

## 2012romatoloji Kabul:Poster Tur

Toplam: 30

[PS-001][Kabul:Poster Tur][Romatoid artrit]

### Romatoid Artritli Hastalarda Kardiyovasküler Risk Parametrelerinden Aortik Stiffness ve Karotis İntima Media Kalınlığının Serum Osteoprotegerin Düzeyi ve Klinik Bulgularla İlişkisi

Cem Özişler<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>2</sup>, Yaşar Karaaslan<sup>1</sup>, Özgül Uçar Elalmış<sup>3</sup>, İzzet Selçuk Parlak<sup>4</sup>, Fulya Dörtbaşı<sup>1</sup>, Kubilay Şahin<sup>1</sup>, Hüseyin Tutkak<sup>5</sup>

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

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

<sup>3</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

<sup>4</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, Ankara

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

#### GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid artritli hastalarda karotis intima-media kalınlığı (KIMK) ölçümü kardiyovasküler olaylar açısından güçlü bir belirteçtir ve sıklıkla artmış kardiyovasküler risk taraması için kullanılmaktadır. KIMK romatolojik hastalığı bulunan kişilerde, özellikle RA'lılarda, normal popülasyona göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kardiyovasküler risk açısından diğer bir bağımsız risk faktörü olan aortik stiffness (arteriyel sistem kompliansında azalma)'ın RA'lı hastalarda sağlıklı kontrollere göre arttığı az sayıda çalışmada gösterilmiştir. Genel popülasyonda ve RA'lı hastalarda yapılan çalışmalarda serum osteoprotegerin (OPG) düzeyinin koroner arter aterosklerozu, kardiyovasküler hastalık ve KIMK artışı ile ilişkili bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda bu faktörlerin RA'lı hastalarımızda klinik bulgularla ve birbirleriyle olan ilişkilerini araştırmayı amaçladık.

#### HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmamıza romatoloji polikliniğimizde takipli, en az bir yıllık RA tanısı olan, 18-60 yaşları arasında, diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ve obezite gibi primer kardiyovasküler risk faktörleri olmayan, 60 hasta ve sağlıklı 30 kontrol grubu olgusu alındı. Hasta ve kontrol grubu olgularında ateroskleroz ve kardiyovasküler risk belirteçlerinden olan KIMK ve aortik stiffness ölçümleri yapıldı. OPG düzeyleri RayBio human OPG elisa kiti kullanılarak tespit edildi.

#### BULGULAR

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda hasta grubunda OPG düzeyi, KIMK (en kalın yeri ve ortalaması) kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,007$ ). Aortik stiffness değeri de hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşmadı ( $p=0,114$ ) (Tablo 1). Romatoid artritli hastalarda kardiyovasküler risk göstergelerinden kabul edilen KIMK ve aortik stiffness ölçümleri de birbirleriyle anlamlı korele bulundu ( $r=0,283$ ,  $p=0,024$ ). Hasta grubunda yaş, OPG düzeyi ( $r=0,305$ ,  $p=0,018$ ) ve KIMK ( $r=0,614$ ,  $p<0,001$ ) ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiş, aortik stiffnessla da korele bulunmuş, ancak anlamlılık sınırına ulaşmamıştır ( $r=0,266$ ,  $p=0,040$ ). Yine RA'lı hastalarda erkeklerde aortik stiffness değerleri anlamlı biçimde kadınlardan yüksek bulundu (sırasıyla 7,1 ve 5,1  $p=0,013$ ).

#### SONUÇ

Çalışmamızda OPG düzeyleri ve KIMK ölçümleri sağlıklı kontrollere göre RA'lı olgularda anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Aortik stiffness ölçümleri hasta grubunda yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlı farklılığa ulaşmadı, ancak KIMK ile anlamlı korelasyon gösterdi. Verilerimize baktığımızda RA'lı hastalarda özellikle yaş arttıkça ve erkek cinsiyette kardiyovasküler risk parametrelerinde artış görülmektedir. Romatoid artritli hastalarda yapılacak daha fazla sayıda olguyu içeren bir çalışmayla aortik stiffness ölçümleri ile kardiyovasküler risk ilişkisinin net bir şekilde ortaya konulması mümkün olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Aortik Stiffness

---

#### Tablo 1. Hasta ve Kontrol Gruplarına Ait Klinik Ölçümler ve İstatistiksel Değerlendirmesi

Değişkenler	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	p-değeri
OPG (pg/ml)	60,1 (12,8-169,6)	30,0 (3,3-62,7)	<0,001
KIMK (En Kalın Yeri)	0,68 (0,48-1,29)	0,58 (0,49-1,04)	<0,001
KIMK (Ortalama)	0,59 (0,44-0,99)	0,53 (0,42-0,83)	0,007
Aortik Stiffness	5,6 (2,1-29,1)	4,6 (2,6-13,3)	0,114

## [PS-002][Kabul:Poster Tur][Romatoid artrit]

### Romatoid artritte sertolizumab pegol ile yapılan klinik çalışmalarda ciddi enfeksiyonlar ve fırsatçı enfeksiyonların riskine ilişkin birleşik analiz

Xavier Meriette<sup>1</sup>, Philippe Bertin<sup>2</sup>, Catherine Arendt<sup>3</sup>, Ido Terpstra<sup>4</sup>, Brenda Vanlunen<sup>5</sup>, Marc Delongueville<sup>6</sup>, Bülent Yıldırım<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie, Université Paris-Sud, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre Paris, Fransa

<sup>2</sup>Service de Rhumatologie, C.H.U. Dupuytren, Limoges Fransa

<sup>3</sup>Clinical Development, UCB Pharma, Brüksel, Belçika

<sup>4</sup>GCSP Drug Safety, UCB Pharma, Brüksel, Belçika

<sup>5</sup>Global Biostatistics, UCB BioSciences Inc, Research Triangle Park, Amerika

<sup>6</sup>Global Medical Affairs, UCB Pharma, Brüksel, Belçika

<sup>7</sup>UCB, İstanbul, Türkiye

Gerekçe: Sertolizumab pegol (SZP) Amerika ve Avrupa'da romatoid artrit (RA) tedavisi için endikedir. Amerika'da aynı zamanda Crohn hastalığının (CH) tedavisinde de endikedir. Gerçek yaşamdaki uygulamalardan ve klinik çalışmalardan her iki endikasyonda SZP'nin güvenliliğine dair fazla sayıda veri elde edilmiştir. Burada, enfeksiyonlar, ciddi enfeksiyonlar (CI) ve fırsatçı enfeksiyonlara (FI) odaklanarak SZP'nin güvenlilik profiline (advers olaylar (AO) ve ciddi AO'lar) ilişkin bir güncelleme sunmaktayız.

Yöntem: Kasım 2010'a kadar bildirilen RA çalışma verileriyle birleşik bir analiz yapılmıştır. Bu analiz 8,658 hasta yılı (HY) SZP kullanımı olan 3,397 hastayı (yaklaşık %40'ı Orta ve Doğu Avrupa'dan) içermiştir. Birleşik analize tüm endikasyonlarda 5000'den fazla hastayı içeren diğer çalışmalar dahil edilmemiştir. İlaç takip programlarının verileri de dışlanmıştır çünkü bu programların advers olayları olduğundan daha az rapor ettiği bilinmektedir. Ancak hem CH hem de RA için tüm kaynaklardan 31 Aralık 2010'a kadar bildirilen tüm CI'lar gözden geçirilmiştir.

Sonuçlar: Birleştirilmiş RA çalışmalarının analizinde "Tüm SZP Dozları" grubunda bildirilen advers olayların insidans oranları Tablo 1'de yer almaktadır.

