomandibular eklemden (TME'de) palpasyon ile hassasiyet tespit edildi. Hastanın iki yönlü servikal ve sol taraf TME grafileri ile, TME ultrasonu istendi. Servikal grafisinde servikal lordozda düzleşme, C5-C6 ve C6-C7 intervertebral disk mesafelerinde minimal azalma dışında bulguya rastlanmadı. TME grafilerinde dejeneratif bulgular saptanmadı. Sol TME ultrasonografik incelemesinde artrit ile uyumlu bulgular saptanması üzerine hastanın laboratuvar istemleri yapıldı. Tetkiklerinde ESR normal sınırın 3 katı, CRP normal sınırın 3,5 katı ve RF ise normal sınırın 3,5 katı yüksek olarak tespit edildi. Bunun üzerine anti-CCP istemi yapıldı. Bu dönemdeki takibinde hastanın sağ 3. PIP ekleminde ve 2. MKP ekleminde şişlik ve ağrı gelişti. Anti-CCP ölçümü pozitif (normal referans değerinde) olarak gelen hastaya romatoid artrit tanısı konuldu. Methotrexat 15mg/hafta, Hidroxyklorokin 200mg 2x1/gün, prednisolone 7,5 mg/gün tedavileri başlandı. Tedavinin 15., 30. ve 60. günlerinde değerlendirilen hastanın kulak ve çene ağrısı ile, el eklem ağrıları geçti. ESR ve CRP değerleri normal seviyelere geriledi.

Sonuç: Romatoid artritte TME tutulumu siktir ve nadir de olsa hastayı hekime getiren ilk sebep olabilir. Özellikle nedeni bulunamayan kulak ve diş ağrılarının değerlendirilmesinde TME hastalıkları göz önünde tutulmalı, RA'nın da TME tutulumu ile bu şikayetleri nedeni olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Temporomandibular eklem, romatoid artrit

## [PP-077][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

### Trakeabronşiyal Amloidoz: Olgu Sunumu

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

#### GİRİŞ

Amiloidoz, protein fibrillerin ekstrasellüler alanda anormal depolanmasıdır. Trakeabronşiyal amiloidoz, lokalize amiloidozun nadir görülen bir şeklidir. Literatürde bildirilmiş vaka sayısı, yaklaşık yüz civarındadır. Nadir görülen bir tutulum olan trakeabronşiyal amiloidozlu olgumuzu sunmaktayız.

#### OLGU

71 yaşında erkek hastanın yaklaşık üç yıl önce ses kısıklığı ve öksürük şikayeti üzerine yapılan

tetkiklerinde solunum fonksiyon testinde FEV1: 2,13 Litre (beklenenin %81'i), FVC: 3,29 Litre (beklenenin %96'sı), FEV1/FVC: %65 idi. Akciğer bilgisayarlı tomografisi yapıldığında sol akciğer alt lob anteromedial, lateral, alt lob posterior, alt lob lingular segmentte, sağ akciğer orta lobda plöroparankimal fibrotik değişiklik ve buzlu cam şeklinde dansite artımı izlendi. Yapılan bronkoskopiye sağ vokal kord hipertrofik ve üzerinde nodüler lezyon mevcuttu. Trakeada sarı renkli plak tarzında lezyonlar izlendi. Sağ ana bronş, üst lob, orta lob ve alt bronş mukozasında sarı renkte çok sayıda lezyon izlendi. Sağ orta lob bronş orifisi konsantrik olarak tama yakın daralmıştı. Benzer şekilde sol ana bronş, sol üst lob ve alt lob duvarında lümeneye doğru uzanım gösteren sarı renkli plaklar izlendi. Sol alt lob mukozasındaki nodüler lezyonlardan bronş biyopsisi ve bronkoalveolar lavaj alındı. Yapılan Kongo kırmızısı boyamasında stromada ve vasküler duvarda pozitif boyanan amiloid depolanması izlendi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testinde patoloji saptanmayan hastanın 24 saatlik idrarı incelendiğinde patolojik protein atılımı saptanmadı. Sekonder amiloidoza yönelik moleküler genetik analiz yapıldığında ekzon 10'da M680I lokalizasyonunda heterozigot mutasyon saptandı. Tipik FMF atağı tariflemeyen hastanın oğlunun son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle eksitus olduğu öğrenildi. Kolşisin tedavisi başlanan hasta halen devam etmekte olan ses kısıklığı şikayeti dışında patoloji saptanmadan takip edilmektedir.

#### TARTIŞMA

Pulmoner amiloidoz nadir görülen bir tutulumdur. Solunum yolunda lokalize amiloidoz ilk kez 1877'de Lesser tarafından bildirilmiştir. En önemli pulmoner tutulumlar; trakeabronşial, nodüler ve diffüz intersitisyel infiltrasyondur. Trakeabronşial amiloidoz oldukça nadir görülmesine rağmen pulmoner tutulumlar arasında en önemli olanıdır. Semptomlar, çeşitli hava yolu hastalıklarında görülen semptomlar ile benzerdir. En sık görülen semptomlar; dispne, öksürük, hemoptizi ve ses kısıklığıdır. Tanı konulurken doku biyopsisi yapılması esastır. Tipik olarak 50'li yaşlarda görülür. Sistemik hastalığın bir parçası olabilir, fakat eğer ilk bulgu pulmoner tutulum ise çoğunlukla solunum sistemine lokalize kalır. Lokalize formda tedavi semptomatiktir. Solunum yolundaki darlık tekrarlanan lazer tedavisi, balon dilatasyon veya stent konularak aşılabilir. Rezeksiyon nadiren gerekir.

#### SONUÇ

Trakeabronşial amiloidoz nadir görülen bir tutulumdur. Sekonder amiloidoz hastalarında görülen her bir semptom ve bulgu tutulum açısından dikkatle incelenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Trakeabronşial Amiloidoz

## [PP-078][Kabul:Poster][İnfeksiyon-ilişkili romatizmal hastalıklar]

### Tüberküloz Artriti: İki Olgu

Gülkan Kaplan<sup>1</sup>, Hatice Yazısız<sup>2</sup>, Veli Yazısız<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hast-Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji, İstanbul

<sup>3</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları-Romatoloji, İstanbul

Giriş: Tüberküloz(Tbc) gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunudur. Kemik ve eklem tüberkülozu ekstrapulmoner Tbc içinde %10-11, tüm Tbc vakaları içinde %1-3 oranında görülmektedir. Bir yıl içinde tanı koyduğumuz kronik monoartrit nedeniyle 2 kez opere olan ve 2 yıl RA tanısı ile tedavi edilmeye çalışılan bir hasta vesilesi ile artrit ayırıcı tanısında unutulmaması gereken Tbc artritini hatırlatmak istedik.

Olgu1:56 yaşında kadın hasta, 2.5 yıl önce sağ el-bileği ağrısı ile başvurduğu merkezde RA tanısıyla Prednol 4 mg 1x1, Plaquenil 200 mg 1x1, Mtx 12.5 mg/hafta başlanmış. Tedavi ile şikayetleri gerilememiş ve şiddetli bel ağrısı eklenmiş. MR'da L4-5'de spondilolistesis saptanıp takibe alınmış. Son 3 aydır bel ağrısındaki artış olan hastanın yeni MR'da L4-5'de spondilodiskit saptanmış. Ateşi olmayan hastanın FM'de sağ el bileğinde artrit, sol 3-4.kosta üzerinde cilt altında semimobil yaklaşık 4cm boyutunda kitle palpe edildi. ESR:14/h, Crp:29 mg/dl, RF(-), Wright AGG(-), viral hepatit markerları (-),WBC: 5.430 mm<sup>3</sup>,Hb:11.1 g/dl PLT: 217 000 mm<sup>3</sup> TİT de 3+ lökosit saptandı. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Sağ el bileği MR'da ulna distali ve elbilek kemiklerinde yoğun ödem, eklem aralığında daralma ve sinovial hipertrofi görüldü. Elbileğinden sinovial biopsi alındı; kazeifikasyon nekrozu, multinükleer dev hücreler içeren granülomlar ve EZN boyamada ARB saptandı (Şekil 1). Mikrobiyolojik incelemede Mtbc kompleks üredi. Pulmoner semptomu ve grafisinde patoloji olmayan hastanın göğüs ön duvarındaki kitlenin eksizyonunda abses tespit edildi ve EZN boyamada AARB (+) saptandı. 5 kez gönderilen idrar mikobakteri kültüründen birinde AARB(+) saptandı.

Olgu2:32 yaşında erkek hasta 1 yıl önce sol dizinde ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı nedeniyle dış merkezde ortopedi kliniğine başvurmuş. 6 ay önce sol dizinden opere edilmiş ve NSAID başlanmış.

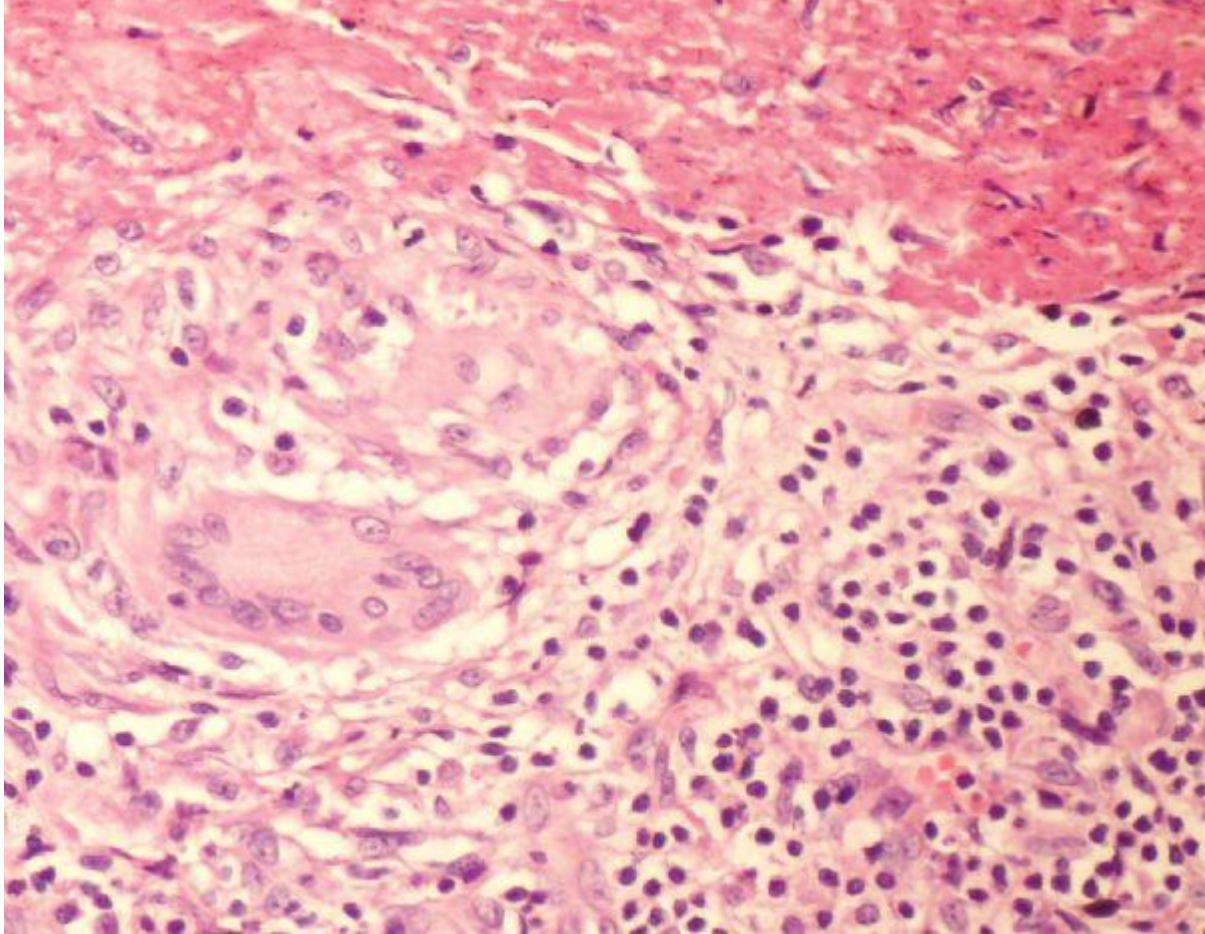
Şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine septik artrit düşünülerek 2. kez operasyon yapılmış. Kültürlerinde üreme olmaması üzerine septik artrit tanısından uzaklaşarak Prednol 16mg 1X1, Plaquenil 200 1x1 ve NSAID başlanmıştır. Şikayetleri devam eden hasta kliniğimize başvurduğunda sol dizde suprapatellar şişlik, belirgin sinovial hipertrofi ve hareket kısıtlılığı vardı. Grafide eklem aralığı belirgin daralmıştı. WBC: 9740 mm<sup>3</sup>, Hb: 12.3g/dl PLT: 390.000 mm<sup>3</sup>, Sedim: 47/h CRP:31.7 mg/l ve RF(-) idi. USG'de suprapatellar boşluğu ekspansiyon eden ve diz medialine kadar uzanan, yer yer loküle sıvılar içeren doku görüldü. Loküle sıvıdan örnek alındı; AARB ve Tbc PCR (+) saptandı. Eklem sıvısı kültürü Mtbc kompleks üredi, duyarlı olduğu için 4'lü anti-Tbc tedavi başlandı.

Sonuç: Burada sunduğumuz iki olgu, atipik seyir gösteren ve tedaviye yanıt alınamayan artritli vakalarda tanının tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Tüberkülozun endemik olduğu ülkemizde Tbc artrit gözden kaçırılmaması gereken bir hastalıktır. Tbc artrit tanısında gecikme kalıcı eklem hasarına neden olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Artrit

---

**Şekil 1. Elbileğinden alınan sinovial biopsi örneğinde kazeifikasyon nekrozu, multinükleer dev hücreler içeren granülomlar ve EZN boyamada basiller.**



[PP-079][Kabul:Poster][Romatoid artrit]

**Türkiye ve Birleşik Devletler'deki RA hastalarında ilaç değişikliği olasılığı ve bir hastalık aktivite kesme noktasının ilaç değişikliğinin olup olmayacağını göstermedeki başarısı**



İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>3</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Koray Taşçılar<sup>3</sup>, Serdal Uğurlu<sup>3</sup>, C. J. Swearingen<sup>4</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>5</sup>

<sup>1</sup>GATA, Ankara

<sup>2</sup>Marmara University School of Medicine, Istanbul

<sup>3</sup>Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul

<sup>4</sup>University of Arkansas, Little Rock

<sup>5</sup>NYU Hospital for Joint Diseases, New York

Arka plan: Remisyon/düşük hastalık aktivitesi hedefinin gerçek hayatta uygulanabilirliği, ancak farklı hasta popülasyonları ve ilaç kullanımını içeren günlük pratik veritabanları ile mümkündür. Bu aynı zamanda farklı ülkelerde RA tedavilerinin karşılaştırılmasını ve daha önceden fark edilmeyen görüşler sağlayacaktır. TRAV (Türkiye Romatoid Artrit Veritabanı), 2010 yılında günlük pratikte görülen RA hastaları hakkında veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur ve bunu yapan ilk ardışık hasta veritabanıdır. Bu çalışmada Türkiye ve Birleşik Devletler'deki RA hastalarında ilaç değişikliği olasılığını ve bir hastalık aktivite kesme noktasının ilaç değişikliğinin olup olmayacağını göstermedeki başarısını analiz ediyoruz.

Yöntemler: Katılan merkezlerde görülen ardışık hastalar, her vizitte RAPID3/ MDHAQ anketini doldürmüştür. Kortikosteroid, DMARD ve biyolojik ilaçlardaki değişiklikler, Türkiye'den 3 ve benzer bir veri toplama işleminin günlük pratiğin bir parçası olduğu ABD'deki bir akademik merkeze başvuran RA'lı hastaların vizitlerinden alınmıştır. Kortikosteroid, DMARD ve biyolojik ilaçlardaki değişikliklere bağlı RAPID3 hastalık aktivite kategorilerinin sensitivite ve spesifite, %95 güven aralığında verilmiştir. Sonuçlar: TR'de 1365, ABD'de 432 hasta analiz edilmiştir. 1472 farklı klinik karşılaşmada izlenen DMARD değişikliklerinde, düşük, orta ve şiddetli hastalık aktivitesini gösteren RAPID3 skorları (sırasıyla 3, 6 ve 12/30 birim), ABD ve TR'de sırasıyla, düşük hastalık aktivitesi için %87 vs %81, orta hastalık aktivitesi için %66 vs %69 ve yüksek hastalık aktivitesi için %41 vs %53'lük bir sensitivite göstermiştir. 788 karşılaşmada biyolojikler için, ABD ve TR'de sırasıyla, düşük hastalık aktivitesi için %92,3 vs %100, orta hastalık aktivitesi için %84,6 vs %75 ve yüksek hastalık aktivitesi için %41 vs %53 bir sensitivite izlenmiştir.

Tartışma: Türkiye ve Birleşik Devletler'deki RA hastalarında ilaç değişikliği olasılığını ve bir hastalık aktivite kesme noktasının ilaç değişikliğinin olup olmayacağını göstermedeki başarısı, bizim analizimize göre benzer görünmektedir. Her iki ülkede RAPID3 birleşik indeksi, hekimin tedavi değişikliği yapma eğilimini benzer şekilde yansıtmaktadır. Bu veriler, farklı hasta popülasyonlarının karşılaştırılmasıyla ilgili bazı çıkarımlar yapılmasını sağlamakta ve RA tedavisi hakkında daha doğru bir tasvir elde etmek amacıyla, sadece biyolojik ajanlar gibi spesifik bir ilaç tedavisi almak için seçilen hastalar yerine, ardışık hastaların izlendiği bir veritabanının devam ettirilmesinin avantajlarının altını çizmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit

**[PP-080][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

## **Türkiye'de gerçek hayat, günlük pratik ortamında biyolojik ajan kullanımı ve biyolojik ajanlar arasında değişim**

Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>5</sup>, Gülen Hatemi<sup>2</sup>, İsmail Şimşek<sup>3</sup>, Koray Taşçılar<sup>2</sup>, Serdal Uğurlu<sup>2</sup>, Salih Pay<sup>3</sup>, Hakan Erdem<sup>3</sup>, Sedat Yılmaz<sup>3</sup>, Muhammet Çınar<sup>3</sup>, W. A. Mccracken<sup>4</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, C. J. Swearingen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Marmara University School of Medicine, Istanbul

<sup>2</sup>Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul

<sup>3</sup>GATA, Ankara

<sup>4</sup>University of Arkansas, Little Rock

<sup>5</sup>NYU Hospital for Joint Diseases, New York

Arka plan: Çeşitli biyolojik ajanların varlığının, ilk biyolojik ajan seçiminde ve hangisine geçiş yapılacağına kararında pratik etkileri vardır. Türkiye gibi kamusal veya maddi nedenlerden dolayı biyolojik ajanlara erişimin kısıtlı olabildiği ülkelerde, biyolojik ajan kullanımının ve ilaç değişimleri dahil tedavi kalıplarının kayıt altına alınmasından, RA tedavisi için önemli çıkarımlar yapılabilir. TRAV (Türkiye Romatoid Artrit Veritabanı), 2010 yılında günlük pratikte görülen RA hastaları hakkında veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur ve bunu yapan ilk ardışık hasta veritabanıdır. Biz, bu popülasyonda ilk biyolojik ajan kullanımı, biyolojik ajanlar arasında değişim ve değişimin sebeplerini değerlendirdik.

Yöntemler: Katılan merkezlerde görülen ardışık hastalar, her vizitte fiziksel fonksiyon, ağrı ve hastanın global değerlendirmelerini içeren MDHAQ anketini doldurmuştur. Hekimler, hassas ve şiş eklem sayılarının yanısıra global değerlendirme VAS'ını da tamamlamıştır. RAPID3 (hastanın başlangıç verilerinin rutin değerlendirmesi - routine assessment of patient index data), DAS28 ve CDAI de hesaplanmıştır. Demografik veriler, hasta tarafından bildirilen hastalık aktivite ölçütleri, klinik veriler ve ilaç kullanımı, RA hastalarının son vizitlerinden alınmıştır. Ölçütler arasındaki anlamlı farklar, devamlı ve sıralı değişkenler için Kruskal-Wallis, kategorik ölçütler için Ki-kare testiyle belirlenmiştir.

Sonuçlar: 1356 RA hastası çalışmaya alınmıştır (ortalama yaş 52,2, hastalık süresi 15,6 yıl, %85 kadın, eğitim 7,1 yıl). Biyolojik tedavisinde izlenen süreci (başlangıç, bırakma, değişim) kayıt altına almak için veriler incelenmiş ve 138 hasta belirlenmiştir. En sık kullanılan ilk biyolojik ajan adalimumab idi (%35,3), bunu yakından etanersept (%31,6), infliksimab (%30,9) ve rituksimab (%1) takip ediyordu. 107 hasta (%77) ilk, 27 (%19) ikinci ve 4 (%3) üçüncü biyolojik ajanını kullanıyordu. 29 hasta (%21) biyolojik ajan değiştirmişti; en sık görülen değişim etanerseptten adalimumaba, ikinci en sık ise infliksimaba idi. Adalimumab değişimlerinin çoğu etanerseptte ve rituksimab değişimlerinin çoğu etanserseptte idi. Tedaviyi bırakmanın en sık sebebi etkisizlik/etki kaybı idi (15/29); çok az sayıda hasta advers olaylar nedeniyle tedavi bırakmıştı (2/29). Farklı biyolojik tedaviye geçmeden önce biyolojik ajanda kalma süreleri arasında istatistiksel bir fark yoktu.

Tartışma: Bu Türk RA popülasyonunda, hastaların %21'i, çoğu etkisizlik nedeniyle olmak üzere, biyolojik ajan değiştirmiştir. Bu veriler, Türkiye'de biyolojik ajanlar arasında değişim konusuna bir ilk bakış sunmaktadır ve olasılıkla, RA tedavisi hakkında daha doğru bir tasvir elde etmek amacıyla, ardışık hastaların izlendiği bir veritabanının devam ettirilmesinin faydalarını göstermektedir.

Referanslar: Yazarlar, veri girişi konusunda Cortex'i ve bu projedeki koşulsuz katkıları nedeniyle Bristol-Myers Squibb'e teşekkür ederler.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit

**[PP-081][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]**

## **Türkiye'de romatolojik hastalıklarda okült hepatit B sıklığı ve anti-HBc testinin okült hepatit B tanısını öngörmedeki rolü**

Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Kenan Şener<sup>2</sup>, İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Ramazan Gümral<sup>2</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Ayhan Kubar<sup>2</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Türkiye'de HBsAg pozitifliğinin prevalansı %2-7 arasındadır. Başta tümör nekrozis faktör alfa (TNF-α) inhibitörleri olmak üzere romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan pek çok ilacın immün sistemi baskılayarak, HBsAg pozitif hastalarda HBV DNA'nın pozitifleşmesi ya da HBV DNA pozitif olan hastalarda viral DNA yükünün artışıyla karakterize HBV reaktivasyonuna yol açabildiği bilinmektedir. Son yıllarda, immün-süpresif tedavi sürecinde gözlenen HBV reaktivasyonun sadece kronik HBV hastalarında değil, okült HBV hastalarında da görülebileceği gösterilmiştir. Okült HBV hastalarında HBsAg negatif olmasına karşın, hastaların büyük bir kısmında hepatit B core antijenine karşı antikorlar (anti-HBc) saptanabilmektedir. Bu nedenle özellikle HBV enfeksiyonun endemik olduğu ülkelerde hazırlanan yeni kılavuzlarda, immün-süpresif tedavi başlanacak hastalarda HBsAg ve anti-HBs testlerine ek olarak anti-HBc IgG testinin de yapılması önerilmektedir. Diğer yandan, anti-HBc IgG, okült hepatit B varlığını veya yokluğunu göstermekte yetersizdir. Çalışmamızın amaçları; immün-süpresif kullanan hastalarda okült HBV prevalansının saptanması ve bu hastalarda okült HBV tanısının konulmasında rutin serolojik testlerin kullanılabilirliğinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 2012 Mayıs ve Ağustos ayları arasında romatoloji polikliniğinde görülen ve immün-süpresif tedavi kullanmakta olan hastalar dahil edildi. Hastaların son 3 ayda kullandıkları tedavileri, karaciğer fonksiyon test sonuçları ve demografik özellikleri kaydedildi. Tüm hastalarda, kılavuzlarda önerilen ve rutin uygulamada bakılan HBsAg, Anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HCV, ve anti-HIV testleri çalışıldı. Bu testlerin çalışıldığı tüpten HBV DNA analizi yapıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya HBsAg negatif olduğu bilinen toplam 116 hasta alındı (59 SpA; 39 RA, 18 Diğer). Hastaların demografik verileri ve son 3 ayda kullanılan tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir.

HBsAg negatif olup anti-HBc IgG pozitif saptanan hasta sayısı 27 (%23) idi. Bu hastaların 19'unda (%16) anti-HBs-Ab pozitif saptanırken 8 hastada (%7) izole anti-HBc IgG pozitifliği saptandı. Hastaların hiç birisinde HBV-DNA pozitif değildi.

Tartışma: Her ne kadar hasta sayısı henüz sınırlı olsa da mevcut veriler, romatoloji polikliniğine başvuran hastalarda kullanılan immün-süpresif tedavilerin HBV viral yükünü artırmadığı ve standart tarama testlerinin yeterli olduğunu düşündürmektedir. Anti-HBc pozitif hastaların hiçbirinde HBV-DNA saptanmaması bu testin romatolojik hasta popülasyonunda tarama testi olarak çok gerekli olmayabileceği yönünde bir kanı uyandırır da, bu konudaki kesin yargı, özellikle anti-HBc IgG pozitif hastaların prospektif takibi ile elde edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Okült HBV

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

Özellikler	Sıklık
Erkek	81 (%70)
Yaş	43.3 ± 13.5
Hastalık süresi	6.4 ± 6.3
Spondilartrit	% 50 (59)
Romatoid artrit	% 33 (39)
Diğer (Behçet, SLE, vaskülit)	% 15 (18)
Steroid (son 3 ayda)	% 36 (42)
MTX (son 3 ayda)	% 27 (31)
MTX dışı DMARD (son 3 ayda)	% 39 (46)
Sitotoksik (son 3 ayda)	% 7 (9)
Anti-TNF (son 3 ayda)	% 35 (41)
Rituksimab (son 3 ayda)	% 3 (3)
Operasyon öyküsü	% 56 (65)
Transfüzyon öyküsü	% 14 (16)
HBV AŞISI	% 28 (33)
Ailede hepatit B	% 7 (9)
Diş çekim öyküsü	% 88 (103)

[PP-082][Kabul:Poster][Vaskülit]

### **Vaskülit Tanısı İle Takip Edilen Hastaların Klinik Ve Laboratuvar Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi**

Murat Durdu, Nazife Şule Yaşar Bilge, Emel Gönüllü, Timuçin Kaşifoğlu, Cengiz Korkmaz  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Eskişehir

Gereke: Vaskülitler kan damar duvarında inflamasyon, nekroz ve granülom oluşumu ile karakterize heterojen bir hastalık grubudur. Damarlarda oluşan bu inflamasyon ve nekroza dolaylı tutulan damarların beslediği dokularda iskemi, tıkanma, anevrizma ve bazen de rüptür gelişimi görülebilmekte, tutulum yeri ve şekline bağlı olarak farklı klinik tablolara sebep olabilmektedir. Bu

çalışmada, kliniğimizde takip edilmekte olan vaskülit tanılı hastaların genel klinik ve laboratuvar özelliklerini değerlendirmek ve literatürde yayınlanmış olan serilerle kıyaslamayı amaçladık. Yöntem: Bu çalışmada 1998-2011 tarihleri arasında bölümümüzde vaskülit tanısıyla izlenen 148 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların klinik ve laboratuvar özellikleri, demografik verileri, tanı yöntemleri, uygulanan tedavi rejimleri, yaşam süreleri ve ACR tanı kriterlerine uygunlukları değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmamıza 55 (%37.2) büyük çaplı damar vaskülitli, 7 (%4.7) orta çaplı damar vaskülitli, 77 (%52) küçük çaplı damar vaskülitli ve 9 (%6.1) sekonder vaskülitli olan toplam 148 hasta dahil edildi. Takayasu arteriti tanısı ile takip edilmekte olan hastaların kadın/erkek oranı 4.8:1 idi. Takayasu arteriti hastalarında üfürüm, temporal arteritli hastalarda ise baş ağrısı en sık klinik bulguydu. Küçük çaplı damar vaskülitli 32 hastanın 12 tanesi Wegener Granulomatozu tanısı ile takip edilmekteydi. WG tanısı ile takip edilen hastalarda kadın/erkek oranı 1:5 olarak saptandı. PAN hastalarında non-spesifik bulgular ön plandaydı bu sebeple tanıda en fazla gecikme yaşanan gruptu. HSP hastalarında karın ağrısı, WG hastalarında ise hemoptizi ve kanlı burun akıntısı en sık görülen klinik bulgular idi. Sekonder vaskülit tanılı hastalarda en sık ilaca bağlı (propiltiourasil'e bağlı) vaskülitler görüldü. HSP tanısında IgA yüksekliği, C-SS tanısında IgE yüksekliği mevcuttu. ANCA, WG ve ilaca bağlı vaskülitlerde en sık görülen pozitif saptanan serolojik testti. Uygulanan tedavi rejimleri değerlendirildiğinde, izole kutanöz vaskülitli hastalarda tedavi seçeneği olarak steroid ve kolşisin, sistemik tutulumun olduğu vaskülit hastalarında steroid ve diğer immünsupresif ajan kombinasyonu en sık kullanılan tedavi seçenekleriydi. Hastaların %76.8'i ACR tanı kriterlerini karşılıyordu.

Tartışma: Bütün vaskülit gruplarının damar çaplarına, klinik ve laboratuvar özelliklerine göre değerlendirildiği geniş bir çalışma literatürde bulunamadı. Ancak hastaların genel klinik ve laboratuvar özellikleri, demografik verileri, tanı yöntemleri, uygulanan tedavi rejimleri, yaşam süreleri tanılarına göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde literatürde yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda Takayasu arteriti hastalarında kadın erkek oranı literatüre göre yüksek saptanmıştır. Wegener Granulomatozu tanılı hastalarda ise erkek oranı literatüre göre yüksek saptanmıştır. Cinsiyet dağılımının etnik ve coğrafi yapı farklılığı nedeniyle literatürle benzerlik göstermediği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** vaskülit

**[PP-083][Kabul:Poster][Vaskülit]**

### **Vaskülitli hastalarımızın demografik özellikleri**

Sengül Aksaka<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>1</sup>, Yasin Abul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, \*İç hastalıkları ABD/İmmünoloji BD, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, \*\*Göğüs hastalıkları ABD, Trabzon

Sistemik vaskülitler, damar duvarında inflamasyona neden olarak organ perfuzyonunu etkileyen multisistemik hastalıklardır. Temporal Arterit (TA) genellikle büyük ve orta çaplı damarları tutar. Takayasu Arteriti ise genellikle genç bayanlarda özellikle aort ve dalları olmak üzere büyük damar duvarını etkiler. Wegener granulomatozis (WG) nedeni bilinmeyen nadir görülen, üst ve alt solunum yollarını etkileyen küçük ve orta boy damarların sistemik vaskülitine yol açan ve böbrek tutulumu ile giden nekrotizan granülom içeren vaskülit tipidir.

İmmünoloji ve Göğüs hastalıkları kliniklerinde 2009-2012 yıllarında takip edilen 9 hasta Dev Hücreli Arterit, 11 hasta Takayasu Arteriti, 7 hasta WG tanısı aldı. Dev hücreli arter tanısı alan hastaların 4'ü erkek 5'i kadındı. Yaş ortalaması 64 idi. Tüm hastalarda konstitüsyonel semptomlar mevcuttu. 7 hastada (%77.7) polimiyalji romatica semptomları, 6 hastada (%66.6) baş ağrısı ve çenede kladikasyon, 3 hastada (%33.3) görme bozukluğu şikayeti mevcuttu. Bir hastada (%11.1) ateş yüksekliği, bir hastada (%11.1) ise sol bacakta güçsüzlük şikayeti mevcuttu. Tüm hastalarda akut faz reaktanları yüksek bulundu. Bir hastada akciğer tutulumu tespit edildi. 2 hastada (%22.2) abdomen aortada, 7 hastada (%77.7) internal ve/veya external karotis arterde tutulum mevcuttu. Takayasu Arteritli hastaların 8'i kadın, 3'ü erkekdi. Yaş ortalaması 40 idi. 4 hastada (%36.6) konstitüsyonel semptomlar mevcuttu. 3 hastada (%27.2) eklem ağrısı, 2 hastada (%18) göğüs ağrısı, 4 hastadada (%36.6) ekstremitelerde güç kaybı şikayeti ile başvurmuşlardı. 9 hastanın (%81.8) ise yüksek bulunurken 2 hastanın akut faz reaktanları normaldi. Hastaların MR angiografi sonuçlarına göre 5 hastada carotis arterde (%45.4), 2 hastada (%18) subkalviyan arterde, 2 hastada (%18) inen torasik arterde, 2 hastada (%18) abdomen aortada ve bir hastada (%9) ise çıkan aort, torasik ve abdomen aortada tutulum mevcuttu. Hastaların angiografik tutulum sınıflamasına göre, beş hasta (%45.4) tip I, 2 hasta (%18) tip IIb, bir hasta (%9) tip IIa, 2 hasta (%18) tip III, bir hasta (%9) ise tip V tutulum mevcuttu.

Kliniğimize 2009-2012 yıllarında 2 kadın hasta ve 5 erkek (E/K:2,5) hasta olmak üzere toplam 7 hasta WG tanısı aldı. 6 hastada alt solunum yolu tutulumu mevcuttu. Bir hastada sadece üst solunum yolu tutulumu vardı. Alt solunum yolu etkilenen hastaların görüntüleme yöntemlerindeki bulgular değerlendirildiğinde 3 hastada kavitasyon, bir hastada yaygın buzlu cam dansitesi, nodüler infiltrasyonlar tespit edildi. 6 hastada c-ANCA pozitifliği. Çalışmamızda bulduğumuz demografik ve laboratuvar özellikler ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer olarak bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Dev hücreli arteritler, Wegener granülomatozusu

[PP-084][Kabul:Poster][Vaskülit]

### **Wegener Granülomatozlu Bir Hastada Non-Hodgkin Lenfoma Gelişimi**

Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı<sup>1</sup>, Müge Aydın Tufan<sup>2</sup>, Hüseyin Abalı<sup>3</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>adana numune ve eğitim araştırma hastanesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, adana

<sup>2</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, ankara

<sup>3</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, onkoloji bilim dalı, ankara

Wegener granülomatozu küçük arter ve venülleri tutan sistemik nekrotizan bir vaskülitir. Lenfomada ANCA pozitifliği olabileceği bilinmektedir. Wegener ve lenfoma ayrımı kimi zaman güç olabilir

Olgu: 47 yaşında erkek hastaya kresentik glomerulonefrit, ciltte lökositoklastik vaskülit ve c-ANCA pozitifliği bulgularıyla Wegener granülomatozu tanısı konuldu. Hastaya steroid ve intravenöz siklofosfamid tedavisi başlandı. 15 ayda 15 kür 500 mg siklofosfamid tedavisi sonrası remisyonda olan hastaya siklofosfamid kesilerek azotiyoprin tedavisi başlandı. 8 ay sonra hastanın kontrolü sırasında yapılan fizik incelemesinde sağ inguinal 1,5 cm, sol inguinal 1 cm, sağ aksiller 1,5 cm, sol aksiller 1 cm ve sağ supraklavikular bölgede 0,5 cm çaplı lenfadenopati saptandı. Yapılan abdomen ultrasonografisinde paraaortik, retroperitoneal, peripankreatik, periportal alanda ve ligamentum teres lokalizasyonlarında multiple pake tarzında lenfadenopatiler saptandı. Eş zamanlı c-ANCA negatif saptanan hastanın aksiller bölgeden yapılan eksizyonel lenf nodu biyopsi sonucu B hücreli lenfositik lösemi/lenfoma olarak rapor edildi. Kemik iliği biyopsisinde lenfoma tutulumu saptanan hasta onkoloji bölümüne konsülte edildi. Evre IV low grade lenfoma tanısı konulan ve asemptomatik olan hastanın tedavisiz izleme alınmasına karar verildi. Bu arada hastaya azotiyopürin ve steroid tedavisine devam edildi. 1 yıl sonra yeni gelişen servikal bölgede ağrılı lenfadenopatileri olan hastaya semptomatik progresyon nedeni ile onkoloji bölümü tarafından R-CVP ( Rituksimab 700 mg, siklofosfamid 1380 mg, vinkristin 2 mg, prednizolon ) tedavisi başlandı. Bu tedavi başlanınca azotiyopürin kesildi. Hasta 6 ayda 8 kür bu tedaviyi aldı. Lenfoma bulguları regrese oldu. Tedavi sonrası 1,5 yıldır sadece prednizolon 2 mg günde bir alan hasta Wegener açısından remisyonda olarak takip edilmektedir.

Literatürde Wegener'i taklit eden lenfoma olgu sunumları mevcuttur. Özellikle ekstra nodal lenfoma ile Wegener Granülomatozu ayrımı dikkatli yapılmalıdır. Çünkü lenfomalı olgularda yeterli biyopsi alınmadığı takdirde, patolojik biyopsiyi nekrotizan granülomatöz iltihap olarak yorumlayabilir. Buda tanının geç konulmasına ve kemorezistan olguların oluşumuna neden olabilir. Bizim hastamızda ise önce Wegener ve takip sırasında non- Hodgkin lenfoma gelişmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** lenfoma, Wegener

[PP-085][Kabul:Poster][Diğer]

### **Yaşlı Erkek Hastada Akut Koksofemoral Monoartrit: Paraneoplastik Nedenli Bir Olgu Sunumu**

Mehmet Bankir<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Karamustafaoğlu<sup>1</sup>, Gamze İçaçan<sup>1</sup>, Soner Şenel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

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

Gerekeç: Malign hastalığın uzak etkilerine bağlı olarak bazı kas-iskelet sistemi belirtileri ortaya çıkar. Tümör tarafından oluşturulan hormon-enzim yapısındaki maddeler ve immünglobulin gibi bazı humoral faktörlerle geliştiği kabul edilen bu lökomotor sendromlar paraneoplastik sendromlar

olarak adlandırılırlar. Bu olgu sunumunda kolon kanseri habercisi bir paraneoplastik sendrom olarak izole koksofemoral monoartriti tanımlanmış ve onun klinik özellikleri tartışılmıştır.

Olgu: Altmış dört yaşında, erkek hasta, yaklaşık bir ay önce ani başlayan sol kalça eklemde giderek artan ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sol koksofemoral eklemde ısı artışı ve hiperemi tespit edildi. Diğer eklemlerde artrit bulgusuna rastlanmadı. Hastanın dış merkezde yapılan koksofemoral eklem MR görüntülemesinde sol koksofemoral eklemde effüzyon, asetebular çatıda fokal kemik iliği ödemi ve sol addüktör ve iliak kanat komşuluğundaki adelelerde heterojen sinyal artımı, inflamatuvar değişiklikler ve minimal effüzyon dikkati çekmiştir. (Septik Artrit ?) Septik artrit ön tanısı ile hastadan eklem ponksiyonu yapıldı. Ancak değerlendirme için yeterli örnek alınamadı. Hastanın yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 120 mm/saat, CRP: 213 mg/L, RF:72.7 IU/mL, Hb: 8.4 g/dL, olarak geldi. Hipoalbüminemisi ve anemisi olan hastanın klinik tablosunun paraneoplastik sendroma bağlı olabileceği düşünüldü. RF pozitifliği anti-CCP negetifliği, küçük el eklem tutulumu olmaması nedeni ile yaşa bağlı yükseklikle uyumlu düşünüldü. Yapılan üst GİS endoskopisinde mide kardiya komşuluğunda üzeri normal mukozaya ile örtülü 2x2 cm çapında polipoid lezyon (GİST ?) izlendi. Biyopsisi yüzeysel gastrit olarak rapor edildi. Alt GİS endoskopisinde hepatik fleksura-çıkan kolon birleşiminde endoksopun geçişine izin vermeyen, düzensiz kenarlı, ülser, fragil, vejetan kitle (kolon ca ) tespit edildi (Resim 1).

Sonuç: Alınan biyopsinin sonucu kolon adenokarsinom olarak geldi. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda küçük hücreli dışı akciğer kanseri, küçük hücreli akciğer kanseri, mide kanseri, prostat kanseri gibi birçok malignitede paraneoplastik romatik sendromlar bildirilmişken, kolon kanserinde bildirilmiş paraneoplastik monoartrit vakası sınırlıdır.

Tartışma: İleri yaşta ani başlangıçlı akut inflamatuvar artrit ve beraberinde yüksek akut faz yanıtı ile anemi olduğu durumlarda malignite mutlaka akla gelmelidir ve dışlamak için endoskopik ve kolonoskopik tetkikler yapılmalıdır. Ayrıca her artrit ve düşük-orta yükseklikte RF pozitifliği her zaman romatoid artrit ile ilişkili olmayabileceği vurgulanmak istenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** paraneoplastik sendrom, kolon adenokarsinom

**[PP-086][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

**Yeni ACR/EULAR romatoid artrit sınıflama kriterleri, ultrason ile aynı hastalık aktivitesine sahip ancak hasar düzeyi daha az hastaların saptanmasına olanak sağlar**

Sibel Zehra Aydın<sup>1</sup>, Concepcion Castillo Gallego<sup>2</sup>, Jackie Nam<sup>3</sup>, Jane Freeston<sup>3</sup>, Sarah Horton<sup>3</sup>, Richard J Wakefield<sup>3</sup>, Paul Emery<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH, Romatoloji, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Unit of Rheumatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

<sup>3</sup>Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, University of Leeds and NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit, Leeds Teaching Hospitals, Leeds, UK

**Amaç**

1987 ACR sınıflama kriterleri (Eski/RA) erozyon/romatoid nodül gibi hasar ya da uzamış hastalığa ait maddeler içermesinden dolayı çoğunlukla geç hastalığı saptayabilmesi nedeniyle eleştiriliyordu. Yeni ACR/EULAR kriterleri (Yeni/RA) hasar oluşmadan önce, daha erken hastaların farkedilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Biz bu çalışmada Yeni/RA kriterlerini dolduran hastaların inflamasyon ve hasar bulgularını ultrason kullanarak Eski/RA ile karşılaştırmayı ve daha erken hastalığın saptanmasına olanak verip vermediğini araştırmayı hedefledik.

**Metot**

111 hastaya ait el, el bilek, dirsek, omuz, diz, ayak bileği ve ayak eklemlerinin dahil olduğu 2886 eklem ultrasonu yapıldı. Hastaların 66'sı Eski/RA, 23 tanesi Yeni/RA kriterlerini doldurup eski/RA'yı doldurmayan ve 22 tanesi sınıflandırılmayan artrit grubuna dahildi. Ultrason yapan araştırmacı tanı ve klinik değerlendirmelere kördü. Sinovit, erozyon ve power Doppler bulguları 0-3 arasında (0: yok, 1 hafif, 2: orta, 3: ağır olacak şekilde) skorlandı ve elde edilen skorlar her hasta için sinovit, power Doppler ve erozyon skorları elde edilecek şekilde toplandı.

**Sonuçlar:**

Eski/RA ve Yeni/RA gruplarının aynı sayıda şiş/hassas eklem ile benzer akut faz yanıtı, hasta global veDAS28 skorlarına sahip oldukları görüldü. Her iki grubun US ile benzer sinovit ve power Doppler

skorları olmasına rağmen Yeni/RA grubunun erozyon skorları daha düşüktü ( $p=0.009$ ) (tablo 1). Sınıflandırılmayan artrit olan hastaların ortanca yaşı RA grubundan daha yüksekti. Bu hastaların Yeni/RA grubuna göre daha az sayıda şiş eklemi vardı ( $p=0.017$ ). Bunun dışındaki hastalık aktivitesine dair bakılan tüm klinik ve laboratuvar incelemeleri Yeni/RA ve Eski/RA grupları ile benzer bulundu. Sınıflandırılmayan artrit grubunun hem sinovit skorları ( $p=0.006$ ) hem de erozyon skorları ( $p=0.007$ ) Eski/RA'dan düşük, öte yandan Yeni/RA ile benzer idi.

#### Tartışma:

Yeni ACR/EULAR kriterleri, hem klinik değerlendirme, hem de US (sinovit/PD) ile benzer hastalık aktivitesi düzeylerine sahip olmalarına rağmen daha az hasar oluşmuş RA hastalarının saptanmasına olanak sağlar. Bu grubun hasar düzeyi, sınıflandırılmayan artrit ile benzer gözükmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, sınıflama kriterleri

**Tablo 1**

	SJ C	TJ C	CR P	SE D	Has/glo	DAS2 8	SİNOVİ T	ULTRASO N POWER DOPPLER	EROZYO N
Eski/RA	1 (0-20)	3 (0-24)	5.4 (0-157)	24 (0-126)	19 (0-98)	3.6 (0.01-7.68)	19.5 (2-49)	0 (0-15)	4 (0-18)
Yeni/RA	2 (0-9)	2 (0-12)	0 (0-34)	24 (0-63)	26.5 (1-78)	3.7 (0.97-6.23)	16.5 (2-30)	0 (0-6)	1 (0-10)
Sınıflandırılmayan artrit	0 (0-4)	2 (0-10)	0 (0-166)	10 (0-304)	18 (2-70)	3.8 (0.5-5.4)	10 (0-35)	0 (0-5)	1 (0-9)

*Klinik ve ultrasonografi bulgularının gruplar arası karşılaştırması. SJC: şiş eklem sayısı; TJC: hassas eklem sayısı; sed: sedimentasyon; has/glo: Hasta global. Sonuçlar ortanca (aralık) olarak verilmiştir.*

**[PP-087][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

## **Rekürren Hemoptizi ve Pnömoniye Neden Olan Pnömatosele Bağlı Lobektomi Yapılan Romatoid Artrit Olgusu**

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

### GİRİŞ

Pnömosel içinde yüksek basınçlı hava bulunan ve enfekte alanda oluşan ince duvarlı, farklı boyutlara sahip kistik yapılardır. İçerisinde hava-sıvı seviyesi bulunabilir. Ciddi pnömoni, torasik travma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve aspirasyona bağlı görülebilir. Çoğunlukla ciddi semptom ve bulguya neden olmadan altta yatan hastalığın tedavisi ile spontan geriler. Rüptür, tansiyon pnömotoraks ve enfekte pnömosel gibi komplike pnömosel varlığında acil müdahale gerekir. Görüntüleme yöntemi eşliğinde perkütan drenaj yapılabilir fakat erken dönemde yapılacak cerrahi tedaviler ciddi komplikasyonların önlenmesinde öncelik kazanmaktadır. Kliniğimize öksürük, nefes darlığı ve hemoptizi ile başvurduğunda pnömoni ve pulmoner tromboemboli düşünülerek

antibiyotik tedavisi ile birlikte kumadinize edilen fakat takipte pnömatosel saptanarak antikoagulan tedavi kesilip operasyona verilen romatoid artritli olguyu sunduk.

OLGU

7 ay önce dış merkezde romatoid artrit tanısı konularak metotreksat, sülfasalazin ve steroid başlanan 55 yaşında erkek hasta öksürük, nefes darlığı, hemoptizi, el eklemlerinde şişlik ve ağrı, sol kalça ve dizde ağrı, sabah tutukluğu şikayeti ile yatırıldı. Prokalsitonin, ESR, CRP belirgin yüksek idi, pnömoni tanısı ile antibiyotik başlandı.Rf >648 mg/L, anti-CCP pozitif idi.ANA, ANCA negatifti.Alt ekstremitte doppler USG'de tromboz saptanmadı.MTHFR gen analizinde homozigot mutasyon saptandı.D-dimer yüksek saptandı ve pulmoner tromboemboli ekarte edilemediği için fraksiheparin başlandı. Hemoptizide artış oldu ve BT-anjiyografide emboli saptanmaması üzerine fraksiheparin kesildi.Kanda galaktomannan antijeni negatifti.Kalça MR'da sinovit saptandı.Antibiyotik tedavisinin ardından genel durumu düzelen ve inflamasyonu gerileyen hastanın kontrol BT'de sağ akciğer alt lobda pnömatosel saptandı.Göğüs cerrahisi ile görüşülerek kalça tutulumu nedeniyle yoğun immunsüpresif tedavi gerekecek hastanın muhtemel enfeksiyon odağı olan pnömatosel rezeksiyonu yapıldı.Takipte DMARD tedavisi artırıldı.

TARTIŞMA

Pnömatosel varlığında görülebilecek üç önemli komplikasyon mortalite ve morbiditeye sebep olmaktadır. Bunlardan birincisi; pnömatosel rüptüre olduğunda ani solunum yetmezliği tablosuna yol açan pnömotoraks gelişmektedir. İkincisi; pnömatosel ani olarak genişlediğinde kardiyopulmoner kollapsa neden olan tansiyon pnömatosel tablosu görülmektedir. Diğer bir komplikasyon ise sekonder enfeksiyondur. Pnömatosel çoğunlukla tedavisiz takipte kendiliğinden spontan geriler. Genellikle komplikasyon varlığında müdahale gerektirir. Fakat vakamızda olduğu gibi enfekte olan ve otoinflamatuar bir hastalığa bağlı kronik immunsüpresif tedavi alan vakalarda pnömatosel varlığı mortal sonuçlanabilen enfeksiyon riski taşımaktadır. Ayrıca ilerleyici deformitelere neden olan hastalığın etkili tedavisinin sürekli aksamasına neden olacaktır. Bu nedenle hastamızda komplikasyon gelişmesi beklenmeden yapılan etkili cerrahi tedavi yaklaşımı uygun görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Pnömatosel, Romatoid Artrit

[PP-088][Kabul:Poster][Diğer]

**Pakidermodaktili: Romatologların haberdar olması gereken nadir bir klinik antite**

Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Harun Aslan<sup>2</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>, İsmail Şimşek<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Pakidermodaktili, benign parmak fibromatozisin nadir bir edinsel şeklidir ve parmakların çevre çevre şişliği ile karakterize bir hastalıktır. Karakteristik klinik özelliği, 2-5. parmakların proksimal interfalangeal (PIF) eklemlerinin çevresindeki dokuların ağrısız şişliğidir. Alışkın olmayan hekimler, bu bulguyu, romatoid artrit bağıli eklemlerin fuziform şişliği ile karıştırabilir. Burada, romatoid artrit ön tanısı ile kliniğimize sevk edilen bir hastayı sunmaktayız.

Olgu: 20 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıldır olan ve progresif olduğunu ifade ettiği el parmaklarındaki şişlik yakınması ile kliniğimize kabul edildi (Resim 1). Sistem sorgulamasında romatolojik hastalık düşündürür bulgusu yoktu. Hastanın el parmak eklemlerinde ağrı veya sabah tutukluğu yakınması da bulunmamaktaydı. Fizik muayene, PIF eklem şişliği dışında normaldi ve palpasyonda hassasiyet saptanmadı. Laboratuvar incelemede, akut faz yanıtı normal, ve ANA, RF, CCP tetkikleri negatif olarak tespit edildi. Düz grafilerde eklem etrafında yumuşak doku şişliği dışında patolojik bulgu tespit edilmedi. Çekilen el MR'ında cilt altı dokuda kalınlaşma tespit edildi ancak sinovit ile ilişkilendirilebilecek bulgu saptanmadı. Pakidermodaktili ön tanısı ile alınan cilt-cilt altı biyopsi sonucu da ön tanıyı destekler nitelikte idi. İntralezyonel steroid uygulanan hastanın takibinde bulgular da gerileme tespit edildi.

**TARTIŞMA:** Pakidermodaktili, sadece görsel olarak değerlendirildiğinde RA'de sık tutulan eklem gruplarından olan PIF eklemlerinde görülen fuziform şişlik ile karıştırılabilir. Özellikle ağrı ve sabah tutukluğu gibi inflamasyon bulgularının olmaması ayırım açısından önemlidir. intralezyonel steroid uygulamasından yanıt alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** pakidermodaktili



## Resim 1



[PP-089][Kabul:Poster][Osteoartrit]

### Pakidermodaktilive Osteoartritli Bir Vaka

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Bağdagül Yüksel<sup>2</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Nurşen Düzgün<sup>1</sup>, Gamze Alkız<sup>3</sup>, Bilge Ayça Karabörk<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilimdalı

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilimdalı

Giriş: Pakidermodaktili ilk kez 1973'te Bazex ve arkadaşları tarafından raporlanmıştır.

Pakidermodaktili II-IV. proksimal interfalangeal eklemlerin lateral yüzlerinde asemptomatik, benign şişlik ile karakterizedir. Bizde osteoartrit ve pakidermodaktili birlikteliği nadir olması nedeniyle bildirmek istedik.

Olgu: 56 yaşında, daha önce bilinen hiçbir hastalığı olmayan erkek hasta hastanemiz romatoloji polikliniğine el eklemlerinde şişlik yakınması ile başvurdu. Proksimal interfalangeal eklemlerde şişlik yakınması dışında aktif şikayeti olmayan hastanın bu yakınması son beş yıldır mevcutmuş. El eklemlerinde ağrı, kızarıklık, hassasiyet yakınmaları hiç olmayan hastanın el eklemlerindeki şişlikler ilk ortaya çıktığı zamandan beri aynı şekildeymiş, artma ya da azalma tariflemiyordu. El eklemi dışındaki eklemlerde yakınması hiç olmamış, sabah tutukluğu tariflemiyordu. Romatolojik hastalıklar yönünden yapılan sistem sorgusunda hiçbir yakınması yoktu. Hastanın özgeçmişinde bilinen sistemik bir hastalık ve düzenli kullandığı ilaç yoktu. 15 yaşından beri terzilik yapıyordu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki el proksimal interfalangeal eklemlerde berlingerin şişlik mevcuttu. Hassas eklem saptanmadı. Diğer eklemlerinde şişlik, hassasiyet, kızarıklık yoktu, diğer sistem muayeneleri normaldi. Tam kan sayımı, kreatinin, ALT, AST, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, ANA, anti-CCP, RF istendi. Eritrosit sedimentasyon hızı:17 mm/st, CRP <0.8 mg/L, RF <10.4 IU/mL(referans değerler:0-15.9) ve anti CCP:1.0 RU/mL(referans değerler:0-5) saptandı

ANA +(zayıf benekli) saptandığından nükleer antijenlere karşı antikorlara bakıldı ve hepsi negatif geldi. Hastanın her iki elinin postero-anterior direkt grafisi çekildi. Distal interfalangeal eklemlerde ise osteofitik değişiklikler ve osteoartritle uyumlu bulgular saptandı. Hastanın yapılan eklem ultrasonografisinde proksimal interfalangeal eklemlerde inflamasyon ile uyumlu bulgu saptanmadı. Hastanın yapılan her iki el MR görüntülemesinde yaygın osteofitik sivrileşmeler, sol el üçüncü proksimal interfalangeal eklem düzeyinde ve komşu yumuşak dokuda kalınlaşma yaygın değişiklikler izlendi. Sağ elde de benzer değişiklikler saptandı. Pakidermodaktili tanısının kesinleşmesi için hastanın sol el üçüncü parmak proksimal interfalangeal eklemının lateral yüzündeki ciltten lokal anestezi eşliğinde cilt biyopsisi yapıldı, spesifik patoloji saptanmadı. Pakidermodaktili tanısı konan hastanın aralıklı kontrollerle tedavisiz takibe alınmasına karar verildi.

#### TARTIŞMA

Pakidermodaktili nadir görülen bir hastalıktır. Pakidermodaktili vakaların çoğunlukla genç erkekler olduğunu görmekteyiz. Vakayı ilginç kılan diğer yön ise osteoartrit ile birlikte prezente olmasıydı. Pakidermodaktili tanısının konulması hastaları gereksiz birçok tetkikten ve yararsız tedavi girişimlerinden koruması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** pakidermodaktili, osteoartrit

#### elin görüntüsü



[PP-090][Kabul:Poster][Diğer]

#### Paraneoplastik bir antite olarak Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı

Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Ahmet Karakaş<sup>2</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Ömer Coşkun<sup>2</sup>, İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Can Polat Eyigün<sup>2</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı (EBSH), juvenil romatoid artritin sistemik formuna benzeyen ve nedeni bilinmeyen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Yüksek ateşe ek olarak geçici somon rengi döküntü, boğaz ağrısı, karaciğer disfonksiyonu, lenfadenopati, hepatosplenomegali, artrit ve lökositoz ile karakterizedir. Tanısında kullanılan patognomonik herhangi bir klinik veya laboratuvar

bulgu olmadığı için, EBSH aslında bir dışlama tanısıdır. Enfeksiyonlar ile birlikte maligniteler ve diğer romatizmal hastalıklar ayırıcı tanıda göz önünde tutulması gereken en önemli hastalık gruplarıdır. Her ne kadar hastalığın tanısı kanser olasılığının dışlanmasını gerektirse de, çeşitli malign hastalıkların seyrinde EBSH veya EBSH-benzeri bulgularının ortaya çıkabildiği yönünde yayınlar mevcuttur. Bu durumun ko-insidans mı yoksa paraneoplastik bir sendrom mu olduğu konusu tartışmalıdır. Burada, EBSH klinik bulgularının gözleendiği renal hücreli karsinomu olan bir vakayı sunuyoruz.

Vaka: 69 yaşında erkek hasta, 2 aydır devam eden ateş yakınması nedeniyle hastanemize kabul edildi. Hasta 7 yıldır polikistik böbrek hastalığına bağlı kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle takip edilmekte idi. Rutin takipleri esnasında tespit edilen renal kitle nedeniyle yaklaşık 3 ay önce sol nefrektomi uygulanmış ve sarkomatoid tip renal hücreli karsinom tespit edilmişti. Operasyon sonrası ateş ve terleme yakınması başlayan hasta, herhangi bir kaynak bulunamamasına rağmen çeşitli ampirik antibiyotikler kullanmış ancak yanıt alınamamıştı. Hastaneye kabulünde yüksek ateşi vardı ve fizik muayenede konjunktival solukluk, hepatosplenomegali ve aksiller lenfadenopatisi mevcuttu. Laboratuvar incelemede anemi, lökositoz ve trombositoz tespit edildi. Kan biyokimyası, üre-kreatin yüksekliği ve hipoalbuminemi dışında normaldi. Akut faz reaktanları yüksek tespit edildi. Enfeksiyon varlığına yönelik yapılan incelemede ferritin düzeyi 4815 ng/ml olarak tespit edildi. Otoantikör ve vaskülit belirteçleri negatif olan hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Tümör infiltrasyonu veya hemofagositoz izlenmedi. Ampirik antibakteriyel ve anti-fungal tedaviye yanıt alınamayan, ferritin yüksekliği, lenfadenopati, splenomegali, lökositozu ve ateşi olan hastada EBSH düşünüldü. Metilprednizolon 30 mg/gün başlanan hastanın ateş, artralji ve halsizlik yakınmaları ile akut faz yanıtındaki artış ve ferritin geriledi. Kemoterapisi planlanan hasta taburcu edildi. Tartışma: Burada renal hücreli karsinoma bağlı olarak gelişen literatürdeki ilk EBSH vakasını sunduk. Her ne kadar EBSH tanısı, malignitelerin dışlanmasını gerektirse de, bazen bu hastalıkların seyrinde de benzer bir klinik sendrom gelişebilir. Semptomları her ne kadar steroid tedavisi ile gerilese de asıl tedavi altta yatan maligniteye yönelik olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** paraneoplastik

**[PP-091][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]**

### **Pigmente Purpurik Dermatoz ve Primer Antifosfolipid Sendromu**

Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Tuğba Karakaş<sup>2</sup>, Arbil Açıklın<sup>3</sup>, Didem Arslan Taş<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>4</sup>, Eren Erken<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>Sütcü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji A.D, K.Maraş

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.D, Adana

<sup>4</sup>Hatay Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Antakya

**Giriş:** Pigmente purpurik dermatoz (PPD) deride belirgin hemosiderin depozitleri ve eritrositlerin ekstrasvazasyonu ile karakterize etyolojisi bilinmeyen kronik hastalıklar grubudur. PPD 5 klinik antiteye ayrılmıştır. Schamberg hastalığı veya purpurası (SP); PPD'nin yaygın, alt ekstremitelerde belirgin, nonpalpable purpura ile giden ve her yaşta görülen tipidir. Burada primer antifosfolipid sendromlu (AFS) ve SP'li bir olguyu sunmaktayız.

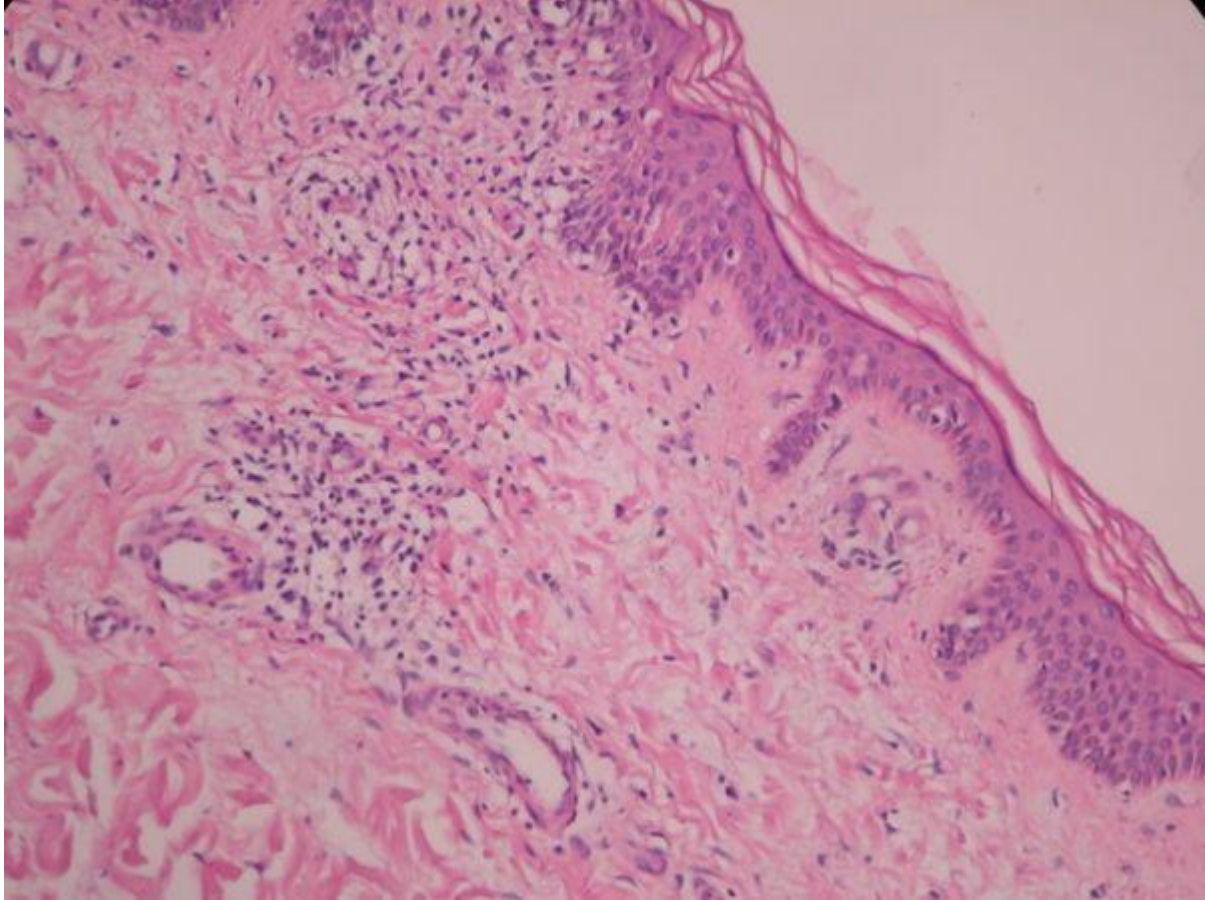
**Olgu:** 37 yaşında bayan, Ocak 2012'de kolesistektomi geçirmiş sonrasında her iki bacakta şişlik oluşmuş. Alt ekstremitte venlerinde tıkanıklık (DVT) olduğu söylenerek warfarin tedavisi başlanmış. Hasta bu ilacı üç ay almış, sonra kesilmesi önerilmiş. Son 2 aydır her iki bacakta şişliği artmış ve ağrı gelişmiş. Bir aydır her iki bacakta döküntü şikayeti eklenmiş. Öyküsünde 10.gebelik haftasında bir ölü doğumu vardı. Muayenede; Her iki bacak venleri belirgindi. Her iki alt ekstremitte distalinde yer yer grube peteşi ve purpurik papüllerle çevrili kırmızı-kahve rengi plakları vardı. Renkli doppler USG'de; venöz yetmezlik, sol popliteal vende non kanalize, sol ve sağ femoral vende kanalize trombüs tespit edildi. Arterleri normaldi. Hiperkoagülabilite durumları araştırıldı. Tam kan sayımı, akut faz reaktanları, tam idrar tetkiki ve biyokimyasal testleri normaldi. RF, ANA, Anti-dsDNA, ANCA, kriyoglobülin, kriyofibrinojen negatif bulundu. Komplemanlar (C3-C4) ve APTT normal sınırlarda idi. Lupus antikoagülanı pozitif bulundu. Antifosfolipid M-G negatif, Antikardiolipin antikor (AKA) İg M:22 (0-7) pozitif, G negatifdi. Hepatit B, C, HİV, GGK testi negatif idi. Tibia ön yüzdeki purpurik lezyondan deri biyopsisi yapıldı; Üst dermiste ödem, perivasküler lenfositden zengin hücre infiltrasyonu, kapiller damar proliferasyonu, damar duvarında kalınlaşma, endotelde şişme, belirgin eritrosit ekstrasvazasyonu görüldü (**Resim**). Morfolojik bulgular PPD ile uyumlu bulundu. Hastaya 2006 Sapporo kriterlerine göre Primer AFS tanısı kondu. Warfarin ve hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Purpuralara yönelik topikal steroid başlandı.

**Tartışma:** AFS'ye eşlik eden deri bulguları; livedo retikularis, ülser, nekroz, tromboflebit,

mikrotrombüsler sonucunda akral eritematöz, purpurik veya siyanotik maküllerdir. Daha nadir bulgular; el ve ayaklarda arteriyel oklüzyon sonucunda distal iskemi ve gangren görülebilir. AFS'nin cilt bulguları, vasküler anormalliklere (kapilleritis, livedo retikularis, akrosiyanoz, raynaud fenomeni ve tromboflebit) bağlı ve sıklıkla AKA sonucu gelişmektedir. İlaçlar, gıda katkı maddeleri, eksternal kontak ajanlar ve bazı enfeksiyonlar SP etyolojisinde suçlanmaktadır. Sistemik hastalıkların (hematolojik-onkolojik ve immünolojik) deri bulgusu olarak da görülebilir. AFS dışında ek bir patolojiye rastlanmadı. SP'da ana patolojik bulgu olgumuzda olduğu gibi kapilleritis'dir. Yine AFS'da da kapilleritis gözlenmektedir. Klinik ve histopatolojik bulgular SP'nin AFS ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Antikardiolipin, Purpura

## Deri Biyopsisi



*H&E X 400, Epidermiste ortokeratoz, spongiyoz, üst dermiste ödem, perivasküler lenfositden zengin mononükleer hücre infiltrasyonu, kapiller damar proliferasyonu, damar duvarında kalınlaşma, endotelde şişme, belirgin eritrosit ekstravazasyonu*

[PP-092][Kabul:Poster][Diğer]

## Pilotaj Muayeneleri ve Romatoloji

Hakan Aslan

S.B. Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Uçuş günümüz medeniyet seviyesinde hayatımızın vazgeçilmez bir parçasıdır.

Pilotlar ve diğer uçucu personelin sağlık yeterliliği uçuş emniyetinin en üst düzeyde sağlanması ve devamlılığı için elzemdir.

Uçuş yapan ve uçuşun gerçekleşmesinde görev alan her personelin yeterli sağlığa sahip olması

gereklidir. Kazalar maddi ve manevi kayıplar ile geçmez üzüntüler yaratmaktadır.

Uçuş muayeneleri, temel ve periyodik olmak üzere çeşitlidir. Bu muayenelerde dikkat edilmesi gerekli sağlık yeterlilikleri de uçucu personelin görev ve sorumluluğunun derecelerine göre farklılıklar göstermektedir. Pilot, kabin görevlisi, yer kontrolör vs. gerekli sağlık yeterlilikleri farklılıklar göstermektedir.

Sivil uçuşlarda, uçuş emniyetinin sağlanması için gereken sağlık yeterlilikleri uluslararası kurullarla belirlenmiştir. Bu kurallar ve ulusal uygulamalar uluslararası kurumlarca sertifikalandırılmakta ve denetlenmektedir.

Teknolojinin gelişmesi nedeniyle son yıllarda daha yüksek performanslı, daha çok yolcu kapasiteli ve daha uzun menzilli uçakların üretilmesi, uçuş muayenelerini gerçekleştiren uçuş tabiplerinin sorumluluklarını arttırmıştır.

Kas iskelet sistemi başta olmak üzere dolaşım ve sinir sisteminin önde yer alan yetenekleri ile devam eden uçuş esnasında solunum ve sindirim sistemi ile hormonal dengeler de önem taşımaktadır.

Uçuş muayenelerinde Hücre-hücre, hücre-doku, doku-sistem, sistem-sistem arasındaki normallik ve anormallik immün yapı ile birlikte değerlendirme yeteneğine sahip romatologların ve romatoloji disiplininin görevi önemlidir. Eğitim görevlisi olan Romatologların da bu konuda bilinçlendirilmesi gereklidir.

Örneğin Spondilartropati yada diğer inflamatuvar artropati zemini bulunan bir uçucunun uzun süre kabin içinde hareketsiz kalması uçuşu etkileyebilir. Aynı şekilde Üveit atağı yada Temporal artrit komplikasyonları bulunan bir uçucu düşünülebilir mi? Antifosfolipid antikor sendromunun diğer adı " Economy Class syndrome" zaten uçuş hayatından gelmiştir. Romatolojik kökenli Pulmoner hipertansiyon?, Sistemik vaskülitler ?, Behçet hastalığı?...

Romatolojik nedenlerle devamlı veya geçici süreli ilaç kullanımı da uçucu sağlığında göz önünde tutulması gereken diğer bir önemli konudur.

Ulusal ve uluslararası kurum ve kurullarla birlikte romatolojik konular ve romatologlara düşen görevler burada iletilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** muayene, uçuş

[PP-093][Kabul:Poster][Diğer]

## **Poliartiküler Tutulumla Başvuran Malign Histiositoz Tanılı Hasta:Olgu Sunumu**

Ayşe Balkarlı<sup>1</sup>, Şahin Temel<sup>2</sup>, Cemile Canan Karatay<sup>2</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi romatoloji bilim dalı denizli

<sup>2</sup>Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi iç hastalıkları ana bilim dalı denizli

### **GİRİŞ:**

Malign histiositoz (MH), histiosit/makrofajlardan kaynaklanan hızlı seyirli, ateş, ikter, lenfadenopati, hepatosplenomegali ve pansitopeni ile seyreden nadir bir hematolojik malignitedir. Hızlı seyri ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle bazı vakalarda tanı ancak postmortem dönemde konulabilir. Biz burada poliartiküler eklem tutulumu ile başvuran, cilt lezyonundan yapılan biyopsi sonucu malign histiositoz tanısı koyduğumuz bir hastamızı sunmak istedik.