RA'da, 487 CI arasından 76 FI birleştirilmiş çalışmalardan kaydedilmiştir (52 tüberküloz (TB), 11 herpes, legionella, salmonella, aspergillozis ve histoplazmozis için 2 ve nokardiya, psödomonas, Epstein - Barr virüsü (EBV) ve diğer fungal enfeksiyonlar için 1'er olgu).

Diğer çalışmalarda tespit edilip birleşik analize dahil edilmeyen toplam 40 FI mevcuttu (20 TB, 8 herpes, kandida ve pnömoni için 3 ve salmonella, stafilokok, sitomegalovirus (SMV), EBV, aspergillus, enfeksiyöz gastroenterit ve diğer fungal enfeksiyonlar için 1'er olgu).

Gerçek yaşamdaki uygulamalardan spontan olarak bildirilen toplam 30 FI mevcuttu (RA hastalarında 8, Crohn Hastalarında 18 ve bildirilmeyen bir hastalık alanında 4). Bunlara 12 herpes, 4 TB, 3 kandidiyozis\*, koksidiyoz\*, histoplazmoz\*, lejyonella ve SMV\* için 2 ve salmonella, TB dışı mikobakterium ve EBV için 1'er olgu dahildi. (\*FI'un CH'da bildirildiğini gösterir).

Tartışma: SZP'nin AO, ciddi AO, CI ve FI profili diğer anti-TNF'ler için bildirilenlerle benzer bulunmuştur. CI'ların insidansı, İngiliz Romatoloji Derneği Kayıtkütüğü (BSRBR) veritabanında (4.2/100 HY) anti-TNF tedavisiyle (adalimumab, etanersept veya infliximab) kaydedilen insidansa yakındı. Yeni enfeksiyonlara ilişkin güvenlik sinyalleri saptanmadı. TB insidansı Orta ve Doğu Avrupalı hastaların yüksek bir oranını içeren popülasyonda kaydedeğer iken ReAct çalışmasında (0.50/ 100 HY) adalimumab ile kaydedilene yakın ve BSRBR veritabanında diğer anti-TNF'ler için bildirilenlerle benzer aralıktadır.

Menfaat Beyanı:

XM: UCB, Pfizer, Roche ve Human Genome Science'dan araştırma desteği ve UCB, Pfizer, Roche, BMS, GSK ve Pfizer'dan honorarium almıştır.

PB: UCB'den araştırma desteği almıştır.

MD, CA, IT, BV, BY: UCB çalışanıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, sertolizumab pegol

**Tablo 1 Birleştirilmiş RA çalışmalarının analizinde "Tüm SZP Dozları" grubunda bildirilen advers olayların insidans oranları**

	RA'daki insidans (/100 hasta yılı)
Advers olaylar	57,29
Ciddi advers olaylar	13,75
İnfeksiyonlar	38,61
Ciddi infeksiyonlar	4.43
TB	0,54

[PS-003][Kabul:Poster Tur][Romatoid artrit]

### **Düşük-Orta Hastalık Aktivitesine Sahip Romatoid Artritli Hastalarda Sertolizumab Pegol Tedavisi Bırakıldıktan Sonra Remisyonun Sürdürülmesi: Certain Çalışmasının 52. Hafta Sonuçları**

Josef Smolen<sup>1</sup>, Paul Emery<sup>2</sup>, Gianfranco Ferraccioli<sup>3</sup>, Wlodzimierz Samborski<sup>4</sup>, Francis Berenbaum<sup>5</sup>, Owen Davis<sup>6</sup>, Will Koetse<sup>7</sup>, Barbara Bennett<sup>8</sup>, Herald Burkhardt<sup>9</sup>, Bülent Yıldırım<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Medical Univ of Vienna, Avusturya

<sup>2</sup>Univ of Leeds, İngiltere

<sup>3</sup>Catholic Univ of Sacred Hearth, Rome, İtalya

<sup>4</sup>K. Marcinkowski Univ Sch of Med Sci, Poznan, Polonya

<sup>5</sup>AP-HP St-Antoine Hospital, Paris, Fransa

<sup>6</sup>UCB, Brussels, Belçika

<sup>7</sup>UCB, Raleigh, Amerika

<sup>8</sup>UCB, Smyrna ve BABennett Consulting, Marietta, Amerika

<sup>9</sup>Johan Wolfgang Goethe Univ, Frankfurt am Main, Almanya

<sup>10</sup>UCB, İstanbul, Türkiye

**Gereççe:** Uzun zamandır devam eden düşük/orta hastalık aktivitesine (D/OHA) sahip romatoid artritli (RA) hastalarda biyolojik olmayan hastalığın seyrini değiştirici antiromatizmal ilaçlara (HSDAİ) eklenen sertolizumab pegol (SZP) remisyon ve DHA oranlarını yükseltmiştir ( Smolen et al. Ann Rheum Dis 2011;70,Suppl3). Bu çalışmada D/OHA'ne sahip hastalarda, 24 hafta boyunca SZP veya plasebo (PBO) alımından sonra tedavinin bırakılmasının ardından 52. haftaya kadar remisyonun idamesi değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Çift-kör(ÇK), randomize bir Faz IIIb çalışma olan CERTAIN, D/OHA'ne sahip hastaları dahil etmiştir (Klinik Hastalık Aktivite İndeksi, CHAI >6 ve =16). 24 haftalık ÇK fazdan sonra (0, 2 ve 4. haftalarda SZP 400mg/PBO, ardından 2 haftada bir SZP 200mg/PBO), 20. ve 24. haftalarda CHAI remisyonu saptanan hastalar (=2.8) randomize tedaviyi bırakmış ancak klasik HSDAİ'lara devam etmiştir. Remisyona giren ve 24. hafta ile 54. hafta arasında alevlenme yaşayan hastalar tekrar SZP ile tedavi edilmiştir. Remisyona girmeyen ve 24.haftada ayrılan hastalar açık uzatma fazına girmiştir. Birincil son nokta hem 20. hem de 24. haftalarda CHAI remisyonuydu (NRI-cevapsızlara dayanılarak). İkincil son noktalar randomize tedavi durdurulduktan sonra CHAI remisyonunun idamesini içerdi.

**Sonuçlar:** SZP (n=96) veya PBO (n=98) alan hastaların başlangıç özellikleri (ortalamalar) benzerdi. 12. ve 24. haftalarda DHA'lı veya remisyonla giren hastaların oranı CZP alan hastalarda PBO alanlara göre daha yüksekti (Şekil 1. A). 20. ve 24. haftalarda CHAI remisyonu saptanan SZP hastalarının oranı PBO'ya göre 3 kattan daha fazlaydı (%18.8 ve %6.1, p<0.05). Başlangıçta daha düşük Sağlık Değerlendirme Anketi ve ağrı skorları SZP ve PBO için 24. haftada CHAI durumunda iyileşme ile ilişkili bulundu. 24. haftada, önceden SZP alan 18 hasta (1 hasta ilk etkinlik ölçümünden önce ayrılmıştı) ve PBO alan 6 hasta tedaviyi durdurdu. Önceden SZP alan 17

hastadan 3'ünde (3/17) ve PBO alan 2/6 hastada CHAI remisyonu 52. haftaya kadar devam etti ve 52. haftada CHAI remisyonu/DHA'lı hastaların sayısı sırasıyla 7/17 ve 2/6 idi. Basitleştirilmiş HA İndeksi (SDAI) remisyonu önceden SZP alan 4/17 ve PBO alan 2/6 hastada ve DAS28(ESR) remisyonu sırasıyla 4/17 hastada ve 1/6 hastada gözlemlendi. CHAI remisyonunun kaybına kadar geçen medyan süre (tüm hastalar) 42.5 gündü (Şekil 1.B).

Tartışma: Uzun zamandır devam eden, D/OHA'ne sahip RA'lı hastalarda biyolojik olmayan HSDAİlara SZP eklenmesi remiyon ve DHA oranlarını yükseltmiş ve yüksek HA'ne progresyonu inhibe etmiştir. SZP tedavisini durdurduktan sonra, hastaların çoğu remiyonu idame ettirememiştir; bu bulgu TNF inhibitör tedavisinin durdurulması bakımından bu hasta popülasyonunda bazı açılımlar doğurabilir.

Menfaat Beyanı:

JS, PE: UCB'den araştırma desteği/ödenek almıştır, UCB'ye danışmanlık hizmeti vermiştir.

GF: Beyan etmemiştir,

WS, FB, HB: UCB'ye danışmanlık hizmeti vermiştir.

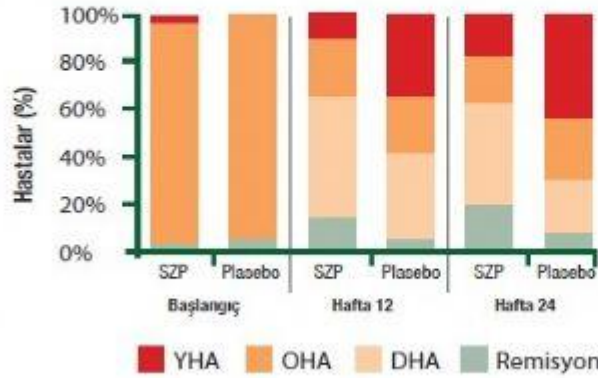
OD, WK, BY: UCB çalışanıdır.

BB: UCB hissedarıdır.

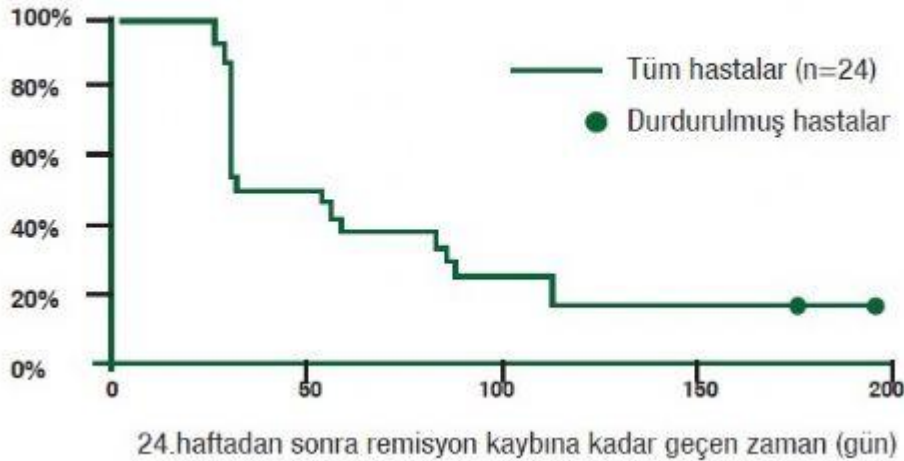
**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, sertolizumab pegol

## Şekil 1

**Şekil 1-A: Başlangıçta CHAI'ye göre hastalık durumu; 12. ve 24. haftalar (Son Gözlemi İleri Taşıma)**



**B: 24. haftada remisyon giren hastalarda 2 ardışık vizitte CHAI remisyon kaybına kadar geçen zaman**



## [PS-004][Kabul:Poster Tur][Romatoid artrit]

### Hedefe yönelik tedavi (T2T)-Türkiye çalışma grubu önerileri

Umüt Kalyoncu<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>3</sup>, Ahmet Gül<sup>4</sup>, Gökhan Keser<sup>5</sup>, Sedat Kiraz<sup>6</sup>, Salih Pay<sup>7</sup>, Ender Terzioğlu<sup>8</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Ünitesi, Hatay

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

<sup>3</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, İstanbul

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, İstanbul

<sup>5</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, İzmir

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

<sup>7</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, Ankara

<sup>8</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, Antalya

<sup>9</sup>İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Ünitesi, İstanbul

Gereke: Son yıllarda Romatoid artrit (RA) tedavisinde hedefe yönelik tedavi (T2T) stratejileri geliştirilmiştir. Bu çalışmada Türk T2T önerilerinin düzenlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ülkemiz şartlarına uyarlanmış Türk T2T önerileri geliştirmek için alanında deneyimli 8 romatoloji uzmanı Nisan 2012 tarihinde İstanbul'da çalışma grubu toplantısı düzenledi. Bu toplantıda orijinal T2T önerileri ve ülkemizin özel şartları tartışıldı. Gerekli literatür incelemesi sonrası T2T uygulamalarında ülkemizdeki engeller, rasyonel hedefler, araçlar, görüntüleme, uygulama ve hastanın yeri ile ilgili sunumlar yapıldı. Toplantıdaki sunumların sonunda serbest tartışma yöntemiyle sorulara cevaplar arandı. Mayıs ve Haziran 2012 tarihleri arasında çalışma grubunun yaptığı sunumlar ve tartışma notları bir romatoloji uzmanı (UK) tarafından gözden geçirildi ve kısa bir rapor olarak çalışma grubu üyeleriyle paylaşıldı. Haziran 2012 tarihinde ilk toplantının notları ve orijinal T2T önerileri üzerinden yapılan tartışmayla Türk T2T önerileri oluşturuldu. Öneriler 12 Temmuz-1 Ağustos 2012 tarihleri arasında Türkiye Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği (TRD) üyelerine e-posta ile gönderilerek değerlendirilmesi istendi. Katılımcıların çalıştığı hastaneler (Üniversite, Eğitim Araştırma hastanesi, Özel hastane ve Devlet hastanesi) ve romatoloji uzmanlık düzeyleri (Öğretim üyesi, uzman, fellow) anket öncesinde soruldu. Her bir sorunun görsel analog cetvel (visual analog skala = VAS) üzerinde 1 (hiç katılmıyorum) ve 10 (tamamen katılıyorum) arasında oylanması istendi.