### **Olgu:**

22 yaşında erkek hasta, 3 aydır olan ateş, halsizlik, kilo kaybı, el, ayak bilek, diz ve dirseklerinde şişlik, ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde hastanın vital bulguları ateş yüksekliği (39 C) dışında normaldi. Periferik LAP, organomegali yoktu. Sağ 3. MKF, bilateral, diz, ayak bilek ve sağ dirsek eklemünde artrit bulguları mevcuttu. Bilateral üst kol ön yüzde cilt altı milimetrik nodüler lezyonları vardı. Laboratuvar incelemesinde böbrek fonksiyonları normal, AST, ALT, ALP,GGT değerleri ılımlı yüksekti. LDH 2026, CK 906, Hb:12.7 g/dl, trombosit 244.000, lökosit 15.600 (nötrofil 11.200), sedim 43 mm/h, CRP 19 mg/dl, RF ve anti CCP negatifti. Enfeksiyöz nedenlere yönelik istenmiş olan viral, bakteriyel, paraziter serolojik testleri normaldi. Sakroiliyak grafisi ve sakroiliyak MR'ı normaldi. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Sağ üst kol ön yüzde bulunan cilt altı nodülü eksize edildi. Patolojik inceleme sonucu malign histiositoz olarak raporlandı.

### **Sonuç:**

Malign histiositoz (MH), her yaşta görülebilir (ortalama 35 yaş ) ve erkeklerde daha siktir (E/K: 2.2). Hastalık sinsi başlangıçlı olabileceği gibi akut bir seyirle haftalar içinde ölümle sonuçlanabilir. Deri ve akciğer gibi ektranodal bölge tutulumu siktir. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsinin tanıya yardımcı olamayabileceği ve tanının lenf gangliyonu veya diğer dokulardan alınan biyopsilerle konulabileceği unutulmamalıdır. Vakamızda kemik iliği aspirasyon ve biyopsi örneklerinde patolojik bulgu yoktu. Vakamız kliniğinin MH açısından atipik olması ve kemik iliği histolojik incelemesinden

değil mevcut kliniği de göz önüne alındığında romatoid nodül sanılabilecek cilt altı nodüler lezyonundan tanı almış olması nedeniyle önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** malign histiyositoz

## [PP-094][Kabul:Poster][Yumuşak-Doku romatizmaları]

### **Preliminary study: Is there a relationship between Epstein-Barr virus infection and fibromyalgia syndrome?**

Kazım Şenel<sup>1</sup>, Buminhan Seferoğlu<sup>1</sup>, Tuba Baykal<sup>2</sup>, Esin Aktaş<sup>3</sup>, Meltem Alkan Melikoğlu<sup>4</sup>, Akın Erdal<sup>1</sup>, Mahir Uğur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Physical Medicine and Rehabilitation, Ataturk University Medicine Faculty, Erzurum, Turkey

<sup>2</sup>Physical Medicine and Rehabilitation, Batman Regional Hospital, Batman, Turkey

<sup>3</sup>Microbiology, Ataturk University Medicine Faculty, Erzurum, Turkey

<sup>4</sup>Rheumatology, Ataturk University Medicine Faculty, Erzurum, Turkey

**Introduction:** The fibromyalgia syndrome (FMS) is a chronic disease with an unknown etiology. Environmental factors, familial component, endocrinological and neurotransmitter changes and psychological factors are suggested to contribute in the development of FMS. The role of viral infectious agents is still controversial. Several infectious agents were studied in the etiology of FMS. Despite serological evidences, no specific agents has been found. The clinical presentation of FMS is similar in some respects to Epstein Barr Virus (EBV) infection, and this virus infection may mimic FMS. In this present study, we aimed to investigate the possible role of EBV in FMS patients.

**Material-Method:** Twenty female consecutive patients diagnosed as having FMS and 20 age and sex matched patients with mechanic low back pain were included in the study. FMS was diagnosed according to the 1990 American Collage of Rheumatology criteria. The patients with FMS were examined for age, medication, number of tender points, visual analogue scale for pain, Beck Depression Inventory, sleeping disorders, and disease duration. Blood samples were collected from patient and control group, in heparin/EDTA containing tubes. In laboratory examination; routine biochemical tests, complete blood cell count, erythrocyte sedimentation rate, all serological tests. Titers of IgM and IgG antibodies to the viral capsid antigen (VCA) and EBNA IgG antibodies to the nuclear antigen of EBV (VCA IgM, VCA IgG, and EBNA IgG) were determined by enzyme-linked fluorescence assay (ELFA, VIDAS method).

**Results:** The mean age was 30,94 (min 21, max 56) years for FMS patients and 31,5 years for the control group. The mean disease duration was 69,47 (min 3, max 300) months. No significant difference was found in the demographic characteristics between the two groups. None of the patients with FMS and controls had anti EBV-VCA IgM positivity. However, in the patient group, 20 patients (%100) had anti EBV-VCA IgG positivity, and 19 patients (%95) had anti EBV-EBNA IgG positivity. The mean EBV-VCA IgG and EBNA IgG antibodies were found as 3,74 unit/ml, 5,41 unit/ml, respectively. The difference between two group was statistically significant ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** Our results was consistent with past or latent EBV infection in all FMS patients. We suggest that FMS may be reactivated or triggered by EBV infection in susceptible subjects.

**Keywords:** Fibromyalgia syndrome, Epstein-Barr virus

## [PP-095][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

### **Retroperitoneal Fibrozis ve Bağ Doku Hastalığı İlişkisi**

Müge Aydın Tufan<sup>1</sup>, Melda Ulaş<sup>2</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, ankara

<sup>2</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç Hastalıkları anabilim dalı, ankara

Retroperitoneal Fibrozis, retroperitoneal dokunun fibrozisiyle karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Obstrüktif üropati ve böbrek yetmezliği önemli komplikasyonlarıdır. Olguların 1/3'ü nde altta yatan bir neden vardır (ilaç kullanımı, malignite, reidel troidit, abdominal cerrahi ve radyoterapi, sklerozan kolanjit gibi).2/3 ise idiopatikdir. İdiyopatik olan için iki patogeneze düşünülmektedir. Birincisi abdominal aortada oluşan aterosklerotik plak antijenlerine karşı lokal bir

enflamatuvar yanıttır. İkinci hipotezse sistemik semptomların varlığı, akut faz reaktanlarının yüksekliği nedeniyle hastalığın otoimmün bir hastalığın bir parçası olduğudur. %60 olguda ANA pozitifliği vardır.

OLGU1: 54 yaşında erkek hasta iki aydır olan karın ağrısı yakınmasıyla Genel Cerrahiye başvurdu. Fizik incelemesinde; karında hassasiyet vardı. Sedim 97 mm/st, CRP:34 mg/L, kreatinin 3 mg/dl olması üzerine hasta nefroloji servisine yatırıldı. USG'de, sol böbrek agenezi, sağ böbrekte kompensatris hipertrofi ve toplayıcı sistemde dilatasyon vardı. MR'da paraaortik alandan iliak bifürkasyona uzanan ve her iki iliak arteri saran 2 cm'lik yumuşak doku tespit edildi. Sağ üretere DJ katater takıldı ve işlem sonrası kreatinin değerleri geriledi. ANA pozitif olması üzerine hasta tarafımıza danışıldı. ANA 1/300 sentromerdi. ENA profilinde anti sentromer +++ ve anti pm-scl + pozitifliği saptandı. Eko'da PAB: 28 mmHg, akciğer grafisi normaldi. Retroperitoneal fibrozis ve bağ doku hastalığı tanılarıyla hidroklorokin, tamoksifen ve 24 mg prednol tedavisi başlandı. Hastanın birinci ay kontrolünde şikayetleri düzelmiş, CRP 3 mg/L ve kreatinin 0,8 mg/dL'di.

OLGU2: 49 yaşında erkek hasta 4 aydır yürürken bacaklarda uyuşma şikayetiyle merkezimize başvurdu. Abdominal BT'de; abdominal aorta distal yarısı ve her iki ana iliak arterde duvar kalınlaşması, paraaortik ve parailiak dokularda yumuşak doku görünümü tespit edildi. İliak artere stentleme uygulandı. Hasta 2 hafta sonra karın ağrısı nedeniyle genel cerrahi bölümüne başvurdu. Tomografide sağ iliak ven ve inferior vena kava proksimalinde stenoz tespit edildi. Yapılan biyopsi sonucu fibrozis, CD3 ve CD20 pozitif olarak raporlandı. Girişimsel radyoloji darlıklara stent uygulandı ve hasta tarafımıza konsülte edildi. Fizik incelemesi normaldi. Schirmer 5mm, sedim:58 mm/saat, CRP:17 mg/L, kreatinin 0.8 gr/dl, ANCA negatif, ANA 1/100 nükleolardı. ENA profilinde anti-sm+ olarak geldi. Hastaya 1mg/kg/gün prednol ve 500 mg iv siklofosfamid ve hidroklorokin tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında stentler açık ve yumuşak doku lezyonunda %50 azalma tespit edildi. Bizim iki olgumuzda da herhangi bir hastalık, cerrahi girişim ya da ilaç kullanım öyküsü yoktu. Her ikisinde de ANA pozitifliği mevcuttu. Bunun Bağ Doku Hastalığı'nın bir belitisi mi? Ya da idiyopatik retroperitoneal fibrozise bağlı olarak ANA pozitifliği mi? ayrımı güç olabilir. Bizce her iki olguda da Bağ Doku Hastalığı mevcuttu.

**Anahtar Kelimeler:** bağ doku hastalığı, retroperitoneal fibrozis

**[PP-096][Kabul:Poster][Behcet hastalığı]**

### **39 Behcet hastamızın demografik özellikleri**

Sengül Aksaka, Refik Ali Sarı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, İmmünoloji BD, Trabzon

Behcet hastalığı (BH), oral ve/veya genital ülserasyonlar, deri lezyonları ve iltihabi göz bulgularının ön planda olmakla birlikte pek çok sistemi tutabilen kronik ve ataklarla seyreden sistemik vaskülitir.

Kliniğimize 2009 yılından itibaren BH tanısı almış ve halen izlenmekte olan Behcet hastalarının demografik özelliklerini inceledik. Hastanemizde 20'si erkek 19'u kadın olmak üzere 39 hasta Behcet Hastalığı tanısı almıştır. Bu hastaların yaş ortalaması 38,6 idi. 5 hasta (%12,8) 40 yaş sonrası tanı almıştır. Hastaların başvurduğunda mevcut şikayetleri göz önüne alındığında 38 hastada (%97) oral aft, 26 hastada (%68,4) genital aft, 26 hastada (%68,4) artralji, 4 hastada (%10,2) artrit, 15 hastada (%35,89) cilt lezyonları (eritema nodozum, papülopüstüler lezyonlar, akneiform lezyonlar), 17 hastada görme bulanıklığı (% 43,5) mevcuttu. 1 hastada hemoptizi, 1 hastada nefes darlığı, bir hastada ani görme kaybı, iki hastada şiddetli başağrısı, bir hastada sol kolda güç kaybı, 1 hastada ateş yüksekliği tespit edildi. 14 hastada (%35,9) akut faz reaktanlarında yükseklik tespit edildi. 17 hastada (%43,5) üveit mevcuttu. 4 hastada (%10) nörobechet tablosu vardı. 8 hastada (%20,5) damar tutulumu mevcuttu. 4 hastada DVT, 2 hastada pulmoner arter tutulumu, bir hastada retinal arter tutulumu, bir hastada da subklaviyen ven tutulumu mevcuttu. Hastaların 13'üne paterji testi yapıldı. 7 hastada (%53) paterji testi pozitif tespit edildi. 7 hastada HLA-B51 pozitif bulundu. Bir hastada sebat eden hematüri mevcutu. Hastaya böbrek biyopsi yapıldı ve Mezengioproliferatif glomerülonefrit olarak tanı kondu. Sonuç olarak değerlendirildiğinde kliniğimize başvuran Behcet Hastalığı tanısı almış hastalarda organ tutulum oranları benzer bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Behcet hastalığı, demografik özellikler

**[PP-097][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]**

## **Adrenal hematoma ve Periferik Arteriyel Tromboz ile Başvuran Antifosfolipid Sendromu Olgusu**

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Levent Kebapçılar<sup>2</sup>, Mehmet Dağlı<sup>3</sup>, Ali Topçu<sup>4</sup>, Ali Gündoğdu<sup>4</sup>, Sema Yılmaz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Endokrinoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

### **GİRİŞ**

Atipik karın ağrısı etyolojisi araştırılırken adrenal hematoma tanısı konulup, akut adrenal yetmezlik açısından incelediğimiz antifosfolipid sendrom (AFS) olgumuzu sunduk.

### **OLGU**

18 yıl önce AFS tanısı konulan, derin venöz tromboz ve 2 kez SVO öyküsü olan 48 yaşında erkek hasta, 2 ay önce sol elde şişlik, hemoptizi ve karın ağrısı şikayetiyle yapılan tetkiklerinde sağ sürrenal bezde 55x31 mm boyutunda düzgün sınırlı lobüle konturlu hematoma izlenmesi üzerine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı: 130/80 mmHg, nabız:120/dk, ateş:36,7 C idi. Muayenesinde abdomende venöz kollateraller saptandı. Skrotum ödemli idi ve variköz venler görüldü. Ekstremitelerde sağ elde fleksiyon kontraktürü, sağ el 2. parmak, sağ ayak 3. parmak, sol ayak 2. ve 3. parmakta dijital ülserler mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökopeni, trombositopeni, direkt ve indirekt coombs pozitif anemi mevcuttu. APTT: 51sn (25-34), protein C normal, protein S %69 (/75-130) idi. Sedimentasyon: 44 mm/sa (0-10), CRP: 10,7 mg/L (0-5) idi. ANA 1/1000 homojen, 1/320 sitoplazma granüler boyanma izlendi. Anti-ENA profilinde histon, nükleozom, PM-Scl, RNP/Sm, dsDNA, AMA-M2 pozitif idi. Antikardiyolipin IgM ve IgG pozitif, C3: 0,824 g/L (0,9-1,6), C4:0,171 g/L (0,1-0,4) normaldi. RF, soğuk aglutinasyon ve ANCA negatif idi. Ig G, Ig A ve IgM düzeyleri normaldi. Kranial MR'de, yaygın kronik infarkt alanları ve iskemik gliotik değişiklikler izlendi. Bilateral alt ekstremitelerde venöz doppler USG'de sağ femoral ven ve bilateral popliteal venlerde kronik DVT saptandı. Toraks BT, mediastinal hiler lenfadenopati, her iki akciğer alt loblarda peribronkovasküler buzlu cam dansitesinde retiküler görünümde infiltrasyonlar izlendi. Hasta antikoagulan ve antiagregan tedavi almaktaydı fakat adrenal hematoma nedeniyle kesildi. Hastamızda adrenal yetmezliği düşündürcek bulgulardan hipotansiyon, hiponatremi, hiperkalemi ve hiperpigmentasyon yoktu. Bazal hormon değerleri ve dinamik testlerde adrenal yetmezlik veya fonksiyonel adenomu düşündüreren patoloji saptanmadı. Hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon ve hidroklorokin 200 mg/gün başlandı. Dijital ülser lezyonlarında kısmen iyileşme saptandı. Kemik iliği biyopsisinde miyelodisplastik sendrom saptandı. Takibi hematoloji ve genel cerrahi bölümü ile birlikte devam edildi.

### **TARTIŞMA**

AFS primer veya bazı otoimmün hastalıklara özellikle de sistemik lupus eritematozusa sekonder görülür. AFS'de adrenal tutulumun en korkulan komplikasyonu akut adrenal yetmezliktir. AFS çoğunlukla kadınlarda görülmesine rağmen adrenal tutulum genellikle erkeklerde daha sıktır. Görüntüleme yöntemlerinden bilgisayarlı tomografi tanıda yardımcıdır.

### **SONUÇ**

Antikoagulan tedavi almakta olan veya koagülasyon bozukluğu içeren hastalık tablosuna sahip hastalarda atipik abdominal veya inferior torasik ağrı varlığında özellikle ölümcül bir komplikasyon olan akut adrenal yetmezlik tablosunun önlenmesi açısından adrenal vasküler sistemde hematoma, hemoraji veya tromboz olabileceği akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** AFS, Adrenal Yetmezlik

**[PP-098][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]**

## **Ankilozan spondilit (AS) tanı süreci ve tanıda gecikme nedenleri**

Rabia Deniz<sup>1</sup>, Can Erzik<sup>2</sup>, Türkan Cengiz<sup>2</sup>, Ela Karakayalı<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>3</sup>, Pamir Atagündüz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul



**Giriş:** Kronik inflamatuvar bir hastalık olan AS genetik, çevresel etkiler, infeksiyon ajanları ve immün cevabın kombinasyonu ile oluşmaktadır. Genel olarak AS tanısı yaklaşık 8 -10 yıllık bir gecikme ile konmaktadır. Bunun temel nedeninin, radyografik sakroiliit gelişiminin geç olması ve modifiye New York kriterleri ile tanı için bunun kesin bir gereklilik olmasıdır.

**Amaç:** Türk hasta popülasyonunda AS tanı sürecini ve bu süreci etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

**Yöntem:** Modifiye New York Kriteri'ne göre tanı alan 62 erkek ve 48 kadın, toplam 110 AS hastasına, Ocak-Mayıs 2012 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde 21 açık uçlu soru ve BASDAI indeksinden oluşan anket yüzüye uygulanmış ve elde edilen veriler SPSS® ve Microsoft Excel® programlarında, anlamlılık eşiği testler için 0.05 kabul edilerek analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Hastalık başlangıcındaki tutulum paterni değerlendirildiğinde, sırasıyla erkek, kadın ve toplam için; periferik tutulum %16.4, %45.8, %29.4; aksiyel tutulum %52.5, %33.3, %44.0; periferik ve aksiyel tutulum birlikte %13.1, %12.5, %12.8 ve spesifik olmayan semptomlar %18.0, %8.3, %13.8 oranlarında saptanmıştır. AS başlangıç paterni olarak aksiyel tutulum erkek hastalarda anlamlı olarak daha fazladır (p=0.007). Hastaların şikayetleri başladıktan sonra ilk 1 yıl içinde herhangi bir hekime başvurma oranı periferik tutulumda %83.3, aksiyelde %77.1, AS spesifik semptomları olmayan grupta %60, periferik ve aksiyelde tutulumlu grupta ise %71.5'tir. Hastalar tanılarını ortalama olarak; periferik tutulumlu grupta 3.12, aksiyel tutulumlu grupta 3.0, AS spesifik semptomları olmayan grupta 3.20, periferik ve aksiyelde tutulumlu grupta ise 2.64 hekim muayenesinden sonra, ilk şikayetleri üzerinden periferik tutulumlu grupta 4.59, aksiyelde 6.44, spesifik semptomu olmayan grupta 4.69, periferik ve aksiyel birlikte grupta ise 4.60 yıl geçtikten sonra almıştır. %34.5 (periferik: %25.0, aksiyel %37.5, spesifik olmayan %46.7, periferik ve aksiyel %34.9) hasta doğru tanı öncesi en az bir farklı tanı almış ve bu tanıları %50.0 bel fıtığı, %18.3 oranında romatoid artrit olmuştur.

**Sonuç:** AS ülkemizde erken tanınmakla beraber tanı ortalama 5 yıl gecikmektedir. Periferik bulguları olan hastaların daha kısa sürede tanı alması, özellikle hastaların beşte birinin ilk tanı olarak romatoid artrit olarak sınıflandırılmış olması ve aksiyel tutulumlu hastaların öncelikle bel fıtığı olarak değerlendirilmesi nedeniyle olabilir. Sonuç olarak farklı hekim gruplarının inflamatuvar bel ağrısını ayırt etmesinin sakroiliak tutulumun objektif bulgularının araştırılmasına ve tanının daha erken konulmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, Tanı

[PP-099][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

## **Ankilozan spondilit hastalarında intermalleolar mesafe ölçümünde kullanılan üç farklı yöntemin karşılaştırılması**

Buse Özata<sup>1</sup>, Burak Uyar<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>, Nurullah Akkoç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, İzmir

Gerekçe

Ankilozan spondilit başlıca omurgayı ve sakroilyak eklemleri tutan kronik inflamatuvar bir romatizmal hastalıktır. Hastaların yaklaşık olarak 1/3 kadarında periferik eklemler etkilenir. Öte yandan eldeki veriler olguların %25-35 kadarında da kalça eklemlerinin tutulabildiği yönündedir. AS hastalarında omurga hareketleri değerlendirilmesinde çeşitli testler kullanılır. Bunlardan Schöber testi ve lomber fleksiyon testleri lomber omurganın hareketlerini, servikal rotasyon ölçümü servikal vertebra hareketliliğini, göğüs genişliği ölçümü, göğüs kafesinin hareketliliğini, intermalleolar mesafe ölçümü (İMÖ) de kalça hareketlerini değerlendirmede kullanılır. Yapılan çalışmalar 100 cm küçük İMÖ değerlerinin kalça tutulumunu düşündürdüğünü göstermiştir. Günümüzde İMÖ değerlendirmede kullanılan üç yöntem mevcuttur (yatarak, oturur vaziyette ve ayakta) ancak bu ölçümler arasındaki uyum bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı İMÖ değerlendirmede kullanılan yöntemlerin birbirleriyle uyumunu değerlendirmektir.

Yöntem

Modifiye New York kriterlerine göre tanı almış ardışık 61 AS hastası çalışmaya alındı (44.1±12.3 yıl; 35 erkek, ve 26 kadın). Bu hastalarda 2 farklı araştırmacı yatar pozisyonda, ayakta dururken ve oturur vaziyette olmak üzere İMÖ değerlendirdi. Ölçümlerin uygulanma yöntemleri figür 1` de

özetlenmiştir. Gözlemcilerin kendi içinde ve birbirleriyle olan uyumu değerlendirmek amacıyla randomize olarak seçilmiş 10 hasta 2 hafta sonra tekrar değerlendirildi. Çalışmada gerek gözlemciler arası uyumu gerekse ölçüm yöntemlerinin birbirleri ile olan uyumlarını değerlendirmede sınıf içi (intra-class) korelasyon (ICC) katsayısı kullanıldı. ICC değerinin > 0.75 olması iyi derecede uyumu tanımlamada sınır değer olarak alındı.

#### Sonuçlar

Gerek gözlemcilerin kendi içerisindeki (intra-observer) ve birbirleriyle olan (inter-observer), gerekse ölçüm yöntemlerinin kendi aralarındaki uyumları aşağıda özetlenmiştir (değerler güven aralıkları ile birlikte verilmiştir).

#### A- Gözlemcilerin kendi içerisindeki ve birbirleriyle olan uyumları:

Gözlemci 1' in kendi içerisindeki İMÖ uyumu: yatarak 0.98 (0.91-0.99), ayakta 0.97 (0.6-0.97, ve oturur vaziyette 0.88 (0.88-0.99). Gözlemci 2' nin kendi içerisindeki İMÖ uyumu: yatarak 0.99 (0.97-0.99), ayakta 0.99 (0.94-0.99), ve oturur vaziyette 0.98 (0.97-0.99). Gözlemci 1 ve 2' nin kendi aralarındaki uyum: yatarak 0.96 (0.85-0.99), ayakta 0.99 (0.97-0.99), ve oturur vaziyette 0.99 (0.98-0.99) olarak bulunmuştur.

#### B- İMÖ yöntemlerinin birbirleriyle olan uyumu

Gözlemci 1 tarafından elde edilen verilere göre yatar pozisyonda, ayakta dururken ve oturur vaziyette ölçülen İMÖ uyumu 0.81 (0.73-0.88), ve gözlemci 2 tarafından elde edilen değer 0.81 (0.72-0.87) olarak tespit edilmiştir.

#### Tartışma

Çalışmamızdan çıkan sonuçlara göre yatar pozisyonda, ayakta dururken ve oturur vaziyette ölçülen İMÖ değerleri kendi aralarında iyi uyum değerlerine sahip olup araştırmacılar bu ölçüm yöntemlerinden herhangi birini hastalarında güvenle kullanabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit

## İntermalleolar mesafe ölçüm yöntemlerinin uygulanması



[PP-100][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

## Ankilozan spondilit hastalarında sindesmofit varlığı ile ilişkili çeşitli biyobelirteçlerin ve klinik parametrelerin değerlendirilmesi

Tuğba Tüylü<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>, Didem Leyla Kozacı<sup>3</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>, Necati Günay<sup>3</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Nurullah Akkoç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, İzmir

<sup>3</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Biyokimya ABD, Aydın

#### Gerekçe

Ankilozan spondilit (AS) başlıca omurga ve sakroilyak eklemleri tutan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Omurga tutulumu sindesmofit varlığı ile karakterize olup bunların zaman içerisinde ilerlemesi ankiloz gelişimine neden olur. Özellikle son yıllarda sindesmofit patogenezi konusunda çeşitli araştırmalar yapılmakta olmasına karşın bu alanda bilgilerimiz halen sınırlı olup yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız kemik yapım ve yıkımı ile ilgili çeşitli biyobelirteçlerin ve çeşitli klinik parametrelerin sindesmofit ile olan ilişkisini araştırmaktır.

#### Yöntem

Sindesmofit tayinini iki deneyimli romatolog servikal ve lomber omurganın ön-arka, ve lateral grafilerini randomize ve kör bir şekilde değerlendirerek yaptı. Sindesmofit varlığı kategorize

edilerek var ve yok olarak skorlandı. İhtilafa düşülen olgularda ikinci bir oturum ile konsensus sağlandı. Yukarıda tanımlamaya uygun olarak ardışık 55 sindesmofitli ve 31 sindesmofiti olmayan modifiye New York kriterlerine göre AS'li hasta çalışmaya alındı. Biyobelirteç olarak şu ELİSA kitleri kullanıldı: hsCRP, IL-6, dickkopf-1 (DKK-1), RANKL (receptor activator of nuclear factor-κB ligand, osteoprotegerin (OPG), bone morphogenetic protein-7 (BMP-7), ve fetuin-A.

#### Sonuçlar

Çalışmada toplam 86 hasta mevcuttu (31 sindesmofiti olmayan, %65 erkek [E], 41.5±8.2 yıl; 55 sindesmofiti olan, %71 E, 43.9±9.7 yıl). Hastalık süresi, cins ve yaş dağılımları, BASFİ ve BASDAİ her iki grupta benzer oranlardaydı (P > 0.05). Bununla birlikte BASMİ ve sigara kullanımı (halen ve önceki kullanım öyküsü) sindesmofit olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı oranda farklıydı (P < 0.05, 3.18±1.5 vs. 4.53±1.9, ve 86% vs. 58% sırasıyla). Biobelirteçlerin değerlendirilmesi sonucu OPG, sRANKL, DKK-1, sclerostin, ve BMP-7 seviyelerinin gruplar arasında benzer olduğu, buna karşın fetuin-A'nın sindesmofit olan grupta olmayan gruba göre anlamlı oranda yüksek bulunduğu görüldü (P < 0.05, 1.17±0.16 vs. 1.08±0.15 mg/ml, Tablo 1). Korelasyon analizinde sindesmofitlerin BASMI, sigara kullanımı ve fetuin A ile anlamlı ilişki gösterdiği tespit edildi (P < 0.05, r= 0.3, 0.3 ve 0.2 sırasıyla). Regresyon analizinde sindesmofiti öngören değişkenler fetuin-A (odds ratio [OR], ve 95% güven aralığı [GA] = 31.2, ve 0.94-1039), BASMI (OR, ve 95%GA = 1.7, ve 1.2-2.3), ve sigara kullanımı (OR, ve 95%GA = 0.2, ve 0.06-0.7) olarak bulundu.

#### Tartışma

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar bir kalsifikasyon inhibitörü olan fetuin A'nın AS hastalarında sindesmofiti öngörmede kullanılabilecek yeni bir biyobelirteç olabileceği yönündedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, biyobelirteçler

### Sindesmofiti olan ve olmayan AS hastalarının karşılaştırılması

	Sindesmofit (+), n= 55	Sindesmofit (-), n= 31	P değeri
DKK-1 (pg/ml)	1967±1318	1718±1054	0.37
Sclerostin (pg/ml)	143±117	130±116	0.64
sRANKL (pmol/l)	110±95	130±74	0.32
OPG (pg/ml)	1916±593	1905±493	0.93
BMP-7 (pg/ml)	7.8±14	8.4±17	0.87
Fetuin-A (mg/ml)	1.15±0.17	1.08±0.12	0.04
hsCRP (mg/ml)	9.9±6.4	9.2±7.1	0.62
IL-6 (ng/ml)	0.003±0.001	0.003±0.001	0.86

[PP-101][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Ankilozan Spondilit Ölçeklerinin Değerlendirmesinde Skalaların Hastaya Görsel Olarak Sunulması Gerekli mi ?

Rıdvan Mercan, Abdurrahman Tufan, Berivan Bitik, Arif Kaya, Mehmet Engin Tezcan, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

#### GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS) sinsi başlangıçlı, intermittan alevlenmelerle seyreden, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın aktivitesinin ve hastanın fonksiyonlarının değerlendirilmesi, hastaya planlanan tedavinin seçimi, hastanın izlemi ve tedaviye yanıtının belirlenmesinde önem taşımaktadır. Bu amaçla çeşitli ölçüm indeksleri geliştirilmiştir: "Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASHAI)" en yaygın kullanılanlardan biridir. Bu çalışma BASHAI'nin standart

formatının likert, dikey, görsel ölçekli skalalar ve herhangi bir görsel ölçek olmaksızın puanlama ile karşılaştırılması ve hastaların bu indeksi ne kadar anladığını araştırmak amacıyla yapıldı.

#### HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları / Romatoloji Bilim Dalınca takip edilen Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış ardışık 132 hasta alındı. Hastalardan son bir haftayı düşünerek dört bölümden oluşan testi cevaplamaları istendi. Hastalara verilen testin ilk bölümü standart BASHİ'nin beş sorusu için yatay 10 cm'lik Visual Analog Scala (VAS) üzerinde durumlarını işaretlemeleri istendi (0 ucunda "yok" 10 yazan ucunda "çok şiddetli" yazmaktaydı). Testin ikinci kısmında 10 cm'lik VAS bu sefer dikey şekilde yine alt ucunda 0 yazan yerde "yok", üst ucunda 10 yazan yerde "çok şiddetli" şeklinde, beş soru için durumlarına uygun yeri işaretlemeleri istendi. Her iki testte sabah tutukluğu süresini belirlemek için yatay ve dikey olarak çeyrek saatlere ayrılmış çizgi üzerinde süreyi işaretlemeleri istendi. Maksimum süre 2 saate göre belirlenmişti. Testin üçüncü kısmında her bir soru için boş kutucuğa 0 ile 10 arasında kendilerine uygun bir puan yazmaları istendi. Dördüncü kısımda ise 5 soru için "yok", "çok hafif", "orta", "ağır" ve "çok ağır" şeklinde beş kutucuğa ayrılmış yerlerden birini işaretlemeleri istendi.. Hastaların her bir soruya verdikleri cevaplar 4 test arasında soru bazında ve total BASHİ skoru açısından karşılaştırıldı. Ayrıca total BASHİ skoru eğitim durumu, hastalık süresi, yaş ve cinsiyet ile karşılaştırıldı.

#### SONUÇLAR - TARTIŞMA

Çalışmaya alınan 132 AS'li hastanın 72'si erkek, 60'ı kadındı. Hastaların yaş ortalaması  $36.5 \pm 9.8$  yıl, ortalama hastalık süreleri  $5.1 \pm 5.3$  yıl ve tanıda geçikme süresi  $5.7 \pm 6.2$  yıl idi. BASHAI değerlendirmesinde kullanılan her bir ölçeğin tek tek ve toplam BASHAI değerlendirmesinde yatay, dikey veya görsel skala olmaksızın ölçek değerlendirmelerinde korelasyon düzeyleri yüksek bulunmuştur (pearson korelasyon analizi, tablo ). Korelasyonlar arasındaki uyumsuzluğu etkileyen faktörler incelendiğinde yaş, hastalık süresi, cinsiyet ve eğitim durumu faktörlerinden tek önemli bulunan faktör eğitim düzeyi olmuştur (çok değişkenli lojistik regresyon). Bu sonuçlarla eğitim durumu iyi olan hastalara sorulacak "geçen hafta nasıldınız" sorusunun hastalık aktivite değerlendirmesinde yeterli olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, BASHİ

#### Standart yatay değerlendirmenin, dikey, görsel skala olmaksızın puanla ve likert olarak değerlendirmelerin pearson korelasyon analizi

Yatay	Dikey	Puan	Likert
Halsizlik / yorgunluk düzeyinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?	r=0,805 p<0,001	r=0,153 p=,0,084	r=0,815 p<0,001
Ankilozan spondilite bağlı boyun, sırt, bel veya kalça ağrılarınızın düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız	r=0,802 p<0,001	r=0,813 p<0,001	r=0,192 p=0,032
Boyun, sırt, bel ve kalçalarınız dışındaki diğer eklemlerinizdeki ağrı / şişliğin düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız ?	r=0,613 p<0,001	r=0,722 p<0,001	r=0,729 p<0,001
Dokunmaya veya basıya karşı hassas olan bölgelerinizde duyduğunuz rahatsızlığın düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız ?	r=0,769 p<0,001	r=0,812 p<0,001	r=0,754 p<0,001
Uyandıktan sonraki sabah tutukluğunuzun düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?	r=0,854 p<0,001	r=0,858 p<0,001	r=0,831 p<0,001
Uyandıktan sonraki sabah tutukluğunuz ne kadar sürüyor?	r=0,850 p<0,001	r=0,446 p<0,001	r=0,763 p<0,001
BASHAI	r=0,848 p<0,001	r=0,899 p<0,001	r=0,620 p<0,001

## [PP-102][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Ankilozan Spondilit ve Klinefelter sendromu:bir olgu sunumu

Senol Kobak<sup>1</sup>, Murat Yalçın<sup>2</sup>, Muamer Karadeniz<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Bilim Dalı

#### Giriş

Klinefelter sendromu(KS), yalnızca erkekleri etkileyen ve fazladan bir X kromozomu ile seyreden, bir genetik hastalıktır. KS'lu bir erkekte veya erkek çocuğunda, olağan bir X ve bir Y kromozomu yerine (46,XY), 3 cinsiyet kromozomu (47,XXY) vardır. KS ile farklı romatizmal hastalıkların (SLE,RA,SjS) birlikteliği, nadir de olsa literatürde rapor edilmiştir. Testosteron azalması ve östrojen artışı ile immün yanıt modülasyonu geliştiği düşünülmektedir. Bu bildiride, Klinefelter sendromu ile ankilozan spondilit birlikteliğini rapor ettik.

#### Olgu Sunumu

30 yaşında erkek hasta, yaklaşık 20 yıldan beri Klinefelter sendromu tanısı ile Endokrinoloji hekim tarafından takip edilmektedir. Yaklaşık 7-8 yıldan beri bel ve kalça ağrısı şikayetlerinden yakınan hasta, son aylarda 1saatten fazla süren sabah tutukluğu da ilave olması üzerine Romatoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Sorgulamasında 2 kez anterior üveit atağı yanı sıra, kronik inflamatuvar bel, sırt ve boyun ağrıları, ayak topuk ağrıları ve öğleye kadar süren sabah tutukluğu şikayetleri tarif etmektedir. Yapılan fizik muayenesinde AS postür, bilateral FABERE/FADIR pozitifliği tespit edildi. El-yer mesafesi:12cm, oksiput-duvar mesafesi:4cm, göğüs ekspansiyonu:3cm ve Schöber testi:2cm, BASDAI:6.2cm, BASFI:4.5cm olarak tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde; kronik hastalık anemisi yanı sıra, sedimentasyon:37mm/h,CRP:1.76mg/dl, testosteron:6.9pg/ml(normal 8.6-54) olarak bulundu. HLAB27 pozitif idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. Radyolojik incelemesinde; sakroiliak eklem grafi'de bilateral sakroiliitis, lateral topuk grafi'de ise entezitis bulundu. AC grafi ve batın USG normal idi. SİE MR'da kronik sakroiliitis bulguları yanı sıra, bilateral SİE etrafında ödematoz sinyal artışları izlendi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar tetkikler sonucu AS tanısı alan hastaya, Salazopyrin 2g/gün ve NSAİİ başlandı. Şikayetlerinde belirgin regresyon gözlenen hastanın, poliklinik kontrolleri devam etmektedir.

#### Sonuç

Klinefelter sendromu ile farklı romatizmal hastalıkların birlikteliği rapor edilmiştir. KS'da görülen fazla X kromozomunun varlığı, AS ekspresyonunda önemli bir rol oynayabilir. Ayrıca, KS'un tedavisinde kullanılan testosteronun da, AS'nin tetiklenmesinde ve/veya daha ağır seyretmesindeki rolü da araştırılmalıdır.

#### Kaynaklar:

1.Rovenský J, Imrich R, Lazúrová I, Payer J. Rheumatic diseases and Klinefelter's syndrome. Ann N Y Acad Sci. 2010 Apr;1193:1-9.

2.Armstrong, R.D., D.G. Macfarlane & G.S. Panayi. Ankylosing spondylitis and Klinefelter's syndrome: does the X chromosome modify disease expression? Br J.Rheumatol. 1985;24: 277-281.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, Klinefelter sendromu

## [PP-103][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Ankilozan Spondilit ve Sarkoidoz birlikteliği

Senol Kobak<sup>1</sup>, Fidan Sever<sup>2</sup>, Oya Nermin Sivriköz<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

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

#### Giriş

Ankilozan Spondilit(AS),inflamatuvar bel ağrı,sakroiliitis ve omurga eklemlerin tutuluşu ile karakterize,kronik inflamatuvar hastalıktır.Sarkoidoz ise,nedeni bilinmeyen,multiorgan tutuluşu ile seyreden,Th1-aracılı gelişen,granülomatöz hastalıktır.Bu iki hastalığın birlikte görülmesi,nadir de

olsa rapor edilmiştir.Bu bildiride,AS ile sarkoidoz birlikteliğini tartıştık.

#### Olgu Sunumu

46yaşında,erkek olgu,her iki ayak bilek eklemlerde ağrı,şişlik ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu.Özgeçmişinde;yaklaşık 15 yıldan beri AS tanısı mevcut ve son 5 yıldan beri ilaç kullanmamış ve kontrollerine gitmemiş.Sorgulamasında inflamatuvar bel ağrısı,topuk ağrıları,halsizlik tarif etmektedir.Fizik muayenesinde;AS postür gelişmiş,bilateral ayak bilek eklemlerde artrit,bilateral FABERE ve FADIR pozitif olarak tespit edildi.BASDAİ:7.8cm,BASFİ:4.5cm olarak bulundu.Laboratuvar tetkiklerde;karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal,serum ACE:83U/L(normal8-52U/L), serum amiloid A:923mg/L(normal<10mg/L)olarak bulundu.C-reaktif protein 12.81mg/dl,ESH:102mm/h bulundu.Rutin idrar normal idi.Hepatit seroloji bakıldı,anti-HCV,HBsAg ve anti-HİV negatif idi.Serolojik testlerde RF, ANA,anti-CCP negatif olarak bulundu.HLAB-27 pozitif idi.Çekilen sakroiliak eklem grafi ve MR'da kronik sakroilitis yanısıra,bilateral sakral ve iliak kanatlarda kemik ödemi bulguları mevcuttu. Servikal,torakal ve lomber grafileri,ileri evre AS ile uyumlu idi.Batın USG normal idi.Toraks BT'de en büyüğü 35mm çapında multipl mediastinal ve hiler lenfadenopatiler,sağ AC subplevral alanda en büyüğü 1.4cm çapında nodüler dansite alanları rapor edildi.Bunun üzerine Göğüs hastalıkları uzmanı ile görüşülerek,hastaya PET çekildi.Toraks BT'de görülen LAP ve nodüllerde aktivite tutuluşları gözlenmedi,benign natürde olduğunu rapor edildi.Bronkoskopi yapıldı,endobronşial lezyon saptanmadı,alınan BAL sıvısında malign hücre gözlenmedi.Göğüs cerrahi ile görüşülerek,mediastinoskopik eksizyonel LAP biopsi yapıldı.Histopatolojik incelemede,non-kazeifiye granülom yapıları yanısıra,lenfositler ve histiositler izlendi.Tüberküloz açısından yapılan mikrobiyolojik incelemeler(ARB yanısıra,PCR ile doku analizi dahil)negatif olarak geldi.Ayrıca olası bir sekonder amiloidoz açısından rektum biopsi yapıldı,Congo-red boyaması ile negatif olarak rapor edildi.Klinik,laboratuvar,radyolojik ve histolojik incelemeler sonunda,hastaya ankilozan spondilit ve sarkoidoz tanıları konuldu.NSAİİ ve düşük doz KS başlandı.Tedavinin 1. ayında,hastanın subjektif ve laboratuvar tetkiklerinde belirgin regresyon gözlendi.Genel durumu iyi olan hastanın,poliklinik takipleri devam etmektedir.

#### Sonuç

AS nedeniyle anti-TNF-alfa kullanan hastalarda sarkoidoz gelişmesi bilinen bir gerçektir.Diğer taraftan sarkoidozda yüksek sakroilitis prevalansı(6.6%) ve bazı çalışmalarda HLAB-27 ile ilişki tespit edilmesi,ortak bir etiopatogenezi düşündürmüştür.Bu konulara ışık tutabilecek yeni, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan Spondilit, Sarkoidoz

[PP-104][Kabul:Poster][Vaskülit]

### **Ankilozan Spondilit ve Takayasu Arteriti birlikteliği bir rastlantı mı? 4 olgu sunumu;**

Uğur Karasu, Ali Berkant Avcı, İrem Gayret, Sibel Üreyen, Ender Terzioğlu  
Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), genellikle genç erkeklerde başlayan spondilartropati kompleksine (SpA) ait kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %88'inde HLA-B27 pozitifdir. Takayasu arteriti (TA), özellikle aorta ve ana dalları gibi büyük damarları etkileyen kronik inflamatuvar bir arterit olup bayanlarda erkeklere göre daha fazla sıklıkla görülür. AS ve TA, patojenik mekanizmaları henüz tam olarak açıklanamamış iki inflamatuvar hastalıktır. Aralarındaki ilişkinin literatürde yayınlanan çok az sayıda (15 vaka) vaka olması nedeniyle tamamen rastlantısal olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, TA ve AS'in beraber görüldüğü dört vaka sunulacaktır. Olgu 1: 32 yaşında bayan hasta. Yaklaşık 14 yıldır inflamatuvar bel ağrısı mevcut olup düzenli tedavi almamış. İki kardeşinde AS tanısı olan hastanın üveit atağı ve aort kapak replasmanı öyküsü vardı. Baş dönmesi nedeniyle yapılan doppler USG'de sağ subklavian, iliak ve femoral arter tıkalı saptandı. TA (tip-5) tanısı konulan hastanın çekilen MR'ı aktif sakroileit ile uyumluymdu. HLA-B27 pozitif olan hasta steroid ve anti-TNF tedavi ile takibe alındı. Olgu 2: 18 yaşında bayan hasta. 2 yıldır bel ağrısı olan hastanın muayenesinde Sİ eklemlerde hassasiyet ve sağ subklavian arterde üfürüm saptandı. HLA-B27 pozitif olan hastanın MR'ında aktif sakroileiti mevcuttu. Doppler USG'de CCA, sağ subklavian arterde intima-media kalınlık artışı, renal arterlerde ve SMA'da darlık saptandı. TA (tip-5) ve AS tanısı konulan hastaya steroid ve anti-TNF tedavi başlanarak takibe alındı. Olgu 3: 29 yaşında bayan hasta. Kilo kaybı, halsizlik ve yaygın eklem ağrısı şikayetleri olan hastanın doppler USG'sinde sağ subklavian arterde diffüz duvar kalınlık artışı saptandı. TA (tip-2A) tanısı konularak steroid ve metotreksat tedavisi başlandı. 3 yıldır takipte olan hastanın kalça ağrısı

olması nedeniyle çekilen MR'da aktif sakroileit saptandı. HLA-B27 negatif olan hasta anti-TNF tedavi ile takibe alındı. Olgu 4: 40 yaşında bayan hasta. Kalça ve bel ağrısı ile beraber diz eklemünde şişliği olan hastaya AS tanısı konuldu. HLA-B27 negatifti. Tedavinin 4. ayında ishal atakları başlaması nedeniyle yapılan tetkiklerinde Crohn tanısı aldı. Takiplerinde hipertansiyon etiyojisi araştırılırken sol subklavian, vertebral ve renal arterde darlık tespit edildi. Hastaya TA (tip-5) tanısı konularak takibe alındı. Tartışma-Sonuç: Hastaların klinik özellikleri hem AS ve hem de TA tanılarını uyumlu olup tanı kriterlerini doldurmaktadır. Tanılar eş zamanlı veya biri diğerinden önce konulmuştur. Bu iki hastalığın neden beraber görüldüğü, tesadüf eserimi yoksa ortak etiyopatogenezi ilişkili olduğu konuları net değildir. Ancak bu birliktelik ileri araştırmaları gerektirmektedir. Ancak klinik olarak AS tanısı almış ama sedimantasyon-CRP yüksekliği devam eden ve aktivasyonla açıklanamayan hastalarda vaskülit birlikteliğinin de akla gelmesi gereken nedenlerden biri olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan Spondilit, Takayasu Arteriti

[PP-105][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### **Ankilozan Spondilit'li Hastalarda Uyku Kalitesinin Hastalık Aktivitesi, Anksiyete, Depresyon, Yorgunluk Düzeyi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Fulya Dörtbaşı<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>2</sup>, Yaşar Karaaslan<sup>1</sup>, Cem Özişler<sup>1</sup>, Kubilay Şahin<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Bu çalışmada AS'li hastalarda uyku kalitesini sağlıklı popülasyonla karşılaştırmayı, ayrıca uyku kalitesinin emosyonel durum (anksiyete ve depresyon), yorgunluk düzeyi, yaşam kalitesi ve hastalıkla ilişkili parametrelerle (BASDAİ ve BASFI skorları, gece ağrısı, tedavi seçenekleri, hastalık tutulum paterni) etkileşimini değerlendirmeyi amaçladık. **Yöntem:** Çalışmaya en az altı aydır Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı alan ve tedavi altındaki 16 yaş ve üstü 60 hasta (40 erkek ve 20 kadın), yaş ve cinsiyetleri uyumlu 30 sağlıklı kontrol alındı. Hastaların yaşları 17-61 yıl arasında (ortalama yaş: 34,7±10,3 yıl) ve hastalık süreleri 6 ay ile 22 yıl arasında (ortalama 6,0±5,5 yıl) değişim gösteriyordu. Hastaların 41'inde aksiyel, 19'unda periferik eklem tutulumu vardı. BASDAİ skoruna göre 31 hasta yüksek hastalık aktivitesine (BASDAİ≥4) ve 29 hasta ise düşük hastalık aktivitesine (BASDAİ<4) sahipti. 11 hasta NSAİİ, 34 hasta DMARD+NSAİİ, 15 hasta anti-TNF tedavi almaktaydı. **Sonuçlar:** Bu çalışmada AS'li hastalarda kötü uyku kalitesi, depresyon ve yorgunluk düzeyi sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek olup anksiyete düzeyi açısından anlamlı fark görülmedi (Tablo 1). Depresyon, anksiyete ve yorgunluk skorlarının uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerine göre düzeltme yapıldığında da AS hastalarının uyku kalitesi halen kötüydü. AS hastalarında uyku kalitesini predikte etmede en fazla etkili olan faktörler sırasıyla VAS'a göre ağrı ve depresyon skorları olup VAS'a göre ağrı ve depresyon skorları arttıkça uyku kalitesi kötüleşmekteydi (p<0,001). Yüksek hastalık aktivitesi olan grubun kötü uyku kalitesi, depresyon ve yorgunluk düzeyi düşük hastalık aktivitesi olan grup ve kontrol grubundan fazla olup (p<0,05), kontrol ile düşük hastalık aktivitesi olan grup arasında fark görülmedi. Kontrol grubunda %10,0, periferik eklem tutulumlu hasta grubunda %36,8, aksiyel tutulumlu hasta grubunda %58,5 oranında kötü uyku kalitesi saptandı. Her iki hasta grubunun da uyku kalitesi kontrol grubundan kötü olup (p<0,001), aksiyel tutulumlu hasta grubunda kötü uyku kalitesi oranı daha yüksek olmakla birlikte periferik eklem tutulumlu hasta grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tedavi grupları arasında NSAİİ kullanan grubun uyku kalitesi sağlıklı kontrollere ve anti-TNF alanlara göre anlamlı şekilde kötü olup (p<0,05), anti-TNF grubun ki kontrolden farklı değildi. **TARTIŞMA:** AS'li hastalarda hastalık aktivitesi ve fonksiyon durumlarının yanısıra uyku bozukluğu, yaşam kalitesi, depresyon ve yorgunluk gibi parametreler arasındaki karşılıklı ve kompleks etkileşimler nedeniyle hastaların özellikle uyku problemlerinin ve emosyonel durumlarının ihmal edilmemesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, uyku

### **Sağlıklı kontrol ve hasta gruplarına göre olguların PUKI, depresyon, anksiyete, yorgunluk düzeyleri**

Değişkenler	Kontrol Grubu(n=30)	Hasta Grubu(n=60)	p-değeri
-------------	---------------------	-------------------	----------

PUKI	3 (1-11)	6 (0-18)	<0,001
PUKI >5	3 (%10,0)	31 (%51,7)	<0,001
Depresyon Skoru	5 (0-13)	6 (0-14)	<0,001
Depresyon >7	6 (%20,0)	26 (%43,3)	0,029
Anksiyete Skoru	6 (0-14)	7 (1-17)	0,301
Anksiyete >10	4 (%13,3)	15 (%25,0)	0,201
Yorgunluk Skoru	3,3 (0,0-6,5)	4,7 (1,2-7,0)	0,029
Yorgunluk >=4	12 (%40,0)	41 (%68,3)	0,010

## [PP-106][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Ankilozan Spondilitli hastada lökositoklastik vaskülit

Senol Kobak, Murat Yalçın  
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

#### Giriş

Ankilozan spondilit, omurga ve sakroiliak eklemi tutabilen, kronik inflamatuvar hastalıktır. Lökositoklastik vaskülit, küçük damarların inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojide ilaçlar, enfeksiyonlar, maligniteler, sistemik inflamatuvar hastalıklar gibi çeşitli nedenler yer almaktadır. Ancak olguların bir kısmında neden saptanamamakta ve bu olgular idiyopatik olarak değerlendirilmektedir. Bu bildiriye, lökositoklastik vaskülit ile ankilozan spondilit birlikteliğini rapor ettik.

#### Olgu sunumu

26 yaşında erkek hasta, yaklaşık iki hafta önce başlayan sağ ayak bilek ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı, yanı sıra alt ekstremitelerde pretibial bölgede purpurik deri lezyonları şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sorgulamasında bir-kaç yıldan beri olan kronik bel ağrı ve sabah tutukluğu dışında normal idi. Herhangi bir ilaç kullanma veya geçirilmiş bir enfeksiyon öyküsü da yoktu. Fizik muayenesinde sağ ayak bilek ekleminde artrit, her iki ayak pretibial bölgelerde purpurik deri lezyonları, bilateral FABERE/FADIR pozitif olarak tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde; WBC:11000/uL, Plt:476000/uL, Hb:13.8g/dl, Htc:38.8%, SGOT:37U/L(0-40), SGPT:39U/L(0-41), AKŞ:96mg/dl(70-110), üre:22mg/dl(0-49) kreatinin:0.79mg/dl(0.7-1.2), total protein:7.4g/dl(6.4-8.3), albumin:3.8g/dl(3.4-4.8), CRP:8,48mg/dl(0-0.5), ESR:44mm/h(0-15) olarak bulundu. Rutin idrar normal idi. Serolojik testlerde RF, ANA, anti-CCP ve ANCA negatif, ASO, C3 ve C4 normal olarak bulundu. Viral serolojik testler bakıldı, HbsAg, anti-HCV ve HIV negatif olarak bulundu. Tiroid fonksiyon testleri normal idi. Batın USG ve AC grafleri normal idi. SİE grafi ve MR'da bilateral sakroiliitis bulguları, lateral topuk grafide ise entezit tespit edildi. HLAB27 pozitif idi. Alt ekstremitelerde deri lezyonlarından alınan deri biopside, lökositoklastik vaskülit ile uyumlu olarak rapor edildi. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik tetkikler sonunda, hastaya ankilozan spondilit ve lökositoklastik vaskülit tanısı konuldu. Kortikosteroid 16mg/gün, Salazopyrin 2g/gün ve NSAİİ başlandı. 2. ayın sonunda yapılan kontrolünde belirgin klinik ve laboratuvar regresyon gözlemlendi. Sağ ayak bilek artritinin gerilediği, deri lezyonlarının tamamen kaybolduğu, yanı sıra bel ağrı ve sabah tutukluğu şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. Kontrol laboratuvar testlerinde, akut faz yanıt ( ESH ve CRP) normale geldiği gözlemlendi. Hastalığı kontrol altına alınan hastanın, poliklinik kontrolleri devam etmektedir.

#### Sonuç:

Bu bildiriye, daha önce tanı almamış AS ile sistemik tutuluşu olmayan bir küçük çaplı damar vaskülitinin birlikteliğini rapor ettik. AS ile lökositoklastik vaskülit birlikteliği, nadir görülen bir olaydır. Tesadüf olma olasılığı yüksek olmasına karşın, AS'li hastalarda tekrarlayan hematüri ve/veya artmış IgA nefropati sıklığı verilerine dayanarak, bazı araştırmacılara göre benzer patogenezi düşündürmektedir. AS'li hastalarda immün disregulasyon, lökositoklastik vaskülit gelişmesinde rol oynayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, lökositoklastik vaskülit



[PP-107][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

**Ankilozan spondilitli hastalarda NOD2/CARD15 gen mutasyonları ve klinik bulguları ile olan ilişkisi**

Senol Kobak<sup>1</sup>, Mehmet Orman<sup>2</sup>, Afig Berdeli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: CARD15/NOD2 molekülü, birçok inflamatuvar hastalıkların etiopatogenezinde önemli rol oynadığı, hastalığa yatkınlık yarattığı gösterildi. CARD15/NOD2, mikrobiyal bazı komponentleri tanıyarak, apoptoz ve inflamatuvar süreçlerin kontrolünde rol oynayan, bir sitoplazmik molekülüdür. Spondilartrit ve inflamatuvar barsak hastalıkları arasında ilişki iyi bilinmektedir. Amaç: Çalışmamızın amacı, türk ankilozan spondilitli(AS) hastalarda, NOD2 geni mutasyonlarını araştırmak, hastalığa yatkınlık, hastalık ağırlığı ve bulguları ile olası bir ilişkisini ortaya koymaktır. Materyal-Method: Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış 100 hasta ve 50 sağlıklı kontrol, çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar ve sağlıklı gönüllülerden onam formları alındıktan sonra, PCR yöntemi ile CARD15/NOD2 (G908R, R702W, C3020ins variantları) gen mutasyon analizi yapıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya, 100(63 erkek) hasta dahil edildi. Ortalama hasta yaşı 45.3yıl(21-68yıl),ortalama hastalık süresi ise 8.2 yıl idi. Hastaların 78'i HLA-B27 pozitifliği tespit edildi. Klinik değerlendirmede ise 100hastanın 17'de üveit, 98'de sakroiliit, 58'de entezit, 24'de kalça tutuluşu tespit edildi. Aktif hastalığı olan hasta sayısı 43 idi.

CARD15 G908R ve CARD15 R702W variantlarında, toplam 9(%9) heterozigot mutasyonu tespit edilirken, CARD15 C3020ins ise mutasyon tespit edilmedi. Kontrol grubu ile kıyaslandığında, her 3 bölge için(G908R,R702W, 3020insC ) istatistik olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi(p=0.571,p=0.683 ve p=0.150 sırasıyla). Hasta grubunda, her üç bölge için, mutasyonu olan ve olmayan hastalar için klinik bulguları (üveit, sakroiliit, diz, kalça tutuluşu, hastalık aktivasyonu vs) ile olası bir korelasyon istatistik olarak anlamlı bulunmadı(p>0.05).(Tablo 1).

Tartışma: Bizim sonuçlarımız, sık görülen CARD15 variantların, türk AS popülasyonunda önemli bir rolü olmadığını gösterdi.

**Kaynaklar:**

1. Laukens D, Peeters H, Marichal D, Vander Cruyssen B, Mielants H. CARD15 gene polymorphisms in patients with spondyloarthropathies identify a specific phenotype previously related to Crohn's disease. Ann Rheum Dis 2005;64:930-935.
2. Peeters H, Vander Cruyssen B, Laukens D, Coucke P, Marichal D, Van Den Berghe M, et al. Radiological sacroiliitis, a hallmark of spondylitis, is linked with CARD15 gene polymorphisms in patients with Crohn's disease. Ann Rheum Dis 2004;63:1131-4.
3. Crane AM, Bradbury L, van Heel DA, McGovern DP, Brophy S, Rubin K, et al. Role of NOD2 variants in spondylarthritis. Arthritis Rheum 2002;46:1629-33.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, NOD2/CARD15 gen mutasyonu

**Tablo 1. AS'li hastalarda NOD2/CARD15 gen mutasyonları**

Mutasyon	Hastalar (n=100, %)	Kontrol(n=50,%)	p-value
Mutasyon yok	91 (%91)	46(92%)	
Homozigot mutasyon	0 (0%)	0(0%)	
Heterozigot mutasyon	9 (9%)	4(8%)	
R702W mutasyonu	4 (4%)	2(25%)	0.683
G908R mutasyon	5 (5%)	2(25%)	0.571
3020insC mutasyon	0(0%)	0(0%)	0.150

[PP-108][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

**Ankilozan Spondilitte adipokinler'in çeşitli klinik durumlar, tedaviler ve laboratuvar değişkenlerle ilişkisi**

Ali Taylan<sup>1</sup>, Serkan Yener<sup>2</sup>, Didem Kozacı<sup>3</sup>, Şafak Bilge<sup>4</sup>, Necati Günay<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

<sup>2</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Kliniği

<sup>3</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

<sup>4</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

**Gerekeçe:**

Birçok romatizmal hastalıkta atheroskleroz ve kardiyovasküler hastalık riskinin arttığı bilinmektedir. Yağ dokusu aktif endokrine organ sayılmakta ve adipokinler yoluyla obesite,metabolik ve kardiyovasküler hastalıklarda rol oynamaktadır.Leptin, iştahı yöneten, seviyesi adipoz doku ile orantılı ve inflammatuar etkileri olan bir adipokindir. Omentin vasküler endotelde vasodilatasyon yaparak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltan ve seviyesi obesite ile ters orantılı olduğu bilinen iyi bir adipokindir. Bu çalışmada kronik inflammasyonun AS hastalarında, leptin,omentin ve insulin resistansına olan etkisi ile bu parametrelerin hastalık aktivite ve tedavilerle olan ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

**Yöntem:**

55 AS hastası ve 33 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Leptin, Omentin, İnsulin, Glikoz, Trigliserid, LDL, HDL ve Total kolesterol, ESH, hs-CRP, İL-6 uygun ELİSA kitleri ile çalışıldı. VKİ, HOMA,BASDAİ ve BASFİ hesaplandı.

**Bulgular:**

**1-** AS hastalarının, sağlıklı kontrollerle karşılaştırmasında ESH, hs-CRP, İL-6 düzeyleri anlamlı olarak yüksek, VKİ düşük( $p<0.05$ ); Leptin, Omentin, İnsulin, Glikoz, Trigliserid, LDL, HDL, Total kolesterol ve HOMA ölçümlerinde ise anlamlı bir fark bulunamadı( $p>0.05$ ).

**2-**Klasik tedavi (n=32) ve anti-TNF ilaç kullanan (n=23) AS hastalarının karşılaştırmasında ESH ve İL-6 seviyesi klasik tedavi alanlarda anlamlı derecede yüksek; Leptin ise düşük saptandı ( $p<0.05$ ).

**3-**Aktif (n=38) ve inaktif (n=17) AS hastalarının karşılaştırılmasında ise inflammatuar göstergeler dışında önemli bir fark bulunamadı( $p>0.05$ ).

**4-**Korelasyon analizinde Omentin ile IL-6 ( $r=0,6$ ) ve Leptin ile hs-CRP ( $r= -0,7$ ); VKİ ile İnsulin ve HOMA ( $r=0,3$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edildi.

**Tartışma:**

Adipokinlerin değişik pro-inflammatuar özellikleri ve metabolik etkileşimleri, çalışmalardaki sonuçların oldukça heterojen bir görünüm sergilenmesine sebep olmaktadır. Kronik inflammasyon AS hastalarında azalmış yağ dokusu ve düşük leptin seviyesinden sorumlu tutulmuştur. Bizim çalışmamızda leptin ve omentin seviyesi AS hastalarında sağlıklı bireylerden farklı bulunmadı ancak leptin'in hs-CRP ile negatif korelasyon göstermesi ve biyolojik tedavi alan hastalarda göreceli olarak yüksek bulunması inflammasyonun baskılandığı durumlarda yağ dokusuyla birlikte seviyesinin arttığını düşündürmektedir. Omentin'in IL-6 ile korelasyonu ise inflammasyonu ve endotel hasarını sınırlayıcı rolüyle açıklanabilir. Klasik vasküler risk faktörlerin olmadığı durumlarda(DM, HT, Obesite) insulin resistansı AS hastalarında sağlıklı bireylerden farklı değildir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan Spondilit, Adipokin

[PP-109][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

**Ankilozan spondilitte hastalık aktivitesi ve fonksiyon ölçeklerinin Türkçe verisyonlarının farklı yanıt skalalarının performansı: numeric derecelendirme skalası vs görsel analog skala**

Kıvanç Akat<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>2</sup>, İsmail Sarı<sup>2</sup>, Fatoş Önen<sup>2</sup>, Nurullah Akkoç<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Gerekeçe: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI) ve Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeks, hastalık aktivitesi ve fonksiyonu değerlendirme amacıyla sıklıkla kullanılan, hastanın kendi bildirimine dayalı ölçeklerdir. Daha önce bu ölçeklerin orjinal yanıtılama yöntemleri ile Türkçe'deki geçerliliklerinin göstermiştik. Bu ölçeklerin orjinal yanıt skalaları 10 santimetrelilik

görsel analog skala (VAS) olmakla birlikte, numeric derecelendirme skalasının (NRS), sözel olarak uygulandığında dahi, göreceli olarak basit ve kolay uygulanabilir olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı ankilozan spondilitli (AS) hastalarda BASDAI ve BASFI'nin iki yanıtlama yönteminin performans karakteristiklerini ortaya koymak ve NRS'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini ortaya koymaktır.

Yöntem: BASDAI ve BASFI, aynı zamanda 10-cm'lik VAS ve 11-puanlı NRS cevaplama yöntemleri ile uygulandı. Ölçeğin iç tutarlılığı intraclass korelasyon katsayısı (ICC) kullanılarak değerlendirildi. Ölçekler hem bazal (0. Gün) hem de ertesi günde (1. Gün), standardize koşullarda uygulandı. Bazal ve ertesi gün sonuçları test-retest güvenilirliği için kullanıldı. Yapısal geçerlik için bu ölçeklerin ASDAS, global hastalık aktivitesi, ağrı skorları, ASQOL, HAQ, SF-36 ile ilişkisi değerlendirildi. Aynı zamanda BASDAI ve BASFI'nin NRS versiyonunun değişiklikleri saptayabilme yeteneğini de araştırdık.

Sonuçlar: Total olarak, modifiye New York kriterlerine göre AS'li, 114 hasta (87 [%76] erkek, ortalama yaş  $39.8 \pm 10.9$ ) çalışmaya dahil edildi. Her bir enstrümanın total skorları ile 0 ve 1. günlerde orijinal ve NRS modaliteleri arasındaki concordance tabloda gösterilmiştir. (ICC değerleri 0.894-0.979 arasında idi). Her iki cevaplama yöntemi elde edilen total skorlar ASDAS-CRP, hastanın global hastalık aktivite değerlendirmesi ve global ağrı değerlendirmesi, ASQOL, HAQ ile korele bulundu. BASDAI ve BASFI için NRF formatında cevaplama süresi gerek 0 gerek 1. Günde anlamlı olarak daha kısa idi (her bir karşılaştırma için  $p < 0.005$ ). Çalışma hastalarımız NRS cevaplama yöntemini daha kolay anlaşılır ve cevaplanır buldular ( $p < 0.001$ ). Hastalar aynı zamanda NRS'nin VAS yöntemine göre daha tercih edilebilir olduğunu belirtmişlerdir ( $p < 0.001$ ).

Tartışma: Bu çalışmanın BASDAI ve BASFI'nin NRS yanıtlama versiyonunun geçerliliğini göstermiş ve bu ölçeklerin 11-puanlı NRS ile cevaplanabileceği konusunda kanıt temin etmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, numeric derecelendirme skalası

### Her bir ölçeğin total skorları ve cevaplama modaliteleri arasındaki uyum

	BASDAI		BASFI	
	0. gün	1. gün	0. gün	1. gün
VAS (ort $\pm$ SD)	$3.6 \pm 2.6$	$3.5 \pm 2.6$	$3.3 \pm 2.9$	$3.3 \pm 2.9$
NRS (ort $\pm$ SD)	$3.8 \pm 2.7$	$3.7 \pm 2.7$	$3.4 \pm 2.9$	$3.5 \pm 3.0$
ICC	0.894	0.945	0.934	0.937

*BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, VAS: Visual Analog Skala, NRS: Numerik derecelendirme skalası, ICC: intraclass korelasyon katsayısı,*

### [PP-110][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Ankilozan Spondilitte Kalça Tutulumu ve İlişkili Faktörler: Tek Merkez Deneyimi

Dilek Solmaz, Servet Akar, Pınar Çetin, Merih Birlik, Fatoş Önen, Nurullah Akkoç, İsmail Sarı  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Gerekçe: Ankilozan spondilitli (AS) hastaların %25-35'inde kalça tutulumu olmaktadır ve bu durum artmış iş gücü kaybı ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Kalça tutulumunun erken tanınması ile gelecekteki iş gücü kayıpları engellenebilir. Biz bu çalışmada kalça tutulumu ile ilişkili olabilecek demografik, klinik ve laboratuvar parametrelerini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 262 AS hastası dahil edildi. Klinik, laboratuvar ve radyografik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Radyolojik kalça tutulumunu tanımlamada Bath AS radiology index (BASRI) kalça indeksi kullanıldı. İki ve üzerindeki skorlar kalça tutulumu olarak tanımlandı. Hastalarda Bath AS Fonksiyonel İndeks (BASFI), Bath AS hastalık aktivite indeksi (BASDAI) ve Bath AS metroloji indeksi (BASMI) değerlendirildi. BASDAI'nin yanısıra ASDAS-CRP hesaplaması da yapıldı. Kalça artritini öngören faktörleri belirlemede lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Sonuçlar: 262 AS hastasının %76.7 (201) si erkekti. Hastaların ortalama yaş ve hastalık süreleri sırasıyla  $44 \pm 11$  ve  $19 \pm 10$  yıl olarak hesaplandı. 57 hastada (%21.8) radyografik kalça tutulumu saptandı. Radyolojik kalça tutulumu olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında kalça tutulumu

olan grubun daha uzun hastalık süresine, erkek cinsiyet ağırlığına, öyküde daha fazla oranda gluteal ağrıya, artmış BASMI, BASFI, CRP ve ASDAS-CRP değerlerine sahip olduğu görüldü ( $p < 0.05$ ). Radyolojik kalça tutulumu olan grubun intermalleolar mesafe ölçümleri diğer gruba göre anlamlı oranda daha az olarak tespit edildi ( $p < 0.05$ ). Grupların diğer demografik ve klinik özellikleri tablo 1 de verilmiştir. BASRI- kalça skoru ile erkek cinsiyet, hastalık süresi, gluteal ağrı öyküsü, intermalleolar mesafe ölçümü, BASMI, BASFI, CRP ve ASDAS-CRP arasında anlamlı ilişki tespit edildi ( $p < 0.05$ ;  $r = 0.1, 0.2, 0.2, 0.2, -0.5, 0.4, 0.3, 0.3$  ve  $0.2$  sırasıyla). Radyografik kalça tutulumunu predikte eden faktörler araştırıldığında erkek cinsiyet, gluteal ağrı öyküsü, intermalleolar mesafe ölçümü ve BASFI' nin kalça tutulumunu bağımsız olarak öngördüğü saptandı (beta = 32.3, 5, 0.93, ve 1.42 sırasıyla).