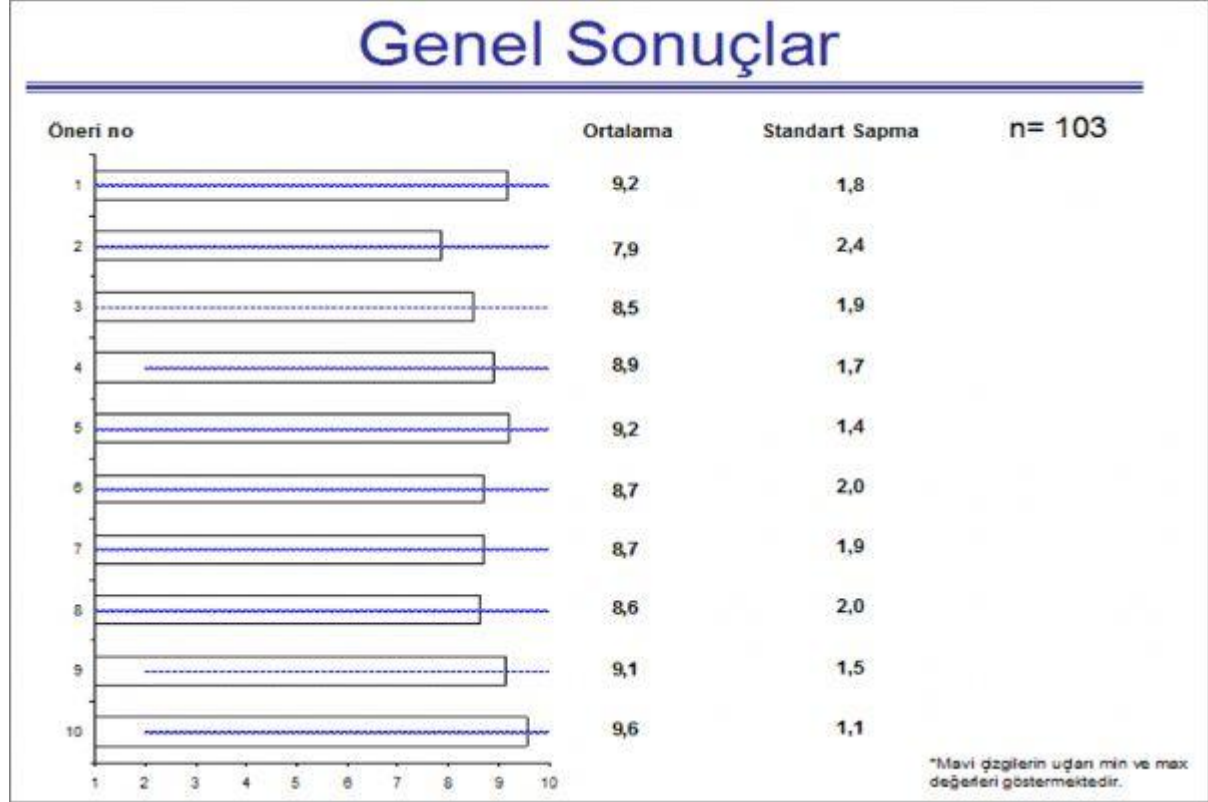
Sonuçlar

Türk T2T önerileri tablo 1'de gösterilmiştir. Ulaşılabilir e-posta adresi bulunan 200 TRD üyesinden 103'ü (%51,5) ankete katıldı. Ankete katılanların 74'ü (%71) üniversite hastanelerinde, 17'si (%17) Eğitim ve Araştırma hastanelerinde, 8'i (%8) özel hastanelerde ve 4'ü (%4) Devlet hastanelerinde çalışmaktaydı. Katılımcıların 50'si (%49) öğretim üyesi, 32'si (%31) uzman ve 21'i (%20) halen uzmanlık eğitimi almaktaydı. Önerilere genel katılım oranının iyi olduğu görüldü (şekil 1). Öneriye katılım ortalaması 2. öneride %80'in altında, diğer tüm öneri kabul ortalama değerleri %80'in üzerinde saptandı. 2. ve 3. öneriye  $\leq 7$  puanlık katılım sırasıyla %32 ve %21 oranında bulundu. Öte yandan 1. ve 10. öneriye tam katılım oranlarının oldukça iyi olduğu görüldü, sırasıyla %67 ve %76.

Tartışma: "Hedefe yönelik tedavi çalışma grubu" orijinal T2T'yi baz alarak Türk T2T önerilerinin düzenlenmesini yapmıştır. Türk romatoloji camiasının yarısından fazlası tarafından bu öneriler oylanmış ve önemli oranda kabul edilebilir bulunmuştur. Remisyonun belirlenmesi, ölçüm parametreleri, ölçüm süresi, hasta takiplerini kimin yapması gerektiği ve hasta bilgilendirilmesi ile ilgili yol gösterici önerileri bulunan Türk T2T yaklaşımının hasta yönetimi açısından yararlı olacağı düşüncesindeyiz. Bu yaklaşım aynı zamanda RA'da hedefe yönelik tedavinin hatırlanması ve önemsenmesi açısından da bir fırsat sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hedefe Yönelik Tedavi

## Türk T2T önerileri kabul edilme düzeyleri



## Türk hedefe yönelik tedavi önerileri

Öneri Numarası	Öneriler
1	RA tedavisinde temel hedef remisyondur. Ancak klinik remisyon sağlanamayan durumlarda düşük hastalık aktivitesi kabul edilebilir bir hedeftir.
2	Klinik remisyon hastalığın inflamatuar aktivitesinin kontrol altına alınması durumudur.
3	Hastalık aktivitesinin takibinde geçerliliği kanıtlanmış ölçütler kullanılmalıdır. Bu amaçla yaygın kullanılan DAS28 yanında SDAI, CDAI ve RAPID3 gibi ölçütler de tercih edilebilir.
4	Hastalık aktivitesi izleminde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler de dikkate alınmalıdır.
5	İzlem sırasında remisyon ya da düşük hastalık aktivitesi hedefine ulaşana kadar ilaç tedavisi yeniden düzenlenmelidir. Arzu edilen tedavi hedefi hastalık süresince sürdürülmelidir.
6	Hastalık aktivitesi en az 1 ay, en fazla 6 ay aralarla izlenmelidir.
7	Tedavi etkinliğini değerlendirmek için 3-6 aylık aralıklarla izlem uygundur.
8	Hastalık aktivitesi stabil ise hasta 6 ayda bir romatoloji uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. İlaç güvenlilik kontrolü amacıyla daha sık takip gerektiğinde aile hekimi, iç hastalıkları uzmanı veya diğer uzmanlık alanlarından yardım alınabilir.

9	Hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi ko-morbid durumların takibinde ilgili uzmanlardan da destek alınabilir.
10	Hastanın RA ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi uyum ve tedavi sürdürülmesi açısından gereklidir.

"Bu çalışma Abbott firması tarafından koşulsuz desteklenmiştir".

## [PS-005][Kabul:Poster Tur][Romatoid artrit]

### **Romatoid Artritte yeni ACR/EULAR Remisyon kriteri (Boolean) ve DAS 28 Remisyonu arasındaki uyumsuzluk ve nedenlerinin incelenmesi**

Sibel Yılmaz Öner<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>2</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet EAH Romatoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Romatoid artritte remisyonun önemi son yıllarda ön plana çıkmıştır. Remisyon tanısında sık olarak kullanılan kompozit ölçütlerin yetersiz kaldığı düşüncesi ile 2011 yılında yeni ACR/EULAR remisyon kriteri yayınlanmıştır. Hassas eklem sayısı ve hastanın hastalığını global değerlendirmesi kompozit ölçütlerde sıklıkla yer alan hasta kaynaklı değerlendirmelerdir. Son çalışmalarda hasta kaynaklı farklı ölçütlerin de kompozit skorlara etkileri belirtilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, DAS28 ve yeni ACR/EULAR remisyon (Boolean remisyon) kriterlerini karşılayan RA hastalarını saptamak ve bu hastalarda fibromyalji (FM), anksiyete, depresyon ve yorgunluk sıklığını belirlemektir.

**Metod:** Çalışmaya alınan hastalar, 2002 yılından bu yana, hastane kökenli gözlemsel bir kohortta yer alan RA hastalarıdır. Son vizitlerinde DAS28 aktivite skoruna göre remisyon grubunda olanlar ile Boolean kriterlerine göre remisyonunda olan hastalar çalışmaya alınmışlardır.

DAS28 ile Boolean remisyonunda olan hastalar FM, anksiyete, depresyon ve yorgunluk varlığı açısından karşılaştırılmışlardır. Yeni FM değerlendirme kriterleri, eski kriterlerle kıyaslanarak kullanılmıştır. Hasta ve kontrol gruplarının yorgunluğu, MAF skalası kullanılarak değerlendirilmiştir. Anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesinde Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası kullanılmıştır.