Tartışma: Çalışmamızdan çıkan sonuçlara göre AS hastalarının yaklaşık beşte birinde radyografik kalça tutulumu tespit edildi. Erkek cinsiyet kalça tutulumunu öngören en önemli faktör olarak bulundu. Öte yandan klinik ölçütlerden gluteal ağrı öyküsü, fizik bakı ile değerlendirilen intermalleolar mesafe ölçümü hastaların fonksiyonel indeksleri de kalça tutulumunu öngören diğer faktörler olarak göze çarpmaktaydı.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan Spondilit, kalça artrit

### Grupların Demografik ve Klinik özellikleri

	Radyolojik kalça tutulumu olan hastalar (n:57)	Radyolojik kalça tutulumu olmayan hastalar (n: 205)	P
Yaş, ortalama $\pm$ SD	47 $\pm$ 14	43 $\pm$ 10	0.066
Erkek, n (%)	50; 87.7	151; 73.7	0.026
Semptom süresi, yıl, ortalama $\pm$ SD	24 $\pm$ 11.0	18 $\pm$ 10.3	<0.001
Sigara kullanımı, n (%)	38; 66.7	153; 75.4	0.189
Eğitim düzeyi, yıl, ortalama $\pm$ SD	8.5 $\pm$ 4.2	9.7 $\pm$ 3.8	0.056
Gluteal aprı öyküsü, n (%)	40; 70.1	128; 62.4	<0.001
Intermalleolar mesafe ölçümü, cm, ortalama $\pm$ SD	78 $\pm$ 22.6	110 $\pm$ 19.7	<0.001
Sindesmofit, n; %	40; 70.1	95; 48.5	<0.001
BASMI, ortalama $\pm$ SD	5.7 $\pm$ 1.8	3.4 $\pm$ 1.6	<0.001
BASFI, ortalama $\pm$ SD	4.7 $\pm$ 2.9	2.3 $\pm$ 2.1	<0.001
BASDAI, ortalama $\pm$ SD	3.7 $\pm$ 2.3	3.2 $\pm$ 2.1	0.127
CRP mg/L, ortalama $\pm$ SD	47.7 $\pm$ 37.8	26.1 $\pm$ 30.4	<0.001
ASDAS -CRP, ortalama $\pm$ SD	3.2 $\pm$ 1.2	2.6 $\pm$ 1.1	0.001
HLA B 27, n; %	18; 66.7	80; 73.4	0.486

[PP-111][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

**Ankilozan Spondilitte Otoimmün Tiroid Disfonksiyonu Prevalansı**

Hakan Emmungil<sup>1</sup>, Mehmet Erdoğan<sup>3</sup>, Melike Kalfa<sup>2</sup>, Gonca Karabulut<sup>2</sup>, Hayriye Koçanaoğulları<sup>2</sup>, Vedat İnal<sup>2</sup>, Yasemin Kabasakal<sup>2</sup>, Fahrettin Oksel<sup>2</sup>, Kenan Aksu<sup>2</sup>, Gökhan Keser<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SB Mersin Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği Mersin

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Romatoloji Bilimdalı

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Endokrinoloji Bilimdalı

**Giriş/ Amaç:** Otoimmün tiroid disfonksiyonu ile primer Sjögren sendromu (SjS) gibi bağ dokusu hastalıkları arasında birliktelik olduğu iyi bilinmesine rağmen, benzer bir ilişkinin ankilozan spondilit (AS) ve diğer spondiloartrit grubu hastalıklarda olup olmadığı konusunda daha az veri vardır. Bu nedenle, çalışmamızda, AS'li hastalarda otoimmün tiroid disfonksiyonu sıklığının belirlenmesi ve bu sıklığın, sağlıklı kontrol grubundan ve hasta kontrol grubu olarak primer SjS'lu hastalardan farklı olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır. **Hastalar/ Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya, modifiye New York ölçütlerini karşılayan 80 AS hastası alınmıştır. Hasta kontrol grubu olarak, Avrupa tanı kriterlerini karşılayan 62 primer SjS olgusu ve sağlıklı kontrol grubu olarak, AS grubu ile yaş ve cinsiyet uyumlu 80 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. AS ve primer SjS hasta grupları ve sağlıklı kontroller otoimmün tiroid hastalığı açısından değerlendirilmiştir. Bu açıdan her olguya, tiroid ultrasonografisi yapılmış ve tiroid bezi; büyüklük, nodülerite ve homojenite açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca serum serbest triiodotironin (sT3), tiroksin (sT4), tiroid-stimulan hormon (TSH), anti-TPO (Anti-tiroid peroksidaz) ve anti-TG (Anti-tiroglobulin) antikor düzeyleri belirlenmiştir. En az bir tiroid otoantikör pozitifliğine ek olarak, tiroid fonksiyon testlerinde bozukluk, fizik bakıda difüz guatr veya USG ile tiroid parankiminde heterojenite kriterlerinden en az birisini daha karşılayan olgulara Hashimoto tiroiditi tanısı konulmuştur. **Sonuçlar:** En az bir tiroid otoantiköründe pozitiflik sıklığı, ultrasonografi ile tiroid bezinde hipoekojenite sıklığı ve Hashimoto tiroiditi tanısı sıklığı, AS'li hastalarda sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak, daha yüksek bulunmuştur. Ancak, tiroid bez hacmi, nodülerite ve tiroid fonksiyon testleri açısından AS ve sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta kontrol grubu olarak alınan primer SjS grubunda, tüm parametreler, AS grubuna göre yüksek bulunmakla birlikte, anlamlı fark oluşmamıştır. **Tartışma:** Çalışmamızda AS'li hastalarda otoimmün tiroid disfonksiyonu sıklığı sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur ve bu bulgu literatürdeki önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Bu nedenle, AS olgularında eşlik edebilecek otoimmün tiroid disfonksiyonu olabileceği akılda bulundurulmalı ve gerek görüldüğünde hastalar bu açıdan klinik ve laboratuvar olarak değerlendirilmelidir. Ancak, AS ile otoimmün tiroid disfonksiyonu arasında birliktelik olup olmadığı konusunu netleştirmek için, benzer çalışmaların daha yüksek sayıda hastada tekrarlanması ve patogenetik mekanizmaların daha iyi aydınlatılması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, Hashimoto tiroiditi

[PP-112][Kabul:Poster][Diğer]

## **Anti Tnf Tedavinin İndüklediği Psöriazis: Olgu Sunumu**

Ayşe Balkarlı<sup>1</sup>, Şahin Temel<sup>2</sup>, Cemile Canan Karatay<sup>2</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>pamukkale üniversitesi tıp fakültesi romatoloji bilim dalı denizli

<sup>2</sup>pamukkale üniversitesi tıp fakültesi iç hastalıkları ana bilim dalı denizli

### **GİRİŞ:**

Anti tümör nekrozis faktör alfa (anti TNF) tedavi psöriyazisi de içeren çeşitli kronik inflamatuvar hastalıklarda kullanılmaktadır. Anti TNF tedavinin giderek artan kullanımı ile birlikte paradoksal yan etkiler bildirilmiştir. Biz bu sunumumuzda anti TNF tedavi altında psöriaziform dermatit gelişen bir olgumuzu tanımladık.

### **OLGU**

DMARD tedaviye dirençli bilateral diz ve sağ ayak bilek artrit nedeniyle infliximab tedavi başlanmış olan ankilozan spondilit tanısı ile 2 yıldır takip ettiğimiz 23 yaşında kadın hasta tedavinin 13. ayında avuç içinde soyulma yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Fizik bakıda avuç içinde eritemli püstül artıkları ve yoğun deskuamasyon vardı. Sol avuç içi lezyonlarından biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu beklenirken hastanın ayak tabanlarında da benzer lezyonları gelişti. Histolojik incelemesinde epidermiste hipergranüloz düzensiz akantoz, spongios ve egzositöz izlendi. Dermoepidermal bileşkede ve dermiste ekstravaze eritrositler ve perivasküler mononükleer yangısal infiltrasyon izlendi. PAS özel boyası ile spesifik mikroorganizma görülmedi. Mevcut bulgular psöriaziform dermatit olarak değerlendirildi. Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde psöriazis öyküsü yoktu. Ankilozan spondilit remisyundaydı, klinik alevlenme yoktu.

### **Sonuç:**

Psöriazis nüfusun %1-3'ünü etkileyen kronik bir cilt hastalığıdır. Hem doğal hem edinsel immün

yanıtın gelişiminde anahtar sitokin olan TNF- $\alpha$ 'nın blokajı psöriazisteki proinflamatuvar sitokinlerin oluşumunu, T hücre yapışması ve göçünü, keratinosit hiperproliferasyonunu baskılar. Ancak anti TNF ilaçlar ile tedavi sırasında psoriasis ve psoriasis benzeri deri belirtileri gelişebilmekte veya mevcut psoriasis alevlenebilmektedir. Psöriyatik artritli hastaların %10'unda eklem tutulumu cilt tutulumundan önce gelişir. Bu nedenle anti TNF tedavi altında gelişen psoriasis psöriyatik artrit bir parçası olabilir. Ancak hastamızda klinik, serolojik ve radyolojik bulgular ankilozan spondilit ile uyumlu idi. Ayrıca psöriyatik artritte deri ve eklem bulgularının temelinde yatan immünolojik mekanizmaların benzer olduğu düşünülürse hastamız ankilozan spondilit açısından remisyonda iken psoriasis lezyonlarının aktifti. Bu nedenle anti TNF ilişkili paradoksal reaksiyon olarak değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** anti TNF, psoriasis

[PP-113][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### **Anti Tümör Nekrozis Faktör Tedavisi Altında Akut Myeloid LösemiGelişimş: Vaka Sunumu**

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Ferda Can<sup>2</sup>, Burak Özbaş<sup>2</sup>, Mehmet Özen<sup>3</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Günhan Gürman<sup>3</sup>, Nurşen Düzgün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı,Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı,Hematoloji Bilimdalı

**Giriş:** Son yıllarda TNF- $\alpha$ 'nın biyolojik aktivitelerini antagonize eden anti-TNF ilaçlar romatizmal hastalıkların tedavisinde başarılı şekilde kullanılmaya başlanmıştır Bu olgu sunumunda ankilozan spondilit tanısıyla otuz ay suresince anti TNF-alfa ajan kullanan hastada akut myeloid lösemi gelişimi tartışılacaktır.

**Olgu:** 41 yaşında erkek hastaya yedi yıl önce inflamatuvar tipte olan kalça ve sırt ağrısı ankilozan spondilit tanısı konuldu. Salazopyrin ve indometazin tedavisi altında iken üç yıl önce ağrılarında artış, sedimentasyon(ESR): 75 mm/saat, C reaktif protein(CRP): 10,5 mg/L, hastalık aktivite indeksinde yükselme (BASDAİ: 9) olması nedeniyle tüberküloz açısından taramaları yapıldıktan sonra etanercept 50 mg/hafta subkutan başlandı. Anti tnf tedavi altında hem klinik hem laboratuvar yanıt sağlanan hastada 15.ayda 3 aydır olan kansız ishal nedeniyle hospitalize edildi. terminal ileum ağzı hiperemik,ödemli ve üserli idi. Biyopsi sonucu sağ kolonda kolit ile uyumlu bulgu olarak yorumlandı h.astada eşlik eden Crohn hastalığı düşünüldü. Mesalazin suppozituar 3x1 ve oral 3x 500 mg tablet başlandı.Hastanın etanercept tedavisi kesilerek infliksimab verildi. hastanın kontrol tetkiklerinde ve fizik muayenesinde sıkıntı yok iken tedavinin 14.ayında yürümede zorluk, istirahatle artan ağrılar nedeniyle hospitalize edildi. Fizik muayenede her iki akciğer bazalde ralleri. Laboratuvar bulgularında ise beyaz küre:1100 X 10<sup>9</sup>/L nötrofil:500 X 10<sup>9</sup>/L lenfosit:500 X 10<sup>9</sup>/L hemoglobin:10 gr/dl trombosit:68 000 X10<sup>9</sup>/L, arter kan gazında ph:7,45 PO2:%73 PCO2:%29,5 HCO3:22 MMOL/L, d dimer 14924  $\mu$ G/L olan hastanın dinleme bulguları da olması nedeniyle toraks bilgisayarlı tomografisi(BT) ve pulmoner tromboemboli açısından toraks BT anjiyografisi çekildi. Toraks Bt anjio akut tromboemboliler izlenmiştir. Trombosit düzeyine göre doz ayarı yapılarak düşük moleküler ağırlıklı heparin başlandı. İnfliksimab kesildi. Pansitopeni nedeniyle periferik yaymada çekirdekli hücrelerin %60 kadarının myelomonosit şeklinde görüldü, hastaya AML ön tanısıyla kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sonuç myeloid yönde farklılaşma gösteren akut lösemi bulguları içeren hipersellüler kemik iliği biyopsisi ve yayma preparatları,moleküler özellikleri ile AML M3 ayırıcı tanısını gerektiren bulgular şeklinde geldi. PCR ile (15;17) Tespiti (Kantitatif) 0,0184 Pozitif geldi. Hematoloji bölümüne konsülte edilen hastaya AML M3 tanısı konularak GİMEMA protokolü başlandı. İndüksiyon kemoterapisi all trans retinoik asit(ATRA) ve idarubisin şeklinde verilen hastanın. Takibinde bir ay sonra ikinci konsolidasyon(mitoksantron ve etoposid) verildi. ATRA 90 güne tamamlanıp kesildi.hasta hematoloji, romatoloji, gastroenteroloji bölümlerinin takibinde izleme alındı.

**TARTIŞMA**

Tnf alfanın anti kanser özelliği üzerine birtakım çalışmalar yapılmış olsa da bu konu halen netlik kazanmamıştır.Akut lösemi gelişimi ile ilgili olarak literatürde iki vaka bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** anti tnf, aml-m3

[PP-114][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

## Anti-Nükleer Antikor(ANA); Klinik Pratikte Kullanımı

Ahmet Behlül<sup>1</sup>, Polat Olgun<sup>1</sup>, Hatice Yazısız<sup>2</sup>, Fatih Borlu<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hast-Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji, İstanbul

<sup>3</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları-Romatoloji, İstanbul

**Giriş:** Anti-nükleer antikor (ANA) bağ dokusu hastalığı düşünülen hastalarda tarama amacıyla en çok istenilen laboratuvar testidir. ANA pozitifliği SLE gibi bazı romatizmal hastalıklar için oldukça sensitif olmasına rağmen malignite, ilaçlar ve infeksiyon gibi romatolojik olmayan faktörlerle de ilişkili olabilir. Bu çalışmada 1 yıllık dönemde romatoloji polikliniğinden istenilen ANA test sonuçlarının retrospektif değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** 1 Haziran 2011-1 Haziran 2012 tarihleri arasında Romatoloji polikliniğinden istenilen ANA test sonuçlarının değerlendirilmesi. Tek merkezli, retrospektif inceleme. Aynı laboratuvar ve aynı yöntemle (İndirek İmmunfloresan-IIF) çalışılan test sonuçları değerlendirmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Ünitimizde 1 yılda 6810 hastanın muayene edildiği, 802 hastadan (%11.7) ANA istemi yapıldığı tespit edildi. 802 hastanın 248'inde (%30.9) ANA pozitifliği vardı. ANA pozitifliği olmasına rağmen 110 hastaya (%44) herhangi bir bağ dokusu hastalığı tanısı konulmamış, 2 hastada HCV Ab pozitif saptanmış. 4 hasta tetkik sonuçları ile kontrole gelmemiş ve tanı kesinleştirilmemiş. Toplam 132 hastaya (%53.2) bağ dokusu hastalığı (31 SLE, 31 Sjögren sendromu, 26 uBDH/MCTD, 21 RA, 15 Skleroderma, 2 Dermato-polimiyozit, 6 diğer) tanısı konulmuş. Biri izole, ikisi Sjögren sendromu, biri Skleroderma ile birlikte 4 hasta PBS tanısı almıştı. Örneklerin %16.5'i düşük ( $\leq 1/80$ ), %5.6'sında yüksek titrede ( $> 1/320$ ) ANA pozitifliği vardı. ANA titresi arttıkça romatolojik hastalık tanısı konulma olasılığı artmaktadır ( $r: +0.505, p < 0.005$ ). En sık görülen paternler granüler (%34), homojen (%31) ve miks (%5.6) boyanma paternleridir.

**Sonuç:** Bulgularımız ANA titresi arttıkça spesifik bağ dokusu hastalığı tanısı konulma olasılığının arttığını, HCV'nin yüksek titrede ANA pozitifliğine neden olabildiğini ortaya koymaktadır. ANA pozitifliği olan vakaların yaklaşık yarısına herhangi bir bağ dokusu hastalığı tanısı konulamamıştır. ANA test sonuçları testin pozitif saptandığı titre, patern ve hastanın klinik bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir. Bağ dokusu hastalığı açısından klinik bulguları yeterli olmayan olgularda ANA testinin tek başına tanısız bir değeri yoktur. Klinik bulguları tanı açısından yeterli olmayan fakat ANA titresi orta-yüksek pozitif olan hastalar ilerleyen dönemde bağ dokusu hastalığı gelişimi açısından takibe alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-Nükleer Antikor (ANA), Bağ dokusu hastalıkları

[PP-115][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

## Anti-Ro/La ve RF pozitifliğinin QT intervallerine etkisinin değerlendirilmesi

Soner Şenel<sup>1</sup>, Osman Başpınar<sup>2</sup>, Mahmut Akpek<sup>3</sup>, Veli Çobankara<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D

<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji A.D

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

**Gerekeç:** Anti-Ro/LA antikorlar başta Sjögren Sendrom (SS) olmak üzere sistemik lupus eritematozus (SLE), sistemik skleroz, (SSk) gibi diğer bağ dokusu hastalıklarında da görülebilir. Bu antikora sahip annelerin çocuklarında doğumsal kalp blokları yaptığı bilinmektedir. Az sayıda yapılmış çalışma da, bu antikorların kardiyak etkilerinin olduğu gösterilmiştir. QT dispersiyonunun (QTd) bölgesel ventrikül repolarizasyon anormalliğini yansıttığı kabul edilmektedir. Ventriküler miyokardın ciddi aritmilere olan duyarlılığı ile artmış QTd arasında güçlü bağlantı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, Ro (SS-A)/La (SS-B) pozitif bağ dokusu hastalarındaki etkisinin kontrollere göre karşılaştırılması ve QT intervallerine etkisinin olup olmadığı araştırıldı.

**Yöntem:** Çalışmaya, SS (42 hasta %80), RA'ya sekonder SS (7 hasta %13,5), SSk (1 hasta, %1,9), SLE(1 hasta, %1,9) ve diğer (1 hasta, %1,9) tanılı konulan yaşları 20-67 arasında (ortalama  $47 \pm 10$ ) toplam 52 (49 kadın, 3 erkek) hasta dahil edildi. Anti-Ro/La pozitif olan hastalar olmayanlarla karşılaştırıldı. Hastaların 12 derivasyonlu elektrokardiogramları (25mm/sn) çekildi. Bu kayıtlardan, 12 derivasyonun tümü için en kısa ve en uzun QT intervalleri ölçüldü.

Düzeltilmiş QT değerleri Bazzet formülüne göre hesaplandı.

Sonuçlar: Anti-Ro 52 hastanın 29'ünde (%55.8)'inde, Anti-La ise 13'ünde (%25) pozitif saptandı. RF ise 10 (%19.2) hastada pozitif bulundu. Her iki grupta da gruplar arasında yaş ve cinsiyet değerlerinde farklılık yoktu. Ancak RF pozitif olan grupta yaş anlamlı olarak ( $p=0.029$ ) daha yüksekti. Sonuçlar Ro/La ve RF pozitif veya negatif hastaların QTc karşılaştırmalarının hiçbirinde de anlamlı fark saptanmadı. Ro/La pozitif hastalarında QTc  $377 \pm 21$  ms iken negatiflerde  $384 \pm 21$  ms olup ( $P=0,758$ ) aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma: Daha önceki yapılmış daha az sayıdaki çalışmalarının sonuçlarının aksine, 52 hasta ile yapılan bu çalışmada, Ro/LA veya RF antikör pozitifliğinin ventrikül repolarizasyon homojenitesinin bozulduğunun göstergesi olan QTc'nin olumsuz etkilenmediği tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Ro/La antikörleri, QT intervali

**[PP-116][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

### **Association between cystatin-c levels and renal involvement in patients with Sjögren's syndrome**

Alpaslan Altunoğlu<sup>1</sup>, Şükran Erten<sup>2</sup>, Ali Şahin<sup>3</sup>, Semra Işıkoğlu<sup>4</sup>, Salim Neşelioğlu<sup>4</sup>, Cahide Erzurum<sup>5</sup>, Özcan Erel<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bölümü

<sup>3</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bölümü

<sup>4</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Bölümü

<sup>5</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

**Aim:** We aimed to investigate serum cystatin C levels in Primer Sjögren's Syndrome patients, and evaluate its correlation with renal involvement.

**Methods:** Eighty-five Primary Sjögren's Syndrome patients with a known disease duration of 6 months to 96 months and sixty-five healthy controls were enrolled into the study. Serum cystatin C, urea, creatinine, sodium, potassium, magnesium, calcium, phosphorus, sedimentation, C-reactive protein, anti-SS-A, anti-SS-B, 24-hour urinary proteinuria, microalbuminuria, glomerular filtration rates were evaluated. Renal biopsies were performed among three Primary Sjögren's Syndrome patients for symptomatic electrolyte imbalance, unexplained renal dysfunction and proteinuria.

**Results:** There were no statistically significant difference between the patients and healthy controls in terms of age, gender and cystatin C levels ( $p > 0.05$ ). There was not any correlation between patient's cystatin C levels and proteinuria, microalbuminuria, urea, creatinine, glomerular filtration rates and tubulointerstitial nephritis ( $p > 0.05$ ). In patients with sjogren syndrome with proteinuria mean cystatin c levels were  $0,6867 \pm 0,11651(0,71; 0.53-0.82)$  and in patients without proteinuria mean serum cystatin c levels were  $0.6574 \pm 0.1735(0.64, 0.39-1.12)$  ( $p > 0.05$ ). In patients with sjogren syndrome with proteinuria, there was a positive correlation between cystatin C levels and age ( $r: 0.258, p = 0.025$ ), erythrocyte sedimentation rate( $r: 0.405, p 0.001$ ), potassium ( $r: 0.279, p = 0.024$ ), C-reactive protein ( $r: 0.216, p = 0.062$ ) and the disease duration ( $r: 0.235, p = 0.04$ ), respectively. However, there was a negative correlation between cystatin C levels and Sicca complex ( $r: -0.252, p = 0.02$ ).

**Discussion:** In the literature there are many studies showing that cystatin C is a sensitive and specific marker for early detection of kidney dysfunction (Inker LA, et al. N Engl J Med. 2012). Cystatin C can be a useful marker as an acute phase response in auto-immune diseases like SS with renal involvement.

**Keywords:** Sjögren syndrome, cystatin C

**[PP-117][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

### **Behçet Hastalarında Ayak Bileği Brakiyal Basınç İndeksi ile Kardiyovasküler Riskin Değerlendirilmesi**



Berivan Bitik, Abdurrahman Tufan, Rıdvan Mercan, Mehmet Engin Tezcan, Şeminur Hznedaroğlu, Berna Göker  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Gerekçe:** Behçet hastalığı hem arter hem de venleri tutan bir sistemik vaskülitir. Sistemik vaskülitlere kardiyak risk faktörlerinden bağımsız olarak subklinik arterosklerozun eşlik ettiği bilinmektedir. Behçet hastalarında kardiyovasküler hastalık riskinin artmış olduğu ile ilgili yeterli veri mevcut değildir. Ayak bileği brakial basınç indeksi (ABBİ) kardiyovasküler riskin değerlendirilmesinde kullanılan girişimsel olmayan bir vasküler fonksiyon testidir. ABBİ, bilateral posterior tibial ve dorsalis pedisden ölçülen sistolik kan basınçlarının en yüksek olanının her iki kolda ölçülen sistolik basınçlardan yüksek olanına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. ABBİ normal değeri 0.9-1.2'dir. Değerin  $\leq 0.90$  olması azalmış alt ekstremitte kan akımını göstermektedir. Bu pilot çalışmada Behçet hastalarında ABBİ hesaplanarak kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tanı kriterlerini karşılayan 28 Behçet hastası [18 erkek, ortalama yaş:  $31 \pm 11$ (SD)] ile 20 sağlıklı kontrol [13 erkek, ortalama yaş:  $30 \pm 6$ (SD)] dahil edilmiştir.  $\geq 65$  yaşı, bilinen hipertansiyonu, koroner arter hastalığı, diyabeti, hiperlipidemisi olan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. ABBİ, Bistos (8 MHz) marka el Doppler cihazı ile ölçülmüştür. Hastaların hastalık aktiviteleri, süreleri, almakta oldukları tedaviler, vücut kitle indeksleri, sigara içme durumları dosya bilgileri incelenerek kaydedilmiştir.

**Sonuçlar:** Çalışmada Behçet grubundan bir hasta dışında tüm bireylerin ABBİ normal olarak hesaplanmıştır. Behçet hastaları ile kontrol grubu arasında ABBİ açısından bir fark bulunmamıştır (ortalama değerleri  $1,09 \pm 0,07$ (SD) ve  $1,11 \pm 0,07$ (SD),  $p > 0,05$ ). 13 hasta en az üç ay süredir steroid tedavisi almakta idi. Hastaların %53'ü azatiyopürin, siklosporin, interferon veya anti-TNF'lerden birini kullanmaktaydı. Hastaların büyük bir kısmının inaktif dönemde olduğu saptanmıştır (%71). Hastalığın başlangıcından bu yana geçen süre ortalama 6 yıldır (min ve max 1 ve 20 yıl). 5 yıldan az ve 5 yıldan fazla süredir hastalığı olanlar arasında ve steroid alanlar ile almayanların ABBİ'leri arasında bir fark bulunmamıştır. Aktif olanlar ile inaktif olanlar arasında ABBİ açısından bir fark saptanmamıştır (ortalama değerleri  $1,07 \pm 0,07$ (SD) ve  $1,11 \pm 0,07$ (SD),  $p > 0,05$ ). Hasta grubunda 8 hastada kontrol grubunda ise sadece 4 hastada sigara içme öyküsü vardı.

**Tartışma:** ABBİ yönteminin kullanıldığı bu çalışmada, Behçet hastalarında kardiyovasküler hastalık riskinin artmadığı gösterilmiştir. Kardiyovasküler riskin daha sensitif bir test ve daha çok hasta sayısı ile değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, Kardiyovasküler risk

[PP-118][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

## Behçet Hastalarında Oral Sağlık: 5 Yıllık İzlem Çalışması

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Nur Şişman<sup>1</sup>, Tülin Ergün<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>

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

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

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

**Gerekçe:** Behçet hastalığı (BH) patogenezinde oral floranın immün yanıtı tetiklediği ve oral ülser gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Dental ve periodontal tedaviler sonrasında enfeksiyon odaklarının elimine olması ile oral ülser ataklarının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca oral ülserin varlığı rutin oral hijyen alışkanlıklarını sınırladığı için oral sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu araştırmanın amacı Behçet hastalarında (BH) 5 yıllık oral sağlık verisini değerlendirmek ve oral ülser ile olan ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmaya düzenli olarak klinik ve oral sağlık değerlendirmeleri yapılan 49 BH'lı hasta (K/E: 28/21, yaş ort.:  $39.12 \pm 10.29$  yıl) katıldı. Bu izlem çalışmasında değerlendirme kriterleri; hastalık şiddeti, oral ülser aktivitesi ve oral sağlık verisindeki değişim oldu. Oral sağlık dental ve periodontal indeksler ile değerlendirildi. Her muayenede hastalara düzenli olarak oral sağlık eğitimi verildi. Hastaların aylık oral ülser sayıları kayıt edildi ve sistemik organ tutulumunu yansıtan hastalık şiddet skoru hesaplandı.

**Sonuçlar:** Beş yıllık izlem sonunda hastalık şiddet skorunun ( $5.24 \pm 1.76$ ) başlangıç dönemine ( $4.3 \pm 1.82$ ) göre daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0.000$ ). Oral ülser aktivitesi başlangıçta % 100 iken izlem döneminde % 85.5 olduğu görüldü ( $p=0.001$ ). Buna karşın oral ülser sayısının ( $2.92 \pm 2.98$ ) başlangıç dönemine ( $6.01 \pm 6.1$ ) göre daha düşük olduğu belirlendi ( $p=0.000$ ). Başlangıç döneminde oral ülser sayısı ile gingival indeks puanının ilişkili olduğu belirlendi ( $r=0,5$   $p=0.012$ ). Diş fırçalama sıklığına bakıldığında 5 yıllık izlemde ( $1.4 \pm 0.94$ ) başlangıç dönemine

(0.89± 0.67) göre artış olduğu belirlendi (p=0.003). Dental ve periodontal indeks puanlarının ise başlangıç ve 5 yıllık izlem döneminde benzer olduğu gözlemlendi (p>0.05).

Tartışma: Çalışmamızda rutin izlemdaki hastalarda oral sağlık eğitimi ile oral sağlığın stabil kalmasının başarılı olduğu saptandı. Oral ülser aktivitesi hem hastalığın seyri, hem de oral sağlıkla ilişkili idi. Hastalık şiddet skorundaki artmaya karşın, hastaların oral sağlık uygulamalarındaki davranış değişimlerinin oral sağlık düzeyini olumlu yönde etkileyerek hastalığın uzun dönemli seyrini olumlu etkileyebileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, oral sağlık

[PP-119][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

### **Behçet hastalarında tromboz riskinin belirlenmesinde tromboelastografi kullanılabilir mi?**

Nazife Şule Yaşar Bilge<sup>1</sup>, Olga Meltem Akay<sup>2</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>1</sup>, Gökhan Kuş<sup>2</sup>, Cengiz Korkmaz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Eskişehir  
<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD, Eskişehir

#### **GEREKÇE**

Behçet Hastalığı (BH), yineleyici oral - genital ülserler ve göz bulgularıyla tanımlanan klasik triad ile karakterize multisistemik bir sendromdur. Vaskülit ve beraberinde görülen trombotik olaylar mortalitenin en önemli sebebidirler. Damar tutulumunun BH' da diğer vaskülit tiplerine göre daha sık olmasının nedeni ortaya koyulamamıştır ve tromboza yatkınlıkta belirleyici olanın ne olduğu tam bilinmemektedir. Tromboelastografi(TEG) hemostatik sistemin genel olarak değerlendirilmesinde kullanılan ve konvansiyonel koagülasyon testlerine alternatif olan bir metoddur. Günümüzde modifiye TEG uygulamasının ulaştığı en son teknolojik nokta rotasyonel TEG (ROTEG veya ROTEM) analizidir. Biz bu çalışmada, Behçet Hastaları'nda TEG analizi ile tromboz riskinin belirlenip belirlenemeyeceğini test etmek istedik.

#### **YÖNTEM**

Bölümümüzde takip edilen, antiagregan veya antikoagülan almayan 30 Behçet hastası ile 14 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda tam kan, PT, aPTT, fibrinogen, D-dimer ve tromboelastografi (TEG) ile INTEM ve EXTEM analizi yapılarak CT (pıhtılaşma zamanı=sn), CFT (pıhtı oluşma zamanı=sn) ve MCF (maksimum pıhtı sertliği=mm) parametreleri değerlendirildi. INTEM ile koagülasyon sisteminin intrinsek yolu, EXTEM ile ekstrinsek yol değerlendirilmektedir. Laboratuara ait referans değerlerine göre CT ve CFT'de kısalma, MCF'de artma hiperkoagülabilitate açısından anlamlıdır. Bu çalışma SPSS IBM Statistics 20 yapılmıştır. Tüm değişkenler için Shapiro Wilk normalite testi yapıldı. Normal dağılım testleri için One way ANOVA testi uygulanmıştır. Normal dağılım testleri için Independent Sample Kruskal Wallis Testi uygulandı. Gruplar arası fark olup olmadığı Parametrik Olmayan Tukey Çoklu Karşılaştırma testi ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişki için Spearman's Rho Analysis testi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak mean±standard deviation, median(Quartiles) değerleri verildi.

#### **SONUÇLAR**

TEG parametreleri değerlendirildiğinde; EXTEM ve INTEM analizlerinde Behçet hastalarında MCF de kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir uzama saptandı (p<0.001). INTEM-CT aPTT arasında pozitif korelasyon (p=0.513) saptandı. INTEM-CFT ile lökosit sayısı ve trombosit sayısı ile negatif korelasyon saptandı (sırasıyla p=0.012,p=0). INTEM-MCF ile hemoglobin değerleri arasında negatif, trombosit sayısı ile pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla p= 0.027 ve p=0). EXTEM-CFT ile lökosit sayısı, trombosit sayısı ve fibrinojen ile negatif korelasyon saptandı (sırasıyla p=0.012,p=0.019, p=0.013). EXTEM-MCF ile trombosit sayısı ve fibrinojen arasında pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla p=0.013 ve p=0.013).

#### **TARTIŞMA**

Sonuçlarımız, Behçet hastalarında hiperkoagülabilitateye eğilim olduğu ve TEG' nin bu amaçla kullanılabilirliğini göstermektedir. Ancak hasta sayımızın az, takip süresinin kısa ve trombozu olan ve olmayan hastalar arasındaki farkı ortaya koyucu hasta dağılımının olmaması çalışmamızın sınırlamalarıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, tromboelastografi

[PP-120][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### **Behçet hastalarında yorgunluk artmış ve yaşam kalitesi düşmüştür**

Birkan İlhan<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>2</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>2</sup>, Sibel Öner<sup>2</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Tülin Ergun<sup>3</sup>, Gonca Mumcu<sup>4</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, İstanbul

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji ABD, İstanbul

<sup>4</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

**Gerekeç:** SLE, romatoid artrit ve vaskülitler gibi inflamatuvar romatolojik hastalıklarda sıklıkla görülen bir bulgu olan yorgunluk ile ilgili Behçet hastalığında (BH) az sayıda çalışma bulunmaktadır. Biz bu çalışmada BH'da yorgunluğu değerlendirmeyi ve anksiyete/depresyon, yaşam kalitesi gibi diğer hasta kökenli ölçütler ile karşılaştırmayı hedefledik.

**Yöntem:** Çalışmaya BH Uluslararası Çalışma Grubu (ISG, 1990) tanı kriterlerine uygun 124 BH (K/E:71/53, yaş ortalaması: 39.4 yıl), 99 SLE hastası (K/E: 95/4, yaş ortalaması:43.3 yıl) ve 64 sağlıklı kontrol (SK) (K/E:35/29, yaş ortalaması: 41.6 yıl) dahil edildi. Hastalık aktivitesi BH'da Behçet sendromu aktivite ölçeği (BSAS), SLE'de SLE Aktivite indeksi (SLEDAI) ile değerlendirildi. Yorgunluğun değerlendirilmesinde çok boyutlu değerlendirme ölçeği (Multi-dimensional assessment of fatigue (MAF)) ayrıca kısa form-36 (SF-36), hastane anksiyete ve depresyon (HAD) ölçeği ve sağlık değerlendirme anketi (HAQ) kullanıldı.

**Sonuçlar:** Ortalama MAF skoru BH ve SLE grubunda SK'a göre daha yüksek [BH, SLE ve SK için sırasıyla 20.3 (±15.1), 24.6 (±12.4) ve 12.4 (±10.1), p=<0.05], BH ve SLE grupları arasında benzer idi. BH'nın mukokutan (MK) (n=51) ve major organ tutulumu (MO) (göz, vasküler, santral sinir sistemi) (n=56) olan 2 alt-grubunda da MAF skorları benzer idi [MK ve MO için sırasıyla 19.09 (±15.5) vs 20.5 (±15.3)]. Ancak BSAS skorunun MAF skoru ile korele olduğu gözlemlendi (r=0.4, p<0.001). BH ve SLE gruplarında SK grubuna göre HAQ ve HAD skorları daha yüksek, SF-36 mental ve fiziksel komponent (MK, FK) skorları ise daha düşük görüldü (Tablo 1). Ayrıca BH'da MAF skorunun HAQ (r=0.4, p=<0.001), anksiyete (r=0.5, p<0.001) ve depresyon skorları (r=0.4, p<0.001), SF-36'nın da MK (r=0.3, p<0.001) ve FK (r=0.6, p<0.001) skorları ile korele olduğu gözlemlendi. BH MK ve MO alt gruplarında SF-36, HAD ve HAQ skorları yine benzer idi.

**Tartışma:**Yaptığımız bu gözlemsel kohort çalışmasında geçmiş çalışmalar ile uyumlu olarak BH grubunda yorgunluğun SK'a kıyasla belirgin olarak daha fazla olduğunu gördük. Ayrıca yaşam kalitesi BH ve SLE grubunda daha düşük, anksiyete ve depresyon da daha yüksek görünmektedir. MAF skoru SF-36, HAD ve HAQ ölçekleri ile ilişki gösterdi. BH'da major organ tutulumu yorgunluk düzeyini etkilememekle beraber, hastalık aktivitesi ile yorgunluk düzeyi arasında ilişki gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, Yorgunluk

**Tablo 1**

	Behçet H.	SLE	SK	p değeri
MAF	20.3	24.6	12.4	<0.05
HAQ	0.26	0.38	0.05	<0.05
Anksiyete Skoru	7.2	7.2	4.8	<0.001
Depresyon Skoru	5.9	6.6	3.6	<0.001
SF-36 MK	42.8	41.4	48.7	<0.001
SF-36 FK	40.8	38.3	51.2	<0.001

[PP-121][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

**Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF), Behçet Sendromu Aktivite Skoru (BSAS) ve Hasta İndeks Verilerinin Rutin Değerlendirme (RAPID)-3 Skorlarının Behçet Hastalığı Aktivite Değerlendirilmesindeki Yeri: Genişletilmiş Rapor**

Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Osman Köse<sup>2</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>3</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>NYU School of Medicine, Departments of Rheumatology, New York, USA

**Giriş-Amaç:** Behçet hastalığı (BH), organ tutulumu açısından oldukça farklılıklar gösteren, remisyon ve aktivasyon dönemleri ile seyreden heterojen bir klinik sendromdur. Ne yazık ki hastalık aktivitesini gösteren özgül bir yöntem bulunmamaktadır. Hastalık aktivitesinin belirlenmesinde en yaygın olarak BDCAF kullanılmaktadır. Son dönemlerde hasta-temelli bir değerlendirme yöntemi olan BSAS kullanımı önerilmiş, ancak geçerliliği yeterince değerlendirilmemiştir. Diğer yandan, her ne kadar esas olarak romatoid artrit için geliştirilmiş olsa da MD-HAQ indeksinden elde edilen RAPID-3 skorunun, tüm romatizmal hastalıklar için kullanışlı olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmanın amacı, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde BSAS'ı BDCAF ile karşılaştırmak ve ikincil olarak da RAPID3'ün performansını diğer iki yöntemle kıyaslamaktır. Geçen yıl bildirilen verilerin, artmış hasta sayısı ile güncellenmesi hedeflenmiştir.

**Yöntem:** 1 Mayıs 2011 ile 30 Haziran 2012 tarihleri arasında Romatoloji merkezinde ardışık olarak görülen hastalara doldurmaları için BSAS ve MD-HAQ formları verildi ve hastaları takip eden tüm doktorlar BDCAF'ı doldurdu. BDCAF altın standart olarak kabul edildi ve diğer anketler ile karşılaştırıldı. Her bir yöntem için tanımlayıcı istatistik, Pearson korelasyon katsayısı ve Lin's konkordans korelasyon katsayısı hesaplandı.

**Sonuçlar:** Her üç değerlendirmeyi toplam 104 hasta tamamladı. Ortalama BSAS skoru  $18,4 \pm 11,3$ ; ortalama BDCAF skoru  $2,9 \pm 1,6$ ; ortalama RAPID3 skoru  $9,0 \pm 5,3$ , RAPID3 ortanca değeri 9 (IQR: 8) olarak belirlendi. BSAS ve BDCAF skorları arasındaki korelasyon orta düzeyde idi ( $r:0,481$ ,  $p<0,0001$ ), buna karşın BSAS RAPID3 ile iyi düzeyde korele idi ( $r:0,60$ ,  $p<0,0001$ ). RAPID3 ve BDCAF arasındaki korelasyonun zayıf olduğu tespit edildi ( $r:0,265$ ,  $p=0,0066$ ).

**Tartışma:** Son dönemde romatizmal hastalıkların kantitatif değerlendirilmesinde büyük ilerlemeler elde edilmiştir. Ancak bu konuda Behçet hastalığındaki gelişmeler yetersizdir. Her ne kadar RAPID3, Behçet hastalığında kullanılmadan önce bazı değişikliklere gereksinim gösterse de, sadece hastanın verdiği yanıtlardan oluşan BSAS anketi, daha az zaman alıcı olması ve BDCAF ile güçlü bir pozitif korelasyonu olması nedeniyle özellikle rutin klinik uygulamada yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı

[PP-122][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

## **Behçet Hastalığı Tedavisinde ne kadar başarılıyız ? Uzun dönem izlemde çoğu hasta aktif seyrediyor**

Fatma Alibaz Oner<sup>1</sup>, Gonca Mumcu<sup>2</sup>, Gülsen Özen<sup>1</sup>, Zeynep Kubilay<sup>3</sup>, Meryem Can<sup>1</sup>, Sibel Yılmaz Öner<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>4</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bilgi ve Teknolojileri Bölümü

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

<sup>4</sup>Marmara Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Remisyon ve alevlenmelerle seyreden Behçet hastalığının (BH) klinik seyri hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Romatoloji'de tüm sistemik, inflamatuvar hastalıklarda artık "tam remisyon" amaçlandığından (Treat-to-target vb), bu çalışmada, rutin izlemimizdeki Behçet hastalarında "tam remisyon" sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç-Yöntem:** ISG kriterlerini karşılayan 130 Behçet Hastalığı (K/E: 67/63, ortalama yaş:  $43.23 \pm 11,7$  yıl) olan olgu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, aktif organ tutulumu açısından klinik verileri ve tedavileri takip sırasındaki her ziyaret ve öncesindeki son bir ay için kaydedildi. En az bir hastalık bulgusunun varlığı "aktivite" kriteri olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmada 130 hastanın toplam 857 viziti değerlendirildi. Ortalama ziyaret sayısı  $6,5 \pm 2,7$  (1-10), ortalama takip süresi  $53,54 \pm 41,79$  (3-162) ay idi. Altmış-bir (%46,9) hasta mukokutanöz BH iken, 69 (%53,1) hastada major organ tutulumu mevcuttu. Tüm ziyaretlerin genel değerlendirmesinde, hastaların % 16-49'u immunsupresif (IS) tedavi alırken, % 30-62,3'ü IS-dışı (kolşisin, salazopirin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar vb.) tedaviler ile izlenmekteydi. Herhangi bir tedavi almayan oranı (%6-53,8) idi.

Gözden geçirilen toplam 857 vizitin 575'inde (%67) hastalar klinik olarak "aktif" tespit edildi. Ortalama klinik aktivite oranı %61,9 (%53,7-87,7) saptandı. Ziyetler öncesi son bir aydaki klinik

aktiviteye bakıldığında oran %77,2 (%64,2- 90) oldu. Klinik aktivitenin temel nedeni aftöz ülserler idi (%44,1-74,6). Diğer hastalık bulgusu oranlarına bakıldığında genital ülser: %4,5-33,8, eritema nodosum: %7,5-30, papulopüstüler lezyonlar: % 16,3-39,2, artrit: % 19,9-33,3, üveit: %0-7,7 ve vasküler tutulum: % 2,3-12,3 saptandı. Genel klinik aktivite sıklığı açısından IS tedavi ile IS-dışı tedavi alan hastalar arasında herhangi bir fark saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamız, rutin izlemdeki Behçet hastalarının ancak üçte birinin tam remisyonda olduğunu göstermektedir. Romatoid artrit ya da vaskülit gibi inflamatuvar romatolojik hastalıklarda primer ölçüt haline gelmiş olan "tam remisyon", mevcut tedavi seçenekleriyle Behçet hastalığında zor bir hedef olarak gözükmektedir. Klinisyenin mukokutanöz lezyonlar ya da artrit gibi düşük morbiditeli bulgular için agresif tedavi uygulamadaki isteksizliği, Behçet hastalarının sürekli "düşük hastalık aktivitesi" ile yaşamasına neden oluyor olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, tam remisyon

**[PP-123][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

### **Behçet hastalığı ve Ankilozan Spondilit Birlikteliği: Olgu Sunumu**

Ilknur Albayrak<sup>1</sup>, Adem Kucuk<sup>2</sup>, Sinan Bağcaci<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>3</sup>, Recep Tunc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

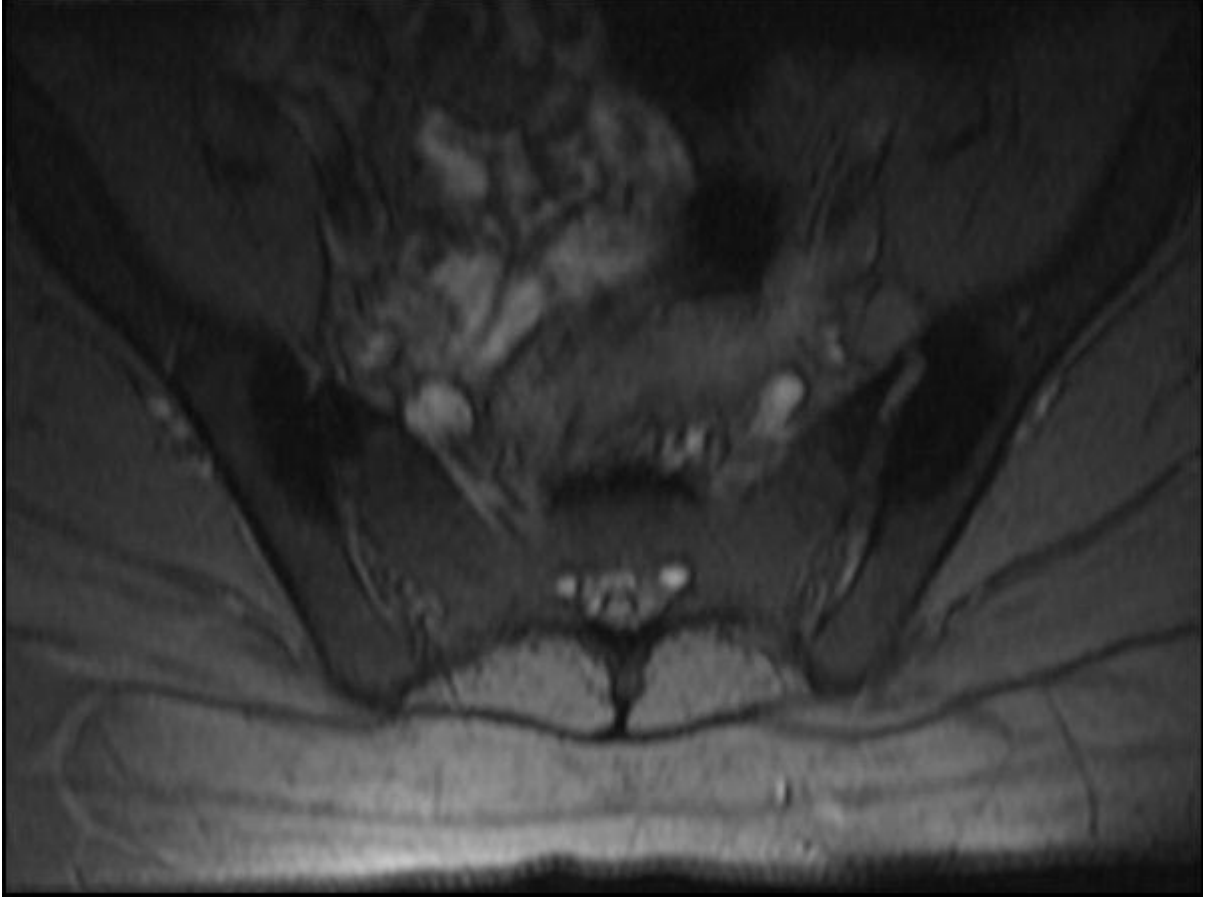
<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

**Giriş:** Behçet hastalığı (BH) ve ankilozan spondilit (AS) sık görülen romatolojik hastalıklardandır. BH sıklıkla vaskülitin eşlik ettiği iritis, aftöz stomatit ve genital ülserden oluşan üçlü semptom kompleksiyle karakterize multisistemik bir hastalıktır. AS ise spondilartropati (SPA) ailesinin temel ögesidir, aksiyal iskelet ve bilateral sakroiliyak eklem tutulumuyla seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bazı vakalarda ise nadiren bu iki hastalık birlikte görülebilmektedir. Olgu: 33 yaşında kadın hasta polikliniğimize yaklaşık 3 yıldır devam eden son 3 aydır şiddetlenen bel ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın ağrısı inflamatuvar ağrı karakterindeydi ve bir saat sabah tutukluğu tarif ediyordu. Entezit, periferik artrit, psöriyazis, üretrit, genital akıntı, ishal, kabızlık öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişi sorgulandığında oral aft (ayda 2 kez) ve genital ülser şikayetleri nedeniyle 5 yıl önce romatolog tarafından BH tanısı konduğu öğrenildi. BH nedeniyle kolşisin 1,5 mg/gün kullanıyordu. Fizik muayenede bel eklem hareket açıklığı ağrılı, sonlarda kısıtlıydı. Boyun, sırt ve kalça muayenesi normaldi. Her iki sakroiliyak eklem kompresyonla ağrılıydı, Ganslen testi bilateral pozitif. Schober testi 14,5 cm, modifiye Schober testi 20 cm idi. HLA-B27 ve HLA-B51 pozitif. Kontrastlı bilateral sakroiliyak manyetik rezonans (MR) incelemesinde; bilateral sakroiliit tespit edildi. Hastaya BH'ye ek olarak Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı kondu. Sülfasalazin 2 gr/gün ve indometazin 150 mg/gün başlandı, kolşisine aynı dozda devam etmesi önerildi. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde sakroiliyak eklem hassasiyetinin ve ağrı şikayetinin devam ettiği görüldü. Bu nedenle hastanın her iki sakroiliyak eklemine floroskopi eşliğinde 2 ml betametazon dipropionate ve 4 ml lidokain enjeksiyonu uygulandı. Enjeksiyon sonrasında şikayetlerinde belirgin düzelme oldu.

**Tartışma:** Bu vaka sunumunda BH tanısıyla takip edilirken ek olarak AS tanısı konan bir hastadan bahsedilmiştir. BH'nin SPA'nın bir alt grubu olup olmadığına dair tartışmalar mevcuttur. BH'de HLA-B27 bulunmaması, HLA-B5 pozitifliği olması, BH'de sakroiliitin çok nadir görülmesi, göz tutulumu ve kliniğin SPA'den farklı olması, vasküler tutulumun ön planda olması gibi nedenlerle BH, SPA'nın alt grubu olarak düşünülmemektedir, ayrı bir hastalık olarak değerlendirilmelidir. Bu bilgilere göre BH olan hastalarda sakroiliit varlığında ek olarak AS olabileceği de akılda bulundurulmalıdır. Sonuç: Behçet hastalarında nadirde olsa sakroileit görülebilmektedir. İnflamatuvar bel ağrısı olan vakalar bu açıdan değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, Ankilozan Spondilit

## Resim-1



*Kontrastlı sakroiliak eklem MR'de bilateral aktif sakroileit*

[PP-124][Kabul:Poster][Behcet hastalığı]

### **Behcet Hastalığına Eşlik Eden Demiyelizan Hastalık: Olgu Sunumu**

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

#### **GİRİŞ**

Behcet hastalığı sebebi bilinmeyen, multisistemik, vasküler inflamatuvar bir hastalıktır. Multiple skleroz santral sinir sisteminde demiyelizan plaklarla seyreden otoimmün bir hastalık olup ayırıcı tanısında Behcet hastalığına bağlı nörolojik tutulum yer almaktadır. Nadiren olgu sunumları şeklinde iki hastalık birlikte görülebilmektedir.

#### **OLGU**

24 yaşında kadın hasta sağ el ve bacakta uyuşma şikayeti ile nöroloji bölümüne başvurdu. Öyküsünde 1 yıl önce sağ gözde %80 görme kaybı nedeniyle göz doktoruna başvurduğunda optik nörit nedeniyle pulse steroid tedavisi verildiği ve görme fonksiyonunun tamamen düzeldiği öğrenildi. Ardından oral ve genital aft olması üzerine Behcet Hastalığı tanısı konularak dış merkezde kolşisin tedavisi başlanan hastanın uyuşma şikayetinin olması üzerine çekilen kranial MR'da periventriküler ak maddede demiyelizan plak saptanması üzerine Behcet hastalığına eşlik eden demiyelizan hastalık açısından araştırıldı. Sorgulamasında 1 yıldır oral ve genital ülser, el ve bacakta uyuşma mevcuttu. Muayenede üst extremitelerde hafif kas gücü kaybı vardı. Labaratuvarında ESR ve CRP ılımlı yüksek, ANA, ANCA, anti-dsDNA negatif, kompleman C3 ve C4 düzeyi normaldi. BOS analizinde oligoklonal bant pozitif, IgG indeksi:0,68 idi. HLA B51 pozitif. Kranial MR venografi normaldi. Siklofosamid verilmesi planlandı fakat hasta infertilite riski nedeniyle kabul etmeyince azotiopürin 2,5 mg/kg/gün başlandı. Takipte 2 kez daha MS atağı geçirerek pulse steroid tedavisi verilen hasta Behcet hastalığına eşlik eden demiyelizan hastalık

tanısı ile 1,5 yıldır ataksız olarak izlenmektedir.

#### TARTIŞMA

Behçet hastalığında nörolojik tutulum sıklığı %2.2 ile %49 arasında değişmektedir. Nadir görülen bir tutulum olduğu için diğer demiyelizan hastalıklardan örneğin multipl sklerozdan ayrımı güç olabilmektedir. Nörolojik muayene, MRG, BOS, uyandırılmış potansiyeller nöro-Behçet hastalığını dışlamaya yardımcı olur. Akut atakta genel olarak pulse steroid tedavisi idame oral devam edilir. Eğer hastanın kötü prognoz göstergeleri varsa veya bu ikinci nörolojik ataksa, immünsüpresan bir ajan eklenmelidir. Oküler tutulumdaki kanıta dayanarak ilk seçenek olarak azatiopürin verilebilir (2.5mg/kg/gün). Ancak hasta azatiopürin kullanmaktayken atak geçirdiyse veya toksisite görülmüşse aylık veya 3 haftada bir 1000mg/gün İV siklofosamid veya 2 gr/gün mikofenolat mofetil kullanılabilir. Multipl skleroz ise santral sinir sisteminde sebebi tam olarak bilinmeyen demiyelizan plaklarla karakterizedir. Klinik olarak MS tanısı için aralarında en az bir ay ara bulunan, her biri en az 24 saat süren ve en az iki farklı bölgeyi etkileyen en az iki atak geçirilmesi tanının kesin olarak konulması için zorunludur. Tipik MR bulguları, BOS'da oligoklonal bant varlığı, takipte MR'da yeni lezyonların eklenmesi ile tanı desteklenir. Tedavide pulse steroid, azotiopürin ve interferon tedavisi verilmektedir.

#### SONUÇ

Behçet hastalığı ve MS birlikteliği nadir, ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken hastalıklardır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, Multiple Skleroz

[PP-125][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

### Behçet Hastalığında Fibromiyalji Hastalık Aktivitesi ve Mental Durum ile İlişkilidir

Meryem Can<sup>1</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Sibel Öner<sup>1</sup>, Birkan İlhan<sup>1</sup>, Özge Polat<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>2</sup>, Gonca Mumcu<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

#### Gerekçe:

Literatürde, yaygın ağrı sendromlarından olan fibromiyalji (FM) ile Behçet hastalığının (BH) ilişkisini araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. 2010 yılında Amerikan Romatizma Birliği (ACR) tarafından yeni FM kriterleri yayımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı bu yeni kriterlere göre BH'da FM sıklığını belirlemek ve FM ile hastalık aktivitesi, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

#### Yöntem:

Uluslararası Çalışma Grubu Kriterlerine (ISG) göre tanı konmuş 102 BH (K/E: 56/46, ortalama yaş (yıl): 40.4), 85 sistemik lupus eritematosus (SLE) hastası (K/E:81/4, ortalama yaş(yıl): 41.4) ve 51 sağlıklı kontrol (SK) (K/E: 30/21, ortalama yaş (yıl): 40.9) çalışmaya dahil edildi. İki gözlemci tarafından bütün hastalar ACR 1990 FM kriterlerine göre muayene edildi (kappa=0.8) ve hastalarca yeni ACR 2010 FM soru anketini dolduruldu (ref 1). BH aktivitesi Behçet sendromu aktivite ölçeği (BSAS) ile SLE hastalarının aktivitesi SLEDAI ile değerlendirildi. Tüm gruplara SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, MDHAQ ve depresyon-anksiyete anketleri uygulandı. Gruplar arası kıyaslamalar için ANOVA testi kullanıldı.

#### Sonuçlar:

ACR 2010 FM kriterlerine göre BH grubunda 24 (%23.5), SLE grubunda 18 (%21.2) ve SK grubunda 5 (%9.8) hastada FM saptandı (p=0.1)(Tablo 1). 1990 ACR FM kriterlerine göre değerlendirilmede ise, BH grubunda 13 (%12.7), SLE grubunda 6 (%7.1) ve SK grubunda 1 (%2.7) hastada FM saptandı (p=0.1)FM ve BSAS skoru arasında pozitif yönde ilişki (r=0.5, p=0.002) saptanırken, SLEDAI ve FM arasında ilişki saptanmadı (r=0.2, p=0.1). Ortalama anksiyete skoru BH hastalarında SLE ve SK gruplarındakine benzer düzeydeydi (7.1±4.3, 7.01±4.3 ve 5.8±4.6, BH, SLE and SK, sırasıyla) (p>0.05). Ortalama depresyon skoru BH ve SLE hastalarında SK grubuna göre yüksek oranda saptandı (5.8±3.4, 6.4±4.8 ve 3.9±3.5)(p=0.01). Her iki skorla FM arasında pozitif yönde ilişki saptandı (r=0.3, p=0.002 vs r=0.3, p=0.002).

SF-36 fiziksel komponenti BH ve SLE gruplarında düşük olarak saptandı [41.7(11.3), 41.6(12.2) ve 49.9(8.5) BH, SLE and SK, sırasıyla] (p<0.01). SF-36 mental komponenti BH grubunda SK grubuna göre daha düşük saptandı [42.3(9.8), 46.6(10.3), BH and SK, sırasıyla] (p=0.01). SF-36 mental ve fiziksel komponenti ile FM arasında negatif yönde ilişki saptandı (r=-0.4 ve r=-0.1). HAQ skoru BH ve SLE gruplarında SK grubuna göre daha düşük oranda saptanırken FM ile pozitif yönde ilişki

saptandı (r=0.4, p=0.001).

Tartışma:

Yeni tanı kriterlerine göre FM, Behçet hastalarında daha önceki çalışmalara göre daha yüksek oranda saptandı. BH'da FM ile hastalık aktivitesi ve mental durum (depresyon ve anksiyete) arasında gözlenen anlamlı ilişkiler BH'da FM oluşma mekanizmasının, SLE'de olduğu gibi, kompleks ve çok faktörlü olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fibromiyalji, Behçet Hastalığı

### : Grupların klinik özellikleri

	BH(n=102)	SLE(n=85)	SK(n=51)	P
FM, n(%)	24(23,5)	18(21.1)	5(9.8)	0.1
Anksiyete skoru, ort(SD)	7.1(4.3)	7.0(4.3)	5.8(4.6)	0.06
Depresyon skoru, ort(SD)	5.8(3.4)	6.4(4.8)	3.9(3.5)	0.01
SF36-PCS, ort(SD)	41.7(11.3)	41.6(12.2)	49.9(8.5)	0.01
SF36-MCS, ort(SD)	42.3(9.8)	42.6(9.7)	46.6(10.3)	0.01
MDHAQ, ort(SD)	0.1(0.3)	0.1(0.7)	0(0.3)	0.01

[PP-126][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

### Behçet Hastalığında Hastalık Aktivitesi ve Bulgularının Ortalama Trombosit Hacmi İle ilişkisi

Müge Uzerk<sup>1</sup>, Orhan Küçüksahin<sup>2</sup>, Murat Turgay<sup>2</sup>, Gülay Kınıklı<sup>2</sup>, Nuran Türkçapar<sup>2</sup>, Aşkın Ateş<sup>2</sup>, Nurşen Düzgün<sup>2</sup>

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

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

Gereke: Behçet hastalığı (BH), ataklarla birlikte kronik seyir gösteren, oral aftlar, genital ülserler, kutanöz lezyonlar, oküler, gastrointestinal, artiküler, pulmoner, vasküler ve nörolojik semptom ve bulguların görüldüğü multisistemik bir vaskülitir. Behçet hastalığında, hastalık boyunca akut inflamasyon atakları nedeniyle heterojen bir şekilde değişik organlarda tekrarlayıcı vaskülitik tutulumlar oluşabilmektedir. Bu hastalarda hastalık aktivitesini tanımlamak güçtür. Çünkü hastalık ataklar ve remisyonlarla seyretmekte, tüm hastalık bulgularını yansıtan bir laboratuvar testi bulunmamakta ve ayrıca hastalık belirtilerinin şiddetini açıklayan standart bir form eksikliği vardır. Bu araştırmada Behçet hastalığı klinik aktivitesi ile ortalama trombosit hacmi(OTH) arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız, Ekim 2011 ile Haziran 2012 tarihleri arasında Multidisipliner Behçet Hastalığı Polikliniği'nde takip edilen Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu 1990 sınıflandırma kriterlerine uygun 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların poliklinik başvuruları sırasında mevcut olan semptomları, muayene bulguları, ilaç kullanımları, sistemik tutulumları, yapılan rutin laboratuvar tetkikler değerlendirildi.

Sonuçlar: Hastalar aktif hasta (grup 1) ve inaktif hasta (grup 2) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Grup 1'de 100 ve Grup 2'de 100 hasta mevcut idi. Hasta grupları yaş dağılımı açısından karşılaştırıldığında ise, istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.008). Aktif hastaların daha genç yaşta olduğu görüldü. Lojistik regresyon analizi yapıldığında; eritema nodosum, papülopüstüler lezyon, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, OTH ve oral aftın hastalık aktivitesini belirlemede bağımsız faktörler olduğu görüldü. Hastalık aktivitesinden bağımsız olarak tüm hastalarda tromboz öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında OTH açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,117). İnaktif hastalar arasında tromboz öyküsü olanlar ile olmayanlar OTH açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Aktif hastalar arasında tromboz öyküsü olanlar ile olmayanlar OTH açısından karşılaştırıldığında



istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,553$ ). Behçet hastalığının diğer sistem tutulumları ile OTH arasında ilişki saptanmadı.

Tartışma: Çeşitli diğer hastalıklarda da rolü araştırılan OTH artışı, vasküler komplikasyonlarla seyreden Behçet hastalığında yaptığımız bu çalışmada; hem hastalık aktivitesi, hem de inaktif dönemde tromboz riski ile birliktelik göstermiştir. Daha fazla sayıda hasta içeren örneklem ile prospektif araştırmalar yapılması ve OTH düzenlenmesinde rol oynayan faktörler üzerinde durulması, hastalık aktivitesinin erken saptanması, gerekli önlemlerin alınması ve tedavinin yönlendirilmesine yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** behçet hastalığı, ortalama trombosit hacmi

**[PP-127][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

### **Behçet hastalığında obezite sıklığı**

Süleyman Serdar Koca<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>, Metin Özgen<sup>3</sup>, Ramazan Dayanan<sup>4</sup>, Yusuf Özkan<sup>5</sup>, Nevin İlhan<sup>6</sup>, Ahmet Işık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Elazığ

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik AD, Elazığ

<sup>3</sup>İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Malatya

<sup>4</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Elazığ

<sup>5</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Endokrinoloji BD, Elazığ

<sup>6</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya AD, Elazığ

**Giriş:** Obezite, metabolik ve kardiyovasküler etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde, adipoz dokunun enerji metabolizması yanında inflamasyonla da ilişkileri bilinmektedir. Adipositlerden pro-inflamatuar sitokinler, inflammatuar ve anti-inflamatuar adipositokinler/adipokinler üretilmektedir. Ek olarak, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematoz gibi kronik inflammatuar hastalıklarda obezite sıklığında artış bildirilmiştir. Ghrelinin iştahı artırıcı, obestatinin ise azaltıcı etkileri vardır. Obezitede ve kronik inflammatuar hastalıklarda bu peptidlerin düzeyleri değişmektedir. Çalışmamızda, Behçet hastalığı (BH)'nda obezite sıklığının ve ghrelin ile obestatinin obeziteye olası katkılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal-Metod:** Çalışmaya, BH tanılı 143 hasta (hastalık yaşı;  $5.3 \pm 6.2$  yıl) ve yaş-cinsiyet uyumlu 112 sağlıklı kontrol (SK) alındı. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandı. VKİ  $<18.5$  kg/m<sup>2</sup> zayıf,  $18.5-24.9$  kg/m<sup>2</sup> normal kilolu,  $25-29.9$  kg/m<sup>2</sup> aşırı kilolu,  $30 \geq$  kg/m<sup>2</sup> ise obez kabul edildi. Rutin kan tetkiklerine ek olarak, ELISA ile, serum açile-ghrelin (AG), desaçile-ghrelin (DAG), total ghrelin (TG) ve obestatin düzeyleri ölçüldü. İstatistiksel analizlerde Chi-square ve student-t testleri kullanıldı.

**Sonuçlar:** Obezite sıklığı BH grubunda %12.6, kontrol grubunda ise %20.5 bulundu (Şekil) ( $p=0.089$ , OR: 0.56, %95 CI: 0.28-1.09). Bölgemizde, daha önce yapılmış bir çalışmamızda, 30 yaş üzerinde obezite sıklığı % 30.4 olarak belirlenmiştir. Bu kohort ile karşılaştırıldığında, BH grubunda obezite sıklığı daha düşüktür ( $p=0.0002$ , OR: 0.4, % 95 CI: 0.2-0.6). BH grubunda, 30 yaş üzeri ( $n=109$ ) hastaların % 16.5'inde ( $n=18$ ) obezite gözlenmiş olup bu oran kendi kontrol grubumuza (% 28,  $p=0.015$ , OR: 0.4, % 95 CI: 0.2-0.8) ve önceki kohorta ( $p=0.0016$ , OR: 0.4, % 95 CI: 0.3-0.7) göre anlamlı olarak düşüktür.

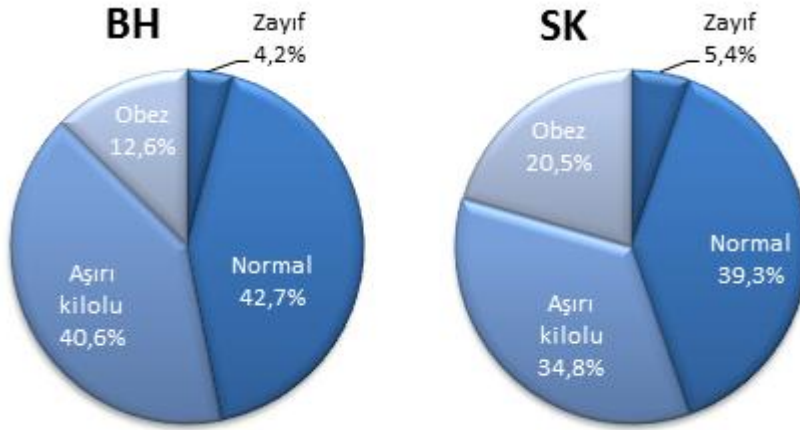
Serum ghrelin düzeyleri açısından BH ve SK grupları arasında anlamlı farklılık yoktu. Ancak, BH grubunda obestatin düzeyi yüksekti (Tablo). BH grubundaki obezlerde ( $n=18$ ), non-obezler ile karşılaştırıldığında, serum DAG, TG ve obestatin düzeyleri düşüktü (sırasıyla;  $p=0.027$ ,  $p=0.014$ ,  $p=0.001$ ).

**Tartışma:** Obestatinin anorektik özellikleri bilinmektedir. BH'de serum obestatin düzeyi yüksek, obezite sıklığı ise düşüktür. Serum obestatin düzeyinin obez hastalarda düşük olduğu dikkate alındığında, BH'de artmış obestatin düzeyi hastaları obeziteden koruyor olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, obezite

---

### Çalışma gruplarındaki obezite sıklıkları.



BH; Behçet hastalığı, SK; sağlıklı kontrol

### Grupların demografik özellikleri ile serum ghrelin ve obestatin düzeyleri

	BH (n=143)	SK (n=112)	P
Yaş (yıl)	37.7±10.9	40.1±13.9	0.139
Cinsiyet (kadın oranı, %)	57.3	57.1	0.974
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	25.3±4.8	26.3±5.5	0.108
Açile-ghrelin (pg/ml)	22.6±19.2	24.1±13.6	0.506
Desaçile-ghrelin (pg/ml)	100.1±84.3	97.3±58.9	0.765
Total ghrelin (pg/ml)	194.3±167.1	181.8±104.2	0.557
Obestatin (pg/ml)	252.5±86.1	174.1±51.1	<0.001

BH; Behçet hastalığı, SK; sağlıklı kontrol, VKİ; vücut kitle indeksi

### [PP-128][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

#### Behçet Hastalığında Osteoprotegerin ve Trail Seviyeleri ve Önemi

Güner Karaveli<sup>1</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>2</sup>, Ümit Ölmez<sup>3</sup>, Hüseyin Tutkak<sup>3</sup>, Murat Turgay<sup>2</sup>, Selcan Özgüçlü<sup>3</sup>, Aşkın Ateş<sup>2</sup>, Nursen Düzgün<sup>2</sup>

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

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

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı

Giriş: Behçet hastalığı (BH), rekürren oral aftöz ülser, genital ülser, üveit ve deri lezyonları ile karakterize nedeni bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Osteoprotegerin (OPG), kemik resorpsiyonun düzenlenmesinde tanımlanmış olan tümör nekrotizan faktör (TNF) reseptör ailesinin üyesi olan bir glikoproteindir.

Amaç: Bu çalışma ile Behçet hastaları, tekrarlayan aftöz ülser nedeni ile takipte olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubundan alınan kanların serum örneklerinden OPG ve TRAIL düzeyleri çalışılarak, bunların birbirleri ve hastalığın klinik aktivitesi ile olan ilişkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Method: Çalışmamız, Ekim 2010 ile Ekim 2011 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Multidisipliner Behçet Polikliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmaya, yeni tanı konmuş veya daha önceden BH tanısı almış başka inflamatuvar hastalığı olmayan 65 Behçet hastası, tekrarlayan aftöz ülser tanısı ile takipli 31 hasta ve tekrarlayan aftöz stomatit hikayesi olmayan, herhangi bir ilaç kullanmayan, sistemik hastalığı bulunmayan, 30 sağlıklı birey alındı.

Ankara Üniversitesi Klinik İmmünoloji Laboratuvarında OPG ve TRAIL kitleri (raybiotech Human

OPG ELİSA kit, eBioscience Human TRAIL Platinum ELİSA) kullanılarak ELİSA(enzyme-linked immunosorbent assay) yöntemiyle çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 65 Behçet hastasının 37'si erkek 28'i kadın ve yaşları 41,8±10,4(19-63) yılı. Tekrarlayan aftöz ülser (TAÜ) grubundaki 31 hastanın 13'ü erkek 18'i kadın ve yaşları 37,8±13,5(14-65) yılı. OPG BH grubunda 1,425±1,432 pg/ml, TAÜ grubunda 2,046±1,921 pg/ml ve sağlıklı kontrol grubunda 1,187±0,471 pg/ml olarak saptandı. OPG düzeyleri sağlıklı kontrol grubu ile BH ve TAÜ grubu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık gözlenmedi (p değerleri sırasıyla p=0,29, p=0,25). TAÜ grubu ve BH grubu karşılaştırıldığında BH grubunda OPG düzeyleri anlamlı olarak düşük bulundu (p=0,017). TRAIL BH grubunda 13,103±7,937 pg/ml, TAÜ grubunda 15,306±5,412 pg/ml ve sağlıklı kontrol grubunda 18,023±12,627 pg/ml olarak saptandı. TRAIL gruplar arası karşılaştırıldığında sağlıklı kontrol grubu ile BH grubu karşılaştırıldığında BH grubunda TRAIL düzeyleri anlamlı olarak düşük gözlendi.

Tartışma: Bu çalışmada OPG ve TRAIL değerlerinin inflamasyon ile uyumu saptanmadı. OPG ve TRAIL düzeyleri ile ESR ve CRP değerleri arasında diğer çalışmalarda da olduğu gibi korelasyon gözlenmedi.

Behçet hastalığında OPG ve TRAIL'in osteoporoz ile ilişkisini ortaya koymak için daha fazla hastanın dahil edildiği, kemik mineral dansite ölçümü ve kemik turnover parametrelerinin de değerlendirildiği daha kapsamlı kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** osteoprotegrin, behçet

**[PP-129][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

### **Behçet Hastalığında Üst Ekstremitte Trombozu: Vaka Sunumu**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Ilknur Albayrak<sup>2</sup>, Sinan Bagcaci<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>3</sup>, Savas Karpuz<sup>3</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral, genital ülser ve göz tutulumuyla seyreden, ayrıca eklem, kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal sistem ve damar tutulumunda görüldüğü sistemik bir hastalıktır. Damar tutulumu arteriyel oklüzyon, arteriyel anevrizma, venöz oklüzyon ve varis oluşumuyla seyreder. Venöz tutulum arteriyel tutulumla göre daha sık görülmektedir. Bu yazıda 10 yıldır BH tanısıyla takip edilen ve sol kolda şişlik şikayetiyle başvuran hastada saptanan üst ekstremitte trombozu ve sonrasında buna bağlı pulmoner emboli gelişen bir vakadan bahsedilecektir.