**Sonuçlar:** Çalışmada 428 RA remisyon açısından değerlendirildi. DAS28 kriterine göre 75 (%17 ) hasta, Boolean kriterine göre 28 (%6,5) hasta remisyonunda idi. DAS28 aktivite skoruna göre remisyonunda olan 22 hasta Boolean remisyon kriterini karşılamaktaydı. DAS28 ve Boolean remisyon kriterlerini karşılayan hastalar depresyon, anksiyete, FM ve yorgunluk varlığı açısından kıyaslanmışlardır. DAS28 remisyon grubunda 21 hasta depresyonda iken Boolean remisyonunda sadece 3 hastada depresyon saptanmıştır (p=0,000). Benzer şekilde DAS28 remisyonundaki grupta anksiyetesi saptanan hasta sayısı 14 iken Boolean remisyon grubunda 3 olarak saptanmıştır (p=0,000). DAS28 ve Boolean kriterlerine göre remisyonunda olan hastalarda yeni ve eski FM kriterlerine göre FM saptanmış olan hasta sayıları da farklı bulunmuştur [Yeni kriterlere göre 8 vs 1 hasta ( p<0,05), eski kriterlere göre 3 vs 0 hasta (p<0,05)]. Yorgunluğu değerlendirdiğimizde DAS 28 açısından remisyonunda olanların ortalama MAF skoru 14,18 + 1,20 iken, Boolean kriterlerine göre remisyonunda olanların ortalama MAF skoru 7,27 + 9,28 olup anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı (p=0.004).

**Sonuç:** Boolean remisyonundaki hastalar, DAS28 remisyonunda olanlara göre FM,anksiyete, yorgunluk ve depresyondan daha az etkilenmektedir. FM, anksiyete,yorgunluk ve depresyon, Boolean ve DAS28 kriterleri arasındaki uyumsuzluğun nedeni olabilirler ve DAS28 remisyon kriterlerini karşıladıkları halde Boolean kriterlerini karşılamayan hastaların bu parametreler açısından değerlendirilmeleri uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Remisyon

## Erken Artritli Hastalarda 2010 ACR/EULAR Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterlerinin Tanı Ve Prognozdaki Değeri

Fatma Alibaz Oner, Pamir Atagündüz, Haner Direskeneli, Nevsun İnang  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

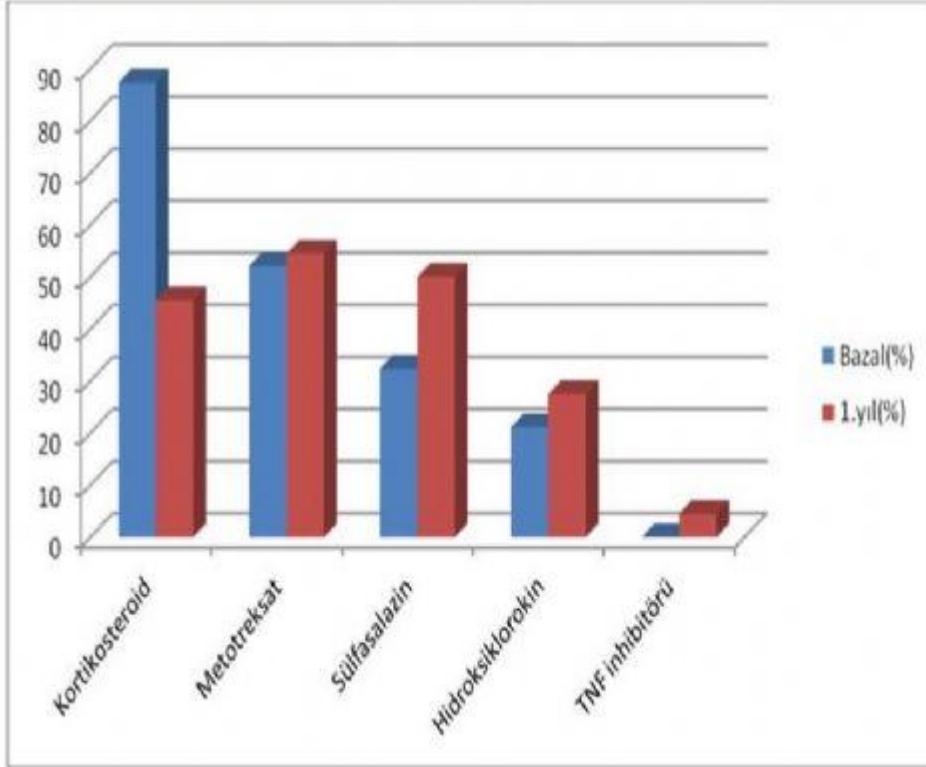
Giriş: Romatolojiye yakın zamanda gelişen artrit başvuran hastaların bir kısmında spontan remisyon gelişmede önemli kısmı destrüktif eklem hastalıklarına ilerlemektedir. Destruktif seyredecek hastaları erken saptamak, tedavi etmek amacıyla 2010'da yeni ACR/EULAR Romatoid artrit (RA) kriterleri yayınlanmıştır. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen "erken artrit" li hastalarda 2010 ACR/EULAR RA kriterlerinin tanı ve prognozdaki katkısını 1987 ACR RA sınıflandırma kriterleri ile karşılaştırmayı amaçladık. Yöntem: 2009-2012 arasında merkezimize başvuran, semptomları 2 yılın altında, en az bir eklemde artrit saptanan 71 hasta alındı. Bir yıllık izlemi dolan 22 hasta yıllık değerlendirildi. Bulgular: Yetmiş bir hastanın %59.2 (n:42)'si kadın, %40.8 (n: 29)'i erkekti. Ortalama yaş  $38.2 \pm 14.15$ , ortalama semptom süresi 5,8 (0-24) aydı. %50.7 (n:36)'sinde simetrik tutulum mevcuttu. Tablo 1'de klinik özellikler gösterilmiştir. 1987 kriterlerini karşılayanlarda ortalama şiş eklem 11.5/ 5 (Bazal vs 1.yıl), şiş küçük eklem 11.17/5, şiş büyük eklem 13/3,5'dir. 2010 kriterlerini karşılayanların ortalama şiş eklemi 7.1/3.2 (Bazal vs 1.yıl), şiş küçük eklemi 7.2/3.2 şiş büyük eklemi 6.7/3,5 saptanmıştır. Bazalde toplam şiş eklem, şiş küçük eklem açısından gruplar arasında fark yoktur (p:0.126, p:0.159). Şiş büyük eklem 1987 kriterlerini karşılayanlarda anlamlı olarak yüksektir (p:0.018). Takipde şiş eklem açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bazalde %49.3 (n:35) hasta 1987 veya 2010 kriterlerinden en az birine göre RA, %43.7 (n:31)'si ayrılaşmamış-artrit, %5,6 (n:4)'sı periferik spondilartropati (p-SPA), %1.4 (n:1)'ü psöriatik artrit sınıflandı. Bazalde 1987 kriterlerine göre RA %33.8 (n:24) iken, 2010 kriterleriyle %46,5 (n:33)'e yükselmiştir (p<0,001). Takipde 22 hasta değerlendirildiğinde, %54.54 (n:12)'ü 1987 veya 2010 kriterlerinden en az birine göre RA, %22.72 (n:5)'i ayrılaşmamış-artrit, %4.5 (n:1)'i psöriatik artrit, %9.09 (n:2)'ü p-SPA olarak sınıflanmıştır. Takipde 2 hastada spontan remisyon gelişmiştir. Birinci yılda RA prevalansı 2010 kriterleriyle %50 (n:11), 1987 kriterleriyle %27.2 (n:6) saptanmıştır. Takipde 1987 ve 2010 kriterleriyle RA tanısı alanlarda DAS-28 ( $4.08 \pm 1.32$  vs  $3.21 \pm 1.40$ , p:0,613) ve HAQ (0.6 vs 0.33, p:0,618) açısından fark yoktur. Bazalde MTX kullanımı 2010 kriterleriyle tanı alanlarda anlamlı olarak yüksektir (p:0.006). Takipde MTX gereksinimi açısından gruplarda fark saptanmamıştır (p:0,08). Sonuç: Erken artritli hastalarda 2010 ACR/EULAR RA kriterlerinin duyarlılığı anlamlı derecede yüksekti. Ancak 1987 ve 2010 kriterlerine göre RA tanısı alanların 1 yıllık takibinde, ortalama DAS-28 ve HAQ arasında fark saptanmamıştır. Hastaların MTX gereksinimi açısından da fark bulunmamıştır. 2010 kriterlerinin erken artritli hastalarda, erken tanı-tedaviyi sağlamakla beraber prognoz göstergesi olarak değeri çalışmamızda saptanmamıştır. Takibi olan hasta azlığı önemli bir kısıtlayıcıdır. Bu konuda daha fazla hasta ile uzun takip süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** 2010 ACR/EULAR RA kriterleri, 1987 ACR kriterleri

---



**Figür 1: Hastaların bazal ve 1. yıl değerlendirmelerinde aldığı tedaviler**



**Tablo 1: Hastaların bazal ve 1. yıl klinik-labaratuar özellikleri**

	Bazal(n:71)	1.yıl (n:22)	P değeri
Sedimentasyon(mm/saat)	37.39(17-73)	20.27(2-76)	0.163
CRP(mg/l)	26.36(1-213)	5.68(1-21)	0.016
Toplam şiş eklem sayısı	5.14(1-26)	0.45(0-5)	<0.001
Toplam hassas eklem sayısı	7.89(1-38)	3.55(0-22)	0.025
Şiş küçük eklem sayısı	4.15(0-22)	0.32(0-3)	<0.001
Şiş büyük eklem sayısı	0,96(0-6)	0,14(0-2)	0.94
HAQ	1.09(0-3.15)	0.33(0-1.3)	0.002

[PS-007][Kabul:Poster Tur][Diğer]

### **Biyolojik ajan tedavisi alan hastalarımızda yan etki 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>, Nurşen 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

Gerekeçe: Anti TNF ajanlar, romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriatrik artrit gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde oldukça etkili ajanlardır, ancak ilaca bağılı ortaya çıkabilecek enfeksiyon, injeksiyon reaksiyonları, alerjik reaksiyonlar, maligniteler, demiyelinizan hastalıklar, konjestif kalp yetmezliğı, kemik iliğı baskılanması, ve otoimmün hastalıklar gibi çeşitli yan etkileri de bildirilmiştir. Bu ilaçlarla tedavi öncesi hastaların bir takım tetkiklerinin yapılması, bazı koşulları karşılaması gerekmektedir. Bu çalışmada anti-TNF ajanlarla tedavi edilen hastalarımızda karşılaştığımız yan etkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

2003-2012 yılları arasında romatoloji bölümümüzde izlenen ve biyolojik ajan kullanan hastaları geriye dönük tanı, ilaç kullanma süreleri, ilaç yan etkileri (ciddi/ciddi olmayan), tedavi değişimleri, tedavi değişim nedenleri ve ilave aldıkları tedavileri açısından inceledik. İstatiksel analizlerde parametrik test olarak Student-t testi ve non parametrik test olarak Mann-Whitney U testini kullandık.

Bulgular: Toplam 503 hastanın verisine ulaşıldı. Hastaların 238 (%47.3)'i erkek, 265 (%52.7)'si kadınlardan oluşmaktaydı. Hastalıkların dağılımına bakıldığında 136 (%27)'si romatoid artrit, 253 (%50.3)'ü ankilozan spondilit, 37(%7.4)'si psöriatrik artrit, 46 (%9.2)'si enteropatik artrit, 27 (%5.4) 'si Behçet hastalığı, 4 (%0.8)'ü sistemik lupus eritamatozuslu hastalardan oluşmaktaydı. 33(%7) hastada ciddi yan etki görülürken, 68(%14) hastada ciddi olmayan yan etki görüldü. 402(%80) hastada herhangi bir yan etki saptanmadı. Hastaların 46 (%9.1)'sında çeşitli enfeksiyonlar(13 kişide pnömoni,2 kişide mantar enfeksiyonu,5 kişide viral enfeksiyon,2 kişide pyelonefrit,14 kişide idrar yolu enfeksiyonu,1 kişide gastroenterit,4 kişide cilt enfeksiyonu,5 kişide üsye gelişti,) 4 kişi de renal tuberküloz gelişirken, 3 kişide psoriasis, 4 kişide demiyelizan hastalık, 2 kişide ilaca bağılı lupus geliştiği gözlemlendi.1 kişide lenfoma,1 kişide Aml-M3,1 kişide KML,1 kişide meme ca ve 1 kişide tiroid papiller kanseri saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Biyolojik tedaviler bir çok romatizmal hastalıkta kullanılmaktadır. Bu tedavilerle ciddi olmayan bazen de ciddi yan etkiler görülebilmektedir. Bizde kliniğimizde takip ve biyolojik tedavi verdiğimiz hastaları incelediğimizde hastaların büyük çoğunda yan etki gelişmezken, az bir kısmında da ciddi yan etki geliştiği görülmüştür. Bu yan etkiler açısından hastaların takibi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** biyolojik tedavi, yan etki

**[PS-008][Kabul:Poster Tur][Romatoid artrit]**

**Orta/ileri hastalık aktivitesi ile düşük hastalık aktivitesi/remisyon karşılaştırması: Birleşik Devletler ve Türkiye'deki hasta karakteristikleri ve hastalar arasındaki farklar**

Nevsun İnanç<sup>1</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>, C. J. Swearingen<sup>4</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Yusuf Yazıcı<sup>5</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: Erken ve agresif yaklaşımı içeren yeni bir paradigma, RA'da, özellikle randomize kontrollü çalışmalarla kanıtlanan daha iyi sonuçlara yol açmıştır. Ancak gerçek hayatta, remisyon/düşük hastalık aktivitesi elde etmenin değerlendirilmesi ancak farklı ilaçların kullanımını içeren günlük pratik veritabanları ile mümkündür. 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 remisyon/düşük hastalık aktivitesi sağlanamayan hastaları daha iyi tanımlamak, remisyon/düşük hastalık aktivitesinin sağlanamamasında rol oynayabilecek faktörleri belirlemek ve Türk ve ABD'li hastaları karşılaştırmayı amaçladık.

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, birden fazla vizitte bulunan hastaların son vizitlerinden alınmıştır. Sürekli verilerin tahmini için, ülkeye göre hastalık ciddiyetine göre düzeltme yapılarak lineer regresyon, iki sonuçlu veriler için lojistik regresyon kullanılmıştır.

Sonuçlar: 162 Türk ve 349 ABD'li hasta analiz edilmiştir. Orta/ileri şiddetli hastalık aktivitesine sahip hastalar daha yaşlıydı ve daha az eğitim yılına sahipti (her ikisi için  $p < 0,001$ ). Daha kısa hastalık süresi, artan remisyon olasılığı ile ilişkiliydi. Orta/şiddetli hastalık aktivitesine sahip gruplarda hipertansiyon, astım ve diyabet (sırasıyla TR'de %37, %8, %10; ABD'de %22, %11, %7), remisyon/düşük hastalık aktivitesi gruplarına kıyasla (sırasıyla TR'de %25, %2, %7; ABD'de %9, %2, %2) ( $p < 0,01$ ) daha fazla oranda görülüyordu. Ekstra-artiküler hastalık oranları gruplar arasında anlamlı olarak farklı değildi ancak ekstra-artiküler hastalık prevalansında hastalık aktivitesiyle ilişkili anlamlı bir artış vardı ( $p = 0,013$ ). Remisyon/düşük hastalık aktivitesi ve orta/şiddetli hastalık aktivitesi arasında erozyon veya sigara içme konularında bir fark bulunmadı. Orta/şiddetli hastaların biyolojiklerle tedavi edilme (TR'de %29 vs %20, ABD'de %49 vs %37;  $p = 0,014$ ) ve kortikosteroid kullanma (TR'de %58 vs %42, ABD'de %39 vs %23;  $p < 0,001$ ) olasılıkları daha yüksekti.