Olgu: Yaklaşık 10 yıldır BH tanısıyla takip edilen 32 yaşındaki erkek hasta, bir haftadır devam eden sol kolda şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tekrarlayan oral aft, genital ülser, son 2 yıldır görülen üveit atakları, eritama nodosum öyküsü mevcuttu. BH tanısı nedeniyle azotioprin 150 mg/gün, kolşisin 1,5 mg/gün ve metilprednisolon 8 mg/gün kullanıyordu. Fizik muayenesinde sol kol ve ön kolda belirgin çap farkı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 32 mm/sa, üre 45 mg /dl, ALT 68 U/L, AST 31 U/L, albumin 3,5 g/ dl, kreatin 0,72 mg/dl, lökosit 16,7 K/uL, hemoglobin 12,8 g/dl, trombosit 281 e3/uL idi.Yapılan üst ekstremitte venöz renkli doppler ultrasonografide sol ön kolda 1/3 proksimal ve distal kesimde, kol 1/3 distal kesimde sefalik ven normalden geniş ve tromboze, sol ön kol 1/3 proksimal kesimlerinde bazilik ven normalden geniş ve tromboze görünümdeydi. Bunun üzerine pulmoner emboli şüphesiyle yapılan pulmoner BT anjiyografide sağ alt lob posterior segmenti besleyen pulmoner vasküler yapı içerisinde yaklaşık 1,5 cm' lik segmentte lümenin merkezinde pulmoner emboli ile uyumlu olabilecek dolmuş defektleri izlendi. Hastanın mevcut immünsüpresif tedavisine 5 gün boyunca 10000 U/gün düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi eklendi. Sonrasında INR değeri 2-2,5 arası olacak şekilde warfarin tedavisi başlandı, düşük molekül ağırlıklı heparin kesildi. Hastanın takibinde klinik düzelme saptandı.Tartışma: BH de damar tutulumu sık görülen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Sıklıkla alt ekstremitte derin ven trombozu görülür. Bu trombüslerle oluşabilecek pulmoner arter embolisi ise hayati risk taşır. Üst ekstremitte trombozu görülme riski seyrek olduğu gibi, buna bağlı pulmoner emboli oluşması da çok nadirdir. Ancak nadirde olsa BH tanısıyla takip edilen hastalarda üst ekstremitte trombozu ve sonrasında gelişebilecek pulmoner emboli riski her zaman akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, üst ekstremitte trombozu

## [PP-130][Kabul:Poster][Behcet hastalığı]

### Behçet sendromunda ateş

Hüseyin Karaaslan, Emire Seyahi, Serdal Uğurlu, Hasan Yazıcı  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Ateş Behçet sendromunda (BS), şimdiye kadar sistemik ve resmi bir şekilde araştırılmamıştır ancak nadir olduğuna dair bir kanı vardır. Bununla birlikte literatürde özellikle damar ve nörolojik tutulum tiplerinin ateş ile ortaya çıktığını gösteren olgu bildirimleri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı hem Behçet hastalarında tekrarlayan ateş epizodlarının varlığını araştırmak hem de yeni tanı konmuş ve immünsüpresif tedavi almamış hastaların ateşlerini ölçmektir.

**Yöntem:**

Çalışma 2 bölümde yürütüldü. Birinci bölümde 500 (254 E/ 246 K) BS, 94 (25 E/ 69 K) Ailevi Akdeniz ateşi, 100 (59 E/41 K) ankilozan spondilit, ve 72 (4 E/ 68 K) sistemik lupus eritematozus hastası ile 100 sağlıklı kontrol (48 E/ 52 K) standart bir soru formu ile tekrarlayan ateş nöbetlerinin olup olmadığı açısından sorgulandı. İkinci bölümde ise tanıları yeni konmuş 98 Behçet hastası (55 E/ 43 K) ve 61 sağlıklı kontrolün (31 E/30 K) timpanik termometre ile ateşleri ölçüldü, akut faz değerlerine bakıldı. Bu bölümdeki 98 hastanın 43'ü kolşisin kullanıyordu, geri kalanı ise herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Ateş ölçümleri en az 3 ayrı gün ara ile 3 defada gerçekleştirildi ve üç ölçümün en yüksek değeri esas alındı. Her iki bölümde de klinik bulgular kaydedildi.

**Bulgular:**

Birinci bölüm: 110 (% 22) Behçet, 82 (% 87) Ailevi Akdeniz Ateşi, 24 (% 33) sistemik lupus eritematozuslu ve 8 (% 8) ankilozan spondilitli hasta ateş öyküsü olduğunu bildirdi. Sağlıklı kontrollerin hiçbirinde ateş öyküsü yoktu. Ateş öyküsü olan Behçet hastalarında, olmayanlara göre daha fazla eklem (30 % vs 19 %, P =0.049), damar (42 % vs 17 %, P < 0.001) ve nörolojik tutulum (37 % vs 21 %, P =0.045) gözlemlendi. İkinci bölüm: Behçet hastalarının ortalama ateş değeri (36.72 ± 0.42 °C), sağlıklılarınkinden (36.56 ± 0.27 °C) daha yüksek bulundu (P = 0.004). Behçet hastalarının 25 (% 25) tanesinde ateş >= 37 °C ölçüldü, ancak sadece birinde > 38 °C idi. Eklem (36.82 ± 0.49 °C vs 36.62 ± 0.29 °C, P =0.012), ve damar (36.96 ± 0.42 °C vs 36.69 ± 0.41 °C, p =0.049) tutulumu olanların ateşleri bu tip tutulum olmayanlara göre daha yüksek ölçüldü.

**Sonuçlar:**

Bu çalışmada BS hastalarının % 22'de tekrarlayan ateş öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Ancak ateşin ölçüldüğünde çok yüksek düzeylere ulaşmadığı gözlemlenmiştir. Daha önce de bildirildiği gibi eklem ve damar tutulumu olan hastaların daha fazla ateşlendiği de doğrulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, ateş

## [PP-131][Kabul:Poster][Behcet hastalığı]

### Behçet Sendromu'nda Hastaneye Yatış Nedenleri

Yeşim Özgüler, Vedat Hamuryudan, Gülen Hatemi, Ayşe Selcen Pala, Sebahattin Yurdakul, Hasan Yazıcı

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji, İstanbul

**Gerekçe:** Behçet sendromu (BS); özellikle damar, santral sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumu olduğunda önemli bir morbidite nedenidir. BS hastalarında hastaneye yatış nedenleri daha önce çalışılmamıştır. Bu çalışmada BS tanısı ile izlenmekte olan hastaların hastaneye yatış nedenlerini, yatışın nasıl sonuçlandığını ve bu hastaların prognozunu incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** 2002 ile 2011 yılları arasında BS tanısı ile merkezimizde yatan hastaların kayıtlarını taradık. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile hastaneye yatış nedenleri ve sonuçlarını tespit etmek için yatış ve poliklinik dosyalarını inceledik. Hastaları kliniğe çağırarak son durumlarını değerlendirdik.

**Sonuçlar:** Son 10 yılda 178 BS hastası ( %74'ü erkek, ortalama yaş 42.9 ± 11.3) toplam 211 defa hastaneye yatırıldı. BS'ye bağlı organ tutulumu kaynaklı yatış sayısı 118 (% 56) iken komplikasyon kaynaklı yatış sayısı ise 93 (%44) idi. BS kaynaklı yatışlarda en sık sebepler vasküler tutulum 74/118 ( %28 pulmoner arter anevrizması, %13.5 periferik arter anevrizması, %15 süperior vena cava ve Budd-Chiari sendromu gibi ciddi venöz trombozlar), nörolojik tutulum 14/118 (%12),

gastrointestinal tutulum 6/118 (%5) ve göz tutulumu 6/118 (%5) olarak saptandı. Komplikasyona bağlı yatışta enfeksiyon 39/93 (%42) ve ilaç ilişkili yan etki 15/93 (%16) en sık nedenlerdi. 5 hastada ise malignite saptandı. 178 hastanın 16'sının (%9) öldüğü belirlendi. En sık ölüm nedenleri sırasıyla vasküler tutulum (n=5), enfeksiyon (n=4) ve malignite (n=4) idi.

**Tartışma:** BS'de hastaneye en sık yatış nedeni vasküler tutulum ve ardından tedavi ile ilişkili enfeksiyonlardır. İmmünsüpresiflere bağlı yan etkiler ciddi sorun yaratmaktadır. Hastaneye yatışta görülen erkek hasta sayısındaki fazlalık hastalığın bu cinsiyette daha ağır seyretmesinden kaynaklanmaktadır. Gastrointestinal tutulum nedeniyle yatışın görece az görülmesi ise daha önceki gözlemlerimizle uyumlu olarak bu tip tutulumun bizim hastalarımızda daha az görülmesinden kaynaklanmaktadır.

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

[PP-132][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

## Bir Üniversitenin Sağlık Yerleşkesi Çalışanlarında İnflamatuvar Bel Ağrısı Sıklığı

Fatos Onen<sup>1</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Özel Çalışma Modülü Öğrencileri<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye

Gerekçe: İnflamatuvar bel ağrısı (İBA), spondiloartritlerin (SpA) özellikle ankilozan spondilitin (AS) erken tanısında kilit rol oynamakta ancak kolay tanınmamaktadır. Ayrıca toplumda İBA prevalansını araştıran çalışma sayısı son derece azdır. Bu çalışmada, üniversitemizin sağlık yerleşkesi çalışanlarında İBA sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Sağlık yerleşkesinde aktif olarak çalışmakta olan, 20 ile 67 yaş arası birey sayısı 2894 (öğretim üyesi, öğretim görevlisi, uzman ve uzmanlık öğrencisi doktor, hemşire ve personel) olarak bulunmuştur. Güven düzeyi: %95, güven aralığı: 4.5 olacak şekilde örneklem analizi yapıldığında, çalışmaya 408 kişinin alınması planlanmıştır. Randomizasyon yöntemiyle seçilen 408 kişiden çalışmaya katılmayı kabul edenlere, daha önce İBA ve çalışma anketi konusunda eğitim verilmiş olan altı "Özel Çalışma Modülü" öğrencisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle standart bir anket uygulanmıştır. İBA sınıflandırması; Calin, Berlin ve ASAS uzman kriterleri kullanılarak yapılmıştır.

Sonuçlar: Toplam 381 kişiyle (130 erkek, ortalama yaş: 38 ± 9.4) görüşme yapılmıştır (Yanıt oranı: %93.4). Bunlardan 299'u, hayatlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı tanımlamıştır (Yaşam boyu prevalans: %78.5). Yüz yetmiş iki (%57.5) hastada kronik bel ağrısı (3 aydan uzun süren ağrı) saptanmıştır. Bel ağrısı tanımlayan hastaların 118'inde (%39.5) Calin kriterlerine göre İBA olduğu görülmüştür. Berlin ve uzman kriterlerine göre İBA sıklığı sırasıyla; %11.3 ve %11.7 olarak bulunmuştur (Tablo).

Kronik bel ağrısı olan kişiler arasındaki İBA sıklığı ise; Calin, Berlin ve uzman kriterlerine göre, sırasıyla %65, %19 ve %20 olarak saptanmıştır.

Katılımcılar 40 yaş altı ve üstü olarak gruplandırıldığında, 40 yaş altı grupta İBA sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür (p<0.05) (Tablo). Kadınlardaki İBA sıklığı erkeklerdekine göre daha fazla olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (Tablo).

İBA tanımlayan gruptaki kişilerin %35.5'inin, İBA tanımlamayanların ise %21.3'nün daha önce lomber disk hernisi (LDH) tanısı aldığı görülmüştür (p<0.05).

Tartışma: Bu çalışmanın sonuçları İBA sıklığının beklenenden daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bel ağrısı tanımlayan kişilerde, özellikle kronik bel ağrısı olanlarda ve gençlerde İBA özelliklerinin ayrıntılı bir şekilde sorgulanması spondiloartrit tanısının daha erken dönemde konulmasını sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamatuvar Bel Ağrısı, prevalans

### Bel ağrısı olan katılımcılardaki yaş ve cinsiyete göre inflamatuvar bel ağrısı sıklığı

	Calin Kriteri	Berlin Kriteri	ASAS uzman Kriteri
Tüm Hastalar (%)	40.8	11.3	11.7

Kadın (%)	44.2	13.5	13.5
Erkek (%)	35.0	6.9	7.9
<= 40 yaş (%)	46.2	13.5	12.4
> 40 yaş (%)	33.3	8.4	10.8

[PP-133][Kabul:Poster][Behcet hastalığı]

### **Cerebral Vein Thrombosis In Four Year-Old Behcet's Disease**

Duygu Övünç Hacıhamdioğlu<sup>1</sup>, Murat Demiriz<sup>2</sup>, Güngör Sobacı<sup>3</sup>, Murat Kocaoglu<sup>4</sup>, Erkan Demirkaya<sup>1</sup>, Faysal Gök<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gulhane Military Medical Academy Medicine School Department of Pediatrics, Division of Pediatric Nephrology and Rheumatology, Ankara

<sup>2</sup>Gulhane Military Medical Academy Medicine School Department of Pathology, Ankara

<sup>3</sup>Gulhane Military Medical Academy Medicine School Department of Ophtalmology, Ankara

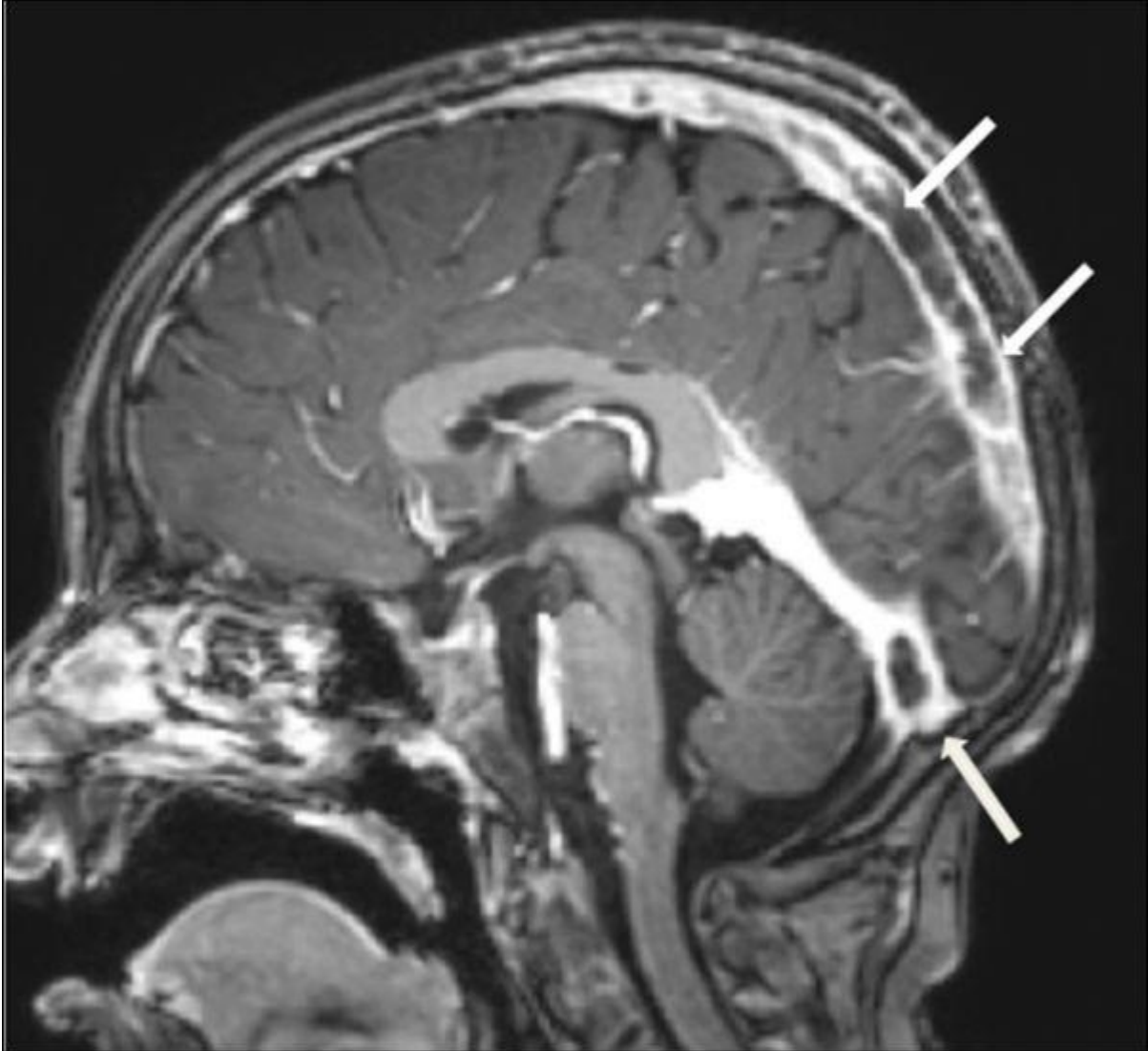
<sup>4</sup>Gulhane Military Medical Academy Medicine School Department of Radiology, Ankara

Behçet's Disease (BD) is a multisystem disorder. The major pathology of BD is vasculitis. All size of arteries and veins are affected. Central nervous system involvement occurs in 5-10% of patient, causing both increased morbidity and mortality and rarely observed in children. Here in we report a four years old case of BD with superior saggital sinus and transvers sinus thrombosis that is the youngest case reported to our knowledge and showed a good response to infliximab threatment. The patient presented with papilledema during physical examination without neurologic signs.

**Keywords:** Behcet, Infliximab

---

## Magnetic resonance imaging of brain, before the anti-coagulant treatment



*Magnetic resonance imaging of brain, before the anti-coagulant treatment*

[PP-134][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### Digital Ulcer as a Rare Complication of Systemic Lupus Erythematosus Case Report

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Yalcin Solak<sup>3</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Konya

Introduction: Raynaud phenomenon is abnormal vasospasm of digital arteries, precapillary arterioles and dermal arteriovenous shunts in response to cold and various other stimuli. Digital ulceration are commonly seen in connective tissue diseases, particularly in systemic sclerosis. Although Raynaud phenomenon is fairly common in systemic lupus erythematosus (SLE), digital ulcers are quite rare in this disease. Here, we report a case of longstanding SLE who presented with digital ulcers. Case: A 45-year-old female patient who had had SLE for 10 years presented to outpatient rheumatology clinic with complaints of severe pain and cyanosis in addition to digital ulcers in the fingers (figure-1). The patient had Raynaud phenomenon in the past. She had no miscarriage. She was not using alcohol and was nonsmoker. Her current medications at presentation included only oral methylprednisolone 4 mg/day. There were necrotic lesions in distal

parts of index and fourth fingers of the right hand. Radial and ulnar pulses were weakly palpable on the right. Heart sounds were regular and no murmurs were heard. Creatinine: 0.7 mg/dL, ALT: 12 U/L, LDL cholesterol: 72 mg/dL, triglycerides 105 mg/dL, C-reactive protein: 11.7 mg/L, whole blood count was normal and sedimentation rate: 60 mm/h. ANA, anti-dsDNA and anti-SS-A were positive at high titers. Urine culture yielded no growth. ANCA, VDRL, anticardiolipin IgG and M, and lupus anticoagulant were all found to be negative. PT, aPTT, C3 and C4 were normal, as well. Arterial Duplex doppler ultrasound of the upper extremities showed bilateral weak monophasic flow in radial and ulnar arteries. Magnetic resonance angiography of the upper extremities revealed that right ulnar artery was occluded and narrowed at the level of the wrist. Left arm vessels and proximal vasculature on the right side were normal. We administered cyclophosphamide 50 mg po tid, sustained release nifedipine and low dose acetylsalicylic acid. Necrotic ulcers healed completely on the 3rd month of this treatment scheme. At six month after first presentation, she had no active complaints. Discussion: Despite a common occurrence in connective tissue diseases, digital ulcer and gangrene development is occasionally seen in SLE. The most common cause of digital gangrene in SLE is antiphospholipid antibody syndrome (AAS). SLE is the leading cause of secondary AAS. Identified risk factors for digital ulcers in SLE include duration of lupus, male gender, atherosclerosis, vasculitis and AAS. Treatment of digital ulcers in patients with SLE includes Iloprost infusion, bosentan and immunosuppressive therapy (cyclophosphamide and pulse methylprednisolone). Our patient responded well to oral cyclophosphamide treatment. Conclusion: Digital ulcers may be seen in lupus patients as a part of digital vasculitis. And it is not necessarily a part of severe systemic disease as in our case. Digital vasculitis responds well to various treatment protocols.

**Keywords:** Digital ulcer, sytemic lupus erythematosus

**Figure-1**



*Digital ulcers at the right hand*

**[PP-135][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

### **Dijital ülseri olan skleroderma hastalarında Bosentan tedavisi**

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Ali Şahin<sup>3</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>, Nuran Türkçapar<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Handan Yarkan<sup>2</sup>, Bengi Öztürk<sup>2</sup>, Nurşen Düzgün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

<sup>3</sup>Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Gerekçe

Sistemik skleroz (SSk); kütanöz, visseral fibrozis ve yaygın vasküler patoloji ile karakterize kompleks otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Dijital iskemik ülser; ağrı, fonksiyon kaybı ve kronik infeksiyona neden olan, SSk hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli klinik problemlerden biridir. Sklerodermanın etiyoloji ve patogenezi tam olarak anlaşılmamış olsa da, ilk



hasarın vasküler düzeyde olduğu ve artmış endotelin aktivitesinin vasküler patogeneze önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı dijital ülseri olan skleroderma hastalarında, endotelin reseptör antagonisti bosentanın, dijital ülserde iyileşme ve yeni ülser gelişimine olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem

Çalışmaya 18 (%90)'i kadın, 2 (%10)'si erkek; yaş aralığı 22-77 yıl, ortanca yaşı 43 olan toplam 20 SSK hastası alınmış, 6 ay süreyle bosentan tedavisi uygulanmış ve tedaviye yanıt kaydedilmiştir.

Bulgular

Gözlenen hastalık süresi en az 1, en fazla 17 ve ortanca 7 yıldır. Çalışma hastalarının, 10 (%50)'unda dijital ülser; 6 (%30)'sında dijital pitting skar; 4 (%20)'ünde dijital gangren görülmüştür. 6 ay sonunda çalışma hastalarına ait HAQ Skorları'nın minimum değeri 0,1; maximum değeri 2,6 ve ortalama skor değeri 1,37 idi. 6 ay sonunda 1 (%5) hastada yeni dijital ülser oluşumu gözlenirken, 13 (%65) hastada dijital ülser sayısında azalma ve 6 (%30) hastada da dijital ülser sayısının stabil olduğu gözlenmiştir.

Sonuç

Skleroderma vasküler patogenezinde, endotelin aktivitesi önemli rol oynamaktadır. Bosentan; skleroderma hastalarındaki dijital ülser gelişiminin önlenmesi ve tedavisinde etkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** sistemik sclerosis, dijital ülser

[PP-136][Kabul:Poster][Osteoartrit]

## Diz osteoartritli hastalarda izokinetik kuvvetlendirme egzersizinin femoral kıkırdak kalınlığına etkisi

Şirin Akbulut Aytürk, Zafer Günendi, Selma Yanpal, Özden Özyemişçi Taşkıran, Jale Meray Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Gerekçe:Diz osteoartritinde kuvvetlendirme egzersizlerinin ağrı ve fiziksel fonksiyon üzerine olumlu etkisi bilinmektedir. Ancak eklem kıkırdağı üzerine etkisi net değildir. Bu çalışmanın amacı diz osteoartritli hastalarda izokinetik egzersiz programının femoral kıkırdak kalınlığına olan etkisini ultrasonografik olarak değerlendirmektir.

Yöntem: 28 diz osteoartritli kadın hasta çalışmaya dahil edildi (ortalama yaş=54.5 ± 9.9).

Hastaların diz ağrıları VAS ile, fonksiyonları ise WOMAC fonksiyonel alt skalası ile değerlendirildi.

Ultrasonografik olarak femoral kıkırdak kalınlıkları ölçüldü. Hastalar izokinetik egzersiz grubu (n=14) ve kontrol grubuna (n=14) randomize edildi. İzokinetik egzersiz grubu 3 hafta süre ile haftada 5 gün Cybex dinamometre ile izokinetik diz egzersizi, izometrik kuadriseps ve eklem hareket açıklığı egzersizi ve egzersiz sonrası soğuk paket ve TENS tedavisi programına alındı.

Kontrol grubu ise sadece diz eklemine yük bindirmeyen eklem hareket açıklığı egzersizi, izometrik kuadriseps egzersizi ve egzersiz sonrası soğuk paket ve TENS tedavisi programına alındı. Tedavi bitiminde her hastanın ağrı ve fonksiyonellik ölçümleri ve ultrasonografik femur kıkırdak kalınlığı ölçümleri tekrarlandı.

Sonuçlar: İzokinetik egzersiz ve kontrol grubundaki hastalar arasında yaş (sırasıyla 51.6 ± 7.9yıl, 57.5 ± 11.1yıl; p:0.12), vücut kitle indeksi (sırasıyla 29.4 ± 4.6kg/m<sup>2</sup>, 33.1 ± 5.6kg/m<sup>2</sup>; p:0.07), ağrı (sırasıyla 70.6 ± 18.2mm, 74.0 ± 13.0mm; p:0.58) ve fonksiyonellik ölçümleri (sırasıyla 33.1 ± 11.4, 40.5 ± 7.3; p:0.06) açısından anlamlı fark yoktu. Her iki grupta tedavi sonrası ağrı ve fonksiyonellik ölçümlerinde anlamlı düzelme gözlenirken femoral kıkırdak kalınlıklarında anlamlı değişim saptanmadı (Tablo-1).

Tartışma: Diz osteoartritli hastalarda izokinetik egzersiz programının femoral kıkırdak kalınlığına olumsuz etkisi saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** izokinetik, femoral kıkırdak

**Tablo-1: Gruplardaki tedavi sonrası ağrı, fonksiyonellik ve femoral kıkırdak kalınlıklarındaki değişimler**

	İzokinetik egzersiz grubu	İzokinetik egzersiz grubu	İzokinetik egzersiz grubu	Kontrol grubu	Kontrol grubu	Kontrol grubu
--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------	---------------	---------------

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
Ağrı (VAS) (mm)	70.6 ± 18.2	37.4 ± 26.1	<0.001	74.0 ± 13.0	57.9 ± 29.1	0.028
Fonksiyonellik (WOMAC)	33.1 ± 11.4	19.9 ± 12.0	0,001	40.5 ± 7.3	29.6 ± 16.9	0,008
Sağ FLKKK (mm)	2.1 ± 0.5	2.3 ± 0.7	0,19	2.4 ± 0.5	2.4 ± 0.8	0,89
Sağ FMKKK (mm)	2.2 ± 0.7	2.3 ± 0.8	0,44	2.3 ± 0.8	2.4 ± 0.8	0,77
Sağ FİÇKK (mm)	2.1 ± 0.6	2.3 ± 0.6	0,20	2.4 ± 0.6	2.4 ± 0.8	0,79
Sol FLKKK (mm)	2.0 ± 0.7	2.1 ± 0.6	0,66	2.5 ± 0.8	2.3 ± 0.5	0,21
Sol FMKKK (mm)	2.3 ± 0.6	2.2 ± 0.6	0,76	2.5 ± 0.6	2.3 ± 0.5	0,07
Sol FİÇKK (mm)	2.2 ± 0.6	2.3 ± 0.6	0,87	2.4 ± 0.7	2.4 ± 0.8	0,52

*FLKKK: Femur lateral kondil kırıldak kalınlığı, FMKKK: Femur medial kondil kırıldak kalınlığı, FİÇKK: Femur interkondiler çentik kırıldak kalınlığı*

## [PP-137][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Elleri Etkilenmiş Sklerodermalı Kadınlarda Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Başetme Davranışları

Fatma İlknur Çınar<sup>1</sup>, Vesile Ünver<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>2</sup>, Sedat Yılmaz<sup>2</sup>, İsmail Şimsek<sup>2</sup>, Nuran Tosun<sup>1</sup>, Hakan Erdem<sup>2</sup>, Fatma Yılmaz<sup>2</sup>, Salih Pay<sup>2</sup>, Ayhan Dingç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara

<sup>2</sup>GATA Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Birçok sistemik skleroz (SSc) hastası günlük aktivitelerini gerçekleştirirken zorluklar ile karşılaşmaktadır. Bunun önemli nedenlerinden biri hastalıkları nedeni ile ellerinin etkilenmiş olmasıdır. Raynaud fenomeni, digital ülser (DÜ)'ler, artrit, tendinit, deride sertleme ve fleksiyon kontraktürleri SSc hastalarında başlıca el disfonksiyonu nedenleridir.

**Amaç:** Çalışmamızda elleri etkilenmiş SSc'lu kadınların, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları zorlukları ve bu zorluklarla mücadelede hangi baş etme yöntemlerini kullandıklarını tespit etmek amaçlanmıştır.

**Metod:** Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışmaya Nisan 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi romatoloji merkezinde takip edilmekte olan SSc nedeniyle elleri etkilenmiş 19 hasta alındı. Sklerodaktiliye ek olarak, aktif DÜ, DÜ komplikasyonları (pitting skar, digital amputasyon, digital nekroz) ve digital kontraktürleri olan hastalar elleri etkilenmiş olarak kabul edildi. Günlük yaşam aktivitesi değerlendirmesi için 'Günlük Yaşam Aktivitesi Değerlendirme Soru Anketi' (evaluation of daily activity questionnaire=EDAQ) kullanıldı. EDAQ, her biri 4-13 aktivite içeren 11 ana başlıkta 102 günlük aktiviteden ve baş etme davranışlarından oluşur. Her bir hastadan EDAQ'yu doldurmaları istendi. Sayısal yolla elde edilen değişkenler sayı (n) ve yüzde (%), ölçüm yoluyla elde edilen değişkenler ortalama ± standart sapma olarak gösterildi.

**Sonuçlar:** Çalışmaya alınan hastaların 9 (47.4%)'u diffüz kutanöz SSc, 10 (52.6%)'u sınırlı kutanöz SSc'dir. EDAQ'ya göre yardımcı araçlar kullanmadan hastaların çok zorlanarak yaptıkları alanların başında "yeme", hiç yapamadıkları alanların başında ise "yıkama/giyecek bakımı" gelmektedir. "Yeme" kategorisinde daha çok reçel kavanozunu açmak, meyve suyu şişesi açmak, şişe açmak gibi döndürme hareketi gerektiren günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşanmıştır. Bunun için havluyla deneme, bıçak yardımıyla kenarından kaldırma, avuç ayasını kullanma, başka birisine (eş, yakın,

komşu gibi) yaptırma gibi baş etme davranışları geliştirmişlerdir. Yıkama/giyecek bakımı alanında hastaların en çok eteğinin kenarını kıvrıp-bastırarak, çamaşırları elde yıkamak, kumaş kesmek maddelerinde zorlandıkları görülmektedir. Bunun için de terziyi kullanma, elde yerine makinede yıkamayı tercih etme gibi pratik baş etme yolları kullanmaya çalıştıkları görülmektedir.

Tartışma: Bu çalışma, el fonksiyonlarındaki bozulmanın hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileğini ve bunun için hastaların çeşitli baş etme yöntemleri geliştirdiklerini göstermiştir. Bu nedenle, en uygun baş etme yönteminin belirlenmesinin ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesinin hastaların rehabilitasyonu için önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, danışmanlık sunan sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılması için de önemlidir. Sonuç olarak, hastalar tarafından kullanılan baş etme yöntemleri diğer SSc hastaları için yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Baş etme Davranışları, Sistemik skleroz

[PP-138][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Endotelial nitrik oksit sentaz gen polimorfizmleri ve ankilozan spondilit arasında bir ilişki var mıdır?

İsmail Sarı<sup>1</sup>, Yusuf Ziya İçci<sup>2</sup>, Gerçek Can<sup>3</sup>, Ali Taylan<sup>4</sup>, Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Bülent Göğebakan<sup>2</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>, Zeynep Eşlik<sup>2</sup>, Giray Bozkaya<sup>5</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ABD

<sup>3</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü

<sup>4</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü

<sup>5</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü

#### Gerekçe

Ankilozan spondilit (AS) omurganın inflamatuvar romatizmal hastalığıdır. Son yıllarda AS' de artmış sıklıkta endotel disfonksiyonu(ED) bildirilmektedir. ED vasküler genişlemede bir kusuru yansıtmakta olup aterosklerozdaki en erken basamak olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar nitrik oksit (NO) endojen inhibitörü olan asimetrik dimetil argininin (ADMA) bu hastalık grubunda artmış olduğu rapor edilmiştir. Hem endotel disfonksiyonunun varlığı hem de artmış ADMA seviyeleri NO yolağında bir anormallik olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan AS patogeneğinde HLAB27 dışında başka genlerin de rol aldığı bilinmektedir. Son yıllarda NO üretimini sağlayan endotelial NO sentaz (eNOS) genindeki anormalliklerin bazı inflamatuvar romatizma hastalıkları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı eNOS gen polimorfizmi ve AS arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

#### Yöntem

Çalışmaya bilinen kardiyovasküler hastalık (KVH), diyabet ve hipertansiyonu olmayan 194 AS hastası (139 E, 55 K; 41.5±10.8 yıl), ve 113 sağlıklı kontrol alındı (69 E, 44 K; 38.6±11.1 yıl. PCR-RFLP yöntemi ile tek nükleotid polimorfizmlerinden: 786T>C (rs2070744, promotör bölgesi) ve 786 Glu298Asp (rs1799983, exon 7) çalışıldı. Bunlara ilaveten intron 4' te yer alan VNTR (değişken ardışık tekrarlar) polimorfizmleri de araştırıldı. Tüm hastalarda HLAB27 çalışıldı, ayrıca hastalar BASMI ile de değerlendirildi.

#### Sonuçlar

Cinsiyet dağılımı gruplar arasında benzerdi. Çalışılan allel ve genotip sıklıklarının Hardy-Weinberg denklemi ile uyum gösterdiği gözlemlendi (eNOS-786: X<sup>2</sup>[1] = 1.96, P = 0.16, eNOS27bp VNTR X<sup>2</sup>[1] = 2.74, P = 0.09, and eNOS +894 X<sup>2</sup>[1] = 1.21, P = 0.27). 786T>C, 786 Glu298Asp, ve intron 4 VNTR allel ve genotip sıklıkları hasta ve kontrol grupları arasında benzer dağılım göstermekteydi (P > 0.05, Tablo 1). Öte yandan çalışılan eNOS polimorfizmleri, hastalık süresi, BASMI ve HLAB27 arasında herhangi bir ilişki gözlenmedi

#### Tartışma

Çalışmamızdaki sonuçlar Türk AS hastalarında eNOS gen polimorfizm sıklıklarının dağılımında bir farklılık olmadığını; gerek hastalık şiddeti gerekse HLAB27' nin bu polimorfizmlerle ilişki göstermediğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankilozan spondilit, Endotelial nitrik oksit sentaz

### AS hastaları ve kontrollerde eNOS gen polimorfizmlerinin dağılımı

	Allel sıklığı	% (n)	Genotip	sıklığı	% (n)
--	---------------	-------	---------	---------	-------

ENOS -786	T	C	TT	TC	CC
Hasta (n = 188)	69.4 (261)	30.6 (115)	46.3 (87)	46.3 (87)	7.4 (14)
Kontrol (n = 112)	61.6 (138)	38.4 (86)	34.8 (39)	53.6 (60)	11.6 (13)
ENOS 27 bp VNTR	B	a	bb	ba	aa
Hasta (n = 191)	85.1 (325)	14.9 (57)	71.7 (137)	26.7 (51)	1.6 (3)
Kontrol (n = 112)	82.1 (184)	17.9 (40)	65.2 (73)	33.9 (38)	0.9 (1)
ENOS+894 (Glu298Asp)	G	T	GG	GT	TT
Hasta (n = 193)	75.4 (291)	24.6 (95)	57.5 (111)	35.8 (69)	6.7 (13)
Kontrol (n = 112)	72.8 (163)	27.2 (61)	50.9 (57)	43.8 (49)	5.4 (6)

### [PP-139][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

#### Eski İki Hastalık, Nadir Birliktelik: Sistemik Lupus Eritematozis ve A.Spondilit

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Ender Salbas<sup>2</sup>, Savas Karpuz<sup>2</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

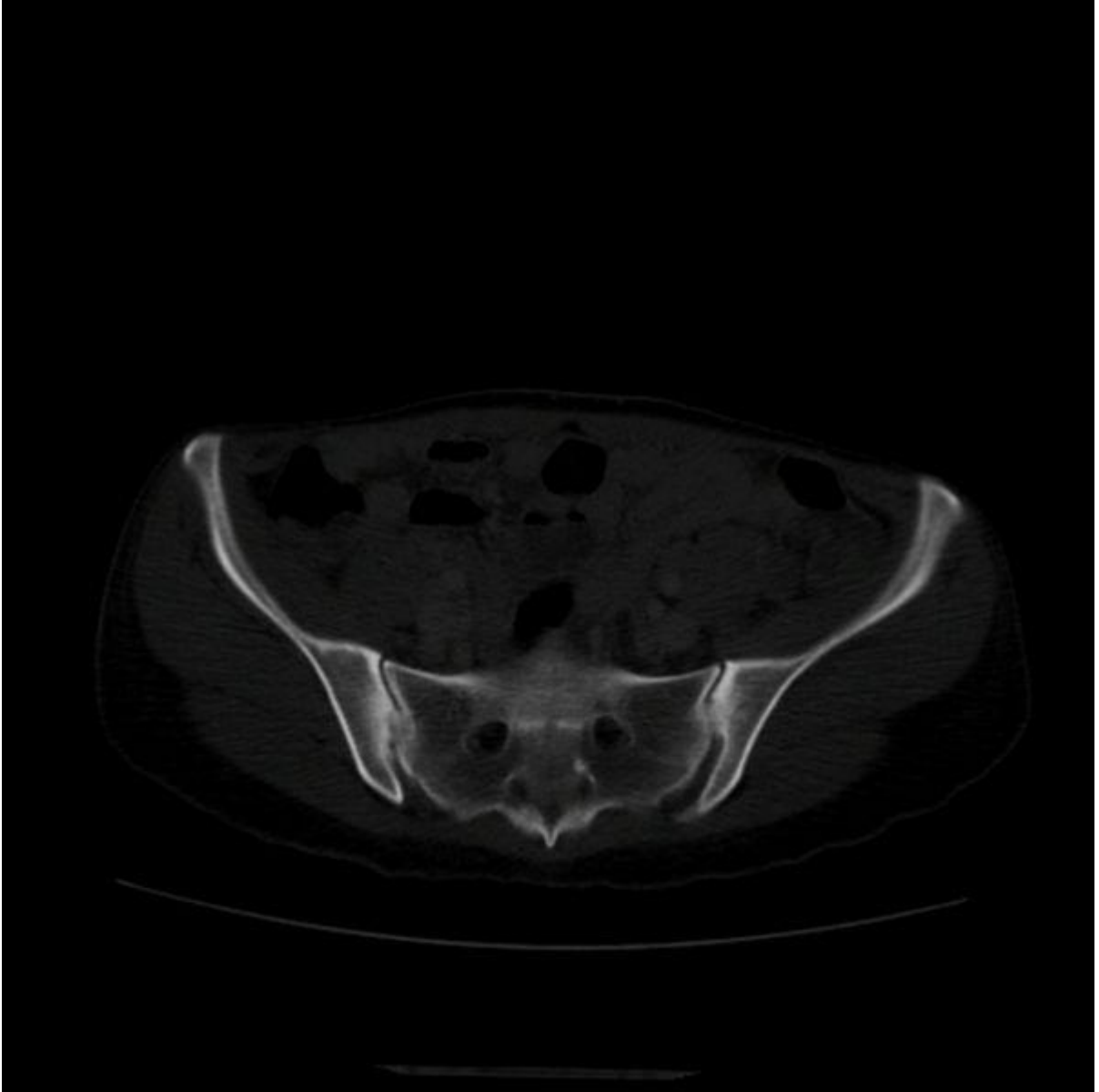
Giriş: SLE, özellikle doğurganlık çağı kadınlarda görülürken; Ankilozan spondilit ( AS ) erkeklerde daha ağır seyreder ve erken yaşlarda semptom verir. İki hastalığın birlikteliği nadirdir. Bizim vakamızın başka bir özelliği asit etyolojisi araştırılırken abdomen BT ' de bilateral sakroileitin saptanmasıdır.

Olgu: 33 yaşında kadın hasta 1 aydır olan iştahsızlık, 6 kg kilo kaybı, tüm karına yayılan, pozisyon ve yemekle ilişkisiz hemen hergün olan bulantının eşlik edebildiği karın ağrısı ile başvurdu. Laboratuvar tetkikleri: ESR:13 mm/st, CRP: 17 mg / L, Hgb 12,3 g/dl, BK: 5,86 K/uL, PLT: 384 x 10<sup>3</sup> e 3 / uL, Krea: 0,5 mg/dl, ALT: 13 u/ L, LDH: 184 u / L, alb.: 3,5 g/dl. Çekilen enteroklizis BT 'de incebarsaklarda özellikle jejunumda diffüz duvar kalınlaşması, batın içerisinde orta derecede sıvı izlenmekteydi. Karaciğer parankiminde iki adet büyüğü 12 mm çaplı olmak üzere hiperekoik ( hemanjiom ?) solid lezyonlar vardı. Sağ alt kadranda barsak ansları çevresinde birkaç adet lenf nodu gözlemlendi. Ayrıca abdomen BT ` de bilateral sakroiliak eklemlerde skleroz ve erozif değişiklikler mevcuttu. Kolonoskopi normal gelen hasta, üst gis endoskopisini tolere edemedi. Parasetez mayi exuda karakterindeydi. Parenteral tedavi yapılan hastanın karın ağrısı tamamen düzeldi. İleoçekal bölgede LAP 'leri olan hasta Tüberküloz açısından asit mayii değerlendirildi. PPD, 6 mm olarak ölçüldü. Tüberküloz tanısından uzaklaşıldı. Takiplerinde bistopenisi gelişen hastadan viral markerler, ANA ve D. coombs istendi. ANA, 1/320 titrede gelmesi üzerine istenen antidsDNA pozitif olarak raporlandı. D. combs ( +) olması üzerine SLE tanısı konulan hastaya otoimmün hemolitik anemiye yönelik olarak metilprednisolon 16 mg 3x1 ve hidroklorokin(HQ) 2x1 başlandı. Antikardiyolipin Ig G ve M negatif. Hastanın yatışı sırasında karın ağrısı ve bulantı yakınması ön plandaydı. BT bulguları nedeniyle hasta yeniden değerlendirildiğinde sabahları olan ve ağrı kesicilere yanıt veren bel tutukluğu ve bel ağrısı olduğu anlaşıldı. Hastaya SLE ve Ankilozan spondilit tanısı konuldu. Hasta HQ ve steroid tedavisi ile oldukça rahatladı. Tartışma: SLE ' de aktif dönemlerinde bulantı, kusma, diyare veya kabızlık görülebilir. Lupusun en korkulan gastrointestinal komplikasyonu mezenter vaskülit olup kendini ateş, kusma ve kanlı ishal ile gösterebilir. Bizim hastamızda ateş ve kanlı ishal yoktu. SLE'de periton zarı tutulumuna bağlı assit görülebilir. Nefrotik sendroma bağlı asitten farkı ağırlı olmasıdır. Terminal ileum tutulumu ve assit birlikteliğinde TBC akla gelmelidir. Ancak hastamızda yapılan tetkiklerde TBC' den uzaklaşıldı.

Sonuç: SLE, özellikle kadın hastalarda daha fazla görülmekte olduğundan ve AS bu grup hastalarda siliik semptomlar sergileyebildiğinden değerlendirme yapılırken yakınmalar ve fizik muayene dikkatle değerlendirilmelidir. Assit etyolojisi araştırılırken kollajen doku hastalıklarında gözönünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozis, Ankilozan spondilit

Şekil-1



*Abdomen BT 'de Bilateral skleroz artışı ve erezyon*

[PP-140][Kabul:Poster][Diğer]

### **Gebeliğinin ilk dokuz haftasında infliksimab ve izoniazid kullanan ankilozan spondilitli olgu**

Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>, Mustafa Saygın Deniz<sup>2</sup>, Can Cangür<sup>2</sup>, Fatma Ekici<sup>2</sup>, Mehmet Sayarlıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Romatoloji B.D., Kahramanmaraş

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D., Kahramanmaraş

Giriş: İnfliksimab TNF-alfaya karşı oluşan şimerik insan monoklonal antikorudur. Hayvan çalışmalarında fetal risk gösterilmemiştir ama gebe kadınlar ile yapılan kontrollü çalışmalar yoktur. İzoniazid ise anti-tüberküloz bir ilaçtır. Hayvan çalışmalarında embriyosidal bulunmuştur, teratojenik etkileri belirtilmemiştir. Biz de bu yazıda gebeliğinin ilk dokuz haftasında TNF-inhibitörü ve izoniazide maruz kalan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 38 yaşında bayan hasta 1,5 yıl önce ankilozan spondilit tanısı konmuş ve bir yıl boyunca sülfasalazin ve nonsteroid antiinflatuar tedavi kullanmıştı. Hastalığının aktif seyretmesi üzerine 4 ay önce anti-TNF tedaviye geçildi. Hastaya bu ilaçları kullanırken gebe kalmaması gerektiği, gebelikte güvenirliliği ile ilgili kesin veriler olmadığı anlatılmış ve kontrasepsiyon önerilmişti. Hasta infliksimab kullanırken gebeliğinin 9. haftasında gebe olduğunu öğrendi. Hastanın yapılan tüberkülin deri testi 9 mm tespit edildiği için infliksimab tedavisinden bir ay önce izoniazid 300 mg kullanmaya başlamıştı ve kullanmaya devam ediyordu. İzoniazid ve infliksimab tedavisi son menstrüel periyoda göre gebeliğinin 9. haftasında kesildi. Ultrasonografide 9-haftalık gebelik ile uyumlu normal ölçümleri olan yaşayan fetus tespit edildi. Hasta gebeliğinin 38. haftasında normal doğum yaptı ve sağlıklı bir erkek çocuğu oldu.

Tartışma: Gebeliğinde TNF inhibitörlerine maruz kalan kadınlarla ilgili yapılan gözlemsel çalışmalar ve vaka raporlarında erken doğum, spontan abortus ve konjenital anomali gibi risklerin gebeliğinde ilaç kullanmayan romatoid artritli ve inflamatuvar barsak hastalığı olan diğer kadınlarla eşit olduğu yönündedir. Fakat bu sonuçlar küçük vaka serilerinde tespit edilmiştir. Bir vaka serisinde TNF inhibitör kullanımı, konjenital malformasyon ile ilişki bulunmuştur. Ancak bu veriler halen tartışmalıdır. Çünkü daha sonra Avrupa konjenital anomali veritabanı TNF-inhibitörlerine maruz kalan infantlar ile konjenital anomaliler arasında artmış risk olmadığı yönünde veriler sunmuştur. İzoniazid ve etambutol gebelerde tüberküloz tedavisi için önerilen en güvenli ilaçlardır. Fakat gebeliğinde bu ilaçlara maruz kalan ve konjenital anomalili çocuğu olan vaka bildirimleri vardır. Literatür tarandığında gebeliğinin ilk trimesterinde etambutol, rifampisin ve izoniazid kullanan ve okuler malformasyonlu çocuğu olan vaka bildirimleri vardır. Başka bir vaka bildiriminde ise erken gebelikte izoniazid kullanan ve ciddi fetal deformite gözlenen bir olgu sunulmuştur. Yine bir vaka bildirisinde gebeliğinde anti-TNF, izoniazid ve rifampisine maruz kalan iki gebe izlenmiş, gebelerden birinin kraniosinostozlu çocuğu olmuştur. İnfliksimabın FDA (Federal Drug Administration) gebelik kategorisi B ve izoniazidin C' dir. Bizim hastamız gebeliğin ilk 9 haftasında infliksimab ve izoniazidi birlikte kullanmış ve sağlıklı bir çocuk dünyaya getirmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfliksimab, gebelik

[PP-141][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

## Geç Başlangıçlı ve Axiller Arter Tutulumlu Bir Behçet Olgusu

Nuran Türkçapar<sup>1</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Yelda Öztürk<sup>2</sup>, İrfan Soykan<sup>3</sup>, Özlem Özdemir Kumbasar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı,Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı,Gastroenteroloji Bilimdalı

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilimdalı

Giriş: Behçet Hastalığı;Klasik anlamdaki vaskülitlerden farklı olarak, hastalığın seyri sırasında her çapta hem arter hem de venleri tutulabilmektedir.Nedeni bilinmeyen ateş, sedimantasyon hızı (ESR ve C-reaktif protein (CRP) yüksekliği ile kliniğimize refere edilen,orta yaş üzeri bir hastada, nadir bir arteriyel sistem tutulumuyla seyreden bir Behçet hastasını takdim etmek istedik.

Olgu: 62 yaşında erkek hastanın ilk başvurusu; Ağustos-2010'da sağ kalça ağrısı, kilo kaybı halsizlik, gece terlemesi ve oral aft (3-5 adet/yıl) şikayetleri ile oldu.Öyküsünde hiç genital ülser, papülopüstüler döküntü ve eritema nodosum dahil cilt bulgusu yoktu. Paterji testi negatifti. Hastanın, sağ kalça eklemine ve sağ ayak bileğinde ağrı şikayeti, yaklaşık 1 aydır vardı. Fizik muayenesinde bu eklemler hafif hassas olmakla birlikte, kızarıklık, şişlik, ısı artışı ve fonksiyon kaybı yoktu. Erkek kardeşinde Behçet hastalığı öyküsü vardı. Bu dönemde; ESR: 80-120 mm/saat ve CRP düzeyleri 44-64 mg/ dL (0-3 mg/dL) arasında idi. Brusella ve Salmonella aglütünasyon testleri, HBsAg, anti-HCV ve anti-HIV negatifti..PPD'si 25mm olarak bulundu (2 BCG'li). Boyun, toraks ve abdominal bilgisayarlı tomografisi (BT)'de; sadece akciğerde geçirilmiş tüberküloz sekeli ile uyumlu görünüm saptandı.Göğüs Hastalıkları konsültasyonunda aktif tüberküloz düşünülmedi. pozitron emisyon tomografi çekildi ve rektumda patolojik aktivite tutulumu( SUV max:45) saptandı. Ancak kolonoskopik ve patolojik taraması normal olan hasta takibe alındı. Şubat-2012'de ani görme kaybı gelişen hastanın dış merkezde yapılan sağ fundus muayenesi ve anjiyografisinde anterior iskemik nöropati ve retinal ven trombüsü tespit edilmiş. Haziran 2012'de iki haftadır intermittant 39 °C dereceyi bulan ateş ve hafif diyare nedeni ile başvurduğu Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde; nedeni bilinmeyen ateş tanısında tetkik edilmiş ne bu arada kliniğimizce tekrar konsülte edildi.Yapılan BT-anjiyografide, aksiler arter başlangıcında tıkanığı; bölgede gelişen kollateral akım ile, yaklaşık 8 cm'lik tıkalı segment sonrası, brakial arterin dolduğu tespit edildi Göz muayenesinde sağ ve sol ön segment ön kamarada +10 hücre saptandı Tekrarlayan oral a.ftları, anterior üveti, retinal ven trombüsü ve axiller arter tutulumu ve yapılan doku tiplendirmesinde HLA B51 pozitif

olan hastaya Behçet hastalığı ön tanısı ile 1mg/kg'dan kortikosteroid başlandı ve azatiopürin 2.5mg/kg/gün ile idame edildi. Bu tedavi altında klinik ve laboratuvar tüm bulguları kayboldu. Hasta halen düşük doz steroid, düşük doz aspirin ve azatiopürin tedavisi ile remisyondadır. Tartışma: Bu olguda; oldukça seyrek olan sol subklavian ve axiller arter tutulumu olup, oklüzyon oluşturmuştur. Literatüre bakıldığında, benzer vakaya değil ancak atipik prezentasyonda vaskülitik Behçet olgularına rastlamak mümkün

**Anahtar Kelimeler:** behçet hastalığı, axiller arter tutulumu

## [PP-142][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### **Hastalık aktivitesinin hiperkalsemiye neden olduğu bir sistemik lupus eritematozus olgusu**

Murat Sarı, Nilüfer Alpay Kanitez, Ahmet Omma, Burak Erer, Murat İnanç, Lale Öcal  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı, İstanbul

**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), kadınlarda nispeten sık karşılaşılan, sistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Klinik ve laboratuvar bulgular çeşitlilik göstermekle birlikte SLE'ye bağlı hiperkalsemi sık karşılaşılan bir durum değildir. Burada SLE tanısı konulan ve diğer sık sebepler dışlandıktan sonra hiperkalsemisi SLE hastalık aktivitesine bağlanan bir olgu sunulmaktadır. **Olgu:** Elli dört yaşında kadın hasta birkaç aydır olan halsizlik, yaygın kas ve eklem ağrısı 38oC'i geçen ateş ve 5 ayda yaklaşık 12 kg kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede kaşektik görünümde idi. Sağ aksiler bölgede 2 cm çapında lenf adenopati saptandı ve bilateral kostofrenik sinüsler kapalı bulundu. Schirmer testinde göz kuruluğu tespit edildi (<5mm). PA akciğer grafisinde bilateral pleval efüzyon ile uyumlu görünüm izlendi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak, lenfopeni (591/mm<sup>3</sup>), anemi (Hb: 8,1g/dl), hipoalbuminemi (1,9 g/dl), poliklonal hipergammaglobulinemi (3 g/dl) ve hiperkalsemi (12,6 mg/dl) saptandı. Artmış ESH 120 mm/s, hsCRP 66 mg/L (0-5 mg/l), serum parathormon (PTH) 11 pg/ml (10-65), 1,25 OH D vitamini 35 pg/ml idi (16-42 pg/ml). Serum PTH ilişkili peptid (PTHrP) negatif saptandı. Serum ACE düzeyi [49,7 U/L (8-52)], tümör belirteçleri (CEA, AFP, CA 125, CA 15-3, CA 19-9) normal değerler arasında idi. ANA 1/1000 homojen paternde, anti-dsDNA, anti-Ro ve anti-La pozitif saptandı. C3 düzeyinin düşük olduğu (50 mg/dl (90-180 mg/dl)) görüldü. Pleval sıvısının laboratuvar incelemesi sonucunda transüda vafında olduğu anlaşıldı. Malignite araştırması nedeni ile yapılan 18-FDG pozitron emisyon ile tüm vücut tomografi taraması normaldi. Minor tükrük bezi biyopsisinde Sjögren sendromu ile uyumlu kronik siyaladenit saptandı. Artrit, serozit, lenfopeni, düşük C3, ANA ve anti-dsDNA pozitifliği ile hastaya SLE tanısı konuldu. Diğer sekonder sebepler (malignite, primer hiperparatiroidi, granülomatoz hastalıklar) dışlandığı için hiperkalsemi lupusun hastalık aktivitesi ile ilişkilendirildi. Prednizon 2 mg/kg/gün ve hidrksiklorokin 200 mg/gün başlandı ve steroid dozu tedrici olarak azaltıldı. Tedavinin 3. ayında konstitüsyonel semptomlar, lenfadenopati ve pleval efüzyon geriledi. Kalsiyum değeri normale döndü **Tartışma:** Hiperkalsemi SLE seyirinde sık karşılaşılan bir durum değildir. Literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir. Bu olguların bir kısmında PTHrP düzeyi yüksek bulunmuş ve SLE'nin PTHrP artışına sebep olarak hiperkalsemiye yol açtığı düşünülmüştür. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi PTHrP düzeyi düşük olan olgular da mevcuttur ve bu durumda SLE aktivitesi sonucu dolaşan anti-PTH reseptör antikorlarının hiperkalsemiye yol açmış olabileceği tartışılmıştır. Hastalık aktivitesi baskılandıktan sonra hiperkalseminin iyileşmesi, SLE'de hastalık aktivitesi ile ilişkili hiperkalsemiye yol açan bir otoimmün sürecin var olabileceğini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hiperkalsemi, Sistemik lupus eritematozus

## [PP-143][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### **Health related quality of life in Turkish patients with Ankylosing spondylitis: impact of peripheral involvement on quality of life in terms of disease activity, functional status, severity of pain, and social and emotional functioning**

Özlem Yılmaz, Ahmet Tutoğlu, Yeşim Garip, Esra Özcan, Hatice Bodur  
Ankara Numune Training and Research Hospital

**Objective:** The aim of this study is to evaluate HRQoL in AS and to assess the impact of peripheral involvement on HRQoL domains in terms of disease activity, functional status, pain, and social and emotional functioning.

**Methods:** 74 AS patients were included. Patients were evaluated by Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQoL), Short Form-36 (SF-36), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) and Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI).

**Results:** ASQoL was strongly correlated with ASDAS, BASDAI, BASFI, and BASMI, severity of total pain, night pain, fatigue, morning stiffness and ESR. ASQoL showed the strongest correlation with ASDAS and BASDAI. Severity of total pain, functional status, and severity of night pain followed it, respectively. Most affected dimension in SF-36 was general health. Physical role, emotional role and bodily pain followed it, respectively. Peripheral joint involvement was present in 51.35% of the patients (38 patients). In 65.79% of these cases the hips, in 31.58% the knees, in 18.42% the shoulders and in 13.16% the ankles were affected. Patients with peripheral involvement scored significantly lower in all subgroups of SF36 and significantly higher in ASDAS, BASDAI, BASFI, BASMI and ASQoL scores and levels of pain, night pain, fatigue and morning stiffness.

**Conclusions:** Peripheral involvement is associated with more active disease and functional disability, and has a negative influence on HRQoL including physical, social and emotional functioning.

**Keywords:** Ankylosing spondylitis disease activity score(ASDAS), peripheral involvement

**[PP-144][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

## **İnaktif ve Aktif Behçet Hastalarında Arteriyel Sertliğin Değerlendirilmesi**

Sema Yılmaz<sup>1</sup>, Gülperi Çelik<sup>2</sup>, Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Konya

**Amaç:** Behçet hastalığı, kronik alevlenme ve iyilik dönemleri ile seyreden, çok değişik tipte, çapta, ve lokalizasyonda damar tutuluşları gösteren, kronik, inflamatuvar multisistemik bir vaskülitir. Behçet hastalığında kronik inflamasyona sekonder gelişen endotel hücre hasarı, vasküler inflamasyona ve aterogeneze yol açmaktadır. Arteriyel sertlik, nabız dalga analizi ve nabız dalga hızı ile ölçülen, kardiyovasküler hastalığın bağımsız bir belirleyicisidir. Bu çalışmada, inaktif ve aktif Behçet hastalarının, nabız dalga hızının, santral kan basınçları, hastalık aktivitesi ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmaya 96 Behçet hastası ve 54 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastalar, mukokutanöz, vasküler ve diğer organ tutulumlarına göre gruplandırıldı. Son 1 ay içerisinde en az 2 klinik bulgunun eşlik ettiği hastalar aktif, klinik bulguların olmadığı veya 1 klinik bulgunun olduğu hastalar inaktif olarak kabul edildi. İnaktif ve aktif Behçet hastaları, demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve nabız dalga hızı ölçümleri açısından değerlendirildi. Vasküler ölçümler 24 saatlik süreç boyunca Mobil-O-Graph Arteriograph cihazı kullanılarak yapıldı. Kan basıncı ölçümleri gündüz her 30 dakikada bir, gece her 60 dakikada bir ölçüldü. Bu cihaz, ARC Solver metodu kullanarak brakial arterden nabız dalga formlarını 24 saat boyunca kaydetti. Cihaz nabız dalga hızını otomatik olarak hesapladı.

**Bulgular:** Çalışmaya 53 inaktif Behçet hastası, 43 aktif Behçet hastası ve 54 sağlıklı kontrol alındı. Aktif Behçet hastalarında oral aft, genital aft, akneiform lezyonlar, göz tutulumu ve venöz hastalık inaktif hastalara oranla anlamlı olarak yüksek bulundu ( $P < 0.05$ ). Pearson korelasyon testi kullanıldığında, 24 saat nabız dalga hızının; yaş, hastalık süresi, vücut kitle indeksi, açlık kan şekeri, total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu tespit edildi ( $P < 0.05$ ). Lineer regresyon analizi kullanıldığında, 24 saat nabız dalga hızının yaş ve hastalık süresi ile pozitif ilişkili olduğu bulundu. İnaktif, aktif Behçet hastaları ve kontrol grubu vasküler fonksiyon parametreleri bakımından değerlendirildiğinde; 24 saat, gündüz ve gece nabız dalga hızı, 24 saat ve gündüz kardiyak atım ve gündüz santral diyastolik kan basıncı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $P < 0.05$ ). Aktif ve inaktif Behçet hastaları, vasküler fonksiyon parametreleri açısından karşılaştırıldığında; aktif Behçet hastalarında 24 saat, gündüz ve gece nabız dalga hızı inaktif hastalara oranla anlamlı olarak yüksekti.

**Sonuç:** Arteriyel sertliğin göstergesi olan nabız dalga hızı, aktif Behçet hastalarında inaktif hastalara oranla yüksek bulundu. Aktif hastalık sürecinde, endotel hücre hasarının daha belirgin olması bu çalışmada bulunan sonuçları desteklemektedir. Daha fazla sayıda hasta ile yapılacak çalışmalar, Behçet hastalarında arteriyel sertliğin değerlendirilmesinde faydalı olacaktır.



**Anahtar Kelimeler:** Arteriyel sertlik, Behçet hastalığı

[PP-145][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### **İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Matriks Metalloproteinaz-3, Matriks Metalloproeinaz-9 ve Metalloproteinaz-1 Doku İnhibitörünün Spondiloartropati Gelişiminde ve Hastalık aktivitesindeki Rollerini**

Dursun Elmas<sup>1</sup>, Orhan Küçükşahin<sup>2</sup>, Nuran Türkçapar<sup>2</sup>, Murat Törüner<sup>3</sup>, Hüseyin Tutkak<sup>4</sup>, Murat Turgay<sup>2</sup>, Hülya Çetinkaya<sup>3</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı

**Gereçe:** İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında (İBH) bağırsak dışı bulguların sık görüldüğü bilinmektedir. Bunlar arasında en sık ortaya çıkanları eklem bulgularıdır. Matriks metalloproteinazların (MMP) ve doku metalloproteinaz inhibitörlerinin (TIMP), İBH'da direkt olarak hastalık aktivitesi ve ekstraintestinal bulguların ortaya çıkmasında; Ankilozan Spondilit (AS)'te ise lokal hastalık seyrinde ve dokunun yeniden yapılanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada İBH'lı ve İBH+AS'li hastalarda, AS ve sağlıklı kontrollere göre, serum MMP-3, MMP-9 ve TIMP-1 düzeylerinin araştırılması amaçlandı. Ayrıca AS ve İBH+AS'li hastalarda serum MMP-3, MMP-9, TIMP-1 seviyelerinin, hastalık aktivitesini belirlemede ESR ve CRP'ye göre klinik kullanımda uygunluğunu araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma Haziran 2011- Temmuz 2012 tarihleri arasında Romatoloji ve Gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmada 20 AS'li, 20 İBH'lı, 20 İBH ve AS'li ve 20 sağlıklı gönüllünün serum MMP-3, MMP-9 ve TIMP-1 düzeyleri, iki basamaklı sandwich ELISA yöntemi ile bakıldı. Spondilartropati tanısı için ESSG kriterleri; AS tanısı için "Modifiye New York" ve ASAS kriterleri kullanıldı. Ülseratif kolit'li hastalardaki Truevole Witts aktivite kriterlerine göre ve Crohn'da ise Crohn Disease Activity Index (CDAI) skorlama sistemi ile değerlendirilen hastalık aktiviteleri kaydedildi. BASDAI  $\geq 4$  olanlar yüksek hastalık aktiviteli olarak kabul edildi. **Sonuçlar:** Çalışmaya alınan 60 hastanın 35 (%58)'i erkek, 25 (%42)'i kadın; ortalama yaşı  $37 \pm 3$  yıl, ortalama hastalık süreleri 6.3 yıldır. Çalışmaya alınan her 4 grup arasında yaş, cinsiyet bakımından fark saptanmadı. MMP-3 düzeyi en yüksek olarak İBH grubunda tespit edildi ( $3351 \pm 5956$ ,  $p=0,045$ ). İBH ve İBH+AS bulunan hastaların MMP-3 değerlerinin AS'li hastalardan istatistiksel olarak da anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ( $p=0,007$ ,  $p=0,035$ ). İBH'lı hastaların MMP-3 değerlerinin İBH+AS ve kontrol grubundan daha yüksek olduğu ama bu farkın anlamlı olmadığı görüldü (sırasıyla  $p = 0,570$  ve  $p = 0,180$ ). MMP-9 değerleri ise en yüksek kontrol grubunda saptandı ( $1035 \pm 261$ ,  $p=0,48$ ). AS bulunan hastaların MMP-9 değerleri, hem İBH'lı hem de İBH+AS'li gruptan daha yüksek bulundu ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla  $p = 0,494$  ve  $p < 0,260$ ). TIMP-1 değerleri için ise en yüksek değerler İBH grubunda tespit edildi ( $p = 0,006$ ). İBH'lı grubun TIMP-1 düzeyleri hem AS hem de İBH+AS gruplarına göre istatistiksel olarak daha anlamlıydı (sırasıyla,  $p = 0,033$  ve  $p = 0,008$ ). Ankilozan Spondilitli hastalarda yüksek hastalık aktivitesi ile BASDAI skoru arasında istatistiksel olarak en yüksek değer serum MMP-3 olarak saptandı ( $r = 0,841$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tartışma:** Çalışmamızda serum MMP-3 seviyelerinin İBH+AS ve AS'de hastalık aktivitesini belirlemede ESR ve CRP'ye göre potansiyel olarak daha doğru bir biyomarkır olabileceğini göstermiş olduk. MMP-3'ün klinik kullanıma geçmesi için daha geniş serili çalışmalar yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Matriks metalloproteinaz, hastalık aktivitesi

[PP-146][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### **İnfliksımab ve Adalimumab ile tedavi edilen Ankilozan Spondilitli bir hastada kolon adenokanser gelişimi**

Soner Şenel<sup>1</sup>, Ender Doğan<sup>2</sup>, Mehmet Bankir<sup>2</sup>, Gülten Can Zengin<sup>3</sup>, Şebnem Gürsoy<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D

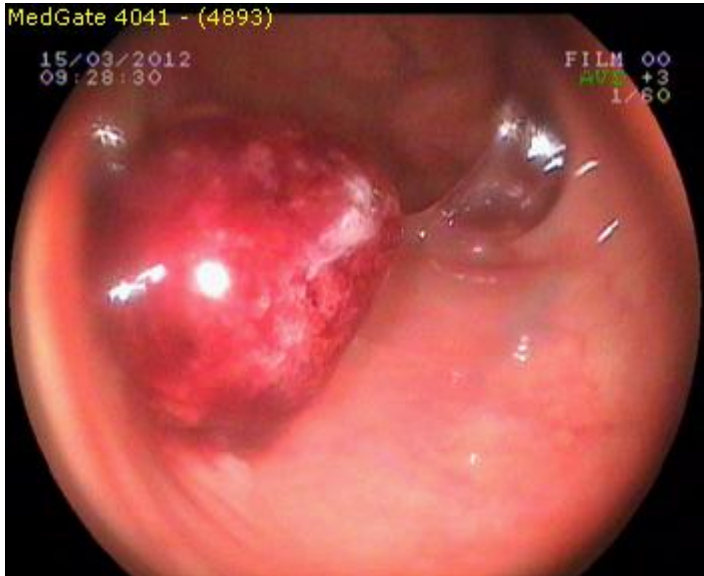
<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Gastroenteroloji B.D

Gerekçe: TNF(tümör nekrozis faktör) immün aracılıklı birçok inflamatuvar hastalığın patogeneğinde yer almaktadır. Bu nedenle romatoid artrit, psöriasis, psöriatik artrit, ankilozan spondilit(AS) gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde TNF inhibitörleri kullanım alanı bulmuştur. Anti-TNF ajanların kullanıma girmesi ile bu ajanlara bağlı çeşitli yan etkiler rapor edilmiştir. Bu olguda, AS nedeniyle infliksimab ve adalimumab ile tedavi sonrasında 4. yılda kolorektal adenokarsinom gelişimi bildirilmiştir. Yöntem: Kırksekiz yaşında bir erkek hasta, 6 yıldır dışmerkezde konulan AS tanısı olması nedeni ile kolonoskopi raporu ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde, Altı yıl öncesine kadar günde bir paket sigara 25 yıl boyunca kullanıyordu. Soygeçmişinde, babada mevcut karaciğer sirozu dışında herhangi bir hastalık öyküsü yoktu. 2006 yılında dış merkezde Ankilozan Spondilit tanısı almış. Hastaya Metotreksat, sülfosalazin, NSAİİ, Prednisolon tedavileri verilmişti. Ancak fayda görmeyince 6 ay süreyle Adalimumab 40 mg/iki-hafta subkutan tedavisi verilmiş fakat yanıtız kabul edildiği için Sonrasında 2008-2012 yılları arasında infliksimab 5 mg/kg/6-hafta tedavisi kullanmış. Haziran 2009 yılında konstipasyon şikayeti ile başvurduğu dış merkezde yapılan kolonoskopisinde rektumda ve transvers kolonda polipoid lezyonlar saptanmış. Polipektomi yapılan hastanın polip patolojileri villöz adenom olarak raporlanmış. Hasta bu tarihten sonra kontrollerine gelmemiş. Şubat 2012 tarihinde yine konstipasyon ve halsizlik şikayeti ile başvurduğu Üniversite Gastroenteroloji kliniğince bakılan kan tetkiklerinde; Hb:9,2 mg/dl, ESH: 83mm/s, CRP: 56,4mg/dl. Hastaya anemi etyolojisine yönelik ve malignite ekarte etmek amacıyla yapılan kolonoskopide sigmoid kolon yer yer hafif eritemli ve ödemli izlenmiş, anal kanaldan itibaren 5.cm de 1,2-1,5 cm rektum 12. cm de 3 cm çaplı polip çapında kalın saplı polip saptandı( Resim-1). Yapılan polipektomi materyalinin biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlanan hastanın polip sap ve taban kısmında adenokarsinomatöz alanlar izlendi. Sonuç: Bu hastamızda, malignite açısından risk faktörleri olarak; 25/yıl-paket sigara kullanımı, 4 yıl önce saptanmış premalign bir lezyon olan villöz adenom ve 6 ay adalimumab, 40 ay kadar infliksimab kullanımı mevcuttu ve ek olarak NSAİİ tedavini cevapsızlık sebebiyle kesilmiş olmasının da protektif özelliğinin kalkmış olmasının da etkisi ile kullanılan anti-TNF tedavinin kanser gelişiminden sorumlu olabileceğini düşündürmüştür. Tartışma: Malignite gelişimi anti-TNF tedavilerin önemli sorunlarından birisidir. Bu nedenle, anti TNF ajan kullanımı sırasında gelişebilecek maligniteler konusunda dikkatli olunmalı, özellikle premalign kolon poliplerini bulunan hastalara anti-TNF tedaviye başlamak konusunda daha dikkatli karar verilmesi uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** adalimumab, infliksimab

## Kolon adenokarsinom

MedGate 4041 - (4893)



*Rektum 12. cm de 3 cm çaplı polip*

[PP-147][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

## **Kliniğimizdeki Sklerodermalı Hastaların, Pulmoner Hipertansiyon ve Akciğer Tutulumu Varlığı İle Klinik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Sibel Üreyen, Ali Berkant Avcı, İrem Gayret, Uğur Karasu, Mustafa Ender Terzioğlu  
Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı

Gereke:Skleroderma(SK), deri ve iç organların yaygın fibrozisi ile giden kronik otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır.SK'lı hastaların %10-40'ında PHT görülür.SK'da pulmoner tutulum %70 oranında görülür.Raynaud fenomeni(RF),SK'lı hastaların %95'den fazlasında mevcuttur.SK'da görülen obliteratif arteriopati,RF, skleroderma renal krizi(SRK) ve PHT patogenezinde rol alır.Endotelial hasarın sonuçları ise sklerodaktili, dijital ülserler gibi bulgulardır.SK'da mortaliteyi ciddi ölçüde arttıran PHT'nin nedenlerini irdelemek ve SK'nın klinik özelliklerinden PHT'nin erken tanı ve tedavisinde bize yol gösterici olabilecek bulguların varlığını araştırmak için yaşları 22-73 arasında değişen 58 SK'lı hasta retrospektif olarak tarandı.Yöntem: Olguların 51'i kadın 7'si erkekti.Hastalık yaşı on yılın üzerinde olan 22 hasta mevcuttu.İlginç olarak bu hastaların sadece 5'inde PHTsaptandı.Bu 58 hastanın 6'sı diffüz(%15), 52'si sınırlı(%85) SK'ydı.Diffüz SK olan 6 hastanın 3'ünde(%50), sınırlı SK olan 52 hastanın 18'inde(%35)PHT saptandı(toplam21/58,%35).21 PHT saptanan hastanın 20 tanesinde akc. tutulumu vardı(%96).Hem PHT'si olan hem de akc. tutulumu olan 20 hastanın 18'inde RF(%90),10'unda sklerodaktili(%50), 2'sinde SRK gelişti(%1).Hem PHT'si hem de akc. tutulumu olan hastaların 7'sinde scl-70(%35), üçünde anti-sentromer pozitif saptandı(%15).PHT'si olan fakat akc. tutulumu olmayan hastanın RF'si mevcut, sklerodaktilisi yok ve scl-70 'i pozitifiti.58 SK hastasının 37'sinde PHT saptanmadı(%65).PHT saptanmayan hastaların 23'ünde akc. tutulumu mevcut,14'ünde akc. tutulumu mevcut değildi.Bu 37 PHT'si olmayan hastanın 34(%92)'ünde RF, 20(%55)'sinde sklerodaktili mevcuttu.PHT'si olmayan fakat akc. tutulumu olan hastaların 12'sinde scl-70(%57), 5(%23)'inde anti-sentromer pozitif saptandı.PHT'si olan 3 diffüz SK'lı hastanın üçünde de akc. tutulumu mevcuttu.PHT'si olan 18 sınırlı SK'lı hastanın 16'sında(%89) akc. tutulumu varken 2'sinde(%11) akc. tutulumu yoktu.Sonuçlar-Tartışma: Literatürle uyumlu olarak hastalarımızın %75'inde akc. tutulumu,%35'inde PHT saptandı.Bizim olgularımızda hastalık yaşındaki artışın PHT gelişimi için bir risk faktörü olmadığı görüldü.Çalışmamızdaki hastalar değerlendirildiğinde literatürle uyumlu olarak diffüz SK'nın PHT açısından daha fazla risk oluşturduğu anlaşılmıştır(%50vs%35).Literatür bilgisi olarak diffüz SK'lı hastalarda gelişen PHT'nin genellikle akc. parankim tutulumuna, sınırlı SK'da gelişen PHT'nin genellikle vasküler tutulumla bağlı olduğu düşünülmektedir. Fakat bizim çalışmamızda,literatürden farklı olarak,PHT'si olan sınırlı SK'lı hastaların %89'unda yine akc. tutulumu mevcuttu.SK 'da ister diffüz tip, ister sınırlı tip olsun akc parankim hasarının PHT gelişiminde önemli rol aldığı bizim çalışmamızda gösterilmektedir.SK'nın klinik özellikleri değerlendirildiğinde (RF,sklerodaktili,SRK)PHT olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ve PHT'nin öngörücüsü olarak değerlendirilebilecek bir bulgu ortaya konulamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Hipertansiyon, Skleroderma

[PP-148][Kabul:Poster][Metabolik ve Kristal artropatileri]

### **Kondrokalsinozlu Olguda Akla Gelmeye Gereken Bir Tanı: Gitelman Sendromu**

Mustafa Özmen<sup>1</sup>, Zeki Soybaçacı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği

<sup>2</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Gitelman sendromu hipomagnezemi, hipopotasemi, metabolik alkaloz ve hipokalsiüri ile karakterize nadir görülen genetik bir hastalıktır. Hipomagnezeminin neden olduğu kristal depo hastalığının tipik bir örneği olan kondrokalsinoza neden olabilir.