Tartışma: Hem Türk, hem ABD'li RA hastalarında, hastalığa eşlik eden durumlar daha yüksek hastalık aktivitesi ve daha agresif tedavi ihtiyacı ile ilişkiliydi. Ek olarak, kısa hastalık süresi remisyon olasılığının artmasını sağlıyordu. Remisyon/düşük hastalık aktivitesine ulaşmaya çalışılırken, gerçekçi tedavi hedefleri koyabilmek için RA-dışı faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit

**[PS-009][Kabul:Poster Tur][Diğer]**

### **Akut Monoartrit ile Gelen Ekstranodal Multifokal Lenfomalı Bir Olgu**

Dilek Solmaz<sup>1</sup>, Pınar Ataca<sup>2</sup>, Süleyman Tümkaya<sup>2</sup>, Gerçek Can<sup>1</sup>, Özgül Soysal Gündüz<sup>1</sup>, Vedat Gerdan<sup>1</sup>, Dinç Özaksoy<sup>3</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>, Nurullah Akkoç<sup>1</sup>, Fatoş Önen<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 İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Romatoloji pratiğinde acil yaklaşım gerektiren hastalıkların başında gelen akut monoartrit ayırıcı tanısında öncelikle septik artrit, kristal artritleri ve travmatik artrit akla gelmektedir. Sık olmasa da, primer kemik tümörleri veya kemik metastazları başta olmak üzere maligniteler de akut monoartrit tablosuna neden olabilir. Lenfoma gibi hematolojik malignitelerin ise böyle bir tutulumuna neden olması son derece nadirdir. Diğer yandan, primer kemik lenfoması, ekstranodal lenfomalar içerisinde oldukça ender görülen bir durumdur. Biz burada, akut monoartrit tablosu ile başvuran ekstranodal multifokal lenfomalı bir olguyu sunduk.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta Romatoloji polikliniğine sağ dizde şişlik ve ağrı yakınması ile başvurdu. Öyküsünden yaklaşık iki ay önce sağ bacakta derin ven trombozu tanısı ile hastaneye yatırıldığı ve antikoagüle edildiği öğrenildi. Bundan iki hafta sonra sağ dizinde şişlik, ağrı ve ateş yüksekliği olması üzerine acil servise başvurmuş, yapılan artrosentez sonucunda 4000/µL lökosit (%5.8 nötrofil, %82.2 lenfosit) saptanması üzerine enfeksiyöz artrit ön tanısı ile antibiyotik tedavisi başlanmıştı.

Yakınmaları devam eden hasta Romatoloji kliniğine yatırıldı. Sistemik sorgulamada; ateş yüksekliği ve terleme dışında belirti yoktu. Fizik muayenede; ateş yüksekliği ve sağ dizde artrit dışında bulgu saptanmadı. Sağ dize acilen eklem ponksiyonu yapıldı ve lökosit sayısı 2800/ µL (% 17.1 nötrofil ve % 48.4 lenfosit) saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; artmış AST, GGT düzeylerine ek olarak LDH: 414 U/L, eritrosit sedimentasyon hızı: 106 mm/h, CRP: 69.7 mg/dl olarak saptandı. Hemogramda; beyaz küre sayısı: 6900/µL (nötrofil: %84.9), Hb: 10.3 g/dl, trombosit: 335.000/µL olarak bulundu. Periferik yayma normal olarak değerlendirildi. Eklem sıvısı ve kan kültürlerinde aerob ve anaerob bakteri üremedi, eklem sıvısı kültüründe ARB (-) idi. Sonrasında tüberküloz kültürleri negatifti. Brusella ve salmonella antikörleri negatif olarak geldi. Diz grafisinde belirgin patoloji saptanmadı, manyetik rezonans görüntülemesi ve daha sonra yapılan sintigrafide kemikte malignite ile osteyelit ayırıcı tanısı yapılamadı; sonuçta eksizyonel biyopsi uygulandı. İzlem boyunca ateşi devam eden hastanın biyopsisi; "diffüz büyük B hücreli lenfoma" olarak geldi. Hematoloji bölümüne devredilen hastada evreleme için yapılan PET'de sağ femur distalindeki

lezyona ek olarak mide duvarında artmış FDG tutulumu saptandı. Alınan biyopsi sonucu da lenfoma ile uyumlu olarak geldi. Ekstranodal multifokal lenfoma tanısı alan hastaya kemoterapi uygulandı. Sonuç: Akut monoartrilerin ayırıcı tanısında nadir görülseler de maligniteler de akla gelmelidir. Bu durum özellikle eklem sıvısında tipik infeksiyon ve inflamasyonla uyumlu bulgusu olmayan, buna karşın sistemik belirti ve bulguları olan hastalarda düşünülmelidir. Primer kemik tümörlerinin %3'ünü lenfomalar oluşturur. Lenfoma, solid veya multipl destrüktif kemik lezyonları ile ortaya çıkabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut monoartrit, ekstra nodal lenfoma

[PS-010][Kabul:Poster Tur][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]

## **Sistemik Lupus Eritematozus ve Romatoid Artrit Olgularında Kontrasepsiyon Yöntemleri**

Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>, Mustafa Şahbazlar<sup>2</sup>, Ayşe Nur Tufan<sup>1</sup>, Abdülmecit Yıldız<sup>3</sup>, Bülent Gül<sup>3</sup>, Yusuf Karabulut<sup>1</sup>, Mustafa Yurtkuran<sup>3</sup>, Murat İnanç<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Gereke:** Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) ve Romatoid artrit(RA), özellikle doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen sistemik inflamatuvar hastalıklardır. Hastalıkların olumsuz etkilerine rağmen hastalar çoğunlukla seksüel olarak aktiftirler ve infertilite oranı normal popülasyondan farklı değildir. SLE ve RA'da gebeliğin hastalıklar üzerine farklı etkileri, tedavi farklılıkları, gebelik zamanlaması ve korunma yöntemlerinin önem kazanmasına neden olmaktadır. Biz bu çalışmada SLE hastalarının gebelikten korunma yöntemlerini, SLE hastalarıyla RA ve sağlıklı kontrol gruplarının kullandığı kontrasepsiyon yöntemlerini karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya ortalama yaşı 39 ± 9 olan 113 SLE, ortalama yaşı 41 ± 8 olan 83 RA ve ortalama yaşı 38 ± 9 olan 92 sağlıklı, toplam 288 kadın alındı. Gebelik planlaması nedeniyle korunmayan hastalar ve 45 yaş üzeri kadınlar çalışmaya alınmadı. Olgular korunma yöntemleri, gebelik, düşük ve istenmeyen gebelik öyküleri, kullanılan ilaçlar ve eğitim durumları açısından birebir görüşülerek değerlendirildi. Olgulara bilgilendirme alıp almadıkları ve bilgilendirme talep edip etmedikleri soruldu. Korunma yöntemleri; oral kontraseptif (OKS), rahim içi araç (RİA), kondom, diyafram, geri çekme ve tüp ligasyonu olarak sorgulandı.

**Sonuç:** SLE grubunda %20.3, RA grubunda %21.4 ve sağlıklı grupta %18.6 olgu korunmuyordu (gruplar arası p>0.05). SLE'de geri çekme ve kondom gibi daha az güvenilir yöntemler daha sık kullanılmaktaydı (%61). Daha güvenli RİA, OKS ve tüp ligasyonu sağlıklı kontrollerde daha fazla kullanılmaktaydı ancak bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Grupların hiçbirinde diyafram ve/veya spermid kullanımı yoktu. SLE hastalarının sadece %48'lik bir bölümü korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmiş ancak hastaların da sadece %43'ü danışma gereği duymuştu. Plansız gebelik ve düşük sayıları bakımından SLE, RA ve sağlıklı kontroller arasında farklılık saptanmadı. SLE hastalarında gebelik sayısı RA hastalarına göre daha düşük iken sağlıklı kontrollerle benzerdi. Küretaj oranı SLE ve RA hastalarında sağlıklı gruptan daha fazlaydı.