Olgu: 52 yaşında erkek olgu 1 yıldır olan yaygın kas ağrısı, bacaklarda kramp, 8 aydır olan dizlerde ağrı ve şişlik yakınmalarıyla romatoloji polikliniğine başvurdu. Sorgulama, özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan olgunun yaşamsal bulgularından arteriyel tansiyonu 110/80 mmHg, ateşi 36.7 °C, nabız 72/dk, solunum sayısı 12/dk idi. Fizik muayenesinde sol dizde efüzyon tespit edildi. İstenen tetkiklerinde serum potasyum düzeyi 3 mmol/L (3.5-5.1), serum magnezyum düzeyi 1.29 mg/dL (1.6-2.6), 24 saatlik idrarda magnezyum düzeyi 10 mmol/gün (3-5), kalsiyum düzeyi 28 mg/gün (100-300) ve potasyum düzeyi 41 mmol/gün (25-125) tespit edildi. Eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, romatoid faktör, diğer rutin biyokimya testleri (serum kalsiyum düzeyi dahil) ve hemogram değerleri olağan sınırlardaydı. Arteriyel kan gazında pH 7.487,

bikarbonat düzeyi 28.8 mmol/L, karbondioksit basıncı 38.4 mmHg tespit edildi. Çekilen iki yönlü diz grafisinde yaygın kondrokalsinoz izlendi.

Mevcut hipopotasemi, metabolik alkaloz, hipomagnezemi ve hipokalsiüri nedeniyle Gitelman sendromu tanısı konuldu. Tedavi olarak spironolakton 200 mg/gün, magnezyum sitrat 1830 mg/gün, indometazin 100 mg/gün, kolşisin 1.5 mgr/gün başlandı. 2 hafta sonra yapılan kontrolde eklem yakınma ve bulguları iyileşti. Tetkiklerinde serum magnezyum (2,08 mg/dL), serum potasyum (4,1 mmol/L) ve 24 saatlik idrarda magnezyum (5 mmol/gün) düzeyleri normal sınırlarda tespit edildi. 24 saatlik idrarda potasyum düzeyi >18 mmol/gün ve kalsiyum düzeyi 120 mg/gün tespit edildi. Hastanın 3 ay sonra yapılan kontrolünde hastalığı ile ilişkili yakınma veya bulgusu yoktu. Yapılan tetkiklerinde elektrolit düzeyleri normal sınırlardaydı. Kondrokalsinoz sık karşılaşılan radyolojik bir bulgudur. Kondrokalsinoz tespit edilen olguda başta magnezyum olmak üzere serum elektrolit düzeylerine bakılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Gitelman sendromu, kondrokalsinoz

**[PP-149][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]**

### **Lupus Nefriti Tanısında Proteinüri Ve İmmünolojik Parametrelerinin Böbrek Biopsisi Planlanmasındaki Önemi (Olgu Serisi)**

İrem Gayret<sup>1</sup>, Ali Berkant Avcı<sup>1</sup>, Uğur Karasu<sup>1</sup>, Sibel Üreyen<sup>1</sup>, Mine Nokay<sup>2</sup>, Mustafa Ender Terzioğlu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

Gerekçe: Sistemik lupus eritematosus (SLE), %60 hastada böbrek tutulumu ile seyredilebilen otoimmün bir hastalıktır. Erken tanı amaçlı böbrek biyopsisi yapılması için immünolojik parametreler ve proteinüri varlığının önemini vurgulamak amacıyla bu olgu serimiz sunuma değer bulunmuştur. Yöntem: Bu olgu serisinde, böbrek biopsisi yapılmış SLE hastalarının laboratuvar verileri ve biyopsi sonuçları değerlendirilip aralarındaki ilişki araştırılmıştır. Polikliniğimizde takipli 133 SLE hastasından 32 (%24)'sinde lupus nefriti(LN) saptanmıştır. Bu hastaların 24'ünün patoloji raporlarına ulaşılmıştır. 24 hastanın 21(%87,5)'i bayan, 3(%12,5)'ü erkektir. Hastaların 16(%66,6)'sında anti-dsDNA pozitif, 18(%75)'inde kompleman seviyesi düşüktür. 17(%70,8) hastada kreatinin değeri normal saptanmıştır. 13(%54) hastanın idrar sedimenti inaktiftir ve aktif idrar sedimenti olan hastalara göre kreatinin değeri normal olanların sayısı daha fazla, anti-dsDNA pozitifliği ve kompleman düşüklüğü daha az oranda mevcuttur. İnaktif idrar sedimenti olan grupta 8(%62) hastada proteinüri <1 gr/gün iken aktif idrar sedimenti olan grupta proteinüri daha yüksek olma eğilimindedir ve hastaların 9(%82)'unda proteinüri >1 gr/gündür. İdrar sedimenti inaktif, kreatinin değeri normal olan 10(%41,6) hasta mevcuttur. 6(%60)'sında proteinüri <1 gr/gün olarak saptanmıştır. 5(%50) hastada klas 5 LN, 3 hastada klas 2 ve birer hastada klas 3 ve 4 LN saptanmıştır. Klas 5 LN olan hastaların 3'ünde proteinüri 0,5-1 gr/gün, 1 hastada 1-3,5gr/gün ve 1 hastada da >3,5 gr/gündür.Tartışma: LN, SLE hastalarında sık görülmekte ve geç tanı konulduğunda böbrek fonksiyonlarında ciddi bozukluğa neden olmaktadır. Tedavi planı açısından böbrek biopsisi yol göstericidir. ACR LN guideline'ı, mevcut başka bir neden olmaksızın kreatininde artış varsa, >1 gr/gün proteinüri varlığında veya >0,5 gr/gün proteinüri+hematüri veya sellüler kast varlığında böbrek biopsisi yapılmasını önermektedir. Asıl sıkıntı ise bu kriterleri karşılamayan SLE hastalarında biopsi kararının verilebilmesidir. Başka bir kaynağa göre hematürisi +0,3-0,5 gr/gün proteinüri olan ve kompleman seviyesi düşük veya anti-dsDNA pozitifliği olan hastalara ve proteinüri >1 gr/gün ve kompleman seviyesi düşük veya anti-dsDNA pozitifliği olan hastalara biopsi yapılmasını önermektedir. Sonuç: Bu vaka derlemesinde, idrar sedimenti inaktif, böbrek fonksiyonları normal ve anti-dsDNA' sı pozitif veya kompleman seviyesi düşük lupus hastalarına biyopsi yapıldığında %41,6 hastada LN tespit edildiğini ve hatta bu grup hastada proteinüri <1 gr/gün olanlarda böbrek biyopsisi yapıldığında hastalık yakalama şansının %25 gibi azımsanmayacak bir oran olduğunu görülmüştür. Ayrıca idrar sedimenti inaktif, kreatinin değeri normal olan hastalarda sadece proteinüri varlığı bile böbrek tutulumu açısından önemli olup yüksek proteinüri glomerulosklerozun bulgularından biri olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek Biyopsisi, Lupus Nefriti

---

**Hastaların laboratuvar ve histopatolojik özellikleri**

	idrar sedimenti inaktif (n:13,%54)	idrar sedimenti aktif(n:11,%46)	idrar sedimenti inaktif+kreatinin normal(n:10,%41,6)
Normal kreatinin değeri	10(%77)	7(%64)	
Kompleman düşüklüğü	9(%69)	9(%82)	7(%70)
Anti-dsDNA pozitifliği	7(%54)	9(%82)	5(%50)
Proteinüri>3,5 gr/gün	2(%15)	4(%36)	1(%10)
Proteinüri 1-3,5gr/gün	3(%23)	5(%46)	3(%30)
Proteinüri<1gr/gün	8(%62)	2(%18)	6(%60)
Histopatoloji# klas 2	3(%23)	2(%18)	3(%30)
Histopatoloji# klas 3	1(%8)	1(%9)	1(%10)
Histopatoloji# klas 4	3(%23)	6(%55)	1(%10)
Histopatoloji# klas5	5(%38)	1(%9)	5(%50)
Histopatoloji# klas6	1(%8)	0(%0)	0(%0)

#: aktif idrar sedimenti olan hastalardan biri için histopatolojik olarak böbrek biyopsisinde klas belirtilmemiştir.

## [PP-150][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### LupusPRO değerlendirme formunun Türkçe versiyonunun validasyonu

Arif Kaya<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>, Mehmet Engin Tezcan<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Rıdvan Mercan<sup>1</sup>, Berivan Bitik<sup>1</sup>, Elife Senem Cura<sup>2</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Mehmet Akif Öztürk<sup>1</sup>, Rachel A. Mikolaitis Preuss<sup>3</sup>, Joel A. Block<sup>3</sup>, Meenakshi Jolly<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>Rush University Medical Center, Chicago, Illinois

Giriş: LupusPRO hastaların kendi durumlarını değerlendirmesine dayanan sistemik lupus eritematozus (SLE) için spesifik bir formdur. Amerikan lupus hastalarında geliştirilmiş ve valide edilmiştir. Ayrıca İspanyolca versiyonunun validasyonu yakın zamanda yapılmıştır. Bu çalışmada LupusPRO'nun Türkçe versiyonunun yapılması ve valide edilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Öncelikle 43 sorudan oluşan İngilizce LupusPRO Türkçe'ye çevrildi. Ardından tekrar İngilizce'ye çevrilerek anlam kaybı olup olmadığı değerlendirildikten sonra Amerika'da 5 Türk üzerinde test edildi. Türkçe versiyonun son hali, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde takip edilen ve ACR (American College of Rheumatology) sınıflandırma kriterlerini karşılayan lupus hastaları üzerinde test edildi. Hastaların demografik, klinik ve serolojik verileri toplandı. Hastalardan genel hayat kalitesini değerlendirmek için kullanılan kısa form 36 (SF-36) testini doldurmaları istendi.

Hastalık aktivitesini değerlendirmek için PGA (doktorun global değerlendirmesi), SELENA-SLEDAI (sistemik lupus eritematozus hastalık aktivite indeksi formunun SELENA çalışması versiyonu), SF-6D skoru, alevlenme varlığı ve hastanın sağlık durumundaki değişim (HSDD) parametreleri kullanıldı. Hastalık kaynaklı hasar durumu SLICC/ACR SDI skoru ile değerlendirildi. Test/retest tutarlılık analizi (TRT) için hastalardan 2-3 gün içinde tekrar doldurdıkları LupusPRO formları temin edildi. TRT ve iç tutarlılık güvenilirlik analizi (ICR) için Cronbach alfa analizi yapıldı. Spearman korelasyon testleri ile 'criterion validity - kriterlerin geçerliliği' (hastalık aktivite belirteçlerine karşı) ve 'convergent validity - bileşenlerin geçerliliği' değerlendirildi. Son olarak konfirmatuvar faktör analizleri yapıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya 102 SLE hastası (%94 bayan, ortalama yaş ve hastalık süresi  $39.0 \pm 11.7$  ve  $5.0 \pm 4.6$ ) dahil edildi. Çalışma sırasında 25 hastada alevlenme tespit edildi. PGA skorları hastaların %26'sında 0, %60'ında 1, %11'inde 2 ve %5'inde 3 olarak değerlendirildi. Hastalık durumunda değişiklik olmadığını belirten ve LupusPRO formlarını ikinci kez doldurarak teslim eden hastaların formları TRT analizinde kullanıldı. Türkçe LupusPRO formunun psikometrik özelliklerini gösteren ICR, TRT ve korelasyon analizleri sonuçları tabloda gösterilmiştir. Konfirmatuvar faktör analizi sonuçlarına göre faktörlerin ağırlığı yeterli düzeyde idi (burada gösterilemedi).

Tartışma: LupusPRO'nun Türkçe versiyonu oldukça yüksek düzeyde psikometrik özelliklere sahiptir ve lupus hastaları ile ilgili yapılacak çalışmalarda kullanılmaya hazırdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Lupus Eritematozus, Türkçe LupusPRO

### Türkçe LupusPRO' nun psikometrik özellikleri

Alt Birimler	ICR	TRT	Bileşenlerin Geçerliliği	Kriterlerin Geçerliliği
			r, (p)	r, (p)
Lupus semptomları	0.63	0.91	PGA -0.35, (0.001) SLEDAI -0.19, (0.06)	HSDD -0.30 (0.002) SF-6D 0.49 (0.001)
Düşünce yapısı	0.88	0.91	PGA -0.19, (0.06)	HSDD -0.20 (0.01) SF-6D 0.14 (0.03)
Lupus tedavisi	0.74	0.92		PGA -0.28 (0.005) Alevlenme -0.19 (0.05) SF-6D 0.24 (0.02)
Fiziksel fonksiyonlar	0.94	0.97	SF36-FS 0.65 (0.001) SF36-RF 0.64 (0.001)	SLICC -0.32 (0.001) PGA -0.40 (0.001) HSDD -0.27 (0.005) SLEDAI -0.27 (0.006) SF-6D 0.72 (0.001)
Ağrı-yaşam	0.91	0.95	SF36-VA 0.79 (0.0001) SF36-CE 0.68 (0.001)	PGA -0.36 (0.005) HSDD -0.29 (0.004) SLEDAI -0.18 (0.05) SF-6D 0.75 (0.001)
Beden görünüm	0.85	0.98		PGA -0.24 (0.02) SF-6D 0.52 (0.001)
Duygusal yaşam	0.91	0.95	SF36-DS 0.52 (0.001) SF36-RD 0.53 (0.001)	PGA -0.30 (0.002) Alevlenme -0.23 (0.02) SF-6D 0.52 (0.001)
Özbakım	0.77	0.97		PGA -0.21 (0.03)
Amaçlar, hedefler	0.84	0.91		PGA -0.38 (0.001) HSDD -0.21 (0.03)

				SLEDAI -0.19 (0.06) SF-6D 0.42 (0.05)
Sosyal destek	0.79	0.95		
Başarılabilmek	0.86	0.87		
Tedavi memnuniyeti	0.91	0.94		

(*r*: korelasyon katsayısı, *ICR*: internal tutarlılık testi, *TRT*: test/retest analizi, *HSDD*: Bir önceki kontrolüne göre 'Hastanın Sağlık Durumundaki Değişim'; *PGA*: Doktorun genel değerlendirme skoru; *FS*: SF36 fiziksel sağlık; *RF*: SF36 rol kısıtlanması-fiziksel, *VA*: SF36 vücut ağrıları, *CE*: SF36 canlılık/enerji, *DS*: SF36 duygusal sağlık, *RD*: SF36 rol kısıtlanması-duygusal, *SF-6D*: SF36' dan hesaplanan genel sağlık skoru)

## [PP-151][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### Merkezi Sinir Sistemi Tutulumlu Sistemik Lupus Eritematozuslu bir Hastada Pankreatit Gelişmesi

Selim Nalbant, Gülbüz Sezgin, Nilgün Çınar, Sibel Karşıdağ, Rahmi Çubuk  
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hikaye ve Klinik Seyir: 1971 doğumlu bayan hastadan tedaviye dirençli ve tekrarlayan epileptik nöbetler, karın ağrısı, bulantı, kabızlık sebebiyle nöroloji servisine yatırılan hastanın çekilen beyin MR'ında vaskulitle uyumlu olabilecek lezyonlar saptanması üzerine hasta servisimize naklen yatırıldı.

Hastanın alınan detaylı hikayesinde 12 yıl önce kanlı dışkılama, geçmeyen deri döküntüleri, kilo kaybı olmuş. Bu şikayetlerle İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi' ne başvurmuş. Yapılan baryumlu kolon grafi ve kolonoskopi sonrasında spastik kolit ve inflammatuvar barsak hastalığı ön tanıları ile tedavi görmüş. Hastanın daha sonraki takiplerinde pankreatit geçirdiği söylenmiş, kreon kapsül ve salofalk vs çeşitli ilaçlar kullanmış. Hastanın takipleri sırasında epileptik nöbetler geçiren hastanın nöbet sıklığı giderek artmış. Hasta bunun üzerine nöroloji servisinde yatarak tedavi görmüş; ilaç tedavileri sonrası nöbetler azalmış. Yaklaşık bir yıl kadar nöbet geçirmeyen hasta son 4 aydır tekrar epileptik ataklar geçirmeye başlamış. Son zamanlarda da el eklemlerinde ve dizlerinde şişmeler başlayan hastaya gastroenteroloji servisinde salofalk tedavisine başlayınca eklem şikayetleri azalmış ancak epileptik nöbetleri devam etmiş.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde simetrik olarak 2.3. proksimal interfalengial eklemlerinin simetrik olarak şiş olması ve epigastrik hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı.

Laboratuvar:

Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küresinin (BK) 5800/dL, sedimentasyonunun:102 mm/saat, C-reaktif proteininin:32 mg/dL, Lipaz:2000-5800 IU/L arası, ANA:1/320 (+), ANTI-dsDNA: (+) olduğu saptandı. Hastanın IgG4 seviyesi de normal olup, çekilen üst-batın ultrasonografisi ve kontrastlı tüm batın tomografileri normal olarak değerlendirildi.

Tedavi:

Hastaya merkezi sinir sistem tutulumlu sistemik lupus eritematozus (SLE) teşhisi konularak 100 mg/gün metil prednizolon, hidroklorokin 400 mg/gün, azotiyopürin 150mg/gün başlandı. Bunun dışında daha önce başlanılan ursodeoksikolik asit ve anti-epileptik tedavisine devam edilirken, antibiyotik tedavisi kesildi.

Sonuç:

Tedaviye başlandıktan sonra hastanın lipaz seviyesi, CRP ve sedimentasyon hızı yavaşça düşmeye başladı. Klinik olarak da hasta oldukça rahatlamıştı. Ancak, iki hafta sonra hastanın BK sayısı 2900'e gerilemesi üzerine azotiyopürin teavisi kesildi fakat hastanın BK sayısında bir değişiklik olmadı. Bunun üzerine steroid dozu arttırıldı ve azotiyopürin tekrar başlandı. Hastanın BK sayısı normale dönerken epileptik ataklarının sıklığında da azalma oldu.

SLE hastalarında gastrointestinal sistem ile ilgili bilgi birikimimiz son derece azdır. SLE'de pankreas tutulumuna ait literatür bulgusu da aynı şekilde kısıtlıdır. Olgumuzda olduğu gibi muhtemelen gürültülü klinik tablo içerisinde kaybolmakta standart tedavi ile de salah sağlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, pankreatit

## [PP-152][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]

### Mukokutanöz Tutulumu Olan Behçet Hastalarının Tedavi İle İlgili Beklentileri

Gonca Mumcu<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>2</sup>, Nur Şişman<sup>1</sup>, Tülin Ergun<sup>3</sup>, Haner Direskeneli<sup>2</sup>

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

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

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

Gerekçe: Günümüzde kronik hastalıkların aktivitesinin değerlendirmesinde hasta kaynaklı ölçeklerin kullanılması giderek önem kazanmaktadır. Ancak Behçet hastalığı (BH) ile ilgili araştırmaların bu alanda sınırlı sayıdadır. Bu araştırmanın amacı, mukokutanöz tutulumu olan BH'lı hastaların tedaviyle yönelik bakış açılarını belirlemektir.

Yöntem: Bu araştırmaya mukokutanöz tutulumu olan 90 BH'lı (K/E:55/35, yaş ort.: 37.9±11.03 yıl) hasta katıldı. Araştırmada veriler klinik muayene ve anket yöntemi ile toplandı. Anket hem mukokutanöz aktiviteyi değerlendiren, hem de tedavi ile ilgili beklentileri içeren sorulardan oluştu. Mukokutanöz aktivite indeksi'nin (MI) alt grupları oral ülser aktivite indeksi (Kompozit indeks, KI), Genital ülser indeksi (Gİ) ve eritema nodosum indeksi (Eİ) olarak tanımlandı. Alt grupların puanlama yönteminde; aktif lezyonları varlığı (0-1 puan), görsel analog ölçek (visual analogue scale, VAS) ile değerlendirilen ağrı (0-5 puan) ve fonksiyonel durum (0-4 puan) yer aldı. MI için toplam puan 0-30 arasında idi. Hastalar tedavi ile ilgili olarak eğer lezyonları tamamen/belirgin olarak iyileşmişse kendilerini tedaviden "memnun" grup olarak tanımladılar. Aktivitesi aynı sonu/daha kötüleşmiş olanlar tedaviden "memnun olmayan" grup olarak tanımlandı.

Sonuçlar: Araştırma grubunun % 62.2'sinin (n=56) aktif olduğu belirlendi. Aktif olanların yüzde 92.9'u (n=52) kolşisin, diğerleri ise immünsupresifler (n=4, 7.1 %) ile tedavi edilmekteydi. MI puanı inaktiflerde 0, aktiflerde 7.04±4.1 olarak belirlendi. MI'nin alt gruplarının puan dağılımları: KI için 5.11±2.54 (n=56), Gİ için 0.9±2.3 (n=7) ve Eİ için 1.01±2.7 (n=7) oldu. Tedaviden "memnun olmayan" grupta (n=41, 45.5%), mukokutanöz aktiviteye bakıldığında grubun 2/3'ünün aktif olduğu belirlendi. Tedaviden "memnun" olan gruba (n=17, 42.5%) göre oral ülser aktivitesi bu grupta daha yüksek (n=23, 57,5%) idi (p=0.04).

Tartışma: Klinik aktivite durumu ile hastaların tedaviden memnun olmamalarının ilişkili olduğu belirlendi. Bu açıdan tedavi planlamasında hasta beklentilerinin daha iyi değerlendirilmesinin gerektiği gözlenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tedavi, hasta beklentileri

## [PP-153][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Myastenia Gravis ve Sjögren Sendromu: Olgu Sunumu

Serpil Erçülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

#### GİRİŞ

Myastenia Gravis otoimmün hastalıklar ile birlikte görülebilmektedir. Otoimmün hastalıklardan çoğunlukla tiroidit, SLE ve romatoid artrit ile birliktelik görülür iken nadir olarak progresif sistemik skleroz ve Sjögren sendromu ile birlikteliği olgu sunumları şeklinde bildirilmiştir. Myastenia Gravis tanısı ile izlenirken Sjögren sendromu tanısı alan olgumuzu sunduk.

#### OLGU

Yaklaşık 1 yıl önce nöroloji bölümünde Myastenia Gravis tanısı konulan 36 yaşında kadın hasta, bakılan antinükleer antikor (ANA) testinde pozitiflik nedeniyle otoimmün patolojiler yönünden değerlendirilmek üzere romatoloji kliniğine yönlendirildi. Myastenia Gravis nedeniyle pridositigmin ve oral kortikosteroid almakta idi. Sistemik sorgulamasında sağ el bileği eklemünde ağrı, ağız kuruluğu ve hafif göz kuruluğu tarifledi. Fizik muayenede sağ el bileği hareketlerinde ağrı dışında belirgin patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon: 35 (0-20) mm/sa, CRP: 12,1 (0-5) mg/L yüksek idi. ANA 1/100 vimentin, 1/100 granüler şekilde pozitif idi. Anti-ENA profilinde anti-Ro (++) saptandı. Schirmer testinde sağ 25 mm, sol 5 mm saptanması üzerine yapılan tükrük bezi biyopsisinde kronik non-spesifik sialoadenit saptandı. Anti-CCP ve RF negatif idi. Hastaya 10 mg/gün metotreksat, gün aşırı folik asit replasmanı ve ayrıntılı göz muayenesinin ardından hidroklorokin 400 mg/gün başlandı. Takiplerinde yakınmalarında gerileme olduğu görüldü.



## TARTIŞMA

Myastenia Gravis, timoma, saf kırmızı küre aplazisi ve Sjögren Sendromu ile birlikte görülebilmektedir. Myastenia Gravis ve Sjögren sendromu arasında patolojik bağlantı olabileceği bildirilmiştir. Sjögren Sendromu semptom ve bulgusu olmadan tükürük bezinde lokal periduktal lenfositik infiltrasyon gösteren Myastenia Gravis olguları bulunmaktadır. Hastalık her zaman timoma ile birlikte olmayabilir. Myastenia Gravis'de timoma %15 civarında görülmektedir. Timus bezinde foliküler hiperplazi saptanabilir. Literatürde timoma yokluğunda yapılacak timektomi ile sıklıkla semptomlarında gerileme olmadığı bildirilmiştir.

## SONUÇ

Otoimmün patolojilere yatkınlığı olan bireylerde nadir de olsa Myastenia Gravis ve Sjögren sendromu birlikteliği görülmektedir. Myastenia Gravis hastalarının takibi esnasında hastalık dışı klinik bulguların varlığında, diğer otoimmün hastalıkların birlikte olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Myastenia Gravis, Sjögren Sendromu

**[PP-154][Kabul:Poster][Diğer]**

## **Myozit Kliniği İle Başvuran Primer Tümöre Ait Semptomları Olmayan Kas İçi Metastatik Epidermoid Karsinomlu Hasta: Olgu Sunumu**

Ayşe Balkarlı<sup>1</sup>, Cemile Canan Karatay<sup>2</sup>, Şahin Temel<sup>2</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>pamukkale üniversitesi tıp fakültesi romatoloji bilim dalı denizli

<sup>2</sup>pamukkale üniversitesi tıp fakültesi iç hastalıkları ana bilim dalı denizli

## GİRİŞ:

Çizgili kaslar vücut ağırlığının %50'ini oluşturmaları ve kardiyak outputtan önemli bir pay almalarına rağmen uzak (hematojen) metastaza oldukça dirençlidir ve çizgili kasa hematojen yolla metastaz oldukça nadir görülür. Bu muskuler kontraktıl aktivite, lokal biyokimyasal durumlar, kas damarlarında yüksek rezistans nedeniyle olabilir. İleri evre malignitelerde görüldüğü için prognozu kötüdür. Primer tümörün semptom ve klinik belirtileri olmaksızın kas metastazına ait semptomlarla başvuran bir hastamızı sunmak istedik.

## Olgu:

67 yaşında erkek hasta 3 aydır olan ve giderek kötüleşen, sağda daha belirgin olmak üzere bilateral bacaklarda ağrı, güçsüzlük, yürümede zorluk yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Ağrısı geceleri daha fazla ve nonsteroid antiinflamatuvar kullanımına yanıtıydı. Fizik muayenede konjunktivalar soluktu. Sağ diz ve sağ ayak bilekte ısı artışı, hiperemi ve palpasyonla hassasiyet vardı. Alt ekstremite kas gücü azalmıştı. Laboratuvar testleri: Hb: 10,5 g/dl, plt: 123.000, WBC: 7.740, BUN: 48 mg/dl, Creat: 1.14 mg/dl, AST:49.7 IU/L, ALT: 52.2 IU/L, ALP: 67 IU/L, GGT: 44 IU/L, LDH: 558 U/L, CK: 38 U/L, Sedim: 102 mm/h, CRP: 10.5 mg/dl idi. Myozit ön tanısı ile hasta servise yatırıldı. Yatışında sağ diz ve sağ ayak bilek artriti olması nedeniyle tarafımızca yapılan lokomotor sistem USG'sinde uyluk kasları içinde muhtelif boyutlarda çok sayıda lobüle konturlu, içlerinde yaygın septasyon izlenen hipo-anekoik lezyonlar izlendi. Paraziter, viral seroloji negatifti. Kas içi lezyonlardan BT eşliğinde biyopsi yapıldı. Myozit açısından istenmiş olan aldolaz değeri yüksek saptandı. Myopati protokollü EMG'inde sensörimotor polinöropati saptandı. Yapılan biyopsi sonucu epidermoid karsinom kas içi metastazı olarak değerlendirildi. Epidermoid karsinom primerine yönelik planlanan tetkikler sonuçlanmadan hastanın genel durumu hızla kötüleşti ve aynı gün içerisinde yoğun bakım ünitesine devredildi. Kısa süre içerisinde de hasta primer karsinom etiyojisi aydınlatılmadan kaybedildi.

## Sonuç:

Kas içi metastaz malignitelerde nadir görülen bir durumdur ve kötü prognoz göstergesidir. Kas metastazı lokal ağrıya neden olabilir ve subkutan kitle lezyonu şeklinde palpe edilebilir. En sık kas içi metastaz lokalizasyonları diyafram, abdominal rektus kası, deltoid, psoas, interkostal, gluteal ve spinal kaslardır. En yaygın tümörler ise melanoma, troid, meme, kolon, uterus ve akciğer karsinomasıdır. Çoğunlukla malignite tanısından sonra ve özellikle de travma sonrası kas içi metastaz görülür. Olgumuz primer tümörün semptomatik veya klinik belirtileri olmaksızın kas metastazına ait semptom ve klinik bulgularla başvurusu ve tanının ilk haftasında kaybedilmesi olması nedeniyle önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** epidermoid karsinom, kas metastazı

**[PP-155][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

## Non-Hodgkin Lymphoma Associated With Primary Sjogren's Syndrome: Case Report

Tuba Aktan Köşker<sup>1</sup>, Şükran Erten<sup>2</sup>, Esra Erden<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bölümü

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Patoloji Bölümü

**Aim:** The risk of NHL in patients with Sjögren's syndrome is estimated as being 44 times greater than that in the normal population (Kassan SS, et al. Ann Intern Med 1978). Here, we describe a case of a patient with primary Sjögren's syndrome who developed non-Hodgkin's lymphoma.

**Method:** A 50-year-old woman visited the outpatient rheumatology department in our hospital in December 2009 with artralgi a and sicca symptoms like dry eye and dry mouth and morning stiffness lasting 15 minutes. Physical examination was normal except for right hip pain on fabere test.

**Results:** Serological tests were positive for anti-nuclear antibodies (ANA) (+2 positive) with a speckled pattern, positive for both anti-SS-A/Ro and anti-SS-B/La antibodies and negative for antibodies against DNA, ribonucleoproteins (RNP) and Sm. Erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 31 mm, C-reactive protein(CRP) was 3.27 mg/L (0-4.99 mg/L) and rheumatoid factor (RF) was 17.4 IU/ml (0-14 IU/ml). Eighteen months later, the patient was admitted to the rheumatology department with painles swelling of the parotid glands and generalized peripheral lymphadenopathy. Excisional biopsy revealed a high grade B-cell non-Hodgkin's lymphoma. Tumor tissue was composed of atypical round cells with pleomorphic vesicular nuclei, undergoing frequent mitosis and eosinophilic cytoplasm. Furthermore, immunohistochemically, neoplastic cells were positive for CD20, commonly showed intense cytoplasmic staining and Ki67 proliferation index was seen to be around 70%. CD23 positivity and disorganized follicular/nodular structures were also observed.

**Discussion:** Lymphoma was described for the first time in patients with SS in 1951 (Rothman S, et al. 1951). Non-Hodgkin's lymphoma develops in approximately 5% of SS patients (Voulgarelis M, et al. Arthritis Rheum 1999). We recommend that patients with Sjögren's syndrome be carefully evaluated for occult malignancy, in particular non-Hodgkin's lymphoma.

**Keywords:** Non-hodgkin lymphoma, Sjögren's syndrome

[PP-156][Kabul:Poster][Diğer]

### Olgu Sunumu: Sjogren Sendromu İle İlişkili Ülseratif Liken Planus

Şahin Temel<sup>1</sup>, Cemile Canan Karatay<sup>1</sup>, Ayşe Balkarlı<sup>2</sup>, Veli Çobankara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>pamukkale üniversitesi tıp fakültesi iç hastalıkları anabilim dalı denizli

<sup>2</sup>pamukkale üniversitesi tıp fakültesi romatoloji bilim dalı denizli

#### GİRİŞ:

Ülseratif liken planus (ÜLP), liken planusun ( LP) nadir bir çeşididir. Deri lezyonları başlıca avuç içi ve ayak tabanında görülür ve başka yerde görülen LP lezyonlarının karakteristik özelliklerinden yoksundur. Eğer başka bir bölgede lezyon yoksa tanı koymak zorlaşabilir. Çoğunlukla orta yaş kadınlarda görülür. Diyabetes mellitus, hepatit, romatoid artrit ve sjogren sendromu gibi otoimmün hastalıklarla birlikteliği bildirilmiştir.

#### Olgu:

69 yaşında kadın hasta ayak tabanlarında ağrılı eritematöz, ülsere lezyonları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Başvuru anında fizik muayenesinde ayak tabanlarında oval şekilli, oldukça hiperkeratotik, ortası ülsere eritematöz birkaç santim çapında lezyonları vardı. Avuç içi, tırnaklar, mukoza, kafatası dahil vücudunun başka yerinde lezyon yoktu. Sistem sorgulamasında ağız ve göz kuruluğu dışında özellik yoktu. Tam kan, biyokimya, sedimantasyon, CRP, hepatit seroloji, tam idrar tetkiki normaldi. Subjektif kuru göz yakınması olması nedeniyle ANA tetkiki ve göz konsültasyonu istendi. Schirmer bilateral 4 mm olarak saptandı. ANA 1/100 speckled paternde pozitif. Profilde ise SS-A ve SS-B pozitif, anti Sm, anti ds DNA negatifti. Yapılan tükrük bezi biyopsi sonucu grade 4 (Chisholm'e göre) olarak raporlandı. Ayak tabanındaki lezyonlardan biyopsi alındı. Histolojik incelemesinde bir fragmanın tamamen yüzeyden ayrılmış ve lameller tipte keratin fragmanları içerdiği görüldü. Diğer fragmanda ise parsiyel ülserasyon gösteren epidermis ve ülser altında artmış granülasyon dokusu ve lineer bant tarzında mononükleer yangısal reaksiyon izlendi. PAS özel boyası ile spesifik mikroorganizma izlenmedi. Malignite kuşkulu bulguya rastlanmadı.

Mevcut bulgular patolojik tarafından ülsere liken planus olarak değerlendirildi.

Sonuç:

Liken planus orta yaş hastalığıdır. Ancak bizim olgumuz ileri yaş kadın hastaydı. Lezyonlar sadece ayak tabanında idi ve liken planusun karakteristik özelliklerine sahip değildi. Bu nedenle tanısı zor bir hastaydı. Vakamızda ülsere liken planus tanısı konmuş ve otoimmün hastalıkla (Sjögren Sendromu) ilişkili bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** sjögren sendromu, liken planus

[PP-157][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### Romatoloji Polikliniğinde Takip Edilen Hastaların D Vitamini Düzeyleri

Berivan Bitik<sup>1</sup>, Rıdvan Mercan<sup>1</sup>, Abdurrahman Tufan<sup>1</sup>, Nuh Atas<sup>1</sup>, Utku Burak Bozbulut<sup>2</sup>, Mehmet Engin Tezcan<sup>2</sup>, Arif Kaya<sup>1</sup>, Şeminur Haznedaroğlu<sup>1</sup>, Berna Göker<sup>1</sup>

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

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

**Gerekçe:** D vitamini, kemik metabolizması ve nöromusküler fonksiyonlar için esansiyel olmakla birlikte immün sistem modülasyonunda da önemli rol oynamaktadır. D vitamini eksikliğinin, tip 1 DM, multiple skleroz, SLE ve romatoid artrit gibi otoimmün hastalıkların patogenezi ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen hastaların serum aktif D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

**Yöntem:** Dosya taraması ile toplam 619 hastanın (541 kadın, 78 erkek) serum aktif D vitamini düzeyi kaydedildi. Hastaların ortalama yaşları 43±10 (yıl) idi. Bunların 80'i Ankilozan spondilit (AS), 58'i FMF, 261'i Romatoid artrit (RA), 154'ü Sjögren, 66'sı SLE idi. D vitamini düzeyleri üçe ayrıldı. >=30 mcg/L yeterli, 21-30 mcg/L yetersiz (insufficient), <=20 mcg/L eksik (deficient) olarak kabul edildi.

**Sonuçlar:** Hastaların ortalama D vitamini düzeyi 13.1±9.2 mcg/L [minimum ve maksimum 1 ve 67 mcg/L] idi. Ortalama D vitamini AS, Behçet, FMF, RA, Sjögren ve SLE'de sırası ile 13.8, 14.6, 11.6, 14.0, 12.3, 13.4 mcg/L olarak hesaplandı. D vitamininin 619 hastanın %6'sında >=30 mcg/L, %16'sında 20-30 mcg/L arasında, %78'inde <20 mcg/L olduğu bulundu (Tablo 1). Hastalık grupları arasında D vitamini açısından bir fark saptanmamıştır (p=0.08)

**Tartışma:** Polikliniğimizde romatolojik hastalıkları nedeniyle takip edilen hastaların çok büyük bir kısmının D vitamini düzeyinin yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Kaydedilmemiş farklı demografik ve laboratuvar özellikleri, hastaların diyet ve güneş maruziyetleri, D vitamini düzeyini etkileyebilir. Sonuçlar D vitamini düzeyinin romatoloji polikliniğine başvuran hastalarda istenmesi gereken rutin kan tetkiklerinden birisi olması gerektiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** D vitamini, romatoloji

**Tablo 1: Hastaların D vitamini değerleri**

D vitamini değerleri (mcg/L)	Hasta sayısı (n:619)
>=30	37
20-30	98
<20	484

[PP-158][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntüleme de saptanan anormallikler ve erkek cinsiyet radyografik sakroiliit gelişimini tahmin etmede yardımcıdır

Sibel Işık<sup>1</sup>, Bilge Birlik<sup>2</sup>, Dilek Solmaz<sup>3</sup>, İsmail Sarı<sup>3</sup>, Fatoş Önen<sup>3</sup>, Nurullah Akkoç<sup>3</sup>, Servet Akar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Gerekçe: Radyografik sakroiliitin gelişimi yaklaşık bir dekat kadar sürebildiği için inflamatuvar bel ağrısı (IBA) olan hastalarda ankilozan spondilit (AS) tanısı genellikle gecikmektedir. İnflamasyonun gösterilebilmesi nedeni ile sakroilak eklem (SİE) ve omurganın manyetik rezonans (MRI) ile görüntülenmesi 1990'lerden beri giderek artan oranda kullanılmaktadır. Ancak MRI ile gösterilen inflamasyonun prognostic önemi az sayıda çalışma ile değerlendirilmiştir. Bu nedenle amacımız SİE MRI bulguları ile radyografik sakroiliit gelişimi arasında ilişkiyi ve olası prognostic değerini gözden geçirmektir.

Yöntem: Temmuz 2002 ve Haziran 2009 tarihleri arasında SİE MRI incelemesi olan hastalar tespit edildi. Çalışmaya alınma kriterleri; (1) Romatoloji kliniği tarafından istenen ve arşivlenen SİE MRI incelemesi olması, (2) MRI incelemesi ile birlikte bazal ve MRI sonrası en az 12 ay sonrasında direk grafilerin varlığı idi. MRI incelemesi ASAS/OMERACT tanımlamasına uygun olarak değerlendirildi ve inflamasyon Leeds Skorlama Sistemi çerçevesinde derecelendirildi. Direk grafiler modifye New York kriterlerine göre skorlandı. MRI incelemeleri ve SİE grafileri iki bağımsız araştırmacı tarafından değerlendirildi (SA & BB). İlgili olabilecek demografik ve klinik verileri tıbbi kayıtlarından elde olundu. Radyografik sakroiliit gelişimini tahmin ettirebilecek faktörlerin saptanmasında lojistik regresyon metodu kullanıldı.

Sonuçlar: Radyoloji veritabanının incelenmesi ile romatoloji birimince istenmiş olan 1069 SİE MRI incelemesi tespit edildi. Bu incelemelerden 328'i (253 kadın [77%], ve ortalama yaş; 45.2 ± 12.9) dahil edilme kriterlerini karşılamaktaydı. Güvenilirlik analizi iyi düzeyde gözlemciler-arası ve gözlemci-içi uyum olduğunu gösterdi. Grafilerin yeniden değerlendirilmesi sonucu 14 hasta, başlangıç grafisinde modifye New York kriterlerine göre sakroiliit olması nedeniyle dışlandı. Çalışma popülasyonunun demografik özellikleri tabloda verilmiştir. Ortalama 34.8 ± 17.8 aylık takipte 24 hastanın (7.6%) radyografik sakroiliit geliştirdiği tespit edildi. 296 hastada ASAS sınıflama kriterleri görüntüleme kolu uygunluğu gözden geçirilebildi ve 48 hasta (%16.2) aksiyal SpA olarak sınıflandırıldı. Radyografik sacroiliit gelişimi ile ilişkili faktörler; başlangıç SİE MRI'da aktif sakroiliit varlığı (OR: 15.1), kronik değişikliklerin görülmesi (OR: 8.3), erkek cinsiyet (OR: 4.7), Calin İBA kriterlerini karşılamak (P=0.001), ve Leeds total MRI aktivite skoru (r=0.385 and P<0.001) olarak belirlendi. Regresyon modelinde MRI'da hem aktif hem yapısal değişikliklerin varlığı ve erkek cinsiyet sacroiliit gelişimi için bağımsız prediktif faktörler idi.

Tartışma: Bu çalışmadan elde olunan veriler; inflamatuvar bel ağrısı olan hastalarda SİE MRI incelemesinde tespit edilebilecek gerek aktif inflamasyon ile ilişkili gerekse yapısal hasar lezyonlarının, özellikle erkek hastalarda, ileride radyografik sakroiliit ve AS gelişimi açısından uyarıcı olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Radyografik Sakroiliit Gelişimi, Magnetik Rezonans Görüntüleme

### Çalışma popülasyonumuzun bazal demografik ve klinik özellikleri

	Çalışma popülasyonu (n=314)
Cinsiyet (% erkek)	71 (%23)
MRI çekildiğinde yaş (SD)	45.1 ± 13.1
Bel ağrısı başlangıcında yaş (SD)	35.8 ± 11.4
IBA varlığı, n (%)	213/289 (%74)
Periferik artrit, n (%)	189/271 (%70)
Entezit, n (%)	103/266 (%39)
Üveit, n (%)	14/259 (%5)
Psoriasis, n (%)	14/258 (%5)
İnflamatuvar barsak hastalığı, n (%)	4/257 (%2)
SpA için aile öyküsü, n (%)	24/138 (%17)

HLA-B27 pozitifliği, n (%)	35/145 (%24)
Maksimum BASDAI skoru (SD)	5.8 ± 6.7
Maksimum BASFI skoru (SD)	4.9 ± 5.5

[PP-159][Kabul:Poster][Diğer]

## **Sarkoidoz-sadece bir taklitçi mi, primer romatizmal patoloji mi? Tek merkezin klinik, demografik ve laboratuvar verileri**

Senol Kobak<sup>1</sup>, Fidan Sever<sup>2</sup>, Oya Nermin Sivrikoz<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

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

### Giriş

Sarkoidoz, birçok doku ve organları tutabilen ve nedeni tam olarak bilinmeyen, sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Hastalık en sık bilateral hiler lenfadenopati, akciğerde infiltrasyonlar, deri ve göz lezyonları ile prezante olmaktadır. Lokomotor sistem tutuluşu, genelde alt ekstremitelerde büyük eklemlerin sinoviti şeklinde olabilir. Sarkoidoz, birçok primer romatizmal hastalıklarını taklit edebilen, bazen birlikte görülebilen, Th1 aracılı gelişen bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu bildiride, farklı şikayetleri ile polikliniğimize başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda, sarkoidoz tanısı alan 21 hastanın klinik, demografik ve laboratuvar verilerini paylaştık.

### Amaç

Çalışmamızın amacı, sarkoidoz tanısı almış hastaların klinik, demografik ve laboratuvar verilerini paylaşmaktır.

### Materyal ve metod

Kasım2011-Ağustos2012 tarihleri arasında, farklı romatizmal şikayetleri ile ilk defa Romatoloji polikliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler sonucu sarkoidoz tanısı alan, 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 10 aylık takip ve tedavi süresi içinde klinik, demografik, laboratuvar, radyolojik ve histolojik verileri toplandı ve analiz edildi.

### Sonuçlar

Çalışmaya, 21(4'ü erkek) hasta dahil edildi. Ortalama hasta yaşı 48.2yıl(27-70yıl), ortalama hastalık süresi ise 12ay idi. Hastaların ilk başvuru semptomları değerlendirildiğinde, 10hasta artrit, 5 hasta eritema nodosum, bir hasta kas güçsüzlüğü, 2hasta öksürük, 2 hasta efor dispne, bir hasta ise Raynaud şikayetleri ile başvurdu. Sistem ve organ tutuluşları değerlendirildiğinde; EN(12hasta), üveit(3hasta), myozit(1hasta), nörosarkoidoz(1hasta), artrit(20hasta), artralji(21hasta) olarak görüldü. Hiçbir hastada kardiyak tutuluş saptanmadı. Çekilen toraks BT sonucu, hastaların 5'de evre 1, 15'de evre 2, bir hastada ise evre 4 sarkoidoz tespit edildi. Sarkoidozun histopatolojik verifikasyonu, EBUS ve mediastinoskopi yanı sıra, deri ve aksiler LAP biopsi ile non-kazeifiye granülomların görülmesi ile gerçekleşti. Laboratuvar tetkiklerinde; serum ACE yüksekliği 7 hastada, serum Ca yüksekliği 2 hastada tespit edilirken, serum D3 tüm hastalarda normal bulundu. Serolojik testlerde; 6 hastada ANA pozitifliği, 2 hastada RF ve anti-Ro pozitifliği saptanırken, anti-CCP pozitifliği hiçbir hastada bulunmadı. Üç hastada ise sarkoidoz ile çakışan başka bir romatizmal patoloji saptandı(SjS, Skleroderma, AS).

### Tartışma

Lokomotor sistem şikayetleri ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucu, sarkoidoz tanısı alan, 21 hastanın klinik ve demografik verilerini paylaştık. Sarkoidoz, farklı klinik bulguları ile prezante olabilen, kronik granülomatöz hastalıktır. Birçok primer romatizmal hastalıkları taklit edebilir ve/veya birlikte görülebilir. Sarkoidoz, sadece bir taklitçi değil, Th1 aracılı gelişen, primer bir romatizmal patoloji olarak değerlendirilmelidir. Bu konuda, yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

### Kaynaklar

1.Chatham W. Rheumatic manifestations of systemic disease: sarcoidosis. Curr Opin Rheumatol.2010; 22:85-90.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, primer romatizmal hastalık

---

**Tablo.Sakoidozlu hastaların klinik ve demografik verileri**

Özellikler	Hastalar,N=21(%)
Yaş,ortalama,yıl	48.2yıl
Hastalık süresi,ortalama,ay	12ay
Cinsiyet/kadın	17
Eritema Nodosum	12(%57.1)
Üveit	3(%14.2)
Myozit	1(%4.7)
Nörosarkoidoz	1(%4.7)
Artrit	20(%95.2)
Serum ACE yüksekliği	7(%33.3)
ANA pozitifliği	6(%28.6)
RF pozitifliği	2(%9.5)
Evre 1	5(%23.8)
Evre 2	15(%71.4)
Evre 4	1(%4.7)

## [PP-160][Kabul:Poster][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

### **Sedimentasyon ve CRP Yüksekliği Araştırılan Hastalarda Romatoloji Dışı Tanılar**

Berivan Bitik, Mehmet Engin Tezcan, Rıdvan Mercan, Abdurrahman Tufan, Mehmet Akif Öztürk, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

**Gerekçe:** Sedimentasyon ve CRP, inflamatuvar hastalıkların monitorizasyonunda pratikte en sık kullanılan akut faz reaktanlarıdır. Enfeksiyonlar, maligniteler, romatolojik hastalıklar, travma gibi durumlarda yükselirler. Romatolojik hastalıkların başlangıç prezentasyonları, enfeksiyonlar ya da maligniteler ile karışabilmektedir. Ayırıcı tanının doğru yapılamaması enfeksiyon hastalarının immünsupresif almasına ya da malign hastalıkların tanısının gecikmesine yol açmaktadır. Bu kesitsel gözlemsel çalışmada, romatoloji servisine sedimentasyon ve CRP yüksekliği nedeniyle yatırılan hastaların klinik özelliklerinin ve tanılarının incelenmesi amaçlanmıştır.

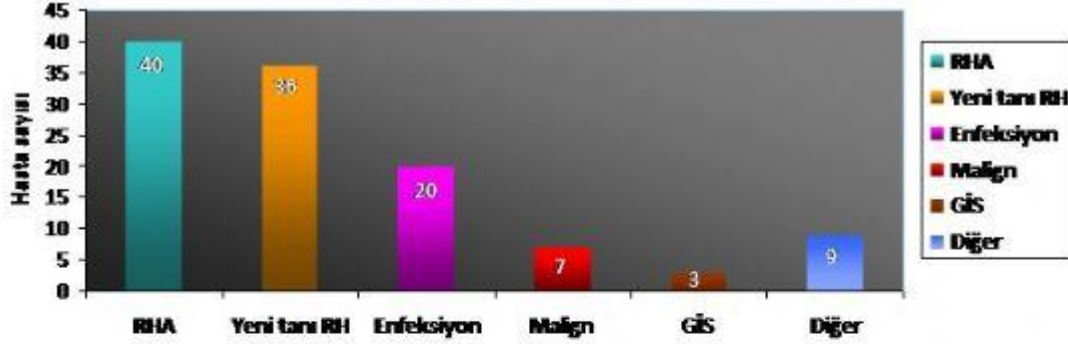
**Yöntem:** Ocak 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında hastanemiz Romatoloji servisine yatırılan tüm hastaların elektronik dosyaları retrospektif olarak incelenerek, servise kabul esnasındaki sedimentasyon ve CRP değerleri ile nihai tanıları kaydedilmiştir. Nihai tanılar; yeni tanı romatolojik hastalıklar (RH), yeni tanı romatolojik olmayan hastalıklar (ROH) ve eski tanı romatolojik hastalıkların aktivasyonu (RHA) şeklinde gruplandırılmıştır.

**Sonuçlar:** Sedimentasyon ve CRP yüksekliği olan toplam 115 hasta (98 kadın, ortalama yaş: 52) hospitalize edilmiştir. Bu hastalarda yeni tanı RH %31 (n:36), ROH %34 (n:39) ve RHA %35 (n:40) olarak bulunmuştur [Şekil 1]. Üç grubun yatış esnasında bakılan sedimentasyon ve CRP değerleri ve ortalama yaşları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Yeni tanı RH grubunda en sık tanılar temporal arterit ve/veya PMR olarak bulunmuştur. ROH grubunda en sık yatış nedenleri sırasıyla enfeksiyonlar, maligniteler, GIS hastalıkları ve diğer nedenler olarak saptanmıştır (Tablo 1).

**Tartışma:** Romatoloji servisinde sedimentasyon ve CRP yüksekliği nedeniyle araştırılan 115 hastalık bu kesitsel çalışmada, yeni tanı romatolojik olmayan hastalık sayısı, yeni tanı romatolojik hastalık sayısından fazla bulunmuştur. Romatolojik hastalıkların başlangıç prezentasyonları esnasında akut faz yüksekliğine yol açan diğer hastalıklar mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sedimentasyon, CRP

**Şekil 1: Hasta Dağılım Şeması (n: 115)**



**Tablo 1: Romatolojik olmayan hastalıklar**

Tanı	n:39	Açıklama
Enfeksiyonlar	20	İYE(4), fasiola hepatika(1), ARA (2), infektif endokardit(3), nörobruselloz(1), pnömoni(4), osteomyelit(2), protez enfeksiyonu(2), PID (1)
Maligniteler	7	Akciğer, over, lenfoma (2), POEMS, mide, fibröz tümör
GIS sorunları	3	Çölyak, Crohn, Nonalkolik steatohepatit
Diğer	9	Gitelman(1), Scheuermann hastalığı (1), sarkoidoz (3), Madelung sendromu(1), Sneddon sendromu (1), nedeni bilinmeyen (2)

[PP-161][Kabul:Poster][İnfeksiyon-ilişkili romatizmal hastalıklar]

**Sekonder antifosfolipid sendromunun nadir görülen bir nedeni: Nörolojik tutulumu vaskülit taklit eden Lyme olgusu**

Tuğba Öbekli, Nilüfer Alpay Kanitez, Burak Erer, Ahmet Omma, Ahmet Gül, Lale Öcal  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,  
İstanbul

Giriş: Borrelia burgdorferi'nin sebep olduğu Lyme hastalığı, sekonder antifosfolipid sendromu (AFS) nedenleri arasında kabul edilen ancak ülkemizde sık görülmeyen bir infeksiyon hastalığıdır. Bu yazıda sekonder AFS'nin eşlik ettiği Lyme hastalığı tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta, ateş, gözde kızarıklık, baş ağrısı, her iki bacakta kuvvet kaybı, idrar ve gaita inkontinansı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hikayesinde 2 yıl önce 3 ay süren poliartrit geliştiği, birkaç hafta sonra sol alt femoral vende trombüs saptandığı ve antikoagulan tedavi verildiği öğrenildi. Fizik muayenede; bilateral gluteal bölgede, sağda ayaklara kadar uzanan hipoestezi mevcut idi. Göz muayenesinde sklerit saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak yüksek ESH (90 mm/saat) ve CRP (12mg/dl) tespit edildi. Serolojik incelemede; ANA, ENA, anti ds DNA, ANCA negatif bulundu. Antifosfolipid antikoru (AFA) pozitif saptandı (Tablo 1). Kranial MR'da ponsta parasagittal yerleşimli kronik enfarkt alanları, mesensefalon ve ponsta periferik yerleşimli hiperintens demiyelinizan alan; spinal MR'da ise cauda equina lifleri boyunca kontrast tutulumu görüldü. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde 26 lenfosit, total protein 1147 mg/L saptandı. Tüberküloz, bruselloz, herpes simplex, sitomegalovirus ve treponema pallidum için yapılan mikrobiyolojik ve serolojik incelemeler negatif sonuçlandı. Mevcut nörolojik bulgular APS sendromu ile ilişkilendirilemedi ve nadir infeksiyonlar açısından hasta tekrar sorgulandı. Klinik bulgular başlamadan 6 ay önce kene ısırması olduğu öğrenildi. Serumda ELİSA yöntemi ile bakılan Borrelia burgdorferi antikoru pozitif saptandı (IgG: 1.80 indeks (<1.1), IgM: 2.11 (<1.1)). Kene ısırığı anamnezi, artrit, sklerit, nörolojik tutulumu, seroloji pozitifliği ile Lyme hastalığı ve sekonder AFS tanısı konuldu. Doksisisiklin 100mg 2x1 başlandı ve oral antikoagulan tedavisine devam edildi. Tartışma: Lyme hastalığı patogenezinde etkenin direkt invazyonu yanısıra immün sistemin uyarılması önemli rol oynar. Erken lokalize, erken yayılım ve persistan-geç infeksiyon evresi olmak üzere 3 klinik evre tanımlanmıştır. Geç dönem Lyme hastalığında, nörolojik tutulum (meningoensefalit, pakimeningit), göz (üveit, sklerit) ve deri tutulumu görülebilir. Artrit genellikle erken yayılma evresindedir. AFA'nın geç dönem Lyme hastalığı seyrinde %80'e varan oranla pozitif saptanabildiği, AFA pozitif hastaların %20 kadarında da AFS geliştiği bildirilmiştir. Olgumuzda klinik semptomlar artrit ile başlamış daha sonra AFS kliniği gelişmiştir. Ateş ve deri bulgularının yokluğunun da katkısıyla başlangıçta Lyme hastalığı akla gelmemiştir. Sonuç olarak AFS'nin infeksiyonlara eşlik edebileceği unutulmamalı ve özellikle atipik hastalık seyrinde ve diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklara ait bulguların saptanamadığı olgularda nadir ve yavaş seyirli infeksiyonlar akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sekonder Antifosfolipid Sendromu Lyme hastalığı

#### Antifosfolipid antikor sonuçları

Antikardiolipin IgG	121 GPLU/ml (<15)
Antikardiolipin IgM	88 MPLU/ml (>15)
Anti B2 glikoprotein IgG	52 U (<20)
Anti B2 glikoprotein IgM	150 U (<20)
Lupus antikoagulanı	Pozitif

[PP-162][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

#### Sistemik Lupus Eritematozisli Gebede Kalsinozis Kutis

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Havva Turac Cingoz<sup>2</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Ahmet Yesildag<sup>3</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Konya



Giriş: Sistemik Lupus eritematozis ( SLE), kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Gebelikte SLE alevlenmesi görülebilir. Multisistemik bir hastalıktır. Kalsinozis kutis, SLE ' de nadir görülmektedir. Bizim vakamız gebelik sırasında proteinüri ile başvuran SLE tanısı konulan ve kalsinozi kutis saptanan bir hastaydı.

Olgu: 28 yaşında ve 20 haftalık gebe kadın hasta takipleri sırasında giderek artan proteinürisi, eklem şişliği ve ağrıları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 8 yıldır romatoid artrit tanısı olan hastanın ilk gebeliği idi. Daha önceden metotreksat, sülfosalazin, steroid tedavisi görmüş olan hasta gebelik başlangıcından beri herhangi bir tedavi almamış. Fizik muayenesinde malar eritem, (+++) pretibial ödemi olan hastanın el parmaklarında bilateral 2-3-4. MKF ve PİF eklemlerde artrit ve parmak üst kısımlarında sertlik mevcuttu. El bilekleri muayenede ağrılıydı. 24 saatlik idrar da 3.4 gr proteinürisi olan hastanın bakılan ANA 1/320 titrede ve antidsdna pozitif. Hastaya bu bulgularla SLE tanısı konuldu. ENA profilinde Sm, RNP/Sm, SS-A / Ro pozitif. RF ve antikardiyolipin antikorları negatifti. ANA' da sentromerik pozitiflik, parmak üst kısımlarında sertlik olduğundan, bilateral MKF ve PİF eklemlerinde artrit olan hastaya ultrasonografi yapıldı. Ultrasonografide bilateral 1. parmak fleksör tendonlarda hafif tenosinovit, tüm PİF eklem seviyelerinde hipoekoik, nodüler tarzda kalsifiye (kalsinozis kutis) alanlar mevcuttu. Yine tüm pif eklem seviyelerinde minimal erezyonu düşündüren hafif düzeyde kemik erezyonları izlendi. Batın ultrasonografide sağ böbrek 135 mm, sol böbrek 143 mm olup her ikisi de normalden büyüktü. Hastada SLE, kalsinozis kutis düşünüldü. Hidroksiklorokin 2x1 ve prednisolon 5mg 2x1 tb. başlandı. Gebeliği nedeniyle böbrek biopsisi ertelendi.

#### Tartışma ve Sonuç

Kalsiyum tuzlarının deri ve deri altı dokuda birikimi sonucu oluşan kalsinozis kutis CREST sendromunun bir komponenti olmakla beraber dermatomyozit ve çakışma sendromlarında görülmektedir. Ancak SLE ile kalsinozis kutis birlikteliği oldukça nadirdir. SLE tanısı alan gebede eklemleri değerlendirmek amacı ile yapılan kas iskelet ultrasonografisinde deri altı bölgede kalsinozis kutis tespit edilmiştir. Kullanımı giderek artan kas iskelet sistem ultrasonografisi romatolojik hastalıklarda, ileri radyolojik değerlendirme yapılamayan gebe olgularda eklemlerin ve eklem çevresi yumuşak dokular hakkında değerli bilgiler sunabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, kalsinozis kutis

---

Şekil-1



*Ultrasonografide hastanın proksimal interfalangeal eklemi etrafında kalsinozis kutis*

## [PP-163][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### **Sistemik Lupus Eritematozus Hastalarında Avasküler Nekroz Sıklığı ve Risk Faktörleri**

İsmail Doğan<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Elif Er<sup>3</sup>, Metin Işık<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>2</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>2</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, Ankara

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

**Gerekçe:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında, avasküler nekroz (AVN) sıklığı literatürde bildirilmiştir. Bu çalışmada üniversitemiz romatoloji kliniğinde izlenen SLE hastalarında AVN sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Method:** Çalışmaya kliniğimize Temmuz 2010 ile Mayıs 2011 tarihleri arasında başvuran ve takip edilen, modifiye ACR 1997 kriterlerini karşılayan, 18 yaş üstü 127 SLE vakası alındı. Hastaların, cinsiyeti, yaşı, tanı yaşı, hastalık süreleri; hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, sigara öyküsü, vücut kitle indeksi, anemi, menopoz durumları; tanı kriterleri haricindeki ciddi organ tutulumları; Raynaud fenomeni, cushingoid vücut habitusu, vaskülit, antifosfolipid sendromu, AVN varlığı kaydedildi. Hastalık aktivitesini gösteren SLEDAI skorları Selena modifikasyonu kullanılarak hesaplandı. Vakaların steroid kullanımları ayrıntılı olarak değerlendirildi. Total steroid dozu, steroid kullanım süresi, yüksek doz steroid (30 mg /gün üzeri) kullanımı; günlük, gün aşırı, pulse steroid kullanımı ve bunların kombinasyonlarının kullanımı ayrı ayrı olarak kayıt edildi.

**Sonuç:** 127 SLE vakasının 11'inde AVN mevcuttu (% 8,7). AVN gelişen 11 vaka ile AVN gelişmeyen 116 vakanın demografik özellikleri benzerdi. Komorbid durumlardan yalnızca hiperlipidemi AVN grubunda anlamlı olarak daha fazla idi ( $p < 0,008$ ). Tanı kriterleri her iki grupta benzerdi.

Antifosfolipid sendromu, Raynaud fenomeni, vaskülit, SLEDAI ile hesaplanan hastalık aktivitesi her iki grupta aynı oranda mevcuttu. Ama Cushingoid vücut habitusu ve proteinüri AVN grubunda istatistiksel olarak fazla idi ( $p<0,001$  ve  $p<0,013$ ). 11 AVN vakasının tümü osteoporotikti ( $p<0,02$ ). Yüksek doz steroid kullanımı AVN grubunda belirgindi ve AVN grubunun tamamı günlük steroid kullanmıştı ( $p<0,034$  ve  $p<0,001$ ). AVN gelişmeyen grup ise daha çok güneşli steroid almıştı ( $p<0,001$ ). Steroid kullanım süresi, total steroid dozu, total güneşli, pulse dozu, ortalama günlük steroid dozu farklılık göstermezken; total günlük steroid dozu AVN grubunda daha yüksekti ( $p<0,025$ ). AVN beklenildiği gibi çoğunlukla bilateral kalça tutulumu gösterdi.

Tartışma: Çalışmamızda SLE vakalarında semptomatik AVN sıklığı % 8,7 idi. AVN gelişiminde rol alan risk faktörleri, bu çalışmada hiperlipidemi, cushingoid vücut habitusu, hastalık aktivitesini gösteren proteinüri, osteoporoz, yüksek doz steroid kullanımı ve günlük steroid alımı olarak saptandı. Ama çok değişkenli analizde yalnızca, günlük steroid kullanımı kullanılan dozdan bağımsız olarak AVN gelişiminde en önemli risk faktörü olarak ortaya çıktı. Bu çalışmadaki en çarpıcı ve diğer çalışmalarda irdelenmeyen nokta, gün aşırı steroid kullanımının AVN gelişim riskini azaltabileceği hipotezi idi.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozis, Avasküler nekroz

## [PP-164][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozis ve Anti-fosfolipid sendromu]

### Sistemik lupus eritematozusu bir vakada Talusta avasküler nekroz

Sinan Bagcaci<sup>1</sup>, Adem Kucuk<sup>2</sup>, Sami Kucuksen<sup>1</sup>, Recep Tunc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Avasküler nekroz ( AVN ), genellikle kalça eklemine görülür. Daha seyrek olarak humerus proksimali, diz ve talus kemiğinde görülür. Ağrı, topallama, eklem hareket kısıtlılığı gibi nonspesifik semptomlarla karakterizedir. Erken dönemde asemptomatiktir. Risk faktörleri olarak orak hücreli anemi, gaucher hastalığı, gut hastalığı, post travmatik beslenme bozukluğu, steroid kullanımı, alkol bağımlılığı suçlanmıştır. SLE nedeniyle steroid tedavisi alırken talusta osteonekroz gelişen iki vakayı paylaştık.

Olgu 1: 37 yaşında kadın hasta artralji, yorgunluk yakınmaları ile başvurdu. FM'de malar eritem mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde lökopeni ve sedimentasyonunun yüksek olması üzerine ANA istendi. ANA 1/320 titrede pozitif olması üzerine antidsna bakıldı. Antidsna pozitif. Hastaya SLE teşhisi konuldu. Takipleri sırasında genel durumunun bozulması ve hemoliz olması nedeniyle istenen d. combs ( + ) gelmesi üzerine 3 gün pulse steroid sonrası ilk etapta 1 mg/ kg dan metilprednisolon, sonrasında 60 mg olmak üzere doz giderek düşürüldü. Tedavi sonrası hastanın genel durumu düzeldi. Hidroksiklorokin 2x1, metilprednisolon 2x 8 mg olarak tedavi düzenledi. Poliklinik kontrollerinde klinik ve laboratuvar değerleri göz önünde bulundurularak steroid dozu ayarlandı. Hasta da steroid doz uyumu yoktu. 5. aydaki kontrolünde hastanın 20 gündür olan sol ayak ağrı yakınması vardı. Muayenede sol ayak dorsal yüzde hassasiyet vardı. Çekilen MR da tibiotalar ekleme komşu talusta ve distal tibia bölümlerinde osteonekroz, avasküler nekroz alanları görüldü.

Olgu 2: 27 yaşında, 10 yıldır SLE tanısıyla takip edilen, uzun süredir metilprednisolon 4 mg ve hidroksiklorokin 2x1 tb. kullanan, ayak bileğinde ağrı yakınması ile başvuran bir kadın hastaydı. Çekilen ayak MR ` da talusta geniş osteonekroz alanı saptandı ( şekil 1).

Tartışma: Avasküler nekroz kemik kan akımının geçici veya kalıcı kaybı sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Travmatik ve nontravmatik olabilmektedir. Steroid tedavisi ile AVN arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Nontravmatik AVN ile pekçok sistemik hastalığın ilişkisi vardır. RA, SLE, vaskülit, inflamatuvar barsak hastalığı, pankreatit, gaucher, orak hücreli anemi, hemofili, trombofili, alkolizm, gebelik, sitotoksik ilaçlar ve steroid etyolojik nedenler arasında sayılabilir. Kalça eklemine AVN sık görülmesine rağmen, talusta AVN nadirdir. Avasküler nekroz erken dönemlerinde, hastalarda herhangi bir belirti olmayabilir. Ağrı genellikle yavaş gelişir ve hafif ya da şiddetli olabilir. MR, avasküler nekroz tanısı koymada oldukça yararlıdır. Erken evrelerde sintigrafide değerli bilgiler vermektedir.

Sonuç: Özellikle sistemik hastalığı olan ve / veya steroid tedavisi alan hastaların ayak dorsal yüzünde belli belirsiz ağırları olması durumunda AVN gözönünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, Talusta osteonekroz

## Olgu 2.



*Talus Osteonekroz alanı*

[PP-165][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### **Sistemik Lupus Eritematozuslu Hastalarda Duygudurum, Anksiyete Ve Kişilik Bozuklukları**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Erdinc Cicek<sup>2</sup>, Fatih Kayhan<sup>2</sup>, Faruk Uguz<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş-Amaç: Bu çalışmada sistemik lupus eritematozis (SLE) tanılı hastalardaki duygudurum, anksiyete ve kişilik bozuklukları ile psikiyatrik bozukluklarla ilişkili diğer faktörlerin prevalansını sunuyoruz. Yöntem: Çalışmaya 45 SLE hastası ve 60 kontrol dahil edildi. Duygudurum ve anksiyete bozuklukları 'Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition / Clinical Version' kriterlerine göre tespit edildi. Kişilik bozuklukları

'Structured Clinical Interview for DSM, Revised Third Edition Personality Disorders' kriterlerine göre değerlendirildi. Hastalık aktivitesi SLE Hastalık Aktivite İndeksi ile değerlendirildi. Bulgular: Kırkbeş hastanın 21'inde (46.7%) en az bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu ve 16'sında (35.6%) en az bir kişilik bozukluğu saptandı. Hasta grubunda en sık eksen I ve Eksen II tanıları sırasıyla major depresyon (22.2%) ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu idi. Özellikle, majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu kontrol grubuna göre SLE grubunda daha sıklıkla. Eksen I bozukluklarının varlığı daha şiddetli SLE hastalık aktivitesi ile ilişkiliydi. Sonuç olarak, bu çalışma romatoloji polikliniğine başvuran SLE hastalarında psikiyatrik bozuklukların sık olduğunu göstermektedir. SLE seyrinde psikiyatrik bozuklukların uzun dönemli etkilerini ve tedavilerini araştırmak için büyük örnek sayılı ileri kontrollü çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, Kişilik bozuklukları

### Çalışma grubunda duygudurum, anksiyete ve kişilik bozuklukları

Psikiyatrik bozukluklar, n (%)	Hasta grubu n=45	Kontrol grubu n=60	Odds oranı (95% CI)	P değeri
Herhangi bir duygudurum bozukluğu	11 (24.4)	5 (8.3)	2.93(1.09-7.83)	0.029
Major depresyon	10 (22.2)	3 (5.0)	4.44(1.29-15.22)	0.014
Distimik bozukluk	2 (4.4)	2 (3.3)	1.33(0.19-9.11)	1.000
Bipolar bozukluk	(0)	0(0)	-	-
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	13 (28.9)	7 (11.7)	2.47(1.08-5.70)	0.043
Panik bozukluk	3 (6.7)	2 (3.3)	2.00(0.35-11.47)	0.649
Obsesif-kompulsif bozukluk	3 (6.7)	1 (1.7)	4.02(0.43-37.20)	0.311
Sosyal fobi	4 (8.9)	3 (5.0)	1.78(0.42-7.55)	0.458
Spesifik fobi	3 (6.7)	3 (5.0)	1.53(0.28-6.30)	1.000
Posttravmatik stres bozukluğu	1 (2.2)	1 (1.7)	1.33(0.08-20.74)	1.000
Generalize anksiyete bozukluğu	7 (15.6)	2 (3.3)	4.67(1.02-21.40)	0.036
Herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu	21 (46.7)	10 (16.7)	2.80(1.47-5.34)	0.001
Herhangi bir Eksen II bozukluğu	16 (35.6)	7 (11.7)	3.05(1.37-6.78)	0.004
Çekingen	4 (8.9)	2 (3.3)	2.66(0.51-13.92)	0.398
Bağımlı	3 (6.7)	2 (3.3)	2.00(0.35-11.47)	0.649
Obsesif-kompulsif	9 (20.0)	1 (1.7)	12.00(1.57-91.32)	0.002
Pasif-agresif	2 (4.4)	1 (1.7)	2.66(0.25-28.50)	0.575

Paranoid	0 (0)	0 (0)	-	-
Şizotipal	0 (0)	0 (0)	-	-
Şizoid	0 (0)	0 (0)	-	-
Histrionik	1 (2.2)	1 (1.7)	1.33(0.08-20.74)	1.000
Borderline	1 (2.2)	1 (1.7)	2.00(0.35-11.47)	1.000
Narsistik	1 (2.2)	1 (1.7)	1.33(0.08-20.74)	1.000
Antisosyal	0(0)	0(0)	-	-

*aFisher Exact Test*

## [PP-166][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### Sistemik Lupus Eritematozuslu Hastalarda Klinik Bulgular ve Sürvi: İki Merkezin Deneyimi

Ömer Nuri Pamuk<sup>1</sup>, Fatih Gökhan Akbay<sup>2</sup>, Salim Dönmez<sup>1</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>2</sup>, Gökçe Büşra Calayır<sup>1</sup>, Şule Yavuz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

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

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), çok farklı klinik bulgulara yol açabilen sistemik otoimmün bir hastalıktır. Son yıllarda daha duyarlı immunolojik testlerin gelişmesi ile daha erken tanı ve tedavi mümkün olmaktadır. Erken tanı ve tedavi ile SLE'de sürvinin belirgin uzadığını gösteren yayınlar ın artmasına karşın ülkemizde hala SLE'li olgularda sürvi ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Biz çalışmamızda ülkemizden 2 farklı Romatoloji Bilim Dalında izlenen olguların klinik özellikleri ve sürvilerini değerlendirmeyi amaçladık. Aynı zamanda SLE'li hastalarda sürviye etki eden faktörleri belirlemeye çalıştık.

Gereç ve Yöntemler: 2 merkezde 2000-2010 yılları arasında SLE tanısı konulan hastalar çalışmaya alındı. SLE tanısı için ACR kriterleri (1997 revised) esas alındı. SLE'li hastaların klinik ve serolojik özellikleri hastane kayıtlarından elde edildi. Hastaların sürvi eğrileri Kaplan-Meier yöntemi ile değerlendirildi, farklı grupların sürvileri log-rank testi ile karşılaştırıldı. Takip süresi içerisinde sürviye etki eden faktörler Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma döneminde SLE tanısı konulan 428 hastanın çoğunluğu kadındı (399 K, 29 E). SLE tanısı sırasında ortalama yaş, 40.3±12.4 idi. Tanıdaki en sık klinik bulgular, artrit (%76.9), fotosensitivite (%70.1), hematolojik bulgular (%67.3) ve raynaud fenomeni (%46.6) olarak belirlendi. Diğer önemli klinik bulgular, oral ülser (%38.8), diskoid cilt lezyonu (%17.1) ve seröz membran tutulumu (%15.4) şeklindeydi. SLE'li hastaların %32.9'unda hastalık seyrinde renal tutulum gelişti. Nörolojik tutulum ise %12.9 olguda gelişti. Ayrıca SLE'lilerin %32.1'inde anti-fosfolipid antikorları saptanırken, gebelik ilişkili komplikasyon kadın hastaların %10'unda saptandı. Tanı sırasında SLE'li hastaların %96.7'sinde ANA pozitif olarak bulunurken, anti-DNA 144 olguda (%33.6) saptandı. SLE'lilerin 45'inde (%10.5) anti-Sm, 67'sinde (%15.7) ise anti-RNP pozitif bulundu. 111 olguda anti-Ro (%25.9), 49 olguda ise (%11.4) anti-La pozitif olarak bulundu. Hastalık tanısından itibaren ortalama izlem süresi 70.8+54.5 ay ve medyan 60 aydı (2-240 ay). SLE grubumuzdan çalışma dönemimizde 15 ölüm gözlemlendi. 5 yıllık sürvi %96.8, 10 yıllık sürvi, %92.8 ve 20 yıllık sürvi %87.4 olarak belirlendi.

Erkek SLE'lilerde (p=0.05), renal hastalığı olanlarda (p=0.012) ve seroziti olanlarda (p=0.03) sürvi anlamlı kısaydı. Çok değişkenli Cox regresyon analizinde tanı esnasında serozit varlığı (OR: 4.2, %95CI: 1.09-15.6, p=0.037) bağımsız prognostik faktör olarak saptandı.

Sonuçlar: SLE'li hastalarımızda, özellikle erkek, serozitli, böbrek tutulumu olanlarda sürvinin anlamlı azaldığını gözlemledik. SLE'li hastalarımızda anti-DNA dahil hiçbir antikorun sürviyi belirleyici özelliği olmadığını saptadık.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, Prognoz

**[PP-167][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]**

### **Sistemik Skleroz Akciğer Tutulumunda Ritüksimab Deneyimi**

Levent Kılıç, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Şule Apraş Bilgen, Sedat Kiraz, İhsan Ertenli  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi

**Amaç:** Ritüksimab son dönemde romatoloji pratiğinde özellikle diğer tedavilere dirençli romatizmal hastalıklarda sıklıkla kullanılmaya başlanan B hücre depleasyonu yaparak etki eden biyolojik bir ajandır. Sistemik skleroz hastalarında deri ve akciğer tutulumu üzerine olumlu etkinliği olduğu yönünde sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada sistemik skleroz akciğer tutulumu olan dirençli hastalarda ritüksimab tedavisinin etkinliğinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Sistemik skleroz akciğer tutulumu olan 4 hasta çalışmaya alındı. Hastaların klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Akciğer tutulumu; solunum fonksiyon testi (Zorlu Vital Kapasite(FVC)), karbon monoksit diffüzyon testi (DLCO) ve yüksek çözünürlüklü BT ile değerlendirildi. Deri tutulumundaki değişiklikler klinik olarak modifiye rodnan skoru (MRS) ile değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Çalışmada değerlendirilen 4 hasta da kadın idi. Hastaların tamamı daha önceki dönemde endoksan tedavisi kullanmıştı. Hastalar endoksan sonrası idame tedavi olarak; steroid tedavisine ek olarak mikofenolat mofetil ya da azathioprine ile izlenmekte idi. Hastaların yaş ortalamaları ve hastalık süreleri sırasıyla 50.8±5,1 yıl, 87,0±62.3 ay idi. Hastalar ortalama 2 kür ( 1 kür tedavi 0. ve 15. günlerde 1000 mg ritüksimab, altı ayda bir) tedavi alıp tedavi başlangıcından itibaren yaklaşık 1 yıl süreyle izlenmişlerdi. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası dönemde, FVC (56.5±12.5 vs 61.0±3.6 ), DLCO (24.7±6.7 vs21.3±4.2) ve MRS (14,8±13,7 vs 10,5±9,7) değerleri arasında fark yoktu, sırasıyla (hepsi için p>0,05). Hastaların tedavi sonrası takip yüksek çözünürlüklü BT'lerinde tedavi öncesine göre değişiklik yoktu. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası dönemde 6 dakika yürüme kapasiteleri korunmuştu, sırasıyla (418.7±30,7 vs 431.7±20.2 metre).

**Tartışma:** Sistemik skleroz akciğer tutulumu olan dirençli hastalarda ritüksimab tedavisinin akciğer fonksiyonları üzerine etkinliği gösterilememiştir. Ancak hastaların klinik ve laboratuvar değerlerinde progresyon görülmemiştir. Çok merkezli, geniş, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, Ritüksimab

**[PP-168][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]**

### **Sistemik Sklerozis Olgularımız**

Fatih Yıldız, Didem Arslan Taş, Eren Erken  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji-İmmünoloji Bilim Dalı, Adana

**Giriş:** Sistemik skleroz (SSc) kronik multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Fibroblast disfoksiyonu, mikrovasküler hastalık ve immün aktivasyon sonucu deri ve bazı iç organlarda ilerleyici fibrotik değişikliklere yol açar.

**Amaç:** SSc tanısıyla izlenen hastaların demografik ve klinik özelliklerini bildirmeyi amaçladık.

**Metod:** Kliniğimizde SSc tanısıyla takip edilen 111 hasta retrospektif olarak incelendi. Standart formlara yaş, cins, hastalık başlangıç semptomu ve yılı, tanı yılı ve takip süresi kaydedildi. Organ tutulumları (deri, akciğer, gis, renal, kalp ve vasküler bulgular), tıbbi ilaç öyküsü ve antikor profili kaydedildi. Çalışmaya kesin tanısı konmuş Diffüz ve sınırlı tip SSc vakaları alındı. Pulmoner hipertansiyon iki EKO 'da PAB; 26 mmHg üzerinde pozitif kabul edildi. Akciğer tutulumu HRCT ve SFT ile değerlendirildi. Klinik bilgiler dosyadan alındı.

**Sonuçlar:** 14 erkek 97 bayan toplam 111 hastanın ortalama yaşı 50.4 (18-73 ) idi. Ortalama semptom başlama yaşı 40,6 idi. Ortalama tanı yaşı; 43 idi. Ortalama takip süresi 8 yıl olarak bulundu. Hastaların % 52 (58) sınırlı,% 48 (53) diffüz SSc idi. İlk semptom sorgusunda çoğunlukla Raynaud fenomeni (RF) vardı. Daha az sıklıkla cilt değişiklikleri ve akciğer tutulumu ve bulguları vardı. Organ tutulumları sırasıyla akciğer tutulumu % 72 ( 80 ), % 26 ( 29 ) başta ösefagus olmak üzere GİS tutulumu % 71 (79) bulundu. Sadece 1 olguda renal kriz görüldü. ANA % 72, Scl-70 % 48, ASA % 20 hastada pozitif bulundu. 58 hastaya ortalama 6,5 gr siklofosamid tedavisi verilmişti. 57 (% 52) hasta şiddetli RF, digital ülser (DÜ) nedeniyle düzenli olarak iloprost infüzyonu almaktaydı. RF tedavisinde % 81 ( 90) hasta kasiyum kanal blokörü (KKB) kullanıyordu. Diğer hastalar %10 ACEi kullanıyordu. En fazla tercih edilen KKB nifedipin ( % 60) ve felodipin ( % 35)

olarak görüldü. Modifiye RODNAN cilt skoru ortalama 12 (6-26) idi. Steroid kullanan hasta % 10 olup sadece akciğer tutulumu veya perikardiyal efüzyonu olanlarda kullanılıyordu.

**Tartışma:** Sistemik skleroz progresif seyirli bir hastalıktır. Başta cilt olmak üzere, akciğer, iç organlar, DÜ ve RF nedeniyle hastaların yaşam kalitesini düşmekte ve mortaliteye yol açmaktadır. Nifedipin ve felodipinin iyi tolere edildiği görüldü. Bizim serimiz, literatürle PAH dışında uyumlu idi. PAH için tarama testi olarak EKO kullanımına bağlı olabilir. Renal kriz çok az oranda görülen ve mortalitesi yüksek olan bir tablodur. Bizim serimizde renal krizin az görülmesi kısmen düşük cilt skoruna veya daha az oranda steroid kullanmasına bağlanabilir. Daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Skleroz

### Sistemik Skleroz Hastalarının Özellikleri

Yaş (yıl)	50.4 (18-73)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	97/14
SSc Başlama Yaşı (yıl)	40.6
SSc Tanı Yaşı (yıl)	43
Takip Süresi (yıl)	8
SSc Tipi (Sınırlı/Diffüz)	58/53
Cilt (n)	111
Akciğer (n)	80
Pulmoner Hipertansiyon (n)	26
Gastrointestinal Sistem (n)	79
Renal (n)	1
ANA %	72
Sc1-70 %	48
ASA %	20
Endoksan Kullanımı (n)	58

[PP-169][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]

### Sistemik Sklerozis ve Klinefelter Sendromu Olgusu

Ayşe Nur Tufan<sup>1</sup>, Murat Bayındır<sup>2</sup>, Yusuf Karabulut<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>, Mustafa Yurtkuran<sup>1</sup>

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

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

Klinefelter sendromu (KS) en sık görülen cinsiyet kromozomu anomalisidir. KS, önükoid vücut yapısı, jinekomasti ve küçük testisler gibi tipik fenotipik özellikleri ile birlikte osteoporoz, tromboembolik hastalıklar, variköz venler ve bağ doku hastalıkları gibi otoimmün hastalıklar ile de ortaya çıkabilir. Tromboza eğilimde trombosit agregasyonunda artış, fibrinoliz anormallikleri, faktör VIII koagülan aktivitesinde artış gibi mekanizmalar patogeneizde suçlanmaktadır. Ayrıca otoimmün hastalıklar ile de ilişkili bulunmuştur. Bu konuda çift X kromozomu ve düşük androjen-östrojen oranının rol oynadığı düşünülmektedir. Burada geçirilmiş trombotik atakları olan ve sistemik sklerozis (SS) ve KS tanısı koyduğumuz bir vaka sunuldu.

32 yaşında erkek her iki bacakta kaşıntı ve kabuklu yaralar, el parmaklarında şişme ve morarma,



ayak bileklerinde ve tabanlarında ağrı şikayeti ile başvurdu. On yıldır immün trombositopeni tanısı mevcuttu. Sekiz yıl önce akut karın sendromu nedeniyle apendektomi yapıldıktan sonra iki kez tekrarlayan akut karın sendromu ve barsak rezeksiyonu öyküsü mevcuttu ve patolojik incelemede jejunal nekroz saptanmıştı. Yedi yıldır alt ekstremitelerinde venöz yetersizlik ve staz ülserleri vardı. Birkaç yıldır soğukta parmaklarda şişme, morarma ve inflamatuvar taban topuk ve ayak bileği ağrısı tarif etmekteydi. Sedimentasyon ve romatoid faktör (RF) düzeyleri yüksek bulunmuş ve methotrexate, sulfasalazin ve streoid tedavi kullanmış ancak fayda görmediği için kesmişti. Fizik muayenesinde el parmakları soğuk, parmak ve el cildi sert ve gergin bulundu. Jinekomasti olması nedeniyle yapılan genital değerlendirmede testis ve penis tanner evre 2 olarak tespit edildi. Staz dermatiti mevcuttu. Laboratuvarında RF, antinükleer antikor, SSA, Ro52, PML-SCL pozitif saptandı. Karın ağrıları nedeniyle yapılan batın ultrasonografisinde karaciğer kaba granüler görünümdeydi; splenomegali, kronik portal ven trombozu ve splenorenal şantlar tespit edildi. Endoskopisinde grade 1 özofagus varisleri saptandı. Sorgusunda Behçet hastalığı düşündürülen bir belirti yoktu. Trombofil taraması, antikardiyolipinler ve lupus antikoagülan tetkikleri negatif bulundu. Toraks tomografisinde özellik yoktu. Ekokardiyografisinde pulmoner arter basıncı 41 mmHg bulundu. Kromozom analizi 47 XXY Klinefelter ile uyumlu saptandı. Kemik ölçümünde osteoporoz saptandı. Hastaya KS, SS ve sekonder Sjögren, hipogonadizm ve osteoporoz tanıları ve tekrarlayan trombotik kliniği ile methotrexate, prednisolon, D vitamini, kalsiyum, bisfosfonat, testosteron ve oral antikoagülan tedavi başlandı, poliklinik takiplerine alındı. Sistemik bağ dokusu hastalıkları ile başvuran erkek hastalarda hipogonadizm bulgularının araştırılması ve KS olan vakaların bağ dokusu ve tromboz gelişimi açısından takip edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Klinefelter sendromu, sistemik sklerozis

**[PP-170][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

**Sjögren Sendromu mu, yoksa Kronik Karaciğer hastalığı mı, her ikisine ne dersiniz?**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Havva Turac Cingoz<sup>2</sup>, Murat Bıyık<sup>4</sup>, Eren Zileligil<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerin otoimmün hasarı ile karakterizedir. Karaciğer de dahil olmak üzere non-ekzokrin organlarında tutabilmektedir.

Olgu1: 52 yaşında herhangi bir hastalığı bulunmayan 4 aydır halsizlik yakınması olan kadın hastanın fizik muayenesinde submandibuler 0,5x 0,5 cm boyutunda bir adet LAP, 4 cm palpasyonla ele gelen splenomegali vardı. Yapılan tetkiklerinde ESR: 94 mm/st, CRP: 10 mg / L, Hgb 8,1 g/dl, BK: 2 K/uL, PLT: 84 x 10<sup>3</sup> e 3 / uL, Kreatin: 0,6, ALT: 551, AST: 989 u / L, GGT: 77 U/ L, T.bil.: 1,7 mg/dl, INR: 1,49, aPTT: 35, alb.: 2,9 g/ dl, ANA: 1/160 titre, RF (+). Hepatit negatifti. Ağız ve göz kuruluğu tarifleyen schirmer 2/3 gelen hastaya yapılan tükrük bezi Bx, sjögren ile uyumluydu. Paraaortakaval bölgede yer yer konglomere en büyüğü 2 cm olan LAP ler tesbit edildi. Ayrıca perikolestik alanda tarzında serbest sıvı vardı. PV renkli doppler normaldi. Kİ bx, normoselülerdi. Endoskopide grade 1 ösefagial varis tesbit edildi. Bunun üzerine karaciğere biopsi yapıldı. Kronik hepatit (Evre V, modifiye ishak HAİ: 16/18) olarak rapor edildi.

Olgu2: 66 yaşında 3 yıldır kaşıntılı lezyonları mevcuttu. Biyopsinin Lökositoklastik vaskülit şeklinde gelmesi ve P-ANCA (+) olması üzerine vaskülit ön tanısıyla servise yatırılan hastanın cilt lezyonlarının dermatit olduğu düşünüldü. Kaşıntı yakınması olduğundan ağız ve göz kuruluğu sorgulandı. Schirmer testi 3/4 şeklindeydi. ANA 1/160 ve Rf: 25,9 IU/ml olması üzerine yapılan tükrük bezi biopsisi SS ile uyumluydu. ESR: 71 mm/st, CRP: 13 mg / L, Hgb 10,2 g/dl, BK: 7,6 K/uL, PLT: 87,3 x 10<sup>3</sup> e 3 / uL, ALT: 69, AST: 39 u / L, GGT: 324 U/ L, ALP: 170, T.bil.: 1,8 mg/dl, alb.:3,2 g/ dl, AMA -M2 (+). Portal ven renkli doppler USG'de karaciğer 155 mm olup parankimi kaba granüler görünümdeydi. PV çapı 13 mm,dalak 15 cm boyutundaydı. Endoskopisinde grade 1 ösefagial varis, kandidiyazis, portal hipertansif gastropati tesbit edildi. KC bx, kr. hepati t ( sirotik süreç, evre VI, HAİ 15/18 ) olarak raporlandı.

Tartışma: SS hastalarının% 25'i tiroid, SSS, AC, böbrek ve KC gibi diğer organların tutulumu ile kendini gösterebilir. KC hastalığı ve SS birlikteliği 40 yıl önce ileri sürülmüştür ve iyi bilinmektedir. SS; PBS,otoimmün hepatit, viral hepatit, sklerozan kolanjit ve noduler hiperplazi ile ilişkilidir.

Ayrıca kronik lenfositik siyaladenit ile karakterize siroz görülebilmektedir. Anormal KCFT ile birlikte yükselmiş bir ESR ve anti-ENA (+) olması sjögren açısından dikkatli olmayı gerektirir. KC testlerinde anormallikler olması daha çok beklenir, ama enzimler normal olabilir. Sonuç: KC hastalığı açısından değerlendirme yapılırken, SS açısından her hastanın değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. KC hastalığını açıklayacak başka etyolojik neden bulunamıyorsa SS göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer taraftan SS'lu hastalarda eğer ALP yüksekliği saptanırsa KC Bx yapılmalı ve serum AMA araştırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sjögren, Antimitokondriyal Antikor

[PP-171][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

## **Sjögren Sendromuna sekonder vaskülitte gelen Ailevi Akdeniz ateşli hastada Azatiyoprin ile anlamlı klinik yanıt**

Ali Şahin<sup>1</sup>, Şükran Erten<sup>2</sup>, Mehtap Şahin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Ünitesi, Şanlıurfa

Giriş: Sjögren sendromu (SS), başta göz yaşı ve tükürük bezleri olmak üzere tüm ekzokrin bezleri tutabilen kronik, otoimmün, sistemik bir hastalıktır. Hastalığın patogeneğinde kronik lenfositik infiltrasyon ile karakterize otoimmün ekzokrinopati vardır ve ekstraplandüler bulgular hastalığın seyrinde görülebilmektedir. Hastaların yaklaşık % 15'inde vaskülitik cilt lezyonları saptanabilmektedir. Ayrıca hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit, PAN gibi orta çaplı damar vaskülitleri ve küçük damar vaskülitleri bildirilmiştir. Özellikle otoantikor pozitif ve sistemik bulguları olan hastalarda vaskülitte sık rastlanmaktadır. FMF, ailevi otoinflamatuvar bir hastalık olup daha çok genç yaşta bireylerde tekrarlayan, kendi kendini sınırlayan ataklarla karakterize ve tedavisinde daha çok kolşisin ile yanıt alınan bir hastalıktır. Fakat bazı vakalarda kolşisine direnç olmakta, nadir bazı vakalarda da PAN, HSP gibi vaskülitler hastalık sırasında görülebilmektedir. Biz burada kolşisine dirençli FMF ve SS olan bir vakada SS'na bağlı vaskülit tedavisinde kullanılan Azatiyoprin (AZA) ile vaskülitin yanı sıra FMF bulgularında da ortaya çıkan anlamlı yanıtı paylaşmak istedik.

Olgu: 32 yaşında 10 yıldan beri FMF(M694V homozigot) tanısı olan ve kolşisin günde iki kez kullanan kadın hasta her iki alt ekstemitede, bacaklarda, tibia ön yüzde ve ayak bileği çevresinde döküntü, halsizlik ve eklem ağrıları ile başvurdu (Resim 1). Hastanın yapılan detaylı sorgusunda atak sıklığının arttığını, kolşisin ile eskisi gibi ataklarının sıklık ve şiddetinde azalma olmadığını, ağız ve göz kuruluğu olduğu saptandı. Hastanın tükürük testi 0.5 ml/15 dk, Schirmer testi; sağ göz 2 mm/5 dk, sol göz 3 mm/5 dk saptandı. Hastaya onayı alınarak, sağ alt dudaktan minör tükürük bezi biyopsisi yapıldı. Biyopsi kronik otoimmün sialoadenit olarak raporlandı ve cilt biyopsisi vaskülit ile uyumlu geldi. Hastanın başvuru sırasında CRP: 17 mg/dl, ESR: 98 mm/saat, fibrinojen: 389 (200-400) mg/dl idi. ANA(+), Anti-SS-A(+++) pozitif, Anti-SS-B(++), Anti-dsDNA ve anti-Sm olmak üzere öteki ENA paneli negatifti. RF (-), anti-CCP(-), HBV(-), HCV(-), HIV(-), C3;N, C4;N. İdrarda protein: 61.13 mg/24saattti. Hastaya almakta olduğu kolşisine ilave olarak, metilprednizolon 16 mg/gün, hidroklorokin sülfat 2x200 mg/gün ve vaskülitte yönelik AZA 2x50 mg/gün başlandı. Tedavinin 2.haftasında cilt lezyonları belirgin gerileyen hastanın AZA 3x50 mg/gün'e çıkıldı. Daha önce ayda 2-3 kez atağı olan hastanın tedavinin 3.ayında kolşisin 2x1, AZA 3x50 mg, hidroklorokin ve steroid ile FMF'e bağlı herhangi bir atağı gözlenmedi. Sonuç: Kolşisine dirençli FMF tedavisinde günümüzde çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Fakat dirençli FMF tedavisi konusunda henüz kesin bir fikir birliği oluşmamıştır. Biz burada SS'na sekonder vaskülitte gelen dirençli-FMF'li bir hastada başlanan AZA tedavisi ile FMF bulgularında da anlamlı düzelme olduğunu gördük ve bunu sunduk. Bu konuda daha uzun soluklu çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** azatiyoprin; dirençli-FMF; Sjögren sendromu; vaskülit

## Resim 1. Hastanın sol bacak ön yüzde ciltte vaskülitik döküntüleri.



[PP-172][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Skleroderma hastalarında epikardiyal yağ kalınlığı artmıştır

Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>, Erkan Baysal<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Diyarbakır

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

**Giriş-Amaç:** Kalbi çevreleyen epikardiyal yağ dokusunun, pro-inflamatuvar ve pro-aterojenik sitokinleri salgıladığı ve böylece KAH gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Epikardiyal yağ kalınlığı (EYK) artışının KAH varlığının indirekt bir göstergesi olduğu, aortun renkli M-mod yayılım hızının (AYH) ise KAH'nın şiddeti ile ters orantılı olarak düştüğü gösterilmiştir. SLE hastalarında EYK'nın sağlıklı bireylere göre arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada SSc hastalarında, olası KAH'nın EYK ve AYH ölçümleri ile indirekt olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** Çalışmaya 2010-2012 yılları arasında Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen, ACR 1980 tanı kriterlerine göre SSc tanısı almış 30 (K/E:29/1) hasta ile 30 sağlıklı gönüllü (K/E:28/2) dahil edildi. Tüm hasta ve sağlıklı kontrollere VİVİD 3 cihazı ile transtorasik iki boyutlu ve doppler ekokardiyografi yapıldı.

**Sonuçlar:** SSc hastaları ile kontrol grubu arasında yaş ortalamaları açısından farklılık saptanmadı (sırasıyla 46.7±11.0 yıl ile 43.5±9.7 yıl, p>0.05). Ortalama hastalık süresi 7.38±4.82 yıl idi. SSc hastaları ile kontrol grubu arasında diabetes mellitus(DM) varlığı ve sigara kullanımı açısından fark saptanmadı [DM; 3(%10)'e karşın 1(%3.3), sigara kullanımı 3(%10)'e karşın 4(%13.3), sırasıyla p=0.3 ve p=0.1]. SSc hastalarının 3(%10)'ünde kontrollü hafif hipertansiyon(HT) mevcut iken kontrol grubunda HT saptanmadı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tabloda özetlenmektedir.

EYK ölçümü SSc hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Sırasıyla, 6.3±0.9 mm ile 5.7±0.6 mm, p=0.03). AYH ölçümü ise SSc hastalarında belirgin derecede düşük saptandı ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (Sırasıyla 53.3±8.59 cm/sn ile 57.3±5.89 cm/sn, p=0.057).

SSc hastaları, akciğer veya gastrointestinal sistem tutulumu, hipertansiyon, DM varlığı ve sigara kullanımına göre ayrı ayrı gruplandırıldığında, EYK ve AYH ölçümleri açısından fark saptanmadı (p>0.05). Hastalık şiddet skoru ile EYK arasında pozitif yönde (r=0.40,p=0.03), AYH ile negatif yönde(r= -0.45, p=0.01) ilişki bulundu. Ayrıca, digital ülseri olanlarda olmayanlara göre EYK'nın daha yüksek olduğu gözlemlendi, ancak sonuçlar istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (sırasıyla 0.66±0.07 ile 0.60±0.09,p=0.06).

Tartışma: Çalışmamızda SSc hastalarında KAH ile yakın ilişkili olduğu bilinen parametrelerden EYK ölçümü yüksek, AYH ise düşük saptanmış ve sonuçlar hastalık şiddet skoru ile yakın ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, SSc hastalarında KAH riskinin kendi yaş grubuna göre artmış olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Epikardiyal yağ kalınlığı, Skleroderma

**Tablo. SSc hastalarının demografik ve klinik özellikleri**

Yaş ortalaması (yıl)	46.7±11.0
Takip süresi (yıl)	5.63±4.61
Hastalık süresi (yıl)	7.38±4.82
Hastalık tipi n(%)	
Limited	20 (66.7)
Diffuz	4 (13.3)
Sine	1 (3.3)
Overlap	5 (16.7)
Digital ülser n(%)	13 (43.3)
AC tutulumu n(%)	18 (60)
FVC(%)	76.3±20.5
HRCT n(%)	
Buzlu cam	11 (36.6)
Fibrozis	6 (20)
Normal	13 (43.4)
Pulmoner HT n(%)	8 (26.7)
GİS tutulumu n(%)	17 (56.7)
Rodnan cilt skoru	11.8±9.05
Hastalık aktivite skoru	1.74±1.59
Hastalık şiddet skoru	4.69±3.17
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/h)	26.3±17.0
C reaktif protein (mg/dl)	0.89±2.01
Eşlik eden hastalıklar n(%)	
Diabetes mellitus	3(10)
Hipertansiyon	3(10)

Sigara kullanımı n(%)	3(10)
-----------------------	-------

## [PP-173][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]

### Skleroderma hastalarında sağ ventrikül fonksiyonları ve aritmi değerlendirmesi

Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>, Erkan Baysal<sup>2</sup>, Ömer Karadağ<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Diyarbakır

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

**Giriş-Amaç:** Sistemik sklerozun(SSc) patogeneğinde rol oynayan mikrovasküler dolaşım bozukluğu ve ekstrasellüler matris artışı kalbin sistolik ve diastolik fonksiyonları kadar ritm özelliklerini de etkileyebilmektedir. SSc'da myokardiyal tutulumu bağlı SV diastolik disfonksiyonu ve aritmi gelişebildiği bilinmesine rağmen her üç fonksiyonun birlikte araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada SV sistolik ve diastolik fonksiyonun yanısıra kalp hızı değişkenliğinin (KHD) de incelenmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** Çalışmaya 2010-2012 yılları arasında Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen, ACR 1980 tanı kriterlerine göre SSc tanısı almış 30(K/E:29/1) hasta ile 30 sağlıklı gönüllü (K/E:28/2) dahil edildi. Tüm hasta ve kontrollere transtorasik iki boyutlu ve doppler ekokardiyografi ile 24 saatlik Holter EKG incelemeleri yapıldı. SV ejeksiyon fraksiyonunu değerlendirmek için, trikuspid anulusun sistolde apikale yer değiştirme değeri(TASYD), sistolik ve diastolik fonksiyonları değerlendirmek için SV- miyokart performans indeksi (SV-MPI) ölçüldü. KHD analizi için bütün olguların Holter kayıtları manuel olarak değerlendirildi ve ardından otomatik olarak 'time domain' KHD parametreleri (SDNN,SDANN, RMSSD, pNN50) belirlendi.

**Sonuçlar:** SSc hastaları ile kontrol grubu arasında yaş ortalamaları açısından farklılık saptanmadı (sırasıyla 46.7±11.0 yıl ile 43.5±9.7 yıl,p>0.05). Ortalama hastalık süresi 7.38±4.82 yıl idi. SSc hastaları ile kontrol grubu arasında diabetes mellitus(DM) varlığı ve sigara kullanımı açısından fark saptanmadı (sırasıyla p=0.3 ve p=0.1). SSc hastalarının 3(%10)'unda kontrollü hafif hipertansiyon mevcut iken kontrol grubunda hipertansiyon gözlenmedi.

TASYD ve SV-MPI ölçümlerinde gruplar arasında fark saptanmadı. Pulmoner arter basıncı(PAB)  $\geq$  35 mmHg'yi geçen hasta sayısı 7(%23.3) iken, kontrol grubunda bu değere ulaşan bireye rastlanmadı. SSc hastalarında ortalama PAB daha yüksek bulundu (p=0.056) (tablo).

24 saatlik Holter EKG'de SSc hastasının 5(%16.6)'inde önemli aritmi (premature ventriküler kompleks >200/24 saat) saptandı. Her iki grupta SDNN, SDANN ve RMSSD açısından fark bulunmazken, pNN50 değeri SSc'da anlamlı olarak düşük bulundu. SSc hastalarında ortalama kalp hızı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu (80.3±8.9'e karşın 74.9±7.3,p=0.02).

**Tartışma:** Çalışmamızda SSc hastalarında kontrol grubuna göre SV sistolik ve diastolik fonksiyonlarında fark saptanmamıştır. SSc hastalarında parasempatik tonusun modülasyonunu gösteren pNN50'nin düşük bulunmuştur. Bu sonuç; vagal aktivitenin azaldığını göstermekte, sempatik aktivasyon artışının koroner arter hastalığı ve ani ölüm açısından bağımsız risk faktörü olması nedeniyle mortalitede artışa yol açabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağ ventrikül fonksiyonları, Skleroderma

**Tablo. SSc hastaları ve sağlıklı kontrollerin EKO ve Holter EKG sonuçları**

	SSc	Sağlıklı	p
PAB (mmHg)	33.9±16.1	27.2±4.28	0.056
TASYD (cm)	2.57±0.56	2.64±0.35	0.7
Sağ ventrikül MPI	0.38±0.11	0.32±0.04	0.1

SDNN (msn)	106.3±84.5	107.3±29.0	0.1
SDANN (msn)	89.3±65.5	85.7±25.2	0.5
RMSDD (msn)	53.9±89.2	45.0±33.1	0.3
pNN50 (%)	6.74±12.0	9.11±7.92	0.003

*PAB; Pulmoner arteriyel basınç, TASYD; Trikuspit anulusunun sistolde yer değiştirme değeri, Sağ ventrikül MPI; Sağ ventrikül myokard performans indeksi, SDNN; Normal R-R aralıklarının standart deviyasyonu -siklus uzunluk değişkenliği, SDANN; Beş dakikalık ölçümün normal R-R aralıklarının aritmetik ortalaması, RMMSD; Ardışık normal R-R aralıkları arasındaki farkların karekökü, pNN50; Ardışık normal R-R aralıkları arasındaki 50 milisaniyeden büyük farkların yüzdesi.*

## [PP-174][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]

### Skleroderma ve Sarkoidoz Birlikteliği: Olgu Sunumu

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

#### GİRİŞ

Skleroderma deri ve iç organlarda vasküler hasar ve fibrozis ile karakterize multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Th 2 aracılı yanıt erken ve aktif dönemde etkili bulunmuştur. Sarkoidoz ise sebebi bilinmeyen Th 1 aracılı, lenfadenopati, iç organ tutulumu ve çeşitli deri lezyonları ile karakterize multisistemik granülamatoz bir hastalıktır. Bazı otoimmün hastalıkların sarkoidoz ile birlikteliği literatürde bildirilmiştir. Bu bildiride nadir görülen bir birlikteliğin olduğu olgumuzu sunmaktayız.

#### OLGU

62 yaşında kadın hasta son iki aydır giderek artan kuru öksürük, nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde yüz ifadesinde değişiklik, 6 aydır soğuk havada ve soğuk suda ellerde morarma, cildinde kuruluk şikayetinin olduğu öğrenildi. Muayenesinde ağız açıklığının azaldığı, dudaklarda incelleme olduğu, ellerde deride sertlik ve cilt kuruluğunun olduğu görüldü. Göğüs oskültasyonunda akciğer bazallerinde belirgin raller dışında patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde, kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, sedimentasyon, CRP değeri ve RF düzeyi normaldi. Serum kalsiyum düzeyi normaldi. Ig M 0,329 g/L (0,5-2,3) yüksek, Ig E ve A düzeyi ise normaldi. Kompleman C3 ve C4 normal sınırlarda, anti-dsDNA ise negatifti. ANA 1/320 sitoplazma granüler idi. Anti-ENA profili bakıldığında CENPB paterni (+) titrede bulundu. SFT'de FEV1/FVC oranı %87 idi. EKO'da pulmoner arter basıncı istirahatte 33 mmHg idi. Direkt PAAG'de bilateral hiler dolgunluk, bilateral bazallerde heterojen opasite artışı görüldü. Toraks BT'de anterior mediastinal, prevasküler, paratrakeal, aorta pulmoner, prekarinal, subkarinal, bilateral hiler alanlarda büyüğünün kısa aksı 1 cm ölçülen lenf nodları görüldü. Ana pulmoner arter çapı hafif artmış, her iki akciğer üst lob ve orta alt zonda buzlu cam dansitesinde retiküler infiltrasyon alanları görülmekte idi. PPD testi anerjik olan hastaya sarkoidoz ön tanısı ile bronkoskopide sağ alt lob posterior segmentten transbronşiyal aspirasyon biyopsisi ve bronkoalveolar lavaj ve sağ hiler lenf nodundan sitolojik transbronşiyal İİAB yapıldı. Sitolojide granülamatoz inflamasyon saptanan hastanın akciğer ve cilt tutulumu sarkoidoz ve skleroderma birlikteliği olarak kabul edildi. Hastaya 1 mg/kg dozunda metilprednizolon ve 500 mg siklofosamid 3 haftada bir infüzyon şeklinde başlanması planlandı. Siklofosamid tedavisi öncesi malignite araştırması yapıldı. Hidroksiklorokin, kolşisin, pentoksifilin, asetilsalisilik asit tedavisi verildi.

#### SONUÇ

Skleroderma ve sarkoidoz birlikteliği literatürde oldukça nadirdir. Bu nadir birlikteliğin sebebi, sarkoidozun Th 2 yanıtı ile ilişkili iken, sistemik sklerozun Th 1 yanıtı ile ilişkili olması olabilir. Akciğer tutulumu sarkoidozda daha selim seyir gösterip evresine göre tedavisiz izlem ile takip edilebilirken, skleroderma akciğer tutulumu siklofosamid ve kortikosteroid gibi yoğun immünsüpresif tedaviye ihtiyaç göstermektedir. Akciğer tutulumu, tedavi belirleyici bir faktör olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, Skleroderma

## [PP-175][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### SLE'li hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı

Sibel Yılmaz Öner, Fatih Mert Doğukan, Toklong Filam Moses, Nazar Tekayev, Kübra Demir, Haner Direskeneli  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Sistemik lupus eritematosus'lu hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığının değerlendirilmesi.

**Yöntem:** Hastane anksiyete ve depresyon ölçekleri 42 SLE hastasına ve benzer özelliklerde 32 kontrol olgusuna yüz yüze uygulandı. Sonuçlar SPSS 16.0 programı ile analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 42 SLE hastası (K/E: 41/1, ortalama yaş 41,11±1,36 yıl) ve 32 sağlıklı kontrol (SK) (K/E: 28/4, ort. yaş: 41,65 ± 1,22) alındı. Ortalama hastalık süresi 9.09±7,28 yıl idi.

Hastaların %35,7'si (n=27) klinik olarak aktif hastalığa sahipti.

Çalışma ve kontrol grupları arasında anksiyete ve depresyon sıklığı açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (anksiyete: SLE % 35,7 (n=15) vs SK: %43.8 (n=14); depresyon: SLE: %54,8 (n=23) SK: % 46.9 (n=15), p>0.05). Ancak anksiyete ve depresyon birlikteliği açısından çalışma grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark izlendi (Çalışma grubunda anksiyete ve depresyonu birlikte olanların oranı % 33,3 iken; kontrol grubunda bu oran %12,5 dir)(p<0.05). SLE'li hastalarda depresyon ve anksiyete varlığı ile yaş, cinsiyet, hastalık süresi, eğitim yılı ve SLEDAI skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. SLE tanı kriterleri arasında yalnızca diskoid döküntü ve fotosensitivite varlığı ile anksiyete arasında anlamlı ilişki saptandı (p<0.05).

**Sonuç:** SLE'li hastalarımızla sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ancak SLE hastalarında anksiyete ve depresyon beraberliği daha fazladır. Bu durum kronik hastalık sürecinin farklı mental bozuklukları birlikte tetikleyebileceğini düşündürmektedir. Genelde hafif tutulum olarak kabul edilen mukokutan belirtilerin, özellikle kadın hastalarda, mental sağlığı olumsuz etkilemesi dikkat çekicidir.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, depresyon

## [PP-176][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

### SLE'li hastalarda lupus'a özgü yaşam kalitesi ölçeği (LupusQoL) SF36 ile ilişkili, SLEDAI ile ilişkisizdir

Sibel Yılmaz Öner, Fatih Mert Doğukan, Toklong Filam Moses, Nazar Tekayev, Kübra Demir, Haner Direskeneli  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Sistemik lupus eritematosus'lu (SLE) hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmede hastalığa özgü LupusQoL anketinin değeri ve genel bir ölçek olan SF36 ile karşılaştırılması.

**Yöntem:** LupusQoL anketi ve SF36 rutin izlemdeki SLE hastalarına (K/E: 41/1, ortalama yaş: 41,11±1,41 yıl, ortalama hastalık süresi: 9.09±7,28 yıl) yüz-yüze uygulandı. Sonuçlar SPSS 16.0 programı ile analiz edildi.

**Bulgular:** Hastaların %35,7'si (n=27) klinik olarak aktif hastalığa sahipti. Hastaların ortalama SLEDAI skoru 4,80±5,0, ortalama LupusQoL değeri: 55,36±2,28, ortalama SF36 değeri ise 39,60±7,93 olarak saptandı. LupusQoL ile SF36 değerleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi (r=0,74, p=000). Buna karşın SLEDAI ile LupusQoL ve SF36 skorları arasında anlamlı bir ilişki gösterilemedi. Hastaların eğitim süresi arttıkça LupusQoL ve SF36 skorları artmaktaydı (p<0.05). LupusQoL ve SF36 testlerinin alt gruplarının ortalama değerleri Tablo 1'de verildi ve aralarında anlamlı ilişkiler gösterildi. Bu parametrelerden sadece duygusal sağlık ile hastaların SLEDAI skorları arasında ilişki belirlendi (r=-0,35, p<0.05). SF36'nın hiçbir alt grubu ile SLEDAI ilişkili gözlenmedi.

**Sonuç:** LupusQoL ve SF36 testleri SLE hastalarında benzer etkinlikle yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Ancak SLEDAI ile LupusQoL ve SF36 arasında ilişki gözlenmemesi hastalık dışı faktörlerin SLE'li hastalarımızda yaşam kalitesini daha fazla etkilediğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** SLE, Yaşam kalitesi

---

## Hastaların LupusQoL ve SF 36 alt grup ortalama değerleri

	Lupus QoL		SF36		
	Grup	Ortalama	Grup	Ortalama	r
	Fiziksel Sağlık	54,96±23,80	Fiziksel Fonksiyon	40,02±1,00	0,52*
Kıyaslanır	Ağrı	54,01 ± 2,87	Ağrı	40,69 ± 1,10	0,61*
	Yorgunluk	53,10 ±28,18	Canlılık	42,68 ± 9,85	0,58*
	Duygusal Sağlık	54,85 ± 30,87	Mental Sağlık	37,35 ±1,18	0,59*
	Yakın yükü	41,06 ± 29,18	Fiziksel rol	40,14 ±1,06	
Kıyaslanamaz	Yakın İlişki	59,82 ± 35,5	Sosyal Fonksiyon	38,5 ±1,32	
	Vücut İmajı	68,25 ± 28,25	Genel Sağlık	37,35 ± 9,72	
	Planlama	59,82 ± 35,52	Duygusal rol	40,28 ± 1,11	

\* *Bütün değerler için p<0.001*

## [PP-177][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Spondiloartriti Taklit Eden Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Olgusu

Dilek Solmaz, Pınar Çetin, İsmail Sarı, Servet Akar, Fatoş Onen, Nurullah Akkoç, Merih Birlik  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Bel ağrısı yakınması romatoloji pratiğinde sık karşılaşılan bir semptomdur. Özellikle inflamatuvar bel ağrısının (İBA) tanımlanması ve diğer nedenlerden ayrılması önem taşımaktadır. İBA ile başvuralabilecek diğer nadir nedenler arasında enfeksiyonlar, hematolojik ve solid malignitelerde bulunmaktadır. Özellikle ateş yüksekliği, kilo kaybı, gece terlemesi ve akut faz yüksekliği gibi alerme edici bulguların olması durumunda ileri incelemeler gerkebilmektedir. Bu bildiride İBA ile başvurup spondiloartrit (SpA) ön tanısı ile tetkik edilirken sol sakroiliak eklemden (SİE) kitlesel lezyon tespit edilen ve patoloji sonucu ile Diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı alan olgu sunulmuştur.

**Vaka:** 39 yaşında bayan hasta, sekiz yıldır sol kalçada ağrı, bir saat süren sabah tutukluğu ile birlikte olan ve gece uykudan uyandıran bel ağrısı yakınması ile başvurdu. Sorgulmasında gece terlemesi ve iştahsızlık tanımlayan hastanın sol SİE'de hassasiyet ve sol kalçada hassasiyet dışında fizik muayenesinde bir özellik saptanmadı. Laboratuvar tahlillerinde hemogramda normokrom normositer anemi (hematokrit:30), laktat dehidrogenaz (LDH):342 U/l ve C-reaktif Protein (CRP): 16 mg/l yüksekliği dışında anormallik gözlenmedi. Çekilen pelvis grafisinde SİE normal olarak değerlendirildi. Bunun üzerine ileri inceleme olarak çekilen SİE Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) sol iliak kemik ve sakrum düzeyinde periferik kas dokularına da yayılım gösteren sol iliak kemiğin tümünü infiltre etmiş ve sakral kemikte kemik iliği değişikliğine neden olan yumuşak doku tümörü izlendi. Bunun üzerine malignite ön planda düşünülen hastaya yapılan Positron Emisyon Tomografide (PET) sol böbrek alt polü hizasından başlayarak sol paraaortik alan boyunca uzanan ve internal iliak alanda devamlılık gösteren lenf nodu paketi, sol eksternal iliak alan yumuşak dokuda, sol inguinal lenf nodlarında, sol iliak kemik sol asetabular çatı, sol iskium, sol pubik kemik ve sakrum sol taraf çevresinde yumuşak doku komponenti bulunan ve vulva sol tarafına dek uzanan kitlesel lezyonda) artmış FDG tutulumu saptandı. Bunun üzerine yapılan eksizyonel biopsi sonucu Diffüz büyük B hücreli lenfoma ile uyumlu olarak raporlandı.

**Sonuç:** İBP SpA'nın önemli belirleyicilerindedir. İBA tanımlamasındaki bileşenlere bakıldığında özellikle 40 yaş öncesi yakınmaların başlaması nedeni ile eşlik eden sistemik semptomlar olması halinde bu yaş grubu ile uyumlu olan malignite gibi nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik şüphe halinde ileri incelemede MRG iyi bir seçenek gibi görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Spondiloartrit, Lenfoma

## [PP-178][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]



## Systemic Sclerosis With Digital Ulcer: Ulnar Artery Involvement Responding To Medical Treatment

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Fazilet Cankaya<sup>3</sup>, Niyazi Gormus<sup>4</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Kardiyovasküler Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

### Introduction

Systemic sclerosis (SSC), has been well established that small vessel involvement such as raynaud phenomenon and digital ulcers. However, large vessel involvement has occasionally been reported. Ulnar artery is more commonly affected in SSC compared with radial artery and palmar arc.

Vascular involvement indicators such as Raynaud phenomenon and digital ulcers have been well established in patients with SSC. However, macrovascular disease affecting circulation of the limbs is much less appreciated. While small digital ulcers heals leaving a scar, macrovascular involvement may lead to large ulcers and/or gangrene.

### Case report

A 61-year-old patient with a history of SSc for 15 years was admitted to hospital due to necrotic ulcerated lesion on index finger of right hand. The lesion was present for approximately 1 week (Figure 1). Peripheral pulses were symmetrically palpated both in upper and lower extremities. Her blood pressure was 110/70 mmHg on both arms. The patient have not sought medical attention for a long period and used dexametasone tablets irregularly. Past medical history was unremarkable and the patient denied any previous pregnancy loss. He had no risk factor for atherosclerotic heart disease including hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia and so on.

Arterial duplex ultrasound showed decreased flow in the right ulnar artery (10cm/min). Upper extremity conventional angiography revealed ulnar artery occlusion at the level of proximal to right wrist. Dexametasone treatment was tapered and stopped. The patient was commenced aspirin and nifedipine 30 mg/day. Iloprost was given for 1 week at a dose of 2 ng/kg/min. The patient responded this treatment regimen and necrotic ulcer was seen healed at 3rd month outpatient visit.

### Discussion

It has been well established that small vessel involvement such as raynaud phenomenon and digital ulcers occurs in SSC. However, large vessel involvement has occasionally been reported. Ulnar artery is more commonly affected in SSC compared with radial artery and palmar arc. In patients with diffuse sclerosis should there is severe raynaud phenomenon and digital ulcerations, timely dignosis with angiographic procedures and revascularization, if needed, should be undertaken. Vascular involvement is associated with decreased quality of life in addition to increased morbidity and mortality.

**Keywords:** systemic sclerosis, ulnar artery

**Figure-1**



*Figure-1.Necrotic ulcer in the right hand at distal of index finger*

**[PP-179][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

## **Vena kava superior trombozu ve SSS tutuluşu ile başlayan Behçet hastalığı olgusu**

Senol Kobak<sup>1</sup>, Murat Yalçın<sup>1</sup>, Özlem İnce<sup>2</sup>, Güray Öncel<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

### **Giriş:**

Behçet hastalığı(BH), tekrarlayan oral ve genital aft, eritema nodosum, lokomotor sistem tutuluşu yanısıra, farklı çapta damar tutuluşu yapabilen bir vaskülit'tir. Hastaların %15-50'de vasküler tutuluş görülürken,%85'i venöz sistemi etkiler. Vasküler tutuluş, hastalığın ilk yıllarında ortaya çıkar ve yüksek mortalite ile sonuçlanmaktadır. Bu bildiriye, vena kava superior ve juguler vende tromboz yanısıra, santral sinir sistem tutuluşu ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucu Behçet hastalığı tanısı alan, 31 yaşında bir erkek olguyu tartıştık.

### **Olgu:**

31 yaşında, erkek hasta, yaklaşık 2 ay önce başlayan yüzde ve boyunda şişlik, baş ağrısı şikayetleri ile Dahiliye polikliniğine başvurmuş. Yapılan dopler USG'de sağ juguler ven ve vena kava superiorda tromboz tespit edilmesi üzerine, polikliniğimize yönlendirilmiş. Sorgulamasında yaklaşık 8 yıldan beri tekrarlayan oral, bir defa genital aft, eritema nodosum ve akneiform deri lezyonları,artralji tarif etmektedir. Fizik muayenesinde; inspeksiyonda gövde üst kısmında kolateral ven genişlemesi, boyunda şişlik ve dolgunluk, ağızda aftöz lezyon, akneiform deri lezyonları, pretibial bölgede eritema nodosuma ait nodül gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerde; WBC:14700/uL, Hb:12.7g/dl, Htc:37.4%, Plt:397000/Ul, T.protein:7.2g/dl, Albumin:4.0g/dl, kreatinin:1.01mg/dl, üre:24mg/dl, glükoz:86mg/dl, sedimentasyon:39mm/h, CRP:8.9mg/dl, rutin idrar:normal olarak tespit edildi. Serolojik testlerde; ANA, RF, anti-kardiolipin antikorlar negatif idi. Trombofili yapabilecek sebeplere yönelik testler yapıldı, protein C ve protein S aktivitesi, faktör 5 Leiden ve protrombin gen mutasyonu negatif idi, MTHFR 677 CT heterozigot olarak tespit edildi. Dopler USG'de sağ juguler ven ve vena kava superiorda akut tromboz ile uyumlu görüntü tespit edildi. Toraks anjio BT çekildi, mediasten etrafında kollateral vasküler yapılar yanı sıra, vena kava superior ve sağ juguler vende tromboz izlendi, pulmoner arter normal olarak rapor edildi(Resim 2). Batın BT çekildi, normal olarak geldi. Olası bir SSS tutuluşu açısından cranial anjio MR çekildi, vaskülit ile uyumlu olabilecek hiperintensite izlendi,dural venöz sinüslerde tromboz izlenmedi. Ekokardiyografi normal idi. Paterji testi yapıldı, pozitif olarak değerlendirildi. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular ışığında hastaya Behçet hastalığı tanısı konuldu ve Endoxan 1g/ay, KS 250mg/3 gün(daha sonra 1mg/kg/gün), Coumadin 5mg/gün başlandı. 1. ayın sonunda hasta kontrole geldiğinde, şikayetlerinde regresyon gözlemlendi, kontrol akut faz yanıtları normale gelmişti. Kontrol dopler USG'de hafif rekanalizasyon bulguları tespit edildi. Genel durumu iyi olan hastanın, poliklinik takipleri ve tedavisi devam etmektedir.

### **Sonuç:**

Behçet hastalığı, farklı klinik bulguları ile prezante olabilmektedir. Vasküler tutuluş, bu bulgulardan birisidir ve yüksek mortalite ile seyreder. Genç erkeklerde gelişen tromboz ve/veya arterial tutuluş, öncelikle BH'nı ekarte edilmesini gerektirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, vasküler tutuluş

---

## Sağ VCS'da tromboz



[PP-180][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Yeni ASAS spondilartrit sınıflama kriterlerinin (aksiyal ve periferal) genel romatoloji polikliniğine başvuran hastalardaki performansının değerlendirilmesi

İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Birol Yıldız<sup>2</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Hatice Tuğba Sanal<sup>3</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>, Salih Pay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GATA Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>GATA İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>GATA Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Spondilartritler (SpA) heterojen bir grup hastalık olup, hastalığa erken tanı konulabilmesi prognostik açıdan önem taşımaktadır. Yakın dönemde ASAS tarafından, SpA tanısının daha erken evrede konulabilmesi amacıyla aksiyal ve periferal tutulum için ayrı kriter setleri geliştirilmiştir. Yeni kriterler çeşitli SpA kohortlarında test edilmiş olmakla beraber, özellikle SpA grubu hastalıkları taklit edebilecek hasta popülasyonunun görüldüğü genel romatoloji polikliniğine başvuran hastalarda test edilmemiştir.

Amaç: Yeni ASAS SpA sınıflama kriterlerinin (aksiyal ve periferal) genel romatoloji polikliniğinde

görülen hastalarda validasyonu.

Yöntem: Bir üniversite hastanesi romatoloji polikliniğine başvuran ve ilk değerlendirmesini yapan romatolog tarafından en az 4 haftadır devam eden bel ağrısı ya da eklem yakınmaları olduğu tespit edilen, ardışık 101 hasta (yeni veya eski tanılı) çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalarda tek bir araştırmacı tarafından (B.Y) ASAS SpA ve ESSG kriterleri sorgulandı. Tüm radyolojik tetkikler (sakroiliak eklem x-ray ve MRG) bir araştırmacı tarafından (HTS) kör olarak değerlendirildi. Hastalar ilk değerlendirme zamanında kesinleşmemiş laboratuvar ve radyoloji sonuçları ile tanılar açısından prospektif olarak takip edildi. Kriterlerin validasyonunda altın standart olarak takip eden romatoloji uzmanının tanısı esas alındı. Kriter setlerinin sensitivite ve spesifitesi hesaplandı.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 37.8 yıl ve %38'i kadındı. Hastaların %40'ı yeni başvuru olup ortalama semptom süreleri 3.1 yıldır. Takip eden romatoloji uzmanları tarafından, hastaların % 47'si SpA, %32'si romatoid artrit, %13'u psöriatik artrit, %3'ü SLE, %3'ü osteoartrit ve % 2'si Behçet tanısı aldı. Hastaların %71'i bel ağrısı %29'u periferik eklem bulguları nedeniyle çalışmaya dahil edildi. Yeni ASAS aksiyal SpA kriterlerinin sensitivitesi %85, spesifitesi %73 (pozitif prediktif değer: %74, negatif prediktif değer: %84), periferik SpA kriterlerinin sensitivitesi %100, spesifitesi %53 olarak (pozitif prediktif değer: %7, negatif prediktif değer: %100) bulundu. ESSG kriterlerinin sensitivitesi %93, spesifitesi %37 olarak (pozitif prediktif değer: %57, negatif prediktif değer: %86) bulundu.

Tartışma: Bu çalışma-bildiğimiz kadarıyla- nispeten heterojen hasta popülasyonunda yeni SpA sınıflandırma kriterlerinin değerlendirildiği, dolayısıyla spesifitenin daha gerçekçi şartlarda test edildiği ilk çalışmadır. Aksiyal SpA kriterlerinin sensitivitesi ESSG kriterlerine kıyasla bir miktar düşük olmakla beraber, spesifitesi belirgin ölçüde iyi bulundu. Periferik SpA kriterlerinin sensitivitesi ESSG kriterlerine benzer, spesifitesi bir miktar daha iyi bulundu. Bu çalışmanın sonuçları yeni sınıflama kriterlerinin özellikle SpA dışındaki nedenlere bağlı bel ağrısı ve eklem problemleri olan hastalarda ayırt ettirici özelliğinin ESSG kriterlerinden daha üstün olduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sınıflama kriterleri, Spondilartirit

**[PP-181][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

## **Otoimmün hepatit ile başvuran primer Sjögren sendromu olgusu**

Senol Kobak<sup>1</sup>, Ulus Akarca<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Ege Üniversite Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı

### Giriş

Primer Sjögren sendromu,ağız ve göz kuruluğu yanısıra,lokomotor sistem ve sistemik organ tutuluğu yapabilen,kronik otoimmün hastalıktır.Klasik prezentasyonu dışında,farklı klinik bulgularla da karşımıza çıkabilir.Bu bildiride,otoimmün hepatit ile başlayan ve yapılan tetkikler sonucu primer Sjögren sendromu tanısı alan,42 yaşında bir kadın hastayı tartıştık.

### Olgu Sunumu

42 yaşında bayan hasta,el bilek,MKF,PİF eklemlerde ağrı,bir saatten fazla süren sabah tutukluğu,efor dispne,ağız ve göz kuruluğu şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde,yaklaşık 8 ay önce halsizlik,sarılık,artralji şikayetleri ile Hepatoloji kliniğinde yatırılmış.Burada yapılan tetkiklerde;KCFT yüksekliği,batın USG'de asit ve KC ekojenitesinde artış,viral seroloji negatif,KC biopsi sonucu otoimmün hepatit ve primer bilier siroz tespit edilmiş ve hastaya KS 1mg/kg/gün,Azatioprin 100mg/gün,Ursosalk 500mg/gün başlanmış. Takiplerinde klinik ve laboratuvar gerileme gözlenen hasta,KS dozu 5mg/gün kadar düşürülmüş, AZA ve Ursosalk ise aynı dozda devam edilmiş.Lokomotor sistem şikayetleri devam etmesi ve artması üzerine, polikliniğimize yönlendirilmiş.Yapılan fizik muayenesinde;her iki el bilek,MKF ve PİF eklemlerde hassasiyet ve hareket kısıtlılığı saptandı.Laboratuvar tetkiklerde; hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. RF:pozitif,ESH:59mm/h,CRP:1.74mg/dl olarak saptandı.Protein elektroforezinde poliklonal gamopati saptandı.Rutin idrar normal idi.Viral seroloji bakıldı,anti-HCV,HBsAg ve anti-HIV negatif olarak bulundu.Seroloji testlerinde;ANA:1/320 granüler,anti-Ro:pozitif,AMA:pozitif,anti-dsDNA:negatif,anti-CCP:negatif,C3 ve C4 normal olarak saptandı.AC grafi normal,batın USG'de ise karaciğerde yağlanma dışında normal olarak rapor edildi.Ekokardiyografi'de pulmoner arter hipertansiyon(SPAP:38mmHg) tespit edildi.Toraks BT çekildi,mediastende 2-3adet mm'lik reaktif özellikte LAP dışında normal bulundu.Göz hastalıkları konsültasyonu yapıldı, Shirmer:3/4mm, BUT:4/4sn olarak saptandı.Bunun üzerine dudak biopsi yapıldı,Chisholm evre 3 olarak rapor edildi.Takip eden hepatoloji hekimi ile görüşüldü,klasik bir otoimmün hepatitten ziyade,öncelikle bir bağ doku hastalığının karaciğerde oluşturduğu bir

otoimmün süreç olduğu düşüncesi ağırlık kazandı.Klinik,laboratuvar,patolojik veriler ile birlikte değerlendirildiğinde, Amerika-Avrupa sınıflama kriterleri göz önüne alınarak,hastaya primer Sjögren sendromu tanısı konuldu.Aldığı immüno-supresif tedaviye ilaveten,Hidroksiklorokin 400mg/gügn başlandı. Subjektif şikayetlerinde belirgin regresyon gözlenen,klinik ve laboratuvar remisyon sağlanan hastanın,poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç

Otoimmün hepatit, farklı romatizmal hastalıklar ile birlikte görülebilir ve/veya bu sistemik hastalıkların bir parçası olabilir. Otoimmün hepatit düşünülen bir hastada, altında yatan bir sistemik romatizmal hastalığı ekarte etmek için, mutlaka iyi bir sistemik sorgulama, laboratuvar ve serolojik tetkikler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** primer Sjögren sendromu, otoimmün hepatit

**[PP-182][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

### **Primer Sjögren Sendromlu Hastada Hipokalemik Periyodik Paralizi**

Pınar Çetin, İsmail Sarı, Dilek Solmaz, Merih Birlik, Fatoş Önen, Nurullah Akkoç, Servet Akar  
Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Primer Sjögren sendromu (PSS) erken dönemde özellikle gözyaşı ve tükürük bezlerini tutan otoimmün ilerleyici bir sistemik hastalıktır. Ekstraglandüler semptomlar arasında artraljiler, tiroitid, böbrek tutumu (özellikle distal renal tubuler asidoz [dRTA]), periferik nöropati, kutanöz vaskulit ve lenfoma sayılabilir. PSS hastalarında dRTA sıklığı %5-33 arasında değişmektedir. Periyodik paralizi kas hücresi iyon kanallarındaki defekt ile ilişkili; ağır egzersiz, açlık veya yüksek karbonhidratlı diyet ile tetiklenebilen, ağrısız kas güçsüzlüğü ile karakterize nadir görülen nöromusküler bir hastalıktır. Potasyum seviyesi 1.5 meq/l kadar düşük olabilmektedir ve bu durumlarda ikincil nedenler düşünülmelidir. Nitekim dRTA, nadir görülen bir sekonder periyodik paralizi nedenidir. Bu bildiride dRTA'a sekonder gelişen hipokalemik paralizili PSS'lu bir olgu sunulmuştur.

Vaka: 47 yaşında bayan hasta; kollarında ve bacaklarda ağrı, güçsüzlük ve bir gündür yürüyememe yakınması ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde yaklaşık bir yıldır ağız kuruluğu ve gözde yanma-batma yakınmaları vardı. Nörolojik bakısında kranial sinir bakısı olağan, kas gücü üst ve alt ekstremitelerde 1/5 olarak saptandı. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. EMG tetkiki normal sınırlarda idi. Hastanın geliş potasyum düzeyi 1.4 mEq/l, idrar Ph değeri 7.5 idi. Arteriyel kan gazı analizinde; ph=7.144, HCO<sub>3</sub>=9.9, anyon gap=6 (normal) idi bu bulgularla hiperkloremik metabolik asidoz saptandı ve hızlı bikarbonat replasmanı ile aldactone 25 mg başlandı. Ertesi gün hastanın kas gücünde belirgin düzelme gözlemlendi. dRTA etyolojisine yönelik hasta değerlendirildi. Yaklaşık bir yıldır ağız ve göz kuruluğu tarif eden hastanın laboratuvar analizlerinde; ESH=48 mm/saat, CRP=12mg/l, ANA:1/1000 sitoplazmik-granüler paternde pozitif, anti-Ro ve anti-La negatif saptandı. Göz hastalıkları bakısında; Schirmer I testi ve flöresein kırılma zamanı 5 saniye altında bulundu. Minör tükürük bezi biyopsisinde 54/120 mm<sup>2</sup> fokus izlendi. Bu bulgular ışığında hasta PSS olarak değerlendirildi ve oral potasyum desteği ile birlikte hidroksiklorokin 200 mg/gün başlandı. Bir ay sonra yapılan kontrollerinde potasyum düzeyi ve kas gücü üst ve alt ekstremitelerde normal sınırlarda idi.

Sonuç: Distal renal tubuler asidoz; hiperkloremik metabolik asidoz, pozitif anyon gap ve idrar pH sınırın >5.5 olması ile karakterize bir durumdur. Edinsel nedenleri arasında en sık görülenin SS olduğu bilinmektedir. Hiperkloremik hipopotasemik asidoza neden olduğu için hayatı tehdit edici paralizilere yol açabilir. Hipokalemi dRTA'nın sık görülen bir yan etkisi olmakla birlikte literatürde hayatı tehdit edici hipokalemi, paralizi ve solunum arresti gibi belirtiler görülen olgular nadir rapor edilmiştir. Bizim olgumuzda renal asidifikasyon defektine bağlı ciddi paralizi gelişmiş olup potasyum replasmanına hızlı yanıt vermiştir. Sonuç olarak hipopotasemik paralizi ile gelen olgularda dRTA ve Sjögren sendromu da hatırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Primer Sjögren Sendromu, Hipokalemik Periyodik Paralizi

**[PP-183][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

### **Primer Sjögren sendromlu hastada lenfoma gelişimi: Olgu Sunumu**

Barış Yilmazer, Fulya Coşan, Ayşe Çefle  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Romatoloji Bilim Dalı

## Giriş:

Primer Sjögren sendromu (pSS) esas olarak egzokrin bezleri etkileyen, yavaş ilerleyen sistemik, otoimmün bir hastalıktır. pSS'da artmış non-hodgkin lenfoma (NHL) gelişim riski bilinmektedir.

## Olgu:

50 yaşında kadın hasta rutin kontrolü sırasında tespit edilen persistant sol supraklavikuler lenfadenopati nedeni ile yatırıldı. 10 yıldır ağız ve göz kuruluğu şikayeti olan hasta 1 yıldır Romatoloji Polikliniği'nden takip edilmekte idi. Bir yıl önceki başvurusunda periferik lenfadenopati ve organomegali mevcut değildi. Schirmer testi sağ ve sol gözde 2 mm olarak değerlendirildi.Yapılan laboratuvar tetkiklerinde, lökopeni tespit edildi. CRP: <0.5, ESH:20 mm/s ve RF:563 IU/ml (<20) olarak bulundu.ANA 4+ granüler, dsDNA:negatif, anti-SSA:negatif, anti-SSB:negatif olarak bulundu. C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapıldı ve diffüz lenfosit infiltrasyonu (Chisholm evre 4) saptandı. Hastaya pSS tanısı konularak hidrosiklorokin 200 mg/gün ve prednizolon 5 mg/gün tedavisi başlandı. Bu tedavi altında takip edilmekte iken sol supraklavikuler LAP tespit edildi. Ek periferik LAP ve organomegali yoktu. Hastada parotit atağı öyküsü yoktu.Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; akut faz reaktanları, hemogram ve rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. C4: 4.7 mg/dl (10-40) olarak düşük bulundu. İmmunoglobulin düzeyleri normaldi. HBs Ag, anti-HCV ve kriyoglobulin negatif olarak bulundu. Protein elektroforezinde monoklonal gammapati saptanmadı. Hastaya LAP eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu; diffüz büyük B hücreli lenfoma (sentroblastik tip, WHO 2008 ) olarak rapor edildi. Çekilen toraks ve batin bilgisayarlı tomografisinde ek bir bulgu yoktu. Hastaya yapılan kemik iliği biyopsisi normaldi. Hasta bu sonuçla hematoloji polikliniğine yönlendirildi.

## Tartışma:

pSS'de tanı sırasında, parotis büyümesi, palpabl purpura varlığı, splenomegali, hipergamaglobulinemi, kriyoglobulinemi, anemi, nötropeni ve özellikle düşük C4 kompleman düzeyi, lenfopeni gibi klinik ve laboratuvar bulguların varlığı NHL gelişim riski için prediktif değere sahiptir. Bu bulguları olan hastalar, yüksek riskli hastalar olarak kabul edilerek yakından ve ömür boyunca takip edilmelidir. Tanı sırasında olmayan bu bulguların takipte de ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle yüksek riskli hastalarda, kompleman düzeyi, kriyoglobulin, serum protein elektroforezi ve immunoglobulin düzeylerinin takibi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfoma, Sjögren Sendromu

## [PP-184][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Primer Sjögren Sendromlu Hastalarda Aşırı Aktif Mesane Sıklığı

Emine Figen Tarhan<sup>1</sup>, Hüseyin Tarhan<sup>2</sup>, Gökhan Keser<sup>3</sup>, Ümit Yıldırım<sup>2</sup>, Oğuz Mertoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İZMİR

<sup>2</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İZMİR

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı İZMİR

**GİRİŞ:** Üriner sistem tutulumu primer sjögren sendromunun (pSS) ekstraplandüler bulgularından biridir. Aşırı aktif mesane (AAM) terimi gündüz işeme sayısında artış (idrara sıklığı, genellikle günde 8'den fazla), karşı konulması zor olan güçlü ve ani işeme isteği (üriner sıkışma), sıkışma ile birlikte olan/olmayan inkontinans ve noktürü (gece 2 den fazla idrara çıkma) belirtilerinin oluşturduğu bir semptom kompleksi olarak tanımlanır. Bu çalışmada pSS hastalarında AAM sıklığını ve bu sıklığın sağlıklı kontrollerden farklı olup olmadığını araştırdık.

**Metod:** Çalışmaya 50 pSS ve 44 sağlıklı kontrol alındı. Tüm olgulara AAM değerlendirme formu ve 3 günlük işeme günlüğü formu dolduruldu. AAM tanısı AAM değerlendirme formu skoru 8 'in üzerinde olan kişilere konuldu. İşeme günlüğündeki parametrelerin 3 günlük ortalamaları hesaplanarak kaydedildi.

**Sonuçlar:** Primer sjögren sendromu hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ortalama yaşları 41.06±8.70; 40.06±8.46 (p>0.05) dir. Primer sjögren sendromu hastalarının %56 sında AAM görülürken sağlıklı kontrollerin %22.7 sinde AAM görülmüştür(p<0.05). Primer sjögren ve sağlıklı kontrollerin AAM değerlendirme formu skor ortalamaları (11.5±8.8; 6.5±5.3 p<0.05), gündüz idrara sıklığı (8.4±3.7; 3.6±2.6 p<0.05), noktürü (2.26±1.24; 1.22±1.1 p<0.05) açısından aralarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. AAM olan ve olmayan pSS hastalarının günlük aldığı sıvı miktarı açısından aralarında fark bulunmamıştır. (p>0.05).Hastaların hiçbirinde inkontinans tespit edilmemiştir.

**TARTIŞMA:** Çalışmamıza pSS hastalarında gündüz idrara çıkma sıklığı, noktürü, AAM değerlendirme skoru sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Lee ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 23 kadın sjögren hastasının %87 sinde gündüz sık idrara çıkma, %66 sında noktürü, %52

sinde ani işeme isteği olduğu bulunmuştur[1].

Sonuç olarak pSS hastalarında AAM kontrollere göre daha sık olduğu görülmüştür. Bu sonucu sadece pSS hastalarında ağız kuruluğu nedeniyle fazla sıvı almalarına bağlı olmadığını düşünmekteyiz. Aşırı aktif mesane hayat kalitesini bozan ve tedavi edilebilir bir hastalıktır bu nedenle pSS tanılı hastalar alt üriner sistem semptomları açısından mutlaka sorgulanmalıdır.

1-Lee KL, Dong CS, Chen MY, Ho CH, Tai HC, Hung SF, Yu HJ. Multifactorial causes of irritating bladder symptoms in patients with Sjögren's syndrome. NeuroUrol Urodyn.2011; 30(1):97-101

**Anahtar Kelimeler:** Aşırı Aktif Mesane

**[PP-185][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]**

### **Primer Sjögren Sendromlu Hastalarda Dil, Hafıza ve Visiospatial Fonksiyonların Değerlendirilmesi**

Mehmet Engin Tezcan, Abdurrahman Tufan, Rıdvan Mercan, Arif Kaya, Berivan Bitik, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker, Şeminur Haznedaroğlu  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalı, Romatoloji bilim dalı

Gerekçe: Sjögren sendromu, bez ve bez dışı tutulumlar ile karakterize kronik otoimmün hastalıktır. Nörolojik semptomlar da nadir olmamak üzere hastalık seyrinde gözlenmektedir. Sjögren sendromlu hastaların %20'sinde nörolojik tutulum görülmektedir[1]. Kognitif fonksiyon bozuklukları da Sjögren sendromlu hastalarda tespit edilmektedir. Bu çalışmada, günlük yaşamda hastaların hayatını etkileyebilecek üç kognitif fonksiyon özelliği, primer Sjögren sendromlu hastalarda değerlendirildi.

Yöntem: Bilinen nörolojik ve kognitif disfonksiyona yolaçabilecek metabolik ve endokrinolojik hastalığı olmayan hastalara, öncelikle nörolojik ve duygudurum değerlendirilmesi yapıldı. Nörolojik değerlendirmede patoloji saptananlar, duygudurum bozukluğu gözlenenler ve son bir ay içinde 4 mg/gün ve üzeri dozunda metilprednizolon kullanan hastalar çalışmadan dışlandı. Amerikan-Avrupa Konsensus Kriterlerine göre Sjögren sendromu tanısı almış 20 hasta çalışmaya alındı. Tecübeli bir nörolog tarafından çalışmaya alınan hastalara hafıza için minimental, dil fonksiyonu için Boston isimlendirme ve visiospatial fonksiyonlar için saat çizme testi uygulandı.

Sonuç: Altı hastada Boston isimlendirme testinde anormallik bulunmuştur. Bu hastalar ile testte anormallik saptanmamış hastalar arasında demografik, laboratuvar ve medikal geçmiş açısından farklılık saptanmamıştır. İki hasta da ise saat çizme testinde anormallik gözlenmiştir. Minimental test anormalliği olan hasta bulunmamaktadır.

Tartışma: Kognitif fonksiyon bozukluğu Sjögren sendromlu hastalarda sık görülmektedir[2]. Bu çalışmada dil fonksiyonunda belirgin, visiospatial fonksiyonda daha az olmak üzere anormallik saptanmıştır. Hafıza fonksiyonunda ise anormallik saptanmamıştır.

Referanslar

- 1.Delalande, S., et al., Neurologic manifestations in primary Sjogren syndrome: a study of 82 patients. Medicine (Baltimore), 2004. 83(5): p. 280-91.
- 2.Lafitte, C., et al., Neurological complications of primary Sjogren's syndrome. J Neurol, 2001. 248(7): p. 577-84.

**Anahtar Kelimeler:** Kognitif fonksiyon, Sjögren sendromu

**[PP-186][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]**

### **Primer Sjögren Sendromu ile İlişkili Konjenital Kalp Bloğu: Olgu sunumu**

Barış Yılmaz, Fulya Coşan, Ayşe Çefle  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı

Giriş:

Primer Sjögren sendromu (pSS) esas olarak egzokrin bezleri etkileyen, yavaş ilerleyen, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Konjenital kalp bloğunun 20 000 canlı doğumda bir görüldüğü ve % 10 neonatal mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Anti-Ro pozitif annelerin %2'sinde, mikst konnektif doku hastalığı ve Sjögren sendromu tanılı annelerin % 5'inde görüldüğü bildirilmiştir. Vakaların % 53'ünde gestasyonun 16.-24. haftalarında tanı konulurken % 24'ünde ise 25. gestasyon haftasından sonra tanı konulduğu bildirilmiştir.

**Olgu:**

26 yaşında kadın hasta. İlk defa 2008 yılında Sjögren sendromu tanısı konulan ve takipsiz olan hasta gestasyonun 36. haftasında fetal bradikardi nedeni ile romatoloji polikliniğine başvurdu. 2008 yılında ağız ve göz kuruluğu şikayeti ile romatoloji polikliniğinde yapılan schirmer testi sağ ve sol gözde 2 mm olarak değerlendirilmiş. Romatoid faktör 255 IU/mL (0-20), ANA granüler 4+, ENA profilinde SSA 3+, SSB 3+, RO-52 3+ olarak bulunmuş. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapılmış ve diffüz lenfosit infiltrasyonu (Chisholm evre 4) saptanmış. Hastaya pSS tanısı konularak hidroklorokin 200 mg/gün ve prednizolon 5 mg/gün tedavisi başlanmış. Hasta, 2009 yılından sonra takibini ve ilaçlarını kesmiş. 2010 yılında 36 haftalık gebeliği mevcut iken gelişen fetal bradikardi nedeni ile tarafımıza yönlendirilmiş. Fizik muayenesi normal olan hastanın bakılan laboratuvar tetkiklerinde, hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, idrar tetkiki normaldi. Hastaya deksametazon başlandı. Hasta sectio ile kalp pili gerektiren konjenital kalp bloğu olan bebek doğurdu. Bebek şu an kalıcı kalp pili ile takip altında olup, anne hidroklorokin 200 mg/gün ve prednizolon 5 mg/gün tedavisi ile polikliniğimizden takip edilmektedir.

**Tartışma:**

Sjögren sendromu tanısı olan gebeler konjenital kalp bloğu gelişme riski açısından dikkatli takip edilmelidir. Konjenital kalp bloğunda, optimal tedavi hala tartışmalı olmasına rağmen kortikosteroid kullanımının yararlı olduğu literatürde bildirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Konjenital Kalp Bloğu, Sjögren sendromu

**[PP-187][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

### **Primer Sjögren Senromu ve Peyronie Hastalığı: Olgu Sunumu**

Senol Kobak<sup>1</sup>, Musa Saraçoğlu<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

**Giriş**

Primer Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerinde otoimmün epitelit yanı sıra, lokomotor sistem tutuluşu da yapabilen, bağ doku hastalığıdır. Peyronie hastalığı, penis korpus kavernozaanın dış kısmını tutan, bir lokalize fibrotik hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber, lokalize fibröz hastalıkları içinde yer almaktadır. Bazı bağ doku hastalıkları(örn.sistemik skleroz) ile birlikteliği rapor edilmiştir. Lokal kolajen akümülyasyonu ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bildiride, primer Sjögren sendromu ile Peyronie hastalığını rapor ettik.

**Olgu sunumu**

33 yaşında, erkek hasta, yaklaşık 2yıl önce ağız ve göz kuruluğu, el bilek, MKF ve PİF eklemlerde ağrı ve sabah tutukluğu şikayetleri ile Romatoloji hekimine başvurmuş. Yapılan laboratuvar tetkiklerde, akut faz yanıt yüksekliği(ESR ve CRP) tespit edilmiş. Serolojik testlerde RF pozitif, ANA:1/160 granüler pozitif bulunmuş. Göz bakısında, Shirmer:5/6mm, BUT:7/5sn olarak bulunmuş.Yapılan dudak biopsi, Chisholm evre 4 olarak rapor edilmiş. Amerika-Avrupa konsensus grup klasifikasyon kriterlerine göre, primer Sjögren sendrom tanısı konulmuş. Hastaya Plaquenil 200mg/gün ve suni göz yaşı ilaçları başlanmış ve poliklinik takiplerine alınmış. Yaklaşık 5-6 ay önce başlayan peniste eğrilik, empotans ve ağırlı ereksiyon şikayetleri ile Romatoloji polikliniğimize başvurdu. Yapılan laboratuvar tetkiklerde patoloji saptanmadı. Akut faz yanıtları(ESR,CRP) normal idi. Seroloji testlerde ANA:granüler pozitif, anti-Ro:negatif, anti-La:negatif,anti-dsDNA:negatif, anti-Scl70:negatif olarak saptandı. Komplemanlar(C3/C4) normal bulundu. Hasta, Üroloji hekimine yönlendirildi. Burada yapılan genital muayenesinde peniste korpus kavernozaumda uniform endurasyon tespit edildi. Bunun üzerine penil USG yapıldı, akustik gölge vermeyen, soliter hiperekoik lezyon tespit edildi. Klinik ve radyolojik bulguları ile değerlendirildiğinde, Peyronie hastalığı tanısı aldı. Hastaya Evikap, Potaba, NSAİİ başlandı. Tedavinin 3.ayında şikayetlerinde regresyon gözlemlendi, ağırlı ereksiyon ve empotans bulgularında gerileme tespit edildi. Kontrol USG'de ise soliter lezyonda küçülme rapor edildi.

**Sonuç**

Primer SS tanısı ile takipte olan erkek hastada, Peyronie hastalığını tespit ettik. Lokal bir fibrotik hastalık olarak kabul edilen Peyronie hastalığının bağ doku hastalıklarında görülmesi, ortak bir etiopatogenez ve/veya bağ doku hastalığının lokal tutuluşu akla getirmektedir. Bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Kaynaklar**

1. Fox RI. Sjogren's syndrome. Lancet 2005; 366:321-331



- 2.Smith B H. Peyronie's disease. Am J Clin Pathol 1966; 45:670
- 3.Gualdieri L, Valentini G, Lupoli S, et al. Peyronie's disease in systemic sclerosis. Report of two cases. Rheumatol 1988; 15: 2.
- 4.Ordi J, Selva A, Fonollosa V, Vilardell M, Jordana R, Tolosa C. Peyronie's disease in systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 1990;49:134-5.

**Anahtar Kelimeler:** primer Sjögren sendromu, Peyronie hastalığı

**[PP-188][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

### **Progresif Sistemik Skleroz ve Romatoid Artritli Olguda Rituximab Deneyimi: Etkinlik ve Güvenilirlik Profili**

Nilüfer Alpay Kanitez, Ahmet Omma, Burak Erer, Murat İnanç, Lale Öcal, Sevil Kamalı  
İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı.

Giriş: Progresif sistemik skleroz (PSS), vaskulopati, deri ve iç organlarda inflamasyon ve fibrozise yol açan sistemik bağ dokusu hastalığıdır. Burada, interstisyel akciğer hastalığı (IAH) olan PSS ve Romatoid artritli (RA) bir olguda Rituximab'in (RIT), etkinlik ve güvenilirlik profili bildirilmiştir. Olgu: Kirkyedi yaşında kadın, 4 aydır el küçük eklemlerinde ağrı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Sorgulamada, 10 yıldır Raynaud fenomeni ve göz kuruluğu, 4 aydır, son 1 ayda kotulesen nefes darlığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede; perioral çizgilenme, sklerodaktili, bilateral proksimal interfalengeal eklemlerde (PIF) ağrı ve şişlik, her iki akciğer alt-orta zonlarında selofan raller tespit edildi. Anormal laboratuvar bulguları, hafif yüksek ESH (34 mm/s), hipergammaglobulinemi (1,6 g/dl), ANA (1/160, nükleolar) ve RF [54 IU/ml (0-14)] pozitifliği idi. Restriktif paternde solunum fonksiyon testi (SFT) mevcuttu (Tablo). Transtorasik ekokardiyografi ile pulmoner arter basıncı 30 mmHg tespit edildi. HRCT'de, bilateral akciğer parenkiminde interstisyel fibrozis ile uyumlu görünüm ve yer yer buzlu cam alanları saptandı. PSS-IAH ve seropozitif RA tanisi konulan hastaya, IAH hedeflenerek, pnömokok ve influenza aşılı yapıldıktan sonra siklofosfamid pulse (1 gram/ay) ve 24 mg/gün metilprednizolon (MPRD) tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında, hastanın Borg dispne skorunda düşme (4\2), stabil SFT, HRCT'de infiltrasyon alanında gerileme saptandı. Azatioprin (AZA) (2mg/kg/g) ve düşük doz MPRD ile izlenen hastada, tedavinin 2. ayında bilateral el bileği, MKF ve PIF eklemlerinde ağrı ve şişlik gelişti. ESH 44 mm/s, CRP 13 (0-5) mg/L saptandı. MPRD dozu arttırılarak tedaviye Metotreksat (15 mg/hafta) eklendi. Takibin 3. ayında, MPRD'nin azaltılmasıyla eklem bulguları nüksetti. El grafisinde kistik erozif eklem bulguları, eklem ultrasonografisinde (US), el bileği, MKF, PIF ve fleksör tendonlarda sıvı, 2+ doppler sinyal aktivitesi saptandı. Diğer sistem bulguları stabil seyreden hastanın, AZA ve MTX'i kesilerek RIT (2 hafta ara ile 1 gram) monoterapi protokolü uygulandı. RIT infüzyonunun 6. ayında eklem muayene ve US bulguları aşikâr geriledi. RIT infüzyonlarını takip eden 6 aylık süreçte minör veya ciddi, akciğer ve diğer sistemlere ait infeksiyon saptanmadı.

Tartisma

Ciddi akciğer tutulumu olmayan, akciğer fonksiyonları stabil PSS'li olgularda RIT, artrit için etkili bir tedavi seçeneği olarak gözükmektedir. RIT monoterapi ile, PSS'nin deri ve akciğer tutulumunun stabil seyrettiği gözlenmiştir. PSS'li riskli hasta popülasyonunda, asi uygulaması ve ciddi hipogammaglobulinemi gelişmemiş olmasının, olgumuzda olduğu gibi, ciddi infeksiyon riskini önemli ölçüde azalttığı düşünülmektedir. RA tedavisinde ruhsatlandırılmış olan RIT, PSS'de olumlu RIT deneyimleri bildirilmekle birlikte, henüz tecrübe edilmekte olan bir tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** Skleroderma, rituximab

### **PSS'li olguda, tedavi öncesi, siklofosfamid sonrası ile rituximab öncesi ve sonrasına ait solunum fonksiyon testi, Rodnan deri skoru ve DAS28 değerleri**

	FEV1	FVC	DLCO	Rodnan deri skoru	DAS28
Tedavi öncesi	%62	%58	%45	6	4,8
Siklofosfamid sonrası	%72	%67	%47	6	4,9
Rituximab öncesi	%71	%60	%45	6	6,6

Rituximab sonrası	%78	%65	%48	6	4,7
-------------------	-----	-----	-----	---	-----

## [PP-189][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Progressif Sistemik Skleroz ve Akciğer Kanseri: Olgu Sunumu

Barış Yılmaz, Fulya Coşan, Ayşe Çefle  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Romatoloji Bilim Dalı

#### Giriş:

Sistemik sklerozis (SSc), kronik, cilt ve iç organların ilerleyici fibrozu ile karakterize, etyolojisi bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır. SSc hastalarında genel populasyon ile karşılaştırıldığında belirgin artmış akciğer kanseri sıklığı literatürde bildirilmiştir. Anti-Scl 70 varlığı ve FVC'de belirgin azalma (<%75) malignite ile ilişkili bulunmuştur. SSc hastalarında, erkek cinsiyet, uzun hastalık süresi ve akciğer fibrozisi birlikte varlığının, akciğer kanseri gelişimi açısından yüksek riskli bir alt grup oluşturduğu bildirilmiştir.

#### Olgu:

58 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 ay önce başlayan öksürük şikayeti nedeni ile başvurdu. 1981 yılında soğukta ellerde solukluk ve morarma, parmak uçlarında akıntılı geçmeyen yaralar nedeni ile başvurduğu hastanede SSc tanısı konulmuş. Hastaya kolşisin 2x1, nifedipin 30 mg 2x1 tedavisi başlanmış. 1982-1991 yılları arasında, 10 yıl süre ile düzenli olarak ilaçlarını kullanmış. Daha sonra kendisini iyi hissetmesi nedeni ile ilaçlarını kesmiş.1991-2011 yılları arasında kontrolsüz olup ilaç kullanımı olmamış. Öksürük yakınması nedeni ile başvurduğu dış merkezde pnömoni tanısı ile çekilen Toraks BT'de, sol alt lob posterobazal segmentte pnömonik infiltrasyona bağlı havalanma kaybı tespit edilmiş. Antibiyoterapi sonrası sebat eden infiltrasyon nedeni ile hastaya Aralık 2011'de bronkoskopi yapılmış. Bronkoalveolar lavajda atipik hücre izlenmemiş. Transbronşial iğne aspirasyon biyopsi sonucu malignite saptanmamış. Bulgular interstisyel akciğer hastalığı olarak yorumlanmış ve Ocak 2012'de hasta romatoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın ilk başvurusunda, her iki elde sklerodaktili, sağ el 2.3.parmakta iyileşmiş pitting ülserler mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemogram ve rutin biyokimyasal tetkiklerde patoloji saptanmadı. ANA: nukleolar 2+, anti-Scl70: 3+ olarak tespit edildi. SFT sonucu, FVC %71 olarak bulundu. Göğüs hastalıkları ile konsülte edilen hastaya sol akciğer alt lobdaki lezyona yönelik TTİA biyopsisi yapılması önerildi.Ancak hasta işlemi kabul etmedi. Hastaya kontrol amaçlı çekilen Toraks BT'de, interstisyel akciğer hastalığı bulguları ve ek olarak sol alt lobdaki lezyon boyutlarında artış izlendi. Hastaya, bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyon izlenmedi. Sol alt lob posterobazal segmentten transbronşial parankim biyopsisi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj sitopatolojik incelemesinde, küçük hücreli dışı karsinom (yassı epitel hücreli karsinom) düşündürülen atipik epitelyal hücreler görüldü. Hasta Göğüs Cerrahisi ile görüşülerek opere edildi.

#### Tartışma:

SSc hastalarında artmış malignite eğilimine dikkat edilmesi gerekmektedir. Hastaların tanı ve takip sürecinde özellikle akciğer tutulumu açısından dikkatli değerlendirilmesi, interstisyel ve vasküler akciğer hastalığının yanı sıra akciğer kanserinin de erken tespiti açısından oldukça önemli olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Kanseri, Skleroderma

## [PP-190][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### Psoriatik Artritli Hastalarda Anti-CCP Antikor Pozitifliği Sıklığı ve Klinik Bulgularla İlişkisinin Değerlendirilmesi

Özlem Özdemir Işık<sup>1</sup>, Barış Yılmaz<sup>2</sup>, Fulya Coşan<sup>2</sup>, Ayten Yazıcı<sup>3</sup>, Ayşe Çefle<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Romatoloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

**Amaç:** Psoriatik artrit (PsA), hastanın kendisi ya da aile bireylerinin öyküsünde psoriazisin eşlik ettiği, spondiloartropati grubunda yer alan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriatik artritli hastalarda inflamatuvar aktivite değerlendirmesinde PsA'ya özgü bir laboratuvar testi yoktur. RA tanısında ise RF pozitifliği ve anti-CCP pozitifliği önem taşımaktadır. Bu çalışmada PsA'lı hastalar ve kontrol grubunda anti-CCP pozitifliği ile bunun klinik ve radyolojik bulgularla olan ilişkisi değerlendirildi.

**Method:** CASPAR çalışma grubunun PsA için tanımladığı sınıflandırma kriterlerini dolduran 100 PsA hastası ile 100 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Hastaların takipteki klinik ve laboratuvar bulguları kaydedildi. Hastaların serum örneklerinde micro-Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) tekniği kullanılarak Dynex cihazında anti-CCP antikorunu tayin edildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda PsA'lı hastaların %15'inde anti-CCP pozitif iken, sağlıklı kontrollerin %4'ünde anti-CCP pozitif saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,014$ ;  $OR=4.24$ , %95 GA=1.35-13.25). Sakroiliit ve daktilit sıklığı anti-CCP negatif olan grupta daha fazla idi. Anti-CCP antikor sıklığı açısından, asimetric oligoartiküler ve simetric poliartiküler tutulumu olanlar arasında fark bulunmadı.

**Sonuç:** Çalışmamızda, sağlıklı kontrollere kıyasla PsA'lı hastalarda anti-CCP pozitifliğinin daha fazla olduğu görüldü. Fakat anti-CCP pozitifliği ile klinik ve radyolojik bulgular arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-CCP, Psoriatik artrit

[PP-191][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

## Psöriatik Artrit ve Periodontitis

Gezmiş Kimyon<sup>1</sup>, Ufuk Sezer<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Kemal Ustun<sup>2</sup>, Kamile Erciyas<sup>2</sup>, Ahmet Mesut Onat<sup>1</sup>, Bunyamin Kısacık<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Bilim Dalı, Gaziantep

**Gerekeç:** Psöriatik artrit (PsA) spondilartropati grubundan ve psöriazisle ilişkili bir inflamatuvar hastalıktır. Patogenezinde pro-inflamatuvar sitokinler önemli rol oynar. PsA'da en belirgin karakteristik özellik cilt, eklem ve entesis bölgelerinde IL-1 ve TNF- $\alpha$  aşırı salınmasıdır. Kronik periodontitis (KP) ise dişi destekleyen dokularda oluşan inflamasyondur. Bugünkü mevcut bulgular ışığında periodontistler hastalığın en temel nedeni olarak bakteriyel enfeksiyonu göstermektedir. Her ne kadar KP enfeksiyon kaynaklı, romatolojik hastalıklar ise daha çok otoimmün kökenli olsa da bu iki hastalık patolojik olarak benzerlikler göstermektedir. Bu çalışmada PsA ile KP arasındaki olası ilişkilerin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

**Yöntem:** Çalışmaya toplamda yaş cinsiyet dengesi planlanmış 101 hasta dahil edildi. PsA grubunda Gaziantep Üniversitesi Romatoloji kliniğine rutin poliklinik için başvuran 51 psöriatik artrit hastası alındı, kontrol grubuna ise periodontitis şikayeti olan ve Diş Hekimliği Fakültesine başvuran 50 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. PsA hastalarının entezit ve daktilit sorgulaması yapılmış tüm hastalarda akut faz reaktanlarının (ESH, CRP) yanı sıra PsARC ve VAS skorlaması yapıldı. KP ve PsA hastalarının diş bulguları Cep Derinliği, Plak Endeksi, Klinik Attachment Seviyesi ve Gingival Endeksi Kullanıldı.

**Bulgular:** Hasta grupları arasında sigara öyküsü, cinsiyet, beden kitle endeksi ve yaş açısından fark yoktu. PsA grubu hastaların hastalık süresi;  $9.66 \pm 7.24$  yıl idi. Hastaların hepsi en az 1 tane DMARD alıyorken, 45 (88.3%) tanesi herhangi bir anti TNF- $\alpha$  ajanı kullanmakta idi. Gruplar arasında Plak Endeksi, Gingival Endeks, Cep Derinliği açısından fark görülmezken, klinik attachment seviyesi PsA olan hastalarda anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 1).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışma Türkiye'de PsA hastalarında periodontal açıdan klinik attachment seviyesinin ilk defa yüksek gösterildiği çalışmadır. Klinik tutunma kaybı periodontal hastalıklarda altın standart olarak kullanılan ve geriye dönük hastalık süreci hakkında da bilgi veren bir ölçüttür. Bu bulgular her iki hastalık arasında ilişki olduğunu düşündürülebilir. Literatürde PsA'nın KP etkileyip etkilemediğine ilişkin çok kısıtlı yayın bulunmaktadır. Moen ve arkadaşları Romatoid Artrit ve PsA hastalarından elde edilen sinovyal sıvılarda ve serumlarında yoğun oral bakteri serolojisine rastlamışlardır. Bu çalışmada inflamatuvar sürecin periodontal hastalarda PsA'nın ortaya çıkış sürecinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular özellikle klinik attachment seviyesi fazlalığının her iki hastalık arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Ancak bulguların geniş katılımlı çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** psöriatik artrit, periodontal hastalık

**Tablo 1: Hastaların Periodontal Bulguları**

**Tablo 1: Hastaların Periodontal Bulguları**

Parametreler	PsA (n=51)	KP (n=50)	P Değeri
Klinik Atachment Seviyesi	3.30±1.22	2.83±0.99	0.037
Cep Derinliği	3.11±1.14	2.72±0.92	0.063
Plak Endeksi	1.50±0.51	1.47±0.64	0.776
Gingival Endeksi	1.33±0.40	1.29±0.39	0.543

**[PP-192][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]**

**Psöriatik Artritli Hastalarda Metabolik Sendrom Sıklığı**

Gülkan Kaplan<sup>1</sup>, Ahmet Behlül<sup>1</sup>, Aslı Gökbelen<sup>1</sup>, Fatih Borlu<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hast- Romatoloji, İstanbul

Giriş: Son dönemde yapılan araştırmalar Psöriatik artritli (PsA) hastalarda kardiovasküler hastalıklar ve bu hastalıklarla ilişkili mortalitenin arttığını göstermektedir. Metabolik sendrom kardiovasküler hastalıklar için en önemli risk faktörüdür. Bu çalışmada PsA'li hastalarda metabolik sendrom ve kardiovasküler risk faktörlerinin sıklığını incelemeyi amaçladık.

Metod: Çalışmaya CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konulan 75 hasta(53 kadın, 22 erkek; ortalama yaş 45.4±11.5) alındı. Hastaların metabolik sendrom ve kardiovasküler hastalıklar için risk faktörleri sorgulandı, sistemik muayeneleri yanı sıra bel çevresi, boy ve kiloları ölçüldü. Açlık kan şekeri (AKŞ), kolesterol (Total,LDL,HDL), trigliserid, insülin, c-peptid ve HOMA-IR düzeylerine bakıldı. Metabolik Sendrom tanısı Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli III (NCEP ATP III) kriterlerine göre konuldu.

Bulgular: NCEP AT III kriterlerine göre PsA'lı hastalarda metabolik sendrom sıklığı %42.6'dır. Diğer kardiovasküler risk faktörlerinden HT %20, DM %14.7, sigara maruziyeti %37.5, hiperlipidemi %6, ailesel KAH öyküsü %17.5 oranındadır. Metabolik sendrom sıklığı erkeklerle karşılaştırılınca kadın hastalarda anlamlı derece yüksektir (p <0.001). Ayrıca, kadınlarda HT (p=0.005) ve DM (p <0.05) sıklığı ile ortalama BMI(K:29.6±5.2, E: 26.7 ±3.7, p:0.019) ve AKŞ düzeyleri (K:105.6±41.0, E: 93.0 ±8.0, p:0.019) daha yüksektir. İnsülin, c-peptid ve HOMA-IR düzeyleri açısından iki cinsiyet arasında fark gözlenmemiştir.

Sonuç: Türkiye metabolik sendrom araştırma grubunun (METSAR) yaptığı çalışmaya göre ülkemizde kentsel yerleşimlerde metabolik sendrom sıklığı ortalama % 33.82 dir. Avrupa ve ABD'de yapılan araştırmalarda paralel sonuçlar göstermektedir. Bulgularımız bu konuda daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte olup PsA'li hastalarda normal populasyona göre artmış metabolik sendrom sıklığını ortaya koymaktadır. Kadın PsA'lı hastalarda risk daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Metabolik Sendrom, Psöriatik Artrit

**[PP-193][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]**

**Psöriatik Artritli Hastalarımızın Genel Özellikleri**

Gülkan Kaplan<sup>1</sup>, Ahmet Behlül<sup>1</sup>, Polat Olgun<sup>1</sup>, Aslı Gökbelen<sup>1</sup>, Fatih Borlu<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul

<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hast- Romatoloji, İstanbul

Giriş: Psöriatik artrit (PsA) presentasyon ve klinik seyri oldukça heterojen olan inflamatuvar bir hastalıktır. Prevalansı toplumlar arasında oldukça değişken olup psöriasisli hastaların %5-42'si etkileyebilmektedir. Ülkemizdeki PsA'lı hastaların klinik özellikleri ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Bu nedenle kliniğimizde takip edilmekte olan PsA'lı hastaların klinik ve demografik bulgularını gözden geçirmeyi amaçladık.

Metod: Caspar tanı kriterlerine göre PsA tanısı konulan hastaların demografik verileri incelendi. Bulgular: 1 Ocak 2012-1 Eylül 2012 tarihleri arasında 82 hastaya PsA tanısı konulmuş olup %73.2 (n=60) kadın ve ortalama yaş 45.2±11.6'dır. 4 hastada (%4.8) plak psöriasis gözlenmemiş, 1 (%1.2) hastada ise psöriatik plaklar PsA tanısından daha sonra gelişmiştir. Plakların ortaya çıkış yaşı ortalama 31.7±14.5, PsA tanı yaşı ortalama 42.5±11.9'dir. Hastaların %70'ünde eklem şikayetleri psöriatik plaklardan sonra gelişmiş (ortalama 11.5±8.4 yıl), %17'sinde (n=14) ise eklem şikayetleri ile plaklar aynı zamanda başlamıştır. Eklem semptomlarının başlangıcı ile PsA tanısı arasında geçen süre yaklaşık 3 yıldır. Hastaların %43.9'u asimetrik oligo-artriküler, %25.6'i RA benzeri sistemik poliartiküler form, %18.3'ü aksiyel spondilitik tutulumlu, %11'i DIF tutulumlu klasik PsA formundadır. Tırnak tutulumu %50, daktilit %17.1, entezopati %36.6 oranındadır. Hastaların %39'unun ailesinde psöriasis öyküsü vardır.

Sonuç: Bulgularımız PsA'lı hastalarımızın genel özelliklerinin literatürde bildirilenlere benzer olduğunu göstermektedir. En dikkat çekici bulgu eklem şikayetlerinin başlangıcı ile PsA tanısı arasında geçen sürenin uzun olduğudur. PsA tanısında gecikme eklem hasarı ve kalıcı sakatlıklarla sonuçlanabilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar mortalite ve morbiditeninde arttığını göstermektedir. İnceleme sonuçlarımız hastaların az bir kısmında PsA tanısının erken dönemde konulduğunu göstermektedir. Psöriasis plakları olan hastalarda eklem şikayetlerinin gelişimi ile PsA tanısı konulması arasında geçen süre yaklaşık 3 yıldır. Bu gecikmede hasta ve sağlık çalışanlarının PsA hakkındaki bilgi eksiklikleri, sosyal güvenlik kurumu ve sağlık hizmeti sunumundaki yanlış politikaların rolü olabilir. Erken tanı için psöriasisli hastalarla romatologlardan daha önce karşılaşılan dermatolog ve aile hekimlerinin bu konuda daha duyarlı olması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit

[PP-194][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

## **Psöriasis ve psöriatik artrit tırnak görüntülemesinde Optical Coherence Tomography- OCT**

Sibel Zehra Aydın<sup>1</sup>, Concepcion Castillo Gallego<sup>2</sup>, Zoe R Ash<sup>3</sup>, Giuseppina Abignano<sup>3</sup>, Helena Marzo Ortega<sup>3</sup>, Miriam Wittmann<sup>3</sup>, Francesco Del Galdo<sup>3</sup>, Dennis Mcgonagle<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Unit of Rheumatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

<sup>3</sup>Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, University of Leeds and NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit, Leeds Teaching Hospitals, Leeds, UK

Giriş

Psöriaziste tırnak tutulumu, artriti predikte etmesi ve anatomik bağlantılar nedeniyle daha sistemik tutulumla işaret etmesi nedeniyle hem klinikte hem de araştırma alanında giderek artan öneme sahip olmuştur. Klinik değerlendirme hala tırnak incelemesinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada optik görüntüleme yöntemi olan "Optical Coherence Tomography" (OCT) ile yüksek çözünürlüklü ultrasonun (US) artriti olan ve olmayan psöriasis hastalarında tırnak tutulumunu göstermedeki başarısını karşılaştırdık.

Metot

En az bir tırnakta tutulumu olan 18 psöriasis hastası (13 hastada psöriatik artrit) ve 12 sağlıklı kontrolde el parmaklarına ait 10 tırnak OCT ile değerlendirildi. Hastalara aynı zamanda tırnak US'u da yapıldı. Klinik, OCT ve US değerlendirmelerini yapan araştırmacılar birbirlerinin değerlendirmelerine kördü. Klinik onikopati modifiye NAPSİ ile değerlendirilirken her iki görüntüleme yöntemi ile tırnakta sinyal değişiklikleri ve kontür anormallikleri kaydedildi.

Sonuçlar

Hastalarda 122/180 tırnakta (% 67.8) klinik bulgular saptanırken 61/180 (% 33.9%) tırnakta US bulguları, 80/180 tırnakta (% 44.4) OCT bulguları mevcuttu (figür 1). Sağlıklılarda 120 tırnağın 5'inde OCT bulgusu (2/12 hasta) pozitif idi. Psöriatik tırnak tutulumu için bir OCT bulgusu taşımanın sensitivite and spesifitesi sırasıyla % 44.4 ve % 95.8 iken pozitif likelihood ratio (+LLR) 10.7 olarak

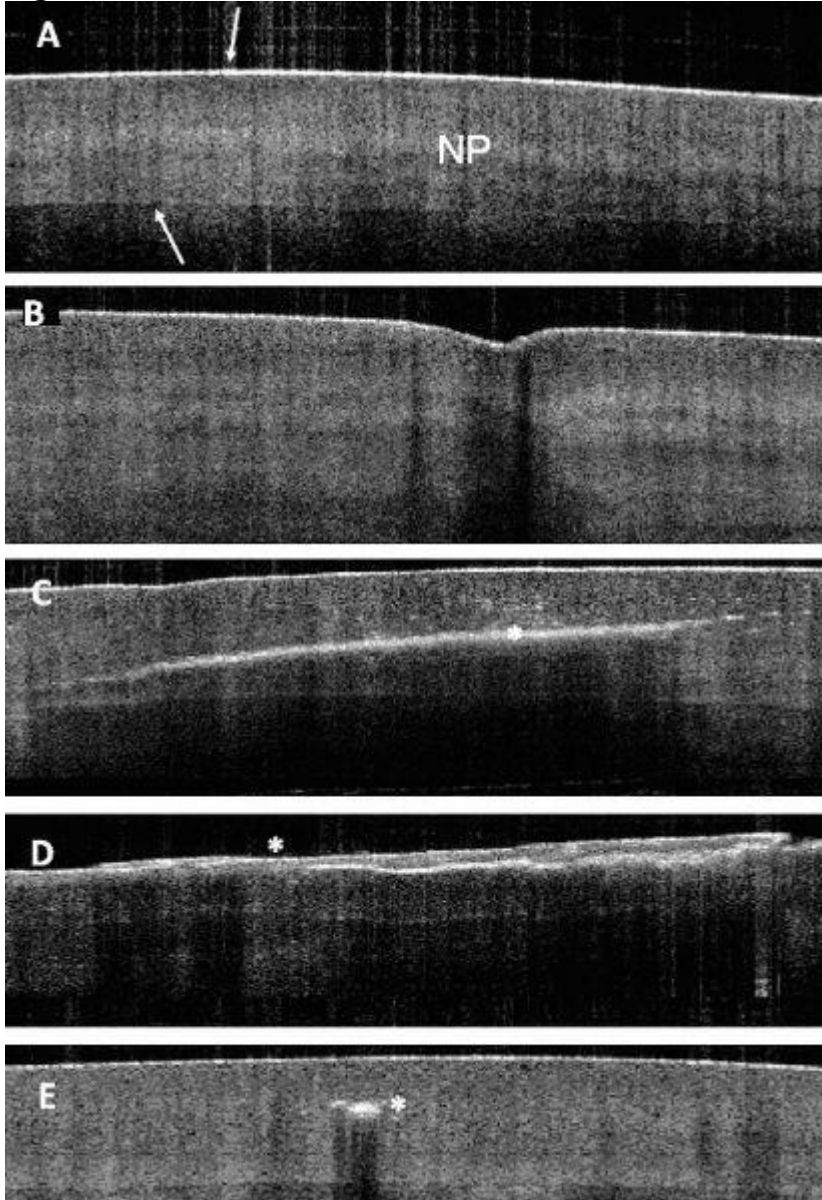
bulundu. Farklı OCT bulguları karşılaştırıldığında difüz tırnak yatağı içi ve yüzeyel tabaka kalsifikasyonlarının en yüksek +LLR'ya sahip oldukları görüldü. OCT ile klinik değerlendirme arasında % 76.3, US ile ise % 65 uyum izlendi. Psöriatik hastalar içinde OCT klinik olarak normal saptanan 12 tırnakta, US ile normal olarak değerlendirilen 41 hastada sessiz değişiklikler olduğunu gösterdi.

#### Tartışma

OCT, psöriaziste tırnak tutulumunun değerlendirmesinde bulguların karakterize edilebilmesi avantajına sahip alternatif bir değerlendirme yöntemi, tanı ve tedavi yanıtının değerlendirilmesinde daha objektif bir ölçek olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriazis, OCT

**Figür 1**



A) Sağlıklılarda tırnak plakasının (NP) yüzeyel ve derin tabakaları (oklar) net çizgiler halinde seçilebilmektedir. B) Yüzeyel tabakada düzensizlik (pitting görüntüsü) C-D-E) Psöriazis hastalarından elde edilen kalsifikasyon görüntüleri (\*). C) Tırnak plakası içinde düzgün, lineer opasiteler, D) Yüzeyel tabakada kalınlaşma şeklinde izlenen kalsifikasyon sahaları, D) Dansitesine bağlı olarak arkasında gölge de oluşturabilen, hiperrefleksiyon yapan noktasal

*kalsifikasyonlar.*

**[PP-195][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

## **Rekürren Hemoptizi Yakınması İle Başvuruda Aspergilloma Saptanan Behçet Hastalığı Olgusu**

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

### **GİRİŞ**

Behçet hastalığı nüks ve remisyonlarla karakterize, rekürren ve multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Aspergillus türleri doğada yaygın olarak bulunan küf mantarlarıdır. Behçet hastalığı nedeniyle immünsüpresif tedavi almakta olan olguda rekürren hemoptizi varlığında aspergillus enfeksiyonunun akılda tutulması gerektiğini ortaya koyduğumuz olguyu sunduk.

### **OLGU**

12 yıl önce rekürren oral aft ve genital ülser yakınması ile Behçet hastalığı tanısı konulan 34 yaşında erkek hasta kliniğimize rekürren hemoptizi yakınması ile başvurdu. Tanı konulduğu yıllarda papülopüstüler erupsiyon ve akneiform lezyon görülen hastanın inşaat işçisi olarak çalışmakta olduğu öğrenildi. Hastaya sekiz yıl önce kolşisin tedavisi altında tekrarlayan oral aft ve genital ülser nedeniyle metilprednizolon ve azotipürin tedavisi başlanmış ve 1 yıl önce göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınmasının ardından pulmoner arter basıncının belirgin yüksek saptandığı masif pulmoner emboli nedeniyle trombolitik tedavi verilmiş. Trombolitik tedavi sonrası kliniğinin düzelmiş ve pulmoner arter basıncının normale gerilemiş olduğu öğrenildi. Kumadinize edilen hastanın 4 aydır devam eden hemoptizisi olması üzerine yatırıldı. Fizik muayenede pletorik yüz görünümü mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde INR: 3,11 (0,85-1,5) ve lökositoz dışında normaldi. Kranial MRG'de anevrizma saptanmadı. Alt ekstremitelerde doppler USG'de akut ya da kronik süreçte tromboz saptanmadı. D-dimer düzeyi ve arteriyel kan gazı normaldi. EKO ile sağ kalp boşlukları hafif geniş, pulmoner arter basıncı: 26 mmHg idi. Hemoptizi ayırıcı tanısına yönelik çekilen pulmoner BT anjiyografide pulmoner arterlerde belirgin patoloji görülmedi. Aynı BT'de görülen sağ akciğer üst lob apikal segmentteki kaviter lezyonun ise dört ay önce trombolitik tedavi öncesi akut pulmoner emboli tanısı konulurken çekilen dış merkezli BT'de de bulunmakta olduğu görüldü. Aspergilloma açısından tipik görünüme sahip olan kaviter lezyonun masif kanama riski taşıması nedeniyle almakta olduğu kumadin tedavisi kesildi. Kanda bakılan galaktomannan antijeni negatifti. Bronş lavajında ARB negatifti. Kültür üremesi olmadı. Bronş lavaj sitolojisinde patoloji saptanmadı. Varikonazol tedavisi başlandı ve hastanın takipte hemoptizisinin olmadığı görüldü. Kontrolde gerileme olmaması üzerine cerrahi operasyon planlandı.

### **TARTIŞMA**

Behçet hastalığı'nda oral ve genital ülserlerde temel tedavi kolşisin iken, kolşisin yanıtız vakalarda kortikosteroid ve azotipürin verilebilmektedir. Fakat immünsüpresif tedavi beraberinde fırsatçı enfeksiyon riski getirmektedir. Aspergilloma invaziv lezyon olmayıp, %90 oranında büyümeden kalır. En sık belirti ise hemoptizidir. Herhangi bir belirtisi olmayan mantar topunun tedavisi gerekmez. Klinik belirtilerle seyreden lezyonlarının tedavisi de son derece zordur.

### **SONUÇ**

Her çap ve türde damar tutulumu ile seyredabilen Behçet hastalığında hemoptizi varlığında fırsatçı mantar enfeksiyonu, immünsüpresif tedavinin komplikasyonu olarak akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aspergilloma, Behçet Hastalığı

**[PP-196][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

## **Kolanjiosellüler Karsinom, Spondilit, Seropozitif Romatoid Artrit: Olgu Sunumu**

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Murat Çubukcu<sup>2</sup>, Sema Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

## GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS) 1970'lere kadar, romatoid artrit (RA) spinal tutulumu olarak bilinmekte ve romatoid spondilit olarak adlandırılmakta idi. HLAB27 ve ortak epitop keşfi ile bu görüş sorgulanmış, AS ve RA etiyoloji, patoloji, klinik bulgular ve eklem tutulumu açısından belirgin farklılıkları olan iki ayrı hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Literatürde RA ve AS birlikteliğine yönelik epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır. Az sayıda olgu bildirilmiş olan bu birlikteliği gösteren vakamızı sunmaktayız.

## OLGU

Yaklaşık 2 yıl önce kolanjiosellüler karsinom nedeniyle opere olan ve tıbbi onkoloji bölümünde takipte olan 55 yaşında erkek hastanın takiplerinde çekilen tüm abdomen bilgisayarlı tomografide bilateral sakroileit saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Hastanın sorgulamasında yaklaşık 1 yıldır her iki el bileğinde, el parmak eklemlerinde, her iki kalçada, dizlerde ve ayak bileğinde ağrı ve ara ara olan şişlik, ağız ve göz kuruluğu şikayetlerinin olduğu öğrenildi. El parmak eklemlerinde fleksiyon hareketinde zorlanma tarifliyordu. Hastanın psöriazis veya inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde her iki elde yaygın şişlik ve hassasiyet, sakroiliak kompresyon testinde pozitiflik ve bilateral FABERE testinde pozitiflik saptandı. Modifiye Schober testi 8 cm ve göğüs ekspansiyonu 3.5 cm olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon: 25 (0-20) mm/sa, RF:132 (0-20) mg/L, anti-CCP pozitif idi. Anti nükleer antikor (ANA) negatif saptandı. HLA B27 aleli mevcut değildi. Hastaya sülfasalazin 2 /gün, metotreksat 15 mg/gün ve folik asit gün aşırı başlandı. Hastanın 1,5 ay sonraki kontrolünde ellerinde şişliğin belirgin gerilediği, kalça ve el parmak eklemlerinde fleksiyon hareketi sırasında rahatlama olduğu görüldü.

## TARTIŞMA

AS ve RA birlikteliği oldukça nadir görülen bir durumdur. Spesifik bir hastalığı işaret eden romatolojik bir bulgu ile romatoloğa yönlendirilen vakalarda, eğer ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve uygun laboratuvar tetkikleri ile bir bütün olarak değerlendirme yapılmaz ise iki farklı klinik antite gözden kaçabilir. AS veya RA tanısı ile takip edilen hastalar takipte ortaya çıkan farklı şikayetlerine göre klinik, laboratuvar ve görüntüleme ile tekrar değerlendirilmeli, farklı klinik antitelerin birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır. Bu sayede belki de AS ve RA birlikteliğinin nadir olmadığı görülebilecektir. Tanı konulması, RA hastalarında erken dönemde kombine hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç tedavisi başlanarak radyolojik progresyonun önlenmesi için önemlidir.

## SONUÇ

Nadir görülen klinik birliktelikler her zaman, hekimin hastayı ilk muayenede ve takipte ayrıntılı bir şekilde sorgulamasını ve şikayetlerine uygun tetkikler ile değerlendirebilmesini gerektirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Spondilit

**[PP-197][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

## Felty sendromu tanısı ile izlenen üç olgunun sunumu

Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşegül Uçar<sup>2</sup>, Özgür Mehtap<sup>3</sup>, Emel Gönüllü<sup>3</sup>, Ali Tamer<sup>2</sup>

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

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

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD

Felty sendromunda (FS) etkili bir tedavi stratejisi geliştirilememiştir. Burada farklı şekilde tedavi edilen üç vaka sunulmuştur.

Olgu 1: 52 yaşında erkek hastaya 2008'de eklem şişlikleri ile SZP 3x2 başlanmış. 2 yıldır tedavisiz olup ara ara eklem ağrıları olan hastanın muayenesi normaldi. Lökosit:1800/mm<sup>3</sup>, nötrofil:600/mm<sup>3</sup>, RF:148IU/ml, B12vit:141pg/mL, USG'de splenomegali (SM) saptandı.

Hematoloji periferik yayma ve kemik iliğinde (Kİ) hematolojik hastalık saptamayıp otoimmün nötropeni tanısıyla 32mg prednol ve B12 başlamış. ANA ile dsDNA (-), antiCCP:87RU/ml olan hastaya FS tanısıyla MTX 7.5mg ve klorokin eklendi. 1. ayında lökosit:800/mm<sup>3</sup>, Hb:10.9g/dl, Hct:%33, nötrofil sayılmayacak düzeye inince G-CSF eklendi. Yanıt alınmayıp trombositopeni gelişince MTX kesilerek siklosporin 200mg başlandı. İhtiyaç halinde G-CSF verilip steroid dozu artırıldı. Tedavinin 6. ayında lökosit:2200/mm<sup>3</sup>, nötrofil:1400/mm<sup>3</sup>, PLT:170000/mm<sup>3</sup> idi; tedaviye MTX 5mg eklendi ve tedricen dozu artırılarak 12.5mg'a kadar yükseltildi. Bu tedavi ile steroid dozu 4mg'a kadar düşürülen hastanın takiplerinde problemi olmadı.

Olgu 2: 78 yaşında kadın hasta, 3 yıldır olan eklem şişliği, ağrı ile başvurdu. Muayenesinde sol MKF'de hassasiyet dışında özellik yoktu. Biyokimyası normal olup lökosit:4700/mm<sup>3</sup>, nötrofil:800/mm<sup>3</sup>, RF:85.6IU/ml, antiCCP>200RU/ml idi. ESH, CRP normal, ANA ve dsDNA (-)'ti. Hematoloji periferik yaymada atipik hücre saptamadığını, SM varlığı nedeni ile FS ön tanısıyla prednol 64 mg/gün başlandığını, yanıt alınmazsa Kİ yapılmasını belirtti. Nötropenisi düzelince



tedaviye leflunomid ve klorokin eklendi. Tedavinin 1. ayında lökosit:4600/mm<sup>3</sup>, nötrofil:1200/mm<sup>3</sup> idi. Takiplerde şikayeti olmayan hastanın son lökosit:5900/mm<sup>3</sup>, nötrofil:1800/mm<sup>3</sup> idi. Olgu 3: 69 yaş kadın hasta; 6 ay önce grip sonrası halsizliğin devamı üzerine yapılan tetkiklerinde lökopeni ve SM saptanmış. Hematoloji periferik yaymada atipik hücre saptanmamış; Kİ ve immünelektroforezi doğal olan hasta Romatoloji'ye yönlendirilmiş. Sorgulamada 6 aydır el eklemlerinde sabah tutukluğu, ağrı ve şişlik olduğu saptanan hastanın muayenesi normaldi. Tetkiklerinde lökosit:2280/mm<sup>3</sup>, nötrofil:91/mm<sup>3</sup>, Hb:10g/dl, Hct:%29.8, ESH:70mm/sn, CRP:38.6mg/dl, RF:59IU/ml, antiCCP:269RU/ml saptandı. Diğer değerleri normal olup anemi kronik hastalık anemisiyle uyumluydu. El grafisinde periartiküler osteopeni, PIF'de daralma görüldü. ANA ve ENA (-) olan hastaya FS tanısıyla 32 mg prednol, klorokin ve G-CSF başlandı. Tedavinin 3. haftasında lökosit:5600/mm<sup>3</sup>, nötrofil:3900/mm<sup>3</sup>, Hb:11g/dl, Hct:%32.8 olunca tedaviye siklosporin 100mg eklendi. Takiplerde steroid dozu azaltılarak siklosporin 200mg'a çıkarıldı. Tedavinin 6. ayında lökosit:7300/mm<sup>3</sup>, nötrofil:2900/mm<sup>3</sup>, Hb:11.9g/dl, Hct:%33.5 saptandı. FS'de farklı tedaviler denenmekte olup DMARD'lar tek başına veya kombinasyon halinde G-CSF de eklenerek kullanılmaktadır. Son olgudaki gibi hastaların ön planda enfeksiyon veya hematolojik bulgularla da başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Felty sendromu

[PP-198][Kabul:Poster][Diğer]

### Server Hastalığı Vaka Sunumu

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Savas Karpuz<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Server hastalığı, ilk olarak 1907 'de Haglund tarafından tariflenmiştir. Osgood-Schlatter hastalığına benzer şekilde fiziksel olarak aktif çocuk ve adölesanlarda eklemlerin aşırı kullanımına bağlı olarak görülür. 10-12 yaş arası erkek çocuklarda ve obez çocuklarda daha sık görülür. Özellikle yakın zamanda spora başlama öyküsü vardır. Atletizm (koşu ve uzun atlama), server hastalığının oluşmasında önemli bir nedendir. Kalkaneus, arka-alt büyüme plağında bir zorlanmaya bağlıdır. Bursa, aşil tendonunu ve tendon yapisma yerini etkileyen bir hastalıktır. Yük binmesi ile artan topuk ağrısı vardır. Genellikle tek taraflıdır, ancak bilateral olabilir. Bulgular pozitif sıkıştırma testi ve topuğun arka tepesinde düzleşmedir. Bizim olgumuz, Server hastalığı tanısı koyduğumuz 11 yaşında erkek hastaydı. Olgu: 11 yaşında erkek hasta, 6 aydır her iki topukta ve dizde ağrı yakınması vardı. Hemen hemen hergün olan ağrısı, ayakta uzun süre durduğunda artıyordu. Topuk ve diz dışında kalan eklemlerinde ağrı yakınması olmayan hastanın artrit öyküsü yoktu. Laboratuvar testleri; Kreatin 0.4 mg/dl, ALT: 11 U/ L, Hgb: 13.4 g /dl, WBC: 7.4 K/ uL, PLT: 244.10<sup>3</sup>, ESR: 2 mm/saat, CRP:1 mg/ L, RF (-) ve troid hormon paneli normaldi. Sistem sorgulamasında oral aft, ateş, karın ağrısı, artrit, döküntü, inflamatuvar bel ağrısı yoktu. Fizik muayenesinde sıkıştırma testi (squeeze test) pozitif. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Çekilen her iki ayak lateral grafisinde her iki kalkaneusta fragmantasyon saptandı. (Şekil-1) Tartışma: Server hastalığı ya da kalkaneus apofiziti topuk ağrısının yaygın bir nedenidir. Epifiz plağındaki apofiz kemiğin tam arka duvarında gelişir. Aşil tendonu kalkaneusun apofizine yapışır. Büyüme plağının yaralanmaya oldukça müsait olduğu söylenebilir. En önemli etyolojik faktör aşırı kullanım ve mikrotravmadır. Bu hastalık kendisini iki hafta gibi bir sürede sınırlamaktadır. Konservatif tedaviye iyi yanıt verir. Konservatif tedavi buz uygulama, istirahat, yük azaltma, germe ve güçlendirme egzersizlerini içermektedir. Bizim olgumuzda konservatif tedavi yöntemleri kombine olarak uygulanmıştır. Hasta tedaviye oldukça iyi yanıt vermiştir. Sonuç: Olgumuza mevcut klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak Server hastalığı teşhisi konuldu. Topuk ağrısı ile gelen adölesanlarda server hastalığı mutlaka akılda tutulmalıdır ve topuk ağrısına neden olan romatolojik hastakılardan ayırt edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Server hastalığı, kalkaneus

---

**Şekil-1**



*Her iki kalkaneusta inkomplet kırık hattı, server hastalığına ait tipik görünüm*

**[PP-199][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]**

### **Lymphadenopathy as an initial manifestation of Systemic lupus erythematosus**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Ilknur Albayrak<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

#### Summary

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disorder which can effect people at any age, sex and ethnical group. SLE may present with different clinical manifestations. Related to immunity SLE involves skin, renal, hematologic and musculoskeletal systems. Lymphadenopathy is a result proliferation and invasion of neoplastic or inflammatory cells in the lymph nodes. Lymadenopathy has a wide etiologic spectrum. Rarely lymphadenopathy is initial manifestation of SLE. In this paper we report a case of SLE with lymadenopathy. Introduction. Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disorder which can effect people at any age, sex and ethnical group. But 90% of the

cases are females in reproductive period. A study showed that frequency of initial manifestations of SLE respectively 61% arthritis, 67% fever, 59% skin lesions, %27 lymphadenopathy. Clinical appearance includes arthralgia, arthritis, malar rash and other skin involvements, central nervous system involvement, cytopenia and other organ damages and coagulation defects. Lymphadenopathy is a result proliferation and invasion of neoplastic or inflammatory cells in the lymph nodes. Typically regional injury and infection causes lymphadenopathy. Lymphadenopathies can be regional or generalised. Generalised lymphadenopathy is described as three or more lymph node region involvement. Virus infections, bacterial infections, fungal and parasitic infections may cause lymphadenopathy. Malignancies also may cause lymphadenopathy. Our case was a SLE case presenting with lymphadenopathy.

#### Case Report

A thirty six-year-old female admitted to our hospital with complaint swollen mass in the neck region. Patient previously had lymphadenopathy diagnosis and used various antibiotics. Antibiotherapy had no effect on the lymphadenopathy. She had newer lymphadenopathies under this treatment. On physical examination she had multiple lymphadenopathies in cervical, axillar and inguinal region in soft, mobile, painless nature. Excisional biopsy of lymphadenopathy showed reactive lymphoid hyperplasia. Ethiolysis research revealed no infectious cause. Cranial magnetic resonance imaging showed aseptic meningitis findings of SLE. ANA 1/320, Antidsdna and ANCA were positive. For vasculitis we administered cyclofosfamide and pulse steroid. On follow up, lymphadenopathies and the other finding improved.

#### Discussion

SLE may have quite different clinical appearances. Patients presenting with lymphadenopathy should be evaluated for infection, malignancy and connective tissue disorders. Lymphadenopathy is rare as initial manifestation of SLE. Lymph node biopsy can bring significant information for SLE. Reactive lymphoid hyperplasia is typical finding of lymphadenopathy of SLE. In conclusion, patients with lymphadenopathy should be evaluated for connective tissue disorders for differential diagnosis.

**Keywords:** systemic lupus erythematosus, lymphadenopathy

## [PP-200][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Sklerodermalı Olguda Epidermoid Cilt Kanseri

Mehtap Tınazlı, Kani Masaroğulları, Ufuk Gençalp, Deniz Granit, Şerife Gül Öz  
Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Lefkoşa

#### GİRİŞ

Skleroderma, deri ve iç organların yaygın fibrozu ile giden kronik otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. Patogenezi bilinmemekte, vaskülopati ve immün aktivasyon önemli görünmektedir. Fibrozisten etkilenmiş organ ve dokularda malignite riski artmıştır (Deri, akciğer, özofagus, meme kanseri ve lenfoma). Vaka skleroderma malignite birlikteliğinin hayati sonuçları nedeniyle sunulmuştur.

#### OLGU

68 yaşında hasta halsizlik bacaklarda ve göz kapaklarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastaya 2011'de cilt epidermoid Ca tanısı konmuş. Bilateral boyun diseksiyonu ve parotis kuyruğu rezeksiyonu sonrası 6 kür kemoterapi verilmiş. Boyun ve baş bölgesine radyoterapi uygulanmış. Hasta ani gelişen kan basıncı ve üre kreatinin yüksekliği, bacaklarda skrotumda şişlik, halsizlik ile başvurdu. Kuru öksürük ve hafif yutma güçlüğü tespit edildi. Sigara ve alkol kullanımı tariflemedi. Fizik muayenede TA:180/90 mmhg nb:78/dk ritmik, genel görünüm soluk, ağız mukozası ve cildi hafif kuruydu. Akciğer muayenesinde solunum sesleri bilateral bazallerde azalmıştı. Pretibial ve skrotal +++ ödem vardı. Ağız açıklığı 2,5 cm olan hastanın yüzünde gerginlik, tüm gövde ve ekstremitelerde derisinde kalınlık ve parlak görünüm, ellerde belirgin katılık ve ödem, parmaklarda sklerodaktili, fleksiyon kontraktürü mevcuttu. Hb:8.2 htc:24 lökosit:6900 trombosit:139000 üre:215 kreatinin:5.5 Na:131 K:4.07 albumin:2.4 T.protein:5.4 24 sa.idrar proteini:0.03 mg TSH:12 Antids DNA normal ANA (+++), ENA profili anti centromer antikor zayıf pozitif, anti SS-A antikor 52.dk (+++) dışında normal saptandı. EKG normal, akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda plevral effüzyon ve artmış retiküler dansiteler saptandı. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla skleroderma, skleroderma renal krizi ve sekonder sjögren tanısı konulan hastaya ACE inhibitörü başlandı. Kan basıncı kontrol altına alındı. İdrar miktarı giderek azalan, kreatinin klirensi 10 ml/dk'nin altına düşen, metabolik asidoz ve hipervolemi gelişen hasta hemodiyaliz tedavisine alındı.

#### TARTIŞMA

Skleroderma nedeni bilinmeyen, deri, kan damarları ve visseral organlarda özellikle de

gastrointestinal sistem, kalp ve böbreklerde fibrozis oluşumu ile kendini gösteren bir hastalıktır. Sklerodermalı hastalarda B hücre maligniteleri kadar fibrotik doku ve organlarda artmış malignite gelişme riski vardır. Çeşitli kohort çalışmalarına göre skleroderma hastaları akciğer, deri, özofagus, meme Ca ve NHL için 1.5-10.7 kat artmış riske sahiptirler. Otoimmün hastalık ve malignite kısa bir süre içinde ortaya çıkarsa, bunun otoimmün hastalığa sekonder bir kanser mi, kanserde görülen bir otoimmün paraneoplastik durum mu olduğunu ayırt etmek güç olabilir. Bu hastada epidermoid ca ve skleroderma bulgularının hangisinin önce başladığını söylemek eldeki verilerle zordur. Vurgulamak istediğimiz; erken romatolojik tanı ve multidisipliner yaklaşımla gelişebilecek malignansilerin önlenilebileceği veya modern tedavilerle hastaların sağ kalımının artabileceği gerçeğidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, skleroderma

### baş-yüz bölgesi



*epidermoid ca nedeniyle uygulanan cerrahi+radyoterapi sonrası skalp bölgesi*

[PP-201][Kabul:Poster][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

## **Sistemik Lupus Eritematozis, Sjögren ve Primer Biliyer Siroz Birlikteliği**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Ilknur Albayrak<sup>3</sup>, Huseyin Ataseven<sup>4</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

<sup>4</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Konya

### **Giriş**

SLE, SS gibi konnektif doku hastalıklarında pek çok organ tutulumu görülebilir, karaciğer tutulumu da bunlardan biridir, ancak karaciğer tutulumu görülmesi oldukça nadirdir.

### **Olgu**

56 yaşındaki kadın hasta 3 yıldır olan ağız ve gözde kuruluk hissi, miyalji, artralji, el parmak eklemlerinde artrit şikayetleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde ESR 78 mm/h, RF: 90 U/ml, ANA 1/160 pozitif (granüler tipte), antidsDNA pozitif, antiRo-52 (+) olarak saptandı. Tükrük bezi biyopsisi sjögren ile uyumlu geldi. Tedavi de SLE ve SS için metil prednizolon 40 mg/gün ve HQ 2x200 mg başlandı. Takiplerinde transaminazlarında yükselme olan hastanın antimitokondriyal antikor (AMA-M2) 1/320 pozitif. Anti düz kas antikor, anti liver kidney mikrozomal antikor ve tüm viral serolojik testler (hepatit B, C, sitomegalovirüs, Epstein-bar virüsü, herpes simplex, HIV) negatifti. Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) normal olarak değerlendirildi. Portal ven renkli doppler USG' de karaciğer boyutu normalin üst sınırında, portal ven çapı normal olarak değerlendirildi. Üst batın USG' de dalak normalden büyük olarak saptandı. Yapılan üst GİS endoskopisinde grade-1 özafagus varisi saptandı. Hastanın yapılan karaciğer biyopsisinde hepatositlerde hidropik dejenerasyon, paraportal ve portosantral köprüleşmeler, yoğun lenfosit infiltrasyonu tespit edildi. Bu bulgular ışığında hastaya SS ve SLE' ye ek olarak PBS tanısı kondu. Ursodeoksikolik asit 15 mg/kg/gün dozunda tedaviye eklendi, metil prednizolon dozu 40 mg/gün' e yükseltildi, hidroksiklorokine aynı dozda devam etmesi önerildi. Özafagus varisi takibe alındı, katı ve sert gıda yememesi önerildi. Hastanın takiplerinde klinik olarak düzelme saptandı, karaciğer enzimleri normale döndü.

### **Tartışma**

Bu yazıda klinik ve laboratuvar olarak SLE ve SS tanısı konan hastada PBS gelişiminden bahsedilecektir. Hastanın aniden karaciğer enzimlerinin yükselmesi, AMA-M2 pozitifliği, IgG yüksekliği, viral serolojinin negatif olması, alkol kullanım öyküsünün olmaması üzerine PBS tanısı kondu. SLE' de patogenetik mekanizma düşünüldüğünde karaciğer tutulumu nadir görülmektedir. PBS ve SS birlikte görülme sıklığının yüksek olması tükrük bezi ve safra kesesi epitelindeki ortak antijen varlığı olarak açıklanabilir. Sonuç olarak SLE, SS gibi kollajen doku hastalığı olan kişilerde başka otoimmün hastalık gelişme riski olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle bu hastalarda ani karaciğer enzim yüksekliğinde PBS gibi otoimmün karaciğer hastalığı görülebileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Lupus Eritamatozus Ve Primer Biliyer Siroz

**[PP-202][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

## **Sistemik Skleroz ve Sarkoidoz birlikteliği:bir olgu sunumu**

Senol Kobak<sup>1</sup>, Fidan Sever<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Giriş**

Sarkoidoz, lenfadenopati, iç organ tutuluşu ve farklı deri lezyonları ile karakterize, Th1-ilişkili multisistemik granulomatoz hastalıktır. Sistemik skleroz, deri sertliği ve farklı iç organ fibrozisi yanı sıra, vasküler anormallik ile karakterize, bir kronik otoimmün hastalıktır. Hastalığın erken ve aktif evresinde, Th2-ilişkili immün cevap varlığı gösterilmiştir. Bu bildiride, granulomatoz dermatit, interstisyel akciğer hastalığı ve Raynaud şikayetleri ile başvuran bayan hastada, sistemik skleroz ile sarkoidoz birlikteliğini rapor ettik.

### **Olgu Sunumu**

52 yaşında kadın hasta, yaklaşık 6-7 yıldan beri el parmak eklemlerde Raynaud fenomeni şikayetleri tarif eden hasta, herhangi bir doktora başvurmamış. 2 yıl önce sağ ayak pretibial bölgede kahverengi-kırmızı renkte deri lezyonları başlamış ve hasta Dermatoloji doktoruna başvurmuş. Burada herhangi bir sonuç alamayan hasta, Raynaud şikayetlerinin yanı sıra, artralji,

sabah tutukluğu ve efor dispne başlaması üzerine polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede; inspeksiyonda yüzde teleanjiektazi, ağız açıklığında azalma, el parmaklarda sklerodaktili ve Raynaud fenomenin solukluk fazı, sağ ayak pretibial bölgede deriden kabarık olmayan, yaklaşık 15cm çapında, kahverengi-kırmızı renkte deri lezyonu saptandı. Akciğer auskültasyonunda her iki akciğer bazallerde krepitan raller tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; sedimentasyon 38mm/h, C-reaktif protein 3.5mg/dl, RF negatif olarak saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. Rutin idrar bakıldı, normal olarak saptandı. Serolojik tetkiklerde; ANA nukleoler ve homojen pozitif, anti-Scl70 pozitif olarak geldi. C3 ve C4 normal, anti-CCP, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-ribosomal P antikörleri negatif olarak tespit edildi. Serum ACE düzeyi: 65U/L, (normal 8-52) geldi. Çekilen AC grafide ince retiküler patern tespit edildi. Toraks HRCT'de interstisyel AC hastalığı ile uyumlu buzlu cam yanısıra, bal peteği görünümü mevcuttu. Bunun üzerine Göğüs hastalıkları uzmanı ile görüşüldü. Bronkoskopi ve BAL yapıldı, mikts alveolit tespit edildi. Deri biopsi yapıldı, non-kazeifiye granülom yapıları, granülomatoz dermatit, sarkoidoz ile uyumlu olabileceği belirtildi. Ziehl-Neelsen histokimyasında asit fast basil yok, PAS histokimyasında fungus yok, Giemsa histokimyasında ise leishmania ile uyumlu yapı saptanmadı. PCR ile bakılan doku örneklerinde aside dirençli basil (ARB) tespit edilmedi, Klinik, laboratuvar ve histolojik sonuçları ile hastaya skleroderma ve sarkoidoz tanıları konuldu. KS 1mg/kg/gün, Plaquenil 200mg/gün, İmuran 150mg/gün başlandı. Takiplerinde efor dispne geriledi, SFT ve DLCO yanı sıra, deri lezyonlarında da belirgin regresyon gözlemlendi. Klinik durumu iyi olan hastanın, poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç

Sistemik skleroz ile sarkoidoz çakışması oldukça nadir görülen bir antitedir. Th1/Th2 paradigması, bunun en önemli sebeplerinden birisidir. Benzer klinik tablolar yapabildikleri için, gerçek çakışma sendromların ayırımı, prognoz ve tedavi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** sistemik skleroz, sarkoidoz

**[PP-203][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

## **Her İki Akciğerde Yaygın Pulmoner Nodülozis Olgusu**

Müge Aydın Tufan<sup>1</sup>, Nazan Şen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>başkent üniversitesi tıp Fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, ankara

<sup>2</sup>başkent üniversitesi tıp Fakültesi, göğüs hastalıkları anabilim dalı, ankara

Romatoid nodüller ve steril plevral efüzyon romatoid artrit ektra artiküler belirtileridir. Romatoid Nodüller, Romatoid Artrit hastalarının %25'inde oryaya çıkar. Genellikle seropozitif, ciddi artiküler hastalık, sigara ve genetik yatkınlıkla (HLADRB1) ilişkilidir. Literatürde metotreksat, leflunomid ve etanersept tedavileri sırasında nodüllerin artabileceği belirten olgu sunumları mevcuttur.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta 2 aydır olan nefes darlığı, kuru öksürük, sırt ağrısı yakınmasıyla Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Öyküsünden 4 yıldır nefes darlığı ve akciğerde nodülleri olduğu öğrenildi. 5 yıldır el bilek, dirsek, metokarpofalengial eklemlerde ağrı, şişme ve sabahları 1 saat tutukluğu varmış. Kısa bir süre oral metotreksat tedavisi almış. 1 yıldır ağrısı oldukça intramusküler betametazon ve oral steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar kullanmaktaymış. Fizik incelemesinde; sağ akciğer bazalde inspiyum başı kaba raller ve sol akciğer bazalde solunum seslerinde azalma tespit edildi. Hassas yada şiş eklem yoktu. Tetkiklerinde akciğer grafisi ve dış merkez akciğer tomografisinde her iki akciğerde yaygın 1 cm çaplı nodüler lezyonlar ve sol akciğerde efüzyon mevcuttu. Hasta ileri tetkik için Göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Laboratuvar testlerinde sedimentasyon 19 mm/saat, CRP 3mg/L, RF: 58 IU/mL, ANA ve p-c ANCA negatif, Anti-CCP: 96 RU/mL (N<5), AKŞ: 63mg/dL, LDH: 160 IU/L, albumin: 3 gr/dl, total protein: 6.4 gr/Dl. Plevral sıvı örneklemeğinde; KŞ: 32mg/dL, sıvı protein: 5520 mg/Dl, LDH: 684 IU/L'di. Plevral sıvı eksudayla uyumlu ve glikozu düşüktü. Plevral sıvı kültüründe üreme yoktu. Hastaya bronkoskopi ve bronş lavajı yapıldı. Bronş Tüberküloz kültürleri 3 kez negatif, ARB'ler negatif tespit edildi. Sitolojide atipik hücre yoktu. Romatoid Artrit akciğer tutulumu düşünülen hastaya oral 0,5 mg/kg/gün metil prednizolon ve 100 mg azatiyoprin tedavisi başlandı. 1. ay kontrolünde sol akciğer efüzyonu ve nodüllerinde gerileme mevcuttu.

Bizim olgumuz, aktif eklem yakınması olmaması ve oldukça yaygın akciğer nodülozisi olması bakımından nadir görülen bir durumdur. Tedavide kullanılan metotreksatın buna neden olduğunu düşünmekteyiz. Bu tür hastalarda ayrıca tanıda pulmoner tüberküloz, fırsatçı enfeksiyonlar ve maliginiteler akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** romatoid artrit, romatoid nodül

[PP-204][Kabul:Poster][Diğer]

## Etanersept Tedavisi Sırasında Tanı Alan Hepatit C Olgusu

Müge Aydın Tufan<sup>1</sup>, Emine Duygu Ersözlü Bozkırlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>başkent üniversitesi tıp fakültesi, iç hastalıkları anabilim dalı, romatoloji bilim dalı, ankara

<sup>2</sup>adana numune eğitim ve araştırma hastanesi, iç hastalıkları anabilim dalı,romatoloji bilim dalı, adana

Son 15 yılda anti TNF ajanlar, birçok enflamatuvar hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçlarla tedavi edilen hastalar, tüberküloz başta olmak üzere viral, bakteriyel, fungal ve protozoal enfeksiyonlar açısından yüksek risk taşımaktadır. Hepatit B ile enfekte hastalarda anti- TNF tedavi sırasında mutlaka lamuvidin veya entacavir profilaksisi verilmelidir. TNF-alfa, HCV enfeksiyonunda hepatosit apoptozu ve karaciğer enflamasyonunu arttırarak etki göstermektedir. Bu nedenle TNF-alfa antagonistleri ile tedaviler hepatit C 'li hastalarda daha güvenli olarak düşünülmektedir. Etanersept'in hepatit C 'li hastalarda, IFN-alfa ve ribavirinle beraber verildiğinde viral klirens hızını ve viral yanıt oranını arttırdığı gösterilmiştir.

Olgu: Romatoloji kliniğimizde Ankilozan Spondilit tanısıyla 2009 yılından beri takipli olan 35 yaşında erkek hasta, sülfasalazin ve diklofenak tedavisi alırken aktif hastalık nedeniyle (BASDAI>5, CRP:25 mg/L ) mart 2010 tarihinde etanersept tedavisi başlandı. Hastanın tedavi öncesi 2010 yılında bakılan anti HCV değerleri negatif ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Anti-TNF tedavinin 3. ayında bakılan anti HCV tekrarı negatifti. Ağrıları azalan, CRP değeri normale düşen hastanın eylül 2011 tarihinde poliklinik kontrolünde ALT değeri 58 IU/L (7-40) olması üzerine anti HCV testi tekrarlandı. Anti HCV'si pozitif tespit edilen hastanın laboratuvar testlerinin geriye dönük incelemesinde 2009 yılında anti HCV'nin şüpheli pozitif olduğu görüldü. Hastanın anemnesinde kan transfüzyon veya herhangi bir cerrahi girişim öyküsü yoktu. Yapılan abdominal ultrasonunda karaciğerde parankim ekojenitesinde kabalaşma tespit edildi. Etanersept tedavisi kesilen hasta Gastroenteroloji bölümüne konsülte edildi. HCV RNA'sı negatif olan hastanın ALT yüksekliği devam etmesi üzerine mart 2012 tarihinde tekrar HCV RNA gönderildi. HCV RNA 617.869 IU/ML olarak tespit edildi. HCV genotiplenmesi, genotip 2 olan hastaya mayıs 2012 tarihinde karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer biyopsisi aktif kronik hepatit ve İSHAK skorlamasında HAI: 8, fibrozis evresi 3-4'dü. Hastaya ribavirin ve pegintergeron tedavisi başlandı. CRP 3 mg/L, ALT 28 IU/L ve HCV RNA negatif olarak hasta halen takip edilmektedir.

Sonuç: Romatologların klinik pratikte karşılaştıkları zorluklardan birisi hepatit B ve C ile enfekte romatizmal hastaların tedavisidir. Literatürde 153 olgunun gözden geçirilmesinde etanersept ile sadece bir olguda viral hepatit C'de kötüleşme gözlenmiştir. Ancak bu konuda daha büyük ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Bizim olgumuzda da etanersept tedavisi sırasında aktif kronik hepatit C gelişmiştir. Bunun ışığında bu ilaçlar ile tedavi edilen hastaların transaminaz düzeyleri ve hepatic yükleri yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** etanersept, hepatit C

[PP-205][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

## Düzenli Kolşisin Tedavisine Rağmen Amiloidoz Gelişen Bir Ailevi Akdeniz Ateşi Olgusu

Rıdvan Mercan, Abdurrahman Tufan, Berivan Bitik, Arif Kaya, Mehmet Engin Tezcan, Şeminur Haznedaroğlu, Berna Göker

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

### GİRİŞ

Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan ve kendi kendini sınırlayan ateş, peritonit, artrit, plörit ve erizipel benzeri deri lezyonları ile karakterize, otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır. major komplikasyonu amiloidozdur. Kolşisin, hastaların çoğunda atakların sıklık, süre ve ciddiyetini azalttığı veya komplet remisyonu sağladığı için tedavinin temel taşıdır. Uygun dozda atakları kontrol etmede başarısız bile olsa amiloidozu engellediği ve hatta oluşmuş olan amiloidozu bile geri çevirebildiği öne sürülmüştür.

Bir AAA'li olgumuzda maksimum dozda düzenli kolşisin kullanmasına rağmen renal amiloidoz geliştiği tespit edildi.

VAKA

30 yaşında erkek hasta mayıs 2012'de polikliniğimize başvurdu. 7 yaşında karın ağrısı atakları başlamış. 18 yaşında klinik ve gen analizi (M694V heterozigot - M680I heterozigot) ile AAA tanısı konmuş ve 4x0.5 mg kolşisin başlanmış. Tanı döneminde hastada proteinüri saptanmamış. Atakları bu sürede tedaviye rağmen devam ediyormuş. 27 yaşında 24 saatlik idrarda 1800 gr/gün proteinüri saptanması üzerine yapılan rektal biyopside amiloid pozitif saptanmış. Atakları ateş ve karın ağrısı şeklinde. ayda 3-4 kez olup 2-3 gün sürüyormuş. Özgeçmişinde 17 yaşında appendektomi ve 1 ay önce kolesistektomi hikayesi dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde halasının kızı diyalize giriyor. Sebebi bilinmiyor. Polikliniğimize başvurduğunda yapılan tetkiklerinde:  
Kan şekeri 98 mg/dl, Kreatinin 0,7 mg/dl, Albümin 2,4 g/dl, AST(SGOT) 40 U/L, ALT(SGPT) 10 U/L, LDH 390 U/L, Kalsiyum 8,6 mg/dl T Protein 5,57 g/dl, TSH 2,9 uIU/mL Tam idrar tetkikinde protein ++ pozitif, 24 Saatlik idrarda protein 5339 mg/gün, Sedimantasyon 60 mm/h, CRP 24,7 mg/L, hemoglobin 16.6 g/dL, trombosit 215 x10.e3/uL, WBC (Lökosit) 8,2 x10.e3/uL.

#### TARTIŞMA

Son yıllarda yapılan çalışmalarda sıklığı giderek düşmekle beraber amiloidoz halen ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. Amiloidoz gelişmesinde, erkek cinsiyet, ailede amiloidoz öyküsü, anne-baba akrabalığı, artrit, M694V homozigot varlığı, etnik köken, yüksek serum amiloid A(SAA) düzeyleri, SAA α/a izoform varlığı ve persistan mikroalbuminürinin bulunması risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Hastamızda tanıda gecikme yaklaşık 10 yıl gibi gözükmele beraber, tanı anından itibaren önerilen 2 gr/gün kolşisin tedavisi altında proteinüri gelişmiştir ve tedaviye rağmen artmıştır. Proteinüri nedeniyle yapılan rektal biyopside amiloidoz bulunmuştur. Hastamızda tedavinin dokuzuncu yılında proteinüri saptanmış olması, AAA hastalarının düzenli ve yeterli dozda kolşisin kullansalar dahi düzenli takip edilmeleri gerekliliğini göstermektedir. Bu olgu, kolşisinin atakları engellemede etkisiz olduğu durumlarda amiloidoz gelişimine de engel olamayabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolşisin, Amiloidoz

[PP-206][Kabul:Poster][Diğer]

### Sağlık Uygulama Tebliği ve Romatoloji

Hakan Aslan

S.B. Ankara Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Ülkemizde hekimlik icrası "1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" adlı kanuna göre yapılmaktadır.

Hekimlerin uzmanlıklarını ise "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" belirlemektedir. Bu yönetmeliğin 5. Maddesi Uzmanlık yetkisinin kullanılması konusunda " Bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar." şeklindedir.

Devlet Güvencesi altında kamuda ya da özel sektörde uzmanlıklara göre hekimlik faaliyetinde hastaya yararlı olmayı Sağlık Uygulama Tebliği belirlemektedir.

Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) amacı; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

Romatoloji Uzmanlığının icrası sırasında bu tebliğin amacına ulaşmasını güçlendirecek eksiklikler burada dile getirilecektir.

SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 28/8/2008 tarihli ve 26981 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

Görüldüğü üzere SUT' un düzenlenmesinde dayanak alınması gereken temel kanun 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" olması gerekirken eksik kalmıştır.

SUT maddeleri "Hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar" ifadesine



rağmen uzmanlıkların yetki sınırlarını karıştırmaktadır.

Devlet Güvencesinin yerine getirilmesinde uzmanlıkların yetkileri bu kanun tarafından belirlenmişken SUT'un eksiklikleri ve dayanaksız belirleyiciliği uzmanlıkları birbirine karıştırmış olup uzmanlık uygulamalarını güçleştirmiştir.

SUT ve eklerinde bulunan listeleri Romatoloji Uzmanlığı açısından değerlendirilerek eksiklikler ve çözüm önerileri burada madde sıralandırılacaktır.

Ülkemizde 22 Şubat 2012 tarihinden itibaren "Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik" yönetmeliği ile yabancı hekimlerin çalışmalarına izin verilmiştir.

Üniversal olan tıp mesleğinin Ülkemizde en iyi şekilde icrası için romatoloji uzmanlığında uluslar arası asgari gerekli ve yeterli SUT düzenlemelerinin acilen yapılması şarttır.

İyi yönde ilerleyen Devlet Güvencesinin temelinde yer alan SUT'un geliştirilmesinde yapıcı yaklaşım ile yardımcı olmak amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Uygulam Tebliği

**[PP-207][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

### **Perirenal Hematom Vaka Sunumu**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Havva Turac Cingoz<sup>2</sup>, Fatih Mehmet Erdur<sup>3</sup>, Kultigin Turkmen<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>2</sup>, Ilknur Albayrak<sup>4</sup>, Suleyman Turk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

Giriş Ailevi Akdeniz Ateşi ( FMF), akdeniz havzasında bulunan topluluklarda özellikle görülmektedir. FMF ile birlikte poliarteritis nodoza ( PAN ), Henoch -schönlein purpurası ( HSP )birlikteliği bilinmektedir.Bizim vakamız perirenal hematoma ile gelen lökositoklastik vaskülit olan bir erkek hastaydı.

Olgu

23 yaşında FMF amiloidoza bağlı kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize haftada 3 gün giren hastanın künt vasıfta ani başlayan karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Genel durumu kötü, şuuru açık hastanın glaskow skoru 15, batın muayenesinde rebound pozitifdi. Laboratuvar tetkiklerinde: kreatin 2.44 mg/dl, Na: 138 mE/L, Kalsiyum: 10.5 mg/dl, ALT: 23 u/ L, sedimentasyon: 97 mm/h, Hgb: 8.6 g/dl, WBC: 18.5 g/dl, PLT: 211 x 10 / uL, alb.: 3.7, INR: 1.1, aPTT: 29. Yapılan batın usg de ileopsoasta hematoma, intraabdominal sıvı tesbit edilen hastaya laparotomi yapıldı. İntraabdominal hemoraji vardı ve hematoma boşaltılmadı. Sulperazon 1 g 2x1 başlandı. Hastanın takipleri sırasında alt ekstremitelerde papabl purpuraları gelişti. Daha önceden de zaman zaman alt ekstremitelerde döküntüleri olan hastadan cilt biopsisi yapıldı. Biopsi sonucu lökositoklastik vaskülit olarak geldi. Yeniden yapılan batın usg de splenomegali dışında sağ subhepatik alanda sağ renal loja uyan alandan başlayan 10 x 8 x 18 cm ebatlı sınırlı, heterojen koleksiyon,barsak ansları ve pelvik alanda minimal serbest sıvı vardı. Renal ve abdominal visseral MR anjiyografide sağ böbrek lojunda hematoma düşündürür görünüm tesbit edildi. Lökoklastik vaskülit ve perirenal hematoma olan hastaya prednol 16 mg 3x1 başlandı. Genel durumu hızla düzeldi.Tedricen steroid dozu azaltılarak poliklinik kontrollerinde kesildi.Kontrol USG 'de hematoma tamamen gerilediği görüldü.

Tartışma: FMF ile vaskülit birlikteliği iyi bilinmektedir. En sık PAN ve HSP birlikteliği vardır. FMF hastalarında perirenal hematoma birlikteliği nadir rapor edilmiştir. FMF tanısı olan hastalarda künt vasıflı yan ağrısı, PAN ve HSP bağlı gelişebilecek perirenal hematoma açısından uyarıcı olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, Perirenal hematoma

**[PP-208][Kabul:Poster][Romatoid artrit]**

## Osteogenezis İmperfekta: Mavi Sklera, Arkus Kornea, Osteoporoz ve Romatoid Artrit?

Ali Şahin<sup>1</sup>, Mehtap Şahin<sup>2</sup>, Mehmet Sezgin Pepeler<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Ünitesi, Şanlıurfa

<sup>3</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Şanlıurfa

Giriş: Osteogenezis imperfekta (OI), kemik kitlesinde azalma, kırılabilirliğinde artma ile karakterize, etiyojisi bilinmeyen, 20.000 doğumda bir görülebilen genetik bir hastalıktır. Halk arasında "cam kemik hastalığı" olarak bilinmektedir. Tip 1 kollajenin alfa-1 ve alfa-2 zincirini kodlayan genlerdeki (COL1A1/COL1A2) mutasyon sonucunda, Tip 1 kollajenin vücutta bulunduğu bölgeleri; deri, ligament, tendon, sklera, burun ve kulak gibi etkileyebilmektedir. Anormal kırılabilir iskelet ile birlikte osteoporoz, mavi sklera, dentinogenez imperfekta, prematur otoskleroz dördlüsünden ikisinin varlığında tanı konmaktadır. Nadirde olsa bazı deformiteleri RA ile karışabilmekte, osteoporoz varlığı ve klinik bulgular tanıda karışıklığa yol açmaktadır. Biz burada tipik OI tanılı ve daha önce RA tedavisi almış bir hastayı sunduk.

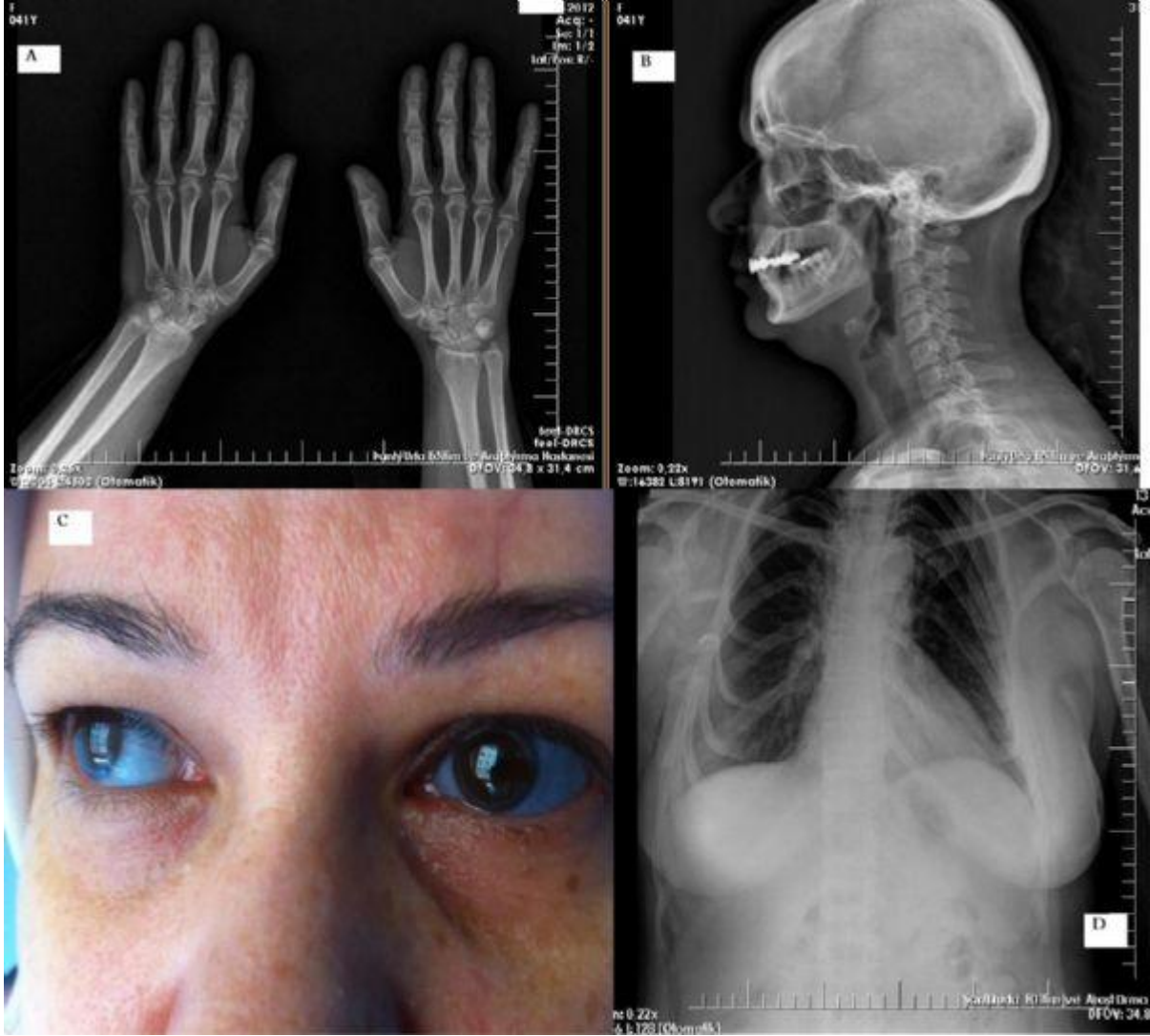
Olgu: 41 yaşında kadın hasta eklem ağrıları (el, ayak bileği, diz ve kalça), gözde kuruluk, sabah tutukluğu (30 dk dan fazla), bel ağrısı, göğüs kafesinde ağrı ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde osteogenezis imperfekta tanısının olduğu ve daha önce bir süre (5 yıla yakın) bifosfonatla birlikte metotreksat, sulfasalazin, kullandığı öğrenildi. Hastanın 2 çocuğu vardı ve özellikle doğumlarda problem yaşadığını kalçalarda ağrı olduğunu belirtti. Hastanın belirgin mavi sklerası vardı (Resim 1), aritri yoktu, el mçkplerde, ayak bileklerinde, sakroiliak eklemlerde hassasiyet saptandı. Dişlerde dentinogenezis imperfekta vardı, dişlerin çoğu dökülmüştü (Resim 1). Göz muayenesinde; üveit, episklerit yoktu, arkus korneası vardı, görme alanı ve renkli görme normaldi, schirmer sağ göz:4 mm/ 5 dk, sol göz: 3 mm/ 5 dk. KBB muayenesinde bilateral iletim tipi işitme kaybı mevcuttu. DEXA T skoru L1-L4: -2.1, L4: -2.5 idi. RF: 16.4 IU/mL, anti-CCP: 7 (0-17 U/ML), CRP: 0.43 mg/dl, ESR: 36 mm/saat, albumin, ALP, Ca, P, PTH, vitamin D normal sınırlardaydı. Direkt grafilerde el mçkplerde periartiküler osteopeni, düzensizlik ve kotlarda eski kırıklara ait sekeller izlenmekteydi (Resim 1). Hastada tip 1 OI vardı; kısa boy, mavi sklera, osteoporoz, dentinogenezis imperfekta, ve kırık öyküsü, işitme kaybı. Hastaya daha önce RA kabul edilip DMARD tedavisi ve osteoporozla yönelik bifosfonat verilmiş.

Sonuç: Osteoporozun genetik nedenleri arasında en sık görülen OI'da düşük enerjili travmalar sonucu oluşan kırıklar hayat kalitesini etkilemektedir. Burada olduğu gibi bazı durumlarda da eklem ağrıları, tutukluk, bazen deformitelerden dolayı RA gibi takip ve tedavi edilen hastalar olabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** osteogenezis imperfekta, romatoid artrit

---

## Resim 1



A) Hastanın direkt el grafisinde; periartiküler osteopeni, MKPlerde düzensizlikler; eklemler aralığında daralma, hafif deviasyon. B) Dentinogenezis imperfektaya bağlı dişlerde dökülmeler. C) Belirgin “Mavi Sklera” görünümü. D) PAAG’de kotlarda eski fraktürlere bağlı sekel değişiklikler.

[PP-209][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

### Sarkoidoz ve primer Sjögren sendromu birlikteliği

Senol Kobak<sup>1</sup>, Fidan Sever<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

#### Giriş

Sjögren sendromu ve sarkoidoz, nedeni bilinmeyen kronik multisistemik, inflamatuvar hastalıklardır. Sjögren sendromu, ağız ve göz kuruluğu yanısıra, bilateral parotis bezi büyümesi de yapabilmektedir. Parotis ve lakrimal bezlerin, büyüme olmaksızın subklinik tutulması, sarkoidozda da görülebilen bir gerçektir. Yani, sarkoidoz olgularında da, Sjögren sendromu benzeri klinik tablolarla karşılaşabiliriz. Bu bildiride, 52 yaşında bayan hastada, sarkoidoz ve primer Sjögren sendromu birlikteliğini rapor ettik.

#### Olgu sunumu

52 yaşında bayan, yaklaşık 5 yıldan beri ağız ve göz kuruluğu, el bilek, MKF ve PİF eklemlerde ağrı

ve sabah tutukluğu şikayetleri olan hasta, tetkik için polikliniğimize başvurdu. Sorgulamasında 20 yıl önce patoloji destekli sarkoidoz tanısı almış ve bu sebeple yıllardır farklı doz ve süreler ile kortikosteroid kullanmış, halen Göğüs hastalıkları tarafından takipleri devam etmekte idi. Fizik muayenede; her iki el bilek, MKF ve PİF eklemlerde hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerde tiroid, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, rutin idrar normal olarak bulundu. Akut faz reaktanları bakıldı; CRP:0.04(normal 0-0.5), ESH:36mm/h, RF:pozitif olarak saptandı. Hemogram'da kronik hastalık anemisi mevcuttu. Serum ACE, Ca ve D-vit düzeyleri normal olarak saptandı. Serolojik testlerde; ANA granüler ve sentromer pozitif, anti-Ro pozitif, anti-La negatif, anti-dsDNA negatif, anti-CCP negatif olarak saptandı.C3 ve C4 normal idi. AC grafi'de hiler dolgunluk saptandı. Toraks BT'de ise en büyüğü 12mm çapında, eski BT ile kıyaslandığında regresyon gösteren, multipl hiler ve mediastinal lenfadenopatiler bulundu. Her iki el ve el bilek grafisi normal idi. Batın USG ve ekokardiyografide herhangi bir patoloji saptanmadı. Göz konsültasyonu yapıldı, Shirmer:3/2mm, BUT:5/6sn. olarak saptanırken, sarkoidoza ait aktif üveit ve/veya sekeli tespit edilmedi. Dudak biopsinin histolojik değerlendirilmesinde, Chisholm evre 3 olarak rapor edildi, sarkoidoza ait non-kazeifiye granülom ve/veya dev histiosit bulguları bulunmadı. Klinik, radyolojik, laboratuvar ve histolojik bulgular ışığında, hastada evre 1 sarkoidoz ve Sjögren sendromu düşünüldü. Hastaya Hidroksiklorokin 200mg/gün başlandı. Poliklinik kontrolünde, lokomotor sistem şikayetlerinde belirgin regresyon gözlenen hastanın, takipleri devam etmektedir.

#### Sonuç

Sarkoidoz, birçok romatizmal hastalıklarla birlikte görülebilir ve/veya taklit edebilir. Literatürde en sık Sjögren sendromu ile birlikteliği rapor edilmiştir. Benzer klinik bulguları ile prezante olabilmelerine karşın, antikör varlığı ve histopatolojik bulguları ile ayırıcı tanıya gidilmektedir. Her iki hastalığın etiopatogenezine ışık tutacak, farklı ve çok merkezi içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

#### Kaynaklar

- 1.Gal I et al. Case series: coexistence of Sjögren's syndrome and sarcoidosis. J Rheumatol 2000;27: 2507-2510.
2. Lois M et al.Coexisting Sjögren's syndrome and sarcoidosis in the lung. Semin Arthritis Rheum 1998;28:31-40.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, primer Sjögren sendromu

## [PP-210][Kabul:Poster][Spondiloartropatiler]

### **Polimyaljia Romatika ile Prezente olan Geç Başlangıçlı Ankilozan Spondilit Olgusu**

#### Döndü Üsküdar Cansu

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Antalya

Polimyaljia romatika (PMR) özellikle yaşlı bireylerde görülen omuz, kalça kavşağı ve boyunda sabah tutukluğu ve ağrı ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Hiçbir klinik ve laboratuvar bulgusu PMR için spesifik değildir. Literatürde PMR'yi taklit eden geç başlangıçlı spondiloartropati olguları olabildiği gibi ankilozan spondilit (AS) seyrinde PMR görülebileceğine dair de olgu bildirimleri mevcuttur.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta, sedimentasyon yüksekliği nedeniyle değerlendirildi. Hastanın 15-20 gündür halsizlik, terleme, ateş şikayeti ve sağ omuz ağrısı olduğu öğrenildi. Bilinen romatolojik bir hastalığı yoktu. Lokalize yeni başlayan baş ağrısı, ağız-göz kuruluğu, oral aft, raynaud fenomeni, psöriazis, inflamatuvar bel ağrısı, kilo kaybı yoktu. Yapılan fizik muayenesinde temporal arter nabızları alınıyor, duyarlılık yoktu. Sol omuz hareketleri doğal, sağ omuz hareketleri ağırlı,hareket açıklığı normal ve bisipital tendiniti vardı. Periferik artrit saptanmadı. Hasta 5 gün sonra her iki omuzda ağrı şikayeti ile tekrar başvurdu. Tekrarlanan fizik muayenesinde her iki omuz hareketleri kısıtlı, ağırlı, kas gücü normal idi, periferik artriti yoktu. Lomber hareketler kısıtlı idi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:12.7, Lökosit:10790, platelet:378000, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH):73 mm/saat, C-reaktif protein (CRP):45 (0-5), Ig düzeyleri normal sınırlarda protein elektroforezi normal, CK:25, RF negatif, ANA negatif idi. Çekilen pelvis grafisinde bilateral evre 4 sakroiliit saptandı. Hasta AS+PMR kabul edilerek 16 mg metil prednisolon başlandı. Tedavinin 24. Saatinde hastanın şikayetleri geriledi. 10. Günde yapılan fizik muayenede omuz hareketleri normal sınırlarda ve ESH: 23 mm/saat, CRP: 7.98 idi.

Literatürde olgu bildirimleri şeklinde AS seyrinde PMR gelişebilen hastalar olabildiği gibi PMR'yi taklit

eden geç başlangıçlı spondiloartropati/AS hastaları da vardır Her iki hastalıkta da omuz ve kalça ağrısı olabileceğinden özellikle ileri yaştaki hastalarda klinik pratikte her iki hastalığın ayrıncı tanısında iki hastalık da yer almalı ve çok dikkatli öykü ve fizik muayene eşliğinde hasta değerlendirilmelidir. Böyle bir durumda hastanın tedaviye verdiği yanıt tanı açısından belirleyici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** polimyaljia romatika, ankilozan spondilit

**[PP-211][Kabul:Poster][Yumuşak-Doku romatizmaları]**

### **ANA Pozitifliği Nedeniyle Danışılan Lenfanjiomatoz Olgusu**

Serpil Ergülu Eşmen<sup>1</sup>, Hüseyin Korkmaz<sup>2</sup>, Nisa Çetin Kargin<sup>3</sup>, Ali Gündoğdu<sup>4</sup>, Sema Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

#### **GİRİŞ**

İdeal olarak, ANA ile ilgili laboratuvar tetkikler başlangıçta tanıyı koyan ve elde edilen veriler ışığında tanıya yaklaşımda bulunmayı sürdüren hekim tarafından yönlendirilmelidir.Kliniğimize ANA pozitifliği nedeniyle konsülte edildikten sonra farklı tanı ve tedavi ile izlenmeye başlayan olgumuzu sunduk.

#### **OLGU**

Dermatoloji bölümü tarafından vulva bölgesinde Chron hastalığı tanısı ile 2 yıldır 15 mg/hf metotreksat tedavisi ile takip edilmekte olan 34 yaşında kadın hasta, yüz bölgesinde raş nedeniyle bakılan ANA testinde 1/320 pozitiflik saptanması üzerine SLE ön tanısı ile kliniğimize konsülte edildi.Hastanın sorgulamasında göz kuruluğu, fotosensitivite ve artralji mevcuttu.Muayenesinde yüz bölgesinde nazolabial sulkusu geçen hiperemi ve yer yer akneiform lezyonlar, saçlı deride kızarık, skuamlı alanlar izlendi. Genital bölgede vulvadan anal bölgeye doğru uzanım gösteren sakküler akıntılı kitle şeklinde lezyon mevcuttu.Öyküsünde lezyonun yaklaşık 3 yıldır mevcut olduğu, 2 yıl önce dermatoloji bölümüne başvurduğunda lezyondan ve kolondan biyopsi alındıktan sonra Chron hastalığı tanısı aldığı öğrenildi.Hasta metotreksat tedavisinden fayda görmemişti. Sorgulamasında gastrointestinal sisteme ait şikayeti yoktu.Akıntılı bölgelerden kültür alındı, lokal ve sistemik antibiyotik tedavisi başlandı.Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon ve CRP değerleri ılımlı yüksekti.Antibiyotik tedavi sonrası akut faz yanıtında gerileme görüldü.Etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerde HPV ve mantara yönelik yapılan tetkikler negatif. Tekrarlanan kolonoskopisinde patoloji saptanmadı, kolonoskopik biyopsi lenfositik kolit ile uyumlu aktif inflamasyon olarak değerlendirildi.Patolojik bulgunun nonspesifik ve klinik ile uyumsuz olduğu düşünöldü.Tüberküloza yönelik tetkiklerde balgam ARB negatifti.PPD anejrik saptandı.Bronkoskopik lavajda Tbc DNA negatifti.Toraks BT'de her iki akciğer üst lobda nonspesifik fokal konsolidasyonlar, alt lobda nonspesifik büyüğü 5 mm çapta nodüller saptandı.Antibiyotik tedavisi sonrası konsolidasyon geriledi.ANA testi pozitif saptanan hastanın anti-ENA profilinde otoantikörleri negatifti.Anti-dsDNA, ANCA ve Anti-CCP negatifti.RF düşük titrede pozitif.Göz bakısında kırılma zamanı kuru göz ile uyumlu idi.Hastada kollajen doku hastalığı düşünölerek hidroklorokin 400 mg/gün başlandı.Hastanın yüz, saçlı deri ve vulva bölgesinden tekrar biyopsi alındı ve 2 yıl önceki biyopsi preparatları ile karşılaştırılarak tekrar değerlendirildi.Vulva bölgesi lenfanjiomatoz, yüz bölgesi kontakt dermatit olarak değerlendirildi.Metotreksat tedavisi kesildi.Kortikosteroid tedavisi başlandı.Takipte kitle boyutlarında gerileme görüldü.

#### **SONUÇ**

ANA testi, kollajen doku hastalıkları için tarama testi olup, klinik bulguların varlığında titre ve boyanma paterni de göz önüne alınarak tanı açısından yol gösterici olabilir.Önceden alınmış tanılar, hastaların klinik ve laboratuvar bulgularla yeniden değerlendirilmesinde kısıtlayıcı bir faktör olmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ANA, Lenfanjiomatoz

**[PP-212][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

## Boyunda Şişlik Nedeniyle Araştırılırken Tiroid Papiller Karsinom Saptanan Sjögren Sendromlu Vaka

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

### GİRİŞ

Primer Sjögren Sendromu ekzokrin salgı bezlerinin tutulumu ile karakterize kronik sistemik otoimmün bir hastalıktır. Lenfoproliferatif malignitelere yatkınlık görülür ve yaşam boyu malignite riski %5-10 civarındadır. Sjögren Sendromlu vakalarda non-Hodgkin Lenfoma riski yüksektir fakat diğer malignitelerin riski konusunda bilgi sınırlıdır. Boyunda şişlik araştırılırken tiroid mikropapiller karsinom ve Sjögren Sendromu tanısı konulan vakamızı sunmaktayız.

### OLGU

48 yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde 8 yıl önce adet düzensizliği, karın ağrısı, karın şişliği nedeniyle yapılan tetkikler sonucunda over germ hücreli tümör nedeniyle opere olduğu ve 4 kür kemoterapi aldığı öğrenildi. 1 yıl önce boyunda şişlik nedeniyle doktora başvurduğunda ağız, göz kuruluğu şikayeti olması üzerine tükürük bezi biyopsisinde Chisholm sınıflamasına göre evre 1 kronik siyaloadenit saptanarak hidroklorokin başlandı, USG'de tiroide nodül saptanınca biyopsinin ardından total tiroidektomi yapılarak tiroid papiller mikrokarsinom olarak raporlandığı öğrenildi. 1 ay önce radyoaktif iyot alan hastanın düzeltilmiş kalsiyum değeri düşüktü ve replasmanı yapıldı. Parathormon düzeyi düşüktü ve operasyona sekonder hipoparatiroidi düşünüldü. Renal USG çekildiğinde sağ böbrekte evre 2 hidronefroz ve sağ hidroüreter saptandı. Hidrasyon ile kreatinin değerinde düşme görüldü. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisi ardından üroloji bölümü ile görüşülerek sağ double J stent konuldu. Geçirilmiş batın içi operasyona sekonder daralma düşünüldü. Hasta remisyonda over germ hücreli tümör, remisyonda tiroid papiller karsinom, Sjögren Sendromu, tiroidektomi komplikasyonu hipoparatiroidi ve postrenal üreter darlığı tanıları ile takibe alındı.

### TARTIŞMA

Çalışmalara göre kesin olmamakla birlikte primer Sjögren Sendromlu kadınlar Hodgkin dışı lenfoma, multiple myeloma ve tiroid bezi kanserlerine yatkın olabilir. Sjögren Sendromlu hastalarda lenfadenopati, splenomegali, palpal purpura, tip 2 miks monoklonal kriyoglobulinemi varlığı, parotis bezinde büyüme, kompleman C4 düzeyinde azalma ve hipergamaglobulinemi varlığı malignite ile ilişkilendirilebilir. Vakamızda boyunda şişlik etiyolojisi araştırılırken otoimmün patolojiler sorgulanarak Sjögren Sendromu tanısı konulmuş ayrıca boyun USG'de görülen tiroid nodülünün malign potansiyel taşıyabileceği riski göz ardı edilmeyerek iğne biyopsisine yönlendirilmiştir. Vaka dahili açıdan bir bütün olarak değerlendirilmiş ve kreatinin yüksekliği etiyolojisi araştırılarak hidronefroz nedeniyle double J katater konulması sağlanmıştır. Tiroidektomi komplikasyonu olan hipoparatiroidi için replasman tedavisi uygun şekilde düzenlenmiştir.

### SONUÇ

Romatoloji kliniğine başvuran hastalar sadece romatolojik açıdan değil, dahili açıdan bir bütün olarak değerlendirilirler ise nadir görülen birlikteliklerin ortaya konması sağlanabilecektir. Vakamız romatoloji pratiğinin dahiliye romatoloğu tarafınca yürütülmesinin önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sjögren Sendromu, Tiroid Papiller Karsinom

[PP-213][Kabul:Poster][Vaskülit]

## CO-EXISTENCE OF PR3-ANCA ASSOCIATED VASCULITIS WITH IgA NEPHROPATHY: A CASE REPORT

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, Yalcin Solak<sup>3</sup>, Recep Tunc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Konya

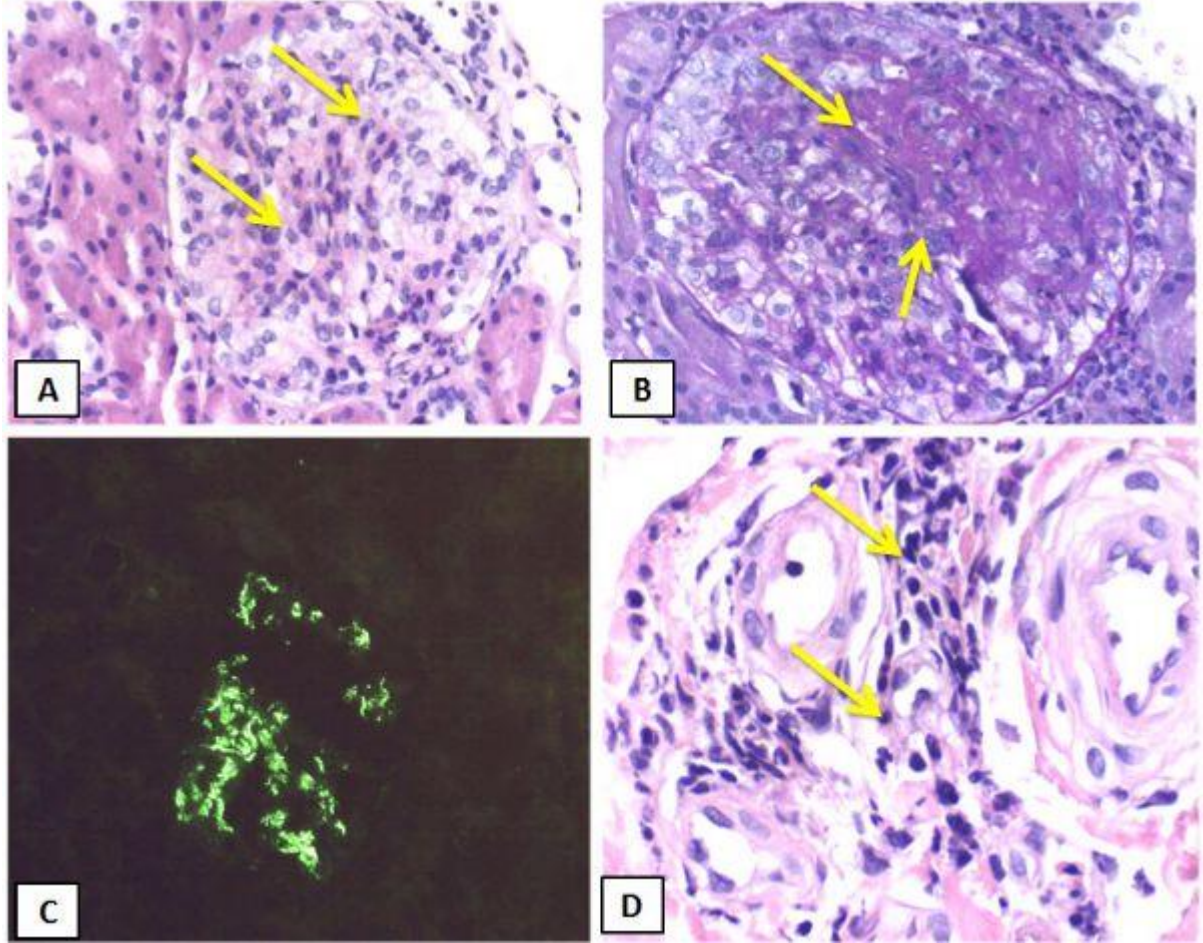
The rapidly progressing IgA nephropathy usually presents with histologic pattern of focal or diffuse necrotizing crescentic glomerulonephritis. Antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) and its specific antigen PR3 are markers of pauci-immune crescentic nephritis, Wegener granulomatosis, and microscopic polyangitis. Coexistence of ANCA positivity and IgA nephropathy has rarely been reported in the literature. Here we report a male patient with presence of PR3-ANCA antibodies and normal kidney function, who presented with arthralgias in several joints and proteinuria. Renal

biopsy showed IgA nephropathy. The patient responded favorably to the treatment with cyclophosphamide and steroid pulses. Case: A 35-year-old male presented with complaints of arthralgia in large joints, palpable purpuric rash in both legs, swelling in the left knee joint, difficulty swallowing, and epigastric discomfort of 2 week's duration. Three months ago he was evaluated for microscopic hematuria and was told that he had urinary stone disease. He was afebrile and blood pressure was 110/70 mmHg. On physical examination, there was no erythema or trush in oral cavity. There was tenderness in epigastric region with voluntary guarding without rebound tenderness. He had palpable purpura in both legs and synovitis in the left knee joint without erythema. Laboratory was; creatinine: 0.6 mg/dL, urea: 20 mg/dL, high sensitive CRP: 110 mg/L, ESR: 64 mm/h, whole blood count was normal, C3 1.38 g/L, C4 0.225 g/L, HBV and HCV (-). ANA: 1/80 (granular pattern), anti-dsDNA: negative, cANCA: positive (anti-PR3 positive). Urinalysis showed microscopic hematuria and pyuria as well as proteinuria. 24-hour urine protein excretion was 3135 mg/day. Punch biopsy of the skin from the leg with palpable purpura showed leukocytoclastic vasculitis. Renal biopsy was performed, the result of which was compatible with IgA nephropathy (Figure 1). We administered 1 gram cyclophosphamide along with steroid pulses for three days. With this treatment, palpable purpuric lesions disappeared and 24-hour protein excretion reduced to 0.5 gram. Discussion: Co-occurrence of IgA nephropathy with ANCA positivity has been rarely reported in the literature. Both c-ANCA and p-ANCA positivity with IgA nephropathy have been reported to date. Bantis et al. retrospectively evaluated 393 patients with IgA nephritis and found 8 patients with ANCA positivity. Out of 8 patients, only 3 patients had PR3(+). All of these patients had rapidly progressive glomerulonephritis with crescent formation in kidney biopsy. Patients with positive PR3 had pulmonary infiltrates and/or hemoptysis, proteinuria, fever and arthralgias. We presented a rare case of vasculitic IgA nephritis associated with PR3-ANCA positivity. In contrast to previously presented cases, our patient presented with mild renal and systemic involvement and showed a favorable response to cytotoxic treatment and corticosteroids.

**Keywords:** ANCA, IgA nephropathy

---

**Figure-1**



*Figure-1: light (Panels A, hemotoxillin and eosin x 200 and B, PAS x200) and immunofluorescence (Panel C) microscopy of renal biopsy and light microscopic images of skin biopsy. Panels A and B show mesangial cellular proliferation (arrow) and increased mesangial matrix production, respectively. Panel C depicts mesangial deposits of IgA. Skin biopsy (Panel D, hemotoxillin and eosin x400) shows perivascular polymorphous neutrophil infiltration and extravasated erythrocytes (arrows).*

**[PP-214][Kabul:Poster][Behçet hastalığı]**

### **Behçet Hastalığı ve Amiloidoz Birlikteliği: Vaka Sunumu**

Sinan Bagcaci<sup>1</sup>, Adem Kucuk<sup>2</sup>, Ilknur Albayrak<sup>3</sup>, Sami Kucuksen<sup>1</sup>, Recep Tunc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

**Giriş:** Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral, genital ülser ve göz tutulumuyla seyreden, ayrıca eklem, kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal sistem ve böbrek tutulumunun da görüldüğü sistemik bir vaskülitir. Böbrek tutulumu oldukça nadirdir ve genelde amiloidoz olarak kendini gösterir. Bu vaka sunumunda 4 yıldır BH tanısıyla takip edilen ve amiloidoza bağlı böbrek tutulumu tespit edilen bir hastadan bahsedilmiştir. **Olgu:** Oral ve genital ülser şikayetiyle polikliniğimize başvuran 40 yaşında kadın hastanın 5 yıldır ayda 1-2 kez olan oral aft yakınması varmış. Yaklaşık 4 yıl önce ön üveit atağı geçirmesi üzerine BH teşhisi konularak kolşisin 1,5 mg/gün başlanmış. Fizik muayenede aktif oral ülser ve genital ülser skarı mevcuttu, her iki tarafta pretibial ödem (++) idi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 88 mm/sa, C-reaktif protein 9 mg/l, hemoglobin 13,3 g/dl, lökosit 13 K/uL, trombosit 405x10<sup>3</sup> e3/uL, kreatin 0,3 mg/dl, albumin 1,8 g/dl, ALT 25 u/l,



TSH 5,2 uIU/ml idi, idrar tetkikinde 100 mg/dl protein mevcuttu. 24 saatlik idrarda protein miktarı 7,5 g/gün idi. Renal ultrasonografide bilateral böbreklerde korteks-medulla ayrımı kaybolmuştu. Hastada nefrotik düzeyde proteinüri olması nedeniyle amiloidoz açısından böbrek biyopsisi yapıldı. Ancak doku alınamayınca kolonoskopi yapılarak rektumdan biyopsi materyali alındı. Patolojik incelemede interstisyumda bazı tubul ve arteriyoller etrafında eozinofilik aselüler madde birikimi, krezil viyole ve kongo red boyamada (+) ekspresyon görüldü. Bu bulgulara göre hastaya BH' ye bağlı sekonder amiloidoz tanısı kondu. Mevcut kolşisin tedavisine ek olarak azotioprin 150 mg/gün başlandı. Tartışma: BH ülkemizde sık görülmesine rağmen renal amiloidoz oldukça seyrek. Ancak renal amiloidoz geliştikten sonra 2-13 yıl içinde kronik renal yetmezliğe gidış görülmekte ve kronik renal yetmezlik, sekonder amiloidoza bağlı ölümlerin % 60'dan sorumlu tutulmaktadır. Sonuç olarak amiloidoz, unutulmaması gereken BH' ye bağlı ölümcül klinik spektrumlarından biridir, BH' nin erken tanı ve tedavisiyle amiloidoz gelişimi engellenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, amiloidoz

## [PP-215][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]

### Sistemik Sklerosis ve Antifosfolipid Antikor Sendromlu Bir Olgu

Orhan Küçükşahin<sup>1</sup>, Mehmet Emin Derin<sup>2</sup>, Şahin Eyüpoğlu<sup>2</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>, Murat Turgay<sup>1</sup>, Nursen Düzgün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

Giriş: Antifosfolipit sendromu (AFS) tek başına görülebileceği gibi otoimmün hastalıklara, malign hastalıklara, çeşitli enfeksiyonlara ve bazı ilaçlara ikincil olarak görülebilmektedir. AFS otoimmün hastalıklardan en çok Sistemik Lupus Eritamatozus (SLE) ile birlikteliği vardır. Ancak sistemik skleroz (SSc) a ikincil AFS varlığı nadir görülen overlap sendromlardandır. Bizim vakamız dirençli dijital ülserleri olan aynı zamanda AFS saptanan SSc sahip erkek bir hasta. Daha önce Literatürde bu birlikteliği gösteren erkek hasta olgusu bulunmamaktadır. SSc olan hastada AFS belirtilerinin bulunmasını durumunda uygun tanı ve tedavi gereklidir.

VAKA

44 yaşında erkek hasta ilk olarak sol el 2. parmakta daha sonra sağ el 4. Parmakta kendiliğinden oluşan ülserler ile başvurdu. Dijital ülser etyolojisi araştırılan hastada yapılan kapilleroskopide yaygın dev kapiller, mikrohemorojiler ve kapil sayısında azalma görüldü. (active dönem Skleroderma paterni ile uyumlu bulgular). Laboratuvar incelemesinde ANA: +++ (sentromer zayıf benekli 1/1000 sentromer). antisentromer antikor: 1422 U/ml (limiti yazılacak) eritrosit sedimentasyon hızı: 65 mm/st, CRP: 92, trombositi: 100000 ANCA: negatif saptandı. Hastanın damarsal görüntülemesinde yapılan üst ekstremitte arteriyel Dopplerde normal akım paterni saptandı. Akciğer DLCO testinde orta derecede azalma saptandı. toraks hrct si normal, Özefagus motilite testi normaldi. Hastaya dijital ülser sebebiyle, asetil salisilik asit, pentoksifilin, nifedipin tedavisi başlandı. 400 mg /gün hidroklorokin ve metilprednizolon tedavisi başlandı. Takipleride vazodilatör tedaviye dirençli ciddi vazosapzm oluşturan raynaud fenomeninin olması ve tedavi altında yeni gelişen iskemik dijital ülserlerinin olması nedeniyle IV iloprost tedavisi ve bosentan tedavisi uygulandı. Ancak takipte hastada yeni dijital ülser gelişimi görüldü. Hastada yapılan üst ekstremitte DSA incelemesinde sağ radyal ve unlar arter el bileği seviyesinde, solda unlar arter el bileği seviyesinde tıkalı olduğu saptandı. Hastada LA: 1.4 (üst sınır: 1.2), antiB2 glikoprotein Ig M: 9.3 MPL U/ml (0-5) ve antikardiyolipin IgM: 7.5 MPL U/ml (0-5) olarak yüksek bulundu. sol ulnar arter ve sağ radial arter tıkanıklığı, trombositopeni ve antifosfolipid antikor pozitifliğinin olması nedeniyle sekonder antifosfolipid antikor sendromu tanısı koyuldu. Hastaya oral varfarin tedavisi verildi. 6 ay sonra kontrol kapilleroskopide Geç dönem skleroderma ile uyumlu kapilleroskopi bulguları saptandı. Hasta bosentan, sildenafil, hidroklorokin, asetil salisilik asit varfarin ve aylık siklofosamid tedavisi ile izlenmeye devam etmektedir.

TARTIŞMA

Literatüre bakıldığı zaman SSc ve APS overlap sendromu oldukça nadir olduğu görülmektedir. Ş APS bulguları gösteren SSc hastalarında dijital ülser ve iskemik lezyonlar çok ağır seyredebileceğinden erken tanı ve tedavi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** sistemik sklerosis, antifosfolipid antikor sendromu

## [PP-216][Kabul:Poster][Vaskülit]

## **Nekrotizan Sklerit İle Başvuran ANCA İlişkili Vaskülit Olgusu**

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

### **GİRİŞ**

Küçük damar vaskülitleri göz tutulumunda konjunktivit, episklerit, sklerit, üveit ve retina, koroid ve optik sinir vaskülitleri görülür. Literatürde nekrotizan sklerit şeklinde göz tutulumu ile başvuran ve c-ANCA pozitifliği ile vaskülit tanısı konularak tedavi edilen vakalar bildirilmiştir. Kliniğimize nekrotizan sklerit nedeniyle göz bölümü tarafından konsülte edilen, dış merkezde polimyalji romatika ve romatoid artrit tanıları ile takip edilmiş ANCA ilişkili vaskülitli olgumuzu sunduk.

### **OLGU**

48 yaşında kadın hasta sol gözde nekrotizan sklerit ve belirgin görme kaybı nedeniyle göz kliniğine danışıldı. Hastanın sorgulamasında halsizlik, yorgunluk, 3 aydır giderek artan sol gözde ağrı, kızarıklık, görmeye azalma, 4 yıldır olan oral aft ve yaklaşık 10 yıldır olan artralji şikayeti mevcuttu. Muayenesinde sol gözde görmeye azalma ve kızarıklık saptandı. Öyküsünde 10 yıldır olan artralji mevcuttu fakat artrit ve sabah tutukluğu yoktu. 2009 yılında dış merkezde yaygın vücut ağrısı, oral aft ve göz kuruluğu şikayeti üzerine yapılan tetkiklerde ESR (125 mm/sa) ve CRP (48 mg/L) yüksekliği ve anemi saptanmış, ANA, anti-ENA profili ve RF negatif imiş. Hastaya polimyalji romatika tanısı ile 32 mg/gün metilprednizolon verilmiş ve ESR, CRP değerlerinde düşme görülmüş. Fakat hasta takibe devam etmemiş. 3 ay önce göz tutulumu başladığında göz bölümünün romatoloji konsültasyonu sonrası 1 ay önce dış merkezde romatoid artrit tanısı ile metotreksat başlanmış. Hastanın artrit ve sabah tutukluğu yoktu, RF ve anti-CCP negatifti. El bilek grafisinde erozyon görülmedi. Bu bulgularla romatoid artrit tanısından uzaklaşıldı. Laboratuvar'da hipokrom, normositer anemi, ESR ve CRP değerlerinde ılımlı yükseklik saptandı. 24 saatlik idrarda patolojik protein atılımı yoktu. Akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografide akciğer tutulumu görülmedi. Sklerit nedenlerinden vaskülitte yönelik ANCA bakıldı ve 1/100 cANCA pozitif saptanması üzerine ANCA ilişkili vaskülit düşünüldü. Göz bölümünce yapılan greftte kayıp olduğu için metotreksat uygun ve yeterli tedavi olarak görülmeyerek kesildi ve kortikosteroid tedavi ile birlikte malignite taramasının ardından 3 haftada bir 500 mg iv siklofosfamid infüzyonu başlandı. 2. kürden sonraki kontrolde greft yanıtı olduğu görüldü. Hastamız göz tutulumu ve ANCA pozitifliği dışında Wegener granülomatoz tanı kriterlerini karşılamıyordu. ANCA ilişkili vaskülit kabul edilerek tedavi verildi ve yakın takipte izlenilmesine karar verildi.

### **TARTIŞMA**

Literatürde göz tutulumu ile başlayıp takipte Wegener granülomatoz kliniğinin diğer kriterlerinin görüldüğü vakalar bildirilmiştir. Ayrıca oküler tutulum ile prezente olup, takipte başka tutulum görülmeyen vakalar da bulunmaktadır. Sınırlı vaskülitli olgular metotreksat tedavisine hastaların dörtte üçünde tam remisyon şeklinde cevap verebilir. Çoğu zaman metotreksat yeterli gelmemekte ve siklofosfamid ile remisyon sağlanabilmektedir.

### **SONUÇ**

Nekrotizan skleritte vaskülit akla gelmeli, agresif tedavi geciktirilmemelidir

**Anahtar Kelimeler:** Nekrotizan Sklerit, Vaskülit

**[PP-217][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

## **Romatoid Artrit Mi? Skleroderma Mı? İki Hastalık Birlikte Mi?**

Serpil Ergülü Eşmen, Sema Yılmaz

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

### **GİRİŞ**

Skleroderma mikrovasküler ve konnektif dokuyu etkileyen sistemik bir hastalıktır. Derinin kalınlaşması, parmaklarda değişikliklerle başlayan sklerodaktili ve daha proksimale ilerleyebilen karakteristik bir bulgudur. Erken sklerodermanın ellerde şiş evresi hastalığı yakından tanımayan ve takibini yapmamış kişilerce simetrik poliartrit ile seyreden patolojilerle karıştırılabilir. Beraberinde tipik yüz görünümü, raynauld fenomeni varlığı, otoimmün marker pozitifliği ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

### **OLGU**

63 yaşında kadın hasta 8 yıl önce dış merkeze el ve ayaklarda şişlik nedeniyle başvurmuş. Hastaya

sulfasalazin ve metotreksat başlanmış.Hasta öksürük, balgam ve ateş ile kliniğimize başvurdu.Sorgulamasında raynauld fenomeni, artralji ve halsizlik mevcuttu.Muayenesinde tipik skleroderma yüz görünümü, sklerodaktili, akciğer sol alt zonda solunum seslerinde azalma mevcuttu.Tetkiklerinde ESR ve CRP yüksek, RF, anti-CCP negatif, ANA 1/320 pozitif, anti-ENA profilinde Scl-70 (++) idi.Kapilleroskopide erken telenjektazik değişiklik saptandı.El grafisinde erozyon, ankiloz görülmedi.Antibiyotik tedavisi sonrası ESR ve CRP geriledi. BT'de akciğer tutulumu saptanmadı, PAB normaldi.Kolşisin ve hidroklorokin tedaviye eklendi.İkinci vaka 49 yaşında kadın hasta ellerde şişlik ve artralji şikayeti ile 10 yıldır metilprednizolon kullanmakta idi. Bulantı, nefes darlığı, ellerde kasılma şikayeti ile yatırıldı. Sorgulamada raynauld fenomeni pozitif idi.Muayenesinde tipik skleroderma yüz görünümü, sklerodaktili, akciğerde dinlemekle ral, gluteal ve göğüs bölgesinde sert 1 cm çaplı nodüller saptandı.Anti-CCP pozitif, ANA 1/1000 granüler pozitif, Scl 70(+++), SS-A(+++) idi.Deri altındaki nodüller kalsinozis olarak değerlendirildi.Toraks BT'de buzlu cam alanları saptandı.PAB: 36 mmHg idi.Kasılmaları tiroidektomi komplikasyonu olan hipokalsemiye bağlı idi.Enfeksiyon tedavisinin ardından siklofosamid 500 mg 2 haftada bir iv infüzyon başlanması planlandı.

#### TARTIŞMA

Artrit ile başvuran hastanın klinik gidişi, romatoid artrit, diğer bağ dokusu hastalıkları ve farklılaşmamış artrit şeklindedir.Romatoid artrit eklemlerde şekil bozukluğu ve deformasyonlarla giden bir hastalıktır.En önemli özelliği eklemlerde yaptığı erozyonlardır. Erozyonların çoğu ilk iki yıl içerisinde gelişmektedir.RF ve anti-CCP pozitifliği bağ dokusu hastalıklarında da görülebilmektedir.Telenjektazi, tipik yüz görünümü, raynauld fenomeni, deride sertleşme ve fibroz, sklerodaktili, özafagus motilite bozukluğu, pulmoner hipertansiyon, bibaziler fibroz varlığında skleroderma düşünülmelidir.

#### SONUÇ

Konusunda uzman deneyimli hekimlerce değerlendirme yapılmadığında erken dönemde bağ dokusu hastalıkları romatoid artrit olarak takip ve tedavi edilebilmektedir. Eklem tutulumu ile başvuran vakalarda bağ dokusu hastalıkları anamnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde akılda tutulmalıdır.Çünkü akciğer gibi eklem dışı tutulum varlığında siklofosamid gibi yoğun immünsüpresif tedavi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Skleroderma

### [PP-218][Kabul:Poster][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]

#### **Kronik granüloamatöz üveitin nadir bir nedeni; Primer Sjögren sendromu**

Cemal Bes<sup>1</sup>, Fatma Ela Keskin<sup>1</sup>, Mehmet Soy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji / İstanbul

<sup>2</sup>Özel Hisar İntercontinental Hastanesi, Romatoloji / İstanbul

Giriş: Primer Sjögren sendromu (pSS) nedeni bilinmeyen, egzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonuna bağlı olarak ağız ve göz kuruluğuna yol açan kronik otoimmün bir hastalıktır. pSS'da göz tutulumu genellikle kseroftalmi (kuru göz) şeklinde olup bu hastalığa bağlı kronik üveit görülmesi olağan değildir. Biz burada pSS ilişkili bilateral kronik granüloamatöz üveitli bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 65 yaşında bayan hasta, 3 yıldır olan bilateral kronik granüloamatöz üveit etyolojisi araştırılmak üzere tarafımıza yönlendirilmişti. Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan hastanın eklem ağrısı, ağız ve göz kuruluğu yakınması vardı. Romatolojik hastalıklar yönünden yapılan sorgusunda oral aft (-), genital ülser (-), eritema nodosum (-), bel ağrısı (-), karın ağrısı (-), ishal (-), artralji (+). Fizik muayenede artrit (-), sakroiliak eklem muayenesi normaldi. Biyokimya testleri, sedimantasyon, CRP, hepatit serolojisi normal, P-A akciğer grafisi ve sakroiliak eklem grafisi doğaldı. Serolojik testlerden HLA-B27 negatif, RF negatif, anti-CCP negatif, VDRL negatif, anti-toksoplazma IgM ve IgG negatif; ANA pozitif, anti-SSA pozitif, antids-DNA negatifti. Schirmer Testi 5mm'nin altında, BUT 5 sn bulundu. Hastanın kronik granüloamatöz üveitinin primer Sjögren sendromuna bağlı olduğu düşünüldü ve hidroklorokin tedavisi başlandı.

Tartışma: Bu olgu bize, nedeni açıklanamayan üveit olgularında pSS sendromunun akılda tutulması ve buna yönelik klinik sorgulama ile birlikte serolojik testlerin yapılmasıyla daha çok hastada üveit etyolojisinin aydınlatılabileceğini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Üveit, Sjögren sendromu

### [PP-219][Kabul:Poster][İnfeksiyon-ilişkili romatizmal hastalıklar]

## **Tekrarlayıcı posterior üveit ve retina dekolmanının nadir bir nedeni: latent tüberküloz enfeksiyonu**

Cemal Bes<sup>1</sup>, Mehmet Soy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

<sup>2</sup>Özel Hisar Intercontinental Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

Giriş: Tüberküloz enfeksiyonu seyrinde granüloamatöz anterior üveit, panüveit, retinal vaskülit gibi değişik formda göz tutulumu olabilir. Ancak aktif tüberküloz enfeksiyonu olmayan hastalarda tekrarlayıcı üveit atakları beklenen bir durum değildir. Biz burada tekrarlayıcı üveit atakları ve retina dekolmanı etyolojisi araştırılmak üzere tarafımıza yönlendirilen latent tüberküloz enfeksiyonu ilişkili üveit tanısı koyduğumuz bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta, sol gözde tekrarlayıcı üveit atağı ve retina dekolmanı etyolojisi araştırılmak üzere tarafımıza yönlendirilmişti. İlk kez 2 yıl önce üveit atağı geçiren hastanın toplam 3 üveit atağı olduğu ve en son üveit atağında retina dekolmanı geliştiği öğrenildi. Hastanın 42 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirme anamnezi vardı ve 1 yıl önce de geçirilmiş tüberküloza bağlı bronşektazi tanısı konulmuştu. Romatolojik hastalık yönünden sorgusunda oral aft (-), genital ülser (-), eritema nodosum (-), tromboflebit (-), artrit (-), bel ağrısı (-), ishal (-), karın ağrısı (-). A-P pelvis grafisi normaldi. Serolojik testlerden ANA negatif, HLA-B27 negatifti. Dermatolojik muayenesi normaldi. Toraks BT'de sekel tüberküloza ait fibrotik görünüm ve bilateral bronşektazi izlendi. PPD 10 mm bulundu. 3 kez balgamda ARB çalışıldı: negatif bulundu. Hastada üveit ataklarını açıklayabilecek romatolojik ve enfeksiyöz bir hastalığa ratlanmaması üzerine üveit ataklarının latent tüberküloz enfeksiyonu ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Tartışma: Tekrarlayıcı üveit ataklarının etyolojisi araştırılırken latent veya aktif tüberküloz da olası nedenler arasında düşünölmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, üveit

**[PP-220][Kabul:Poster][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

### **Ailesel Akdeniz Ateşi Tedavisinde Anti-TNF İlaç Kullanımı: Olgu sunumu**

Adem Kucuk<sup>1</sup>, Sinan Bagcaci<sup>2</sup>, İlknur Albayrak<sup>3</sup>, Yalcin Solak<sup>4</sup>, Abduzhappar Gaipov<sup>4</sup>, Suleyman Turk<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

<sup>4</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) tekrarlayan ateş ve serozit ataklarıyla karakterize otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır. En önemli uzun dönem komplikasyonu tedavisiz hastaların %40'ında ortaya çıkan böbrek yetmezliğine yol açan AA tipi amiloidozdur. Tedavide son zamanlarda kolşisine yanıtız vakalarda anti-TNF kullanımı ile ilgili yeni bilgiler mevcuttur. Olgu: 19 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize ateş, artralji, son 1 aydır giderek artan skrotum, göz çevresi ve pretibial bölgede ödem yakınması ile başvurdu. Hastanın öyküsünden 7 yaşında iken AAA teşhisi konduğu, 3 yıl kolşisin tedavisinden sonra tedaviyi bıraktığı öğrenildi. Hastanın hemoglobini 9,2 g/dl, serum albumin 1,45 g/dl, 24 saatlik idrar proteini 224 mg/m<sup>2</sup>/sa düzeyindeydi. Anemisinin talasemi taşıyıcılığına bağlı olduğu anlaşıldı. Proteinüri nedeniyle için yapılan böbrek biyopsi sonucu amiloidoz olarak geldi. AAA'ya bağlı amiloidoz ve nefrotik sendrom tanısı konulan hastaya kolşisin 1,5 gr/gün ve enalapril başlandı. Hem klinik yakınmaları hem de proteinürisinin dirençli olması üzerine enalapril yerine etanersept geçilmesine karar verildi. Hasta etanersept başlanmasından yaklaşık 3,5 ay sonra ateş yakınması ile başvurdu. Ateşe neden olabilecek herhangi bir enfeksiyon odağı olmayan hastada üre 157 mg/dl, kreatinin 8,5 mg/dl, potasyum 6 mEq/L, sodyum 133 mEq/L, kreatin klerensi 8,9 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> idi. Haftada 3 kez olacak şekilde hemodiyaliz programına alındı. Takiplerinde ekstremitelelerinde daha yoğun olmak üzere makülopapüler tarzda kaşıntılı lezyonları gelişti. Hastanın ateşi de devam ettiğinden vaskülit düşünülerek 40 mg/gün steroid verildi. Cilt biyopsisi nonspesifikti. Etanerseptte bağlı olabileceği düşünülerek tedavi kesildi. Döküntüler düzeldi. Ancak etanerseptin kesilmesinin 10. gününde her iki parotis bezinde şişlik meydana geldi. Süpüratif parotit nedeniyle sulbaktam+sefoperazon başlandı. Trombosit sayısı 38.103 idi. Hastanın trombositopenisi, parotiti ve döküntüsü etanerseptte bağlandı. Takibinde lökosit sayısı 2,7 K/uL ve nötrofil sayısı 0,9 K/uL değeriindedi. Bunun üzerine pansitopeni etiyolojisi açısından yapılan kemik iliği biyopsisi hiposelüler olup aplastik anemi ile uyumlu idi. Hastanın

pansitopenisi devam ederken hemodinamisi tekrar bozulmaya başladı. Genel durumu daha da kötüleşen uykuya meyilli hastanın çekilen akciğer grafisinde plevral efüzyon tespit edildi. Pulmoner hemoraji olabileceği düşünüldü. Solunum sıkıntısı progresif artan hasta kardiyopulmoner arreste girdi ve exitus odu. Tartışma: AAA' nın en önemli uzun dönem komplikasyonu olan amiloidozun tedavisinde son zamanlarda inflamatuvar hastalıklarda kullanılan anti-TNF tedavisi denenmekte ve bununla ilgili olgu sunumları rapor edilmektedir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi vaskülitik döküntü, parotitis, pansitopeni gibi komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. İlaç güvenliği konusunda daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz Ateşi, Anti-TNF İlaç Kullanımı

**[PP-221][Kabul:Poster][İnfeksiyon-ilişkili romatizmal hastalıklar]**

### **Stafilokoksik Spondilodiskit ve İliopsoas Apsesi**

Emine Sumru Savaş<sup>1</sup>, Tarık Şimşek<sup>2</sup>, Hüseyin Aytaç Erdem<sup>3</sup>, Yasemin Kabasakal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**GİRİŞ:** Spondilodiskit erişkinde nadir rastlanan fakat ciddi bir durumdur. Stafilokoklar en sık nozokomiyal ve toplum kökenli enfeksiyon etkenlerindedir. Bu bildiride bir S. aureus spondiliti vakasının sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 48 yaşında diyabetik kadın hasta belde, kasıklarda, sakrumda ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünde 2 ay önce başlamış sol kasık ağrısı, üşüme ile yükselen ateş, gece terlemesi, kilo kaybı saptandı. Ailede tüberküloz ve romatizma öyküsü bulunmamaktaydı. Emekleyerek gelen hasta, sırt üstü yatırıldığında batının sol tarafında ileri derece ağırlı kitle ele geldi. Alt lomber omurlar ileri derece (3-4 derece) ağırlıydı. Öncelikle tüberküloza bağlı olabilecek solda iliopsoas apse kitlesi ve POTT hastalığı düşünülerek yatırıldı.

Biyokimya analizinde sedimantasyon, CRP, alkalen fosfataz, GGT yüksekliği yanı sıra tüm batın ultrasonografisinde sol böbrek inferiorunda psoas kası komşuluğunda iliak fossaya dek uzanım gösteren, en geniş yerinde 9x7 cm boyutlarına ulaşan, sıvı ve hava ekojeniteleri barındıran apse odağı saptandı. Batın BT de ise; L3-4 intervertebral diskte diskite, sol tarafta ve psoas kasta L3 düzeyinden başlayan ve iliopsoas kas düzeyinde sol taraf femoral bölgede intra trokanterik bölgeye kadar devam eden aksiyel kesitlerde yaklaşık 6.7 cm kalın duvarlı apse ile uyumlu koleksiyon ve ayrıca sağ tarafta L4-5 düzeyinde psoas kasının posteriorunda yaklaşık 2 cm'lik alanda apse koleksiyonu izlenmekte idi. Brusella serolojisi negatif ve TCT (PPD) testi anerjik gözlenen olgunun lumbosakral MR incelemesinde BT ile uyumlu görüntüler elde edildi. Girişimsel radyoloji tarafından iliopsoas apsesi perkütan drene edildi. Nöroşirürji tarafından L3-L4 bölgesinden alınan sıvıdan kültür yapıldı ve ayrıca mycobacterium tuberculosis arandı. Kültür sonuçları gelinceye kadar ampirik başlanan i.v. ampicillin sulbactam tedavisine İntaniye konsültasyonu ile metranidazol eklendi. Nöroşirürji tarafından bölgeden alınan sıvıda stafilokokkus aureus üremesi nedeniyle hasta intaniye kliniğine transfer edildi. Levofloxacin, ardından piperacillin tazobactam ile tedaviye geçildi. Daha sonra, mycobacteriolojik enkübasyonu devam eden ve kanıtlanmış tbc bulgusu olmayan hastanın disk sıvısından örneklem yapıldı. Doku örneğinde MTD negatif, apse örneğinde PCR ile m.tuberculosis kompleks (-) saptandı. Bir ay sonra lökositozu devam eden, klinik olarak semptomları devam eden, CRP yüksekliği süren hastanın tedavisi tigesikline değiştirildi. Hastanın antibiyotik tedavisi 28 güne tamamlandı (tigesiklin ve levofloxacin). Kontrol torakolomber MR'da regrese spondilodiskit saptandı. Genel durumu düzelen olgu, moxifloxacin p.o ile eksterne edildi. Sonuç: Bel, kalça ağrısı ve ateş ile emekleyerek romatolojiye başvuran hastada, enfeksiyöz nedeni (stafilokoksik) iliopsoas absesi ve L3-4 de spondilodiskit olduğu gösterilmiştir. Tedavi ile lezyonları regrese olan olgunun kontrolleri devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** iliopsoas absesi, spondilo diskite