**Tartışma:** Korunma yöntemlerinden en çok OKS'ler üzerinde durulmuş bu ajanların SLE'de hastalık aktivasyonuna neden olmadığı belirtilmiştir. Bizim serimizde SLE (%5.3), RA (%7.1) ve sağlıklı kontrol grubunda (%13.1) literatürle karşılaştırıldığında belirgin az sayıda olgu OKS kullanıyordu. SLE ve RA'da küretaj sıklığının sağlıklı kontrollere göre fazla sayılarda olması, kullanılan yöntemlerin kısmen etkisiz olduklarını göstermesi açısından önemlidir. Plansız gebelik ve düşük sayılarının gruplar arasında farklılık göstermemesi ileri çalışmalara aday bir konudur. SLE'de gebelik zamanlaması önemli olmasına rağmen korunmayla ilgili önerilere gereken önem verilmemekte, etkili yöntemler geri planda kalmaktadır. Korunma yöntemleri coğrafi farklılıklar gösterdiğinden bu sonuçlar, Türkiye'deki SLE ve RA hastalarının uyguladığı yöntemlerin ortaya konması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kontrasepsiyon, Lupus

[PS-011][Kabul:Poster Tur][Vaskülit]

## **Takayasu Arteritinde Artmış Fibromyalji Sıklığı ve Yorgunluk Gözlenmedi**

Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>1</sup>, Birkan İlhan<sup>2</sup>, Özge Polat<sup>2</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>

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

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

Giriş: Takayasu arteriti (TAK), aorta ve ana dallarını tutan kronik, inflamatuvar bir büyük damar vaskülitidir. Takayasu arteritinde, sistemik yaygın ağrı bozukluğu olan Fibromiyalji Sendromunun(FM) sıklığı hakkında literatür verisi bulunmamaktadır. Bu çalışmada, TAK'lı hastalarda yeni ACR-2010 Fibromiyalji tanı kriterlerini kullanarak FM sıklığını araştırmayı planladık. Aynı zamanda ACR-1990 ve ACR-2010 FM kriterleri arasındaki uyumun, sağlık değerlendirme anketi (HAQ), çok boyutlu yorgunluk değerlendirme skalası (MAF), kısa form-36 (SF-36) ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) gibi hasta kökenli ölçeklerin FM sıklığı üzerine etkisi araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya 51 TAK'li (K/E:47/4, ortalama yaş:42.3) hasta ve 50 sağlıklı kontrol (SK) (K/E:35/15, ortalama yaş:40.89) dahil edildi. Tüm hastalara ACR-2010 FM anketi dolduruldu ve iki hekim tarafından FM hassas noktaları açısından değerlendirildi (kappa:0,648). SF-36, MAF, HADS ve HAQ yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için kullanıldı. On yedi hasta 6 ay sonra tekrar değerlendirildi.

Bulgular: Altı (%11.7) Takayasu arteritli hasta ve 5 (%10) sağlıklı kontrol ACR-2010 FM kriterlerini karşıladı. Sadece 3 (%5,8) TAK'li hasta 1990 FM kriterlerine uygun iken, hiçbir sağlıklı kontrol 1990 kriterlerine uygun olmadı. FM sıklığı açısından TAK'li hastalar ve SK arasında; hem 1990, hem de 2010 kriterleriyle değerlendirmede fark saptanmadı. Her iki grup arasında, 2010 FM kriterlerinin iki alt gurubu olan Yaygın Ağrı indeksi (WPI) ve semptom ciddiyet skoru (SSS) açısından da fark yoktu. On dört (%33,3) TAK'li hasta klinik olarak aktifti. Fibromiyalji sıklığı aktif ve inaktif hastalar arasında benzerdi (p=0,188). SF-36 fiziksel komponenti (FKS) TAK'li hastalarda anlamlı derecede düşük iken (p=0,003), HAQ skoru anlamlı derecede yüksekti (p<0,001)(Tablo 1). Hastalar ve kontrol gurubu arasında MAF, HADS ve SF-36 mental komponent skoru (MKS) açısından fark saptanmadı. WPI ile hassas nokta sayısı (r=0,477, p<0,001), MAF (r=0,623, p<0,001), HAQ (r=0,477, p<0,001), anksiyete (r=0,458, p<0,001), depresyon (r=0,378, p<0,001), FKS (r=-0,586, p<0,001) ve MKS (r=-0,335, p<0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler mevcuttu. SSS ile yine hassas nokta sayısı (r=0,477, p<0,001), MAF (r=0,775, p<0,001), HAQ (r=0,437, p<0,001), anksiyete (r=0,557, p<0,001), depresyon (r=0,438, p<0,001), FKS (r=-0,593, p<0,001) ve MKS (r=-0,531, p<0,001) arasında da anlamlı ilişkiler gözlemlendi. Takip periyodunda, hastaların 6.ay ve bazal değerlendirmeleri arasında fark gözlenmedi.

Sonuç: Fibromiyalji sıklığı TAK'li hastalarda genel populasyona benzer orandadır. Diğer hasta kökenli ölçütler TAK'li hastalarda sağlıklı kontrollere benzer saptansa da, yeni 2010-FM kriterlerinin alt gurubu olan WPI ve SSS, TAK'li hastalarda SF-36, MAF, anksiyete, depresyon skoru ve HAQ ile anlamlı ilişki göstermektedir. Bu bulgular TAK'li hastalarda hasta kökenli ölçütlerin birlikte fibromiyalji varlığından etkilendiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu Arteriti, fibromiyalji

**Tablo 1: Takayasu arteritli hastaların ve sağlıklı kontrollerin hasta kökenli ölçüt sonuçları**

	Takayasu arteriti (n=51)	Sağlıklı kontrol (n=50)	P değeri
MAF	18,5 (0-49,7)	17,5 (0-38,6)	0,282
Anksiyete skoru	5 (0-21)	5 (0-18)	0,533
Depresyon skoru	3 (0-21)	3 (0-14)	0,529
HAQ	0,15 (0- 2,35)	0 (0-0,8)	<0,001
FKS	46,9 (17,5-61,7)	53,4 (30,4-100)	0,003
MKS	46 (22,4-65,4)	49,9 (20,8-100)	0,350

*FKS: SF-36 fiziksel komponent skoru, MKS: SF-36 mental komponent skoru*

[PS-012][Kabul:Poster Tur][Vaskülit]

## Polimiyalji Romatika: Hastalık Başlangıcından Romatoloji Uzmanına Kadar Yaşanan Serüven

Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>, Emre Hafizoğlu<sup>2</sup>, Merve Hafizoğlu<sup>2</sup>, Ayşe Nur Tufan<sup>1</sup>, Yusuf Karabulut<sup>1</sup>, Mustafa Yurtkuran<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

<sup>3</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa

**Gerekçe:** Polimiyalji romatika (PMR), 50 yaş ve üzerini etkileyen omuz, kalça ağrıları ve sabah tutukluğuyla seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi semptomlar ve yüksek sedimentasyon eşlik ettiğinden infeksiyon ve malign hastalıklarla karışmakta ve tanıda önemli gecikmeler yaşanabilmektedir. Biz bu çalışmada PMR olgularında semptomların başlangıcıyla romatolojiye ulaşma arasında geçen süreci incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ortalama yaş 70±7,9 olan 84 kadın 24 erkek, toplam 106 PMR hastası geriye dönük incelendi. Semptomların başlangıcıyla romatoloji uzmanına kadar geçen süre hesaplandı. Bu süreçte hastalara uygulanan laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri, biopsiler, antibiyotik kullanımı ve hastaneye yatış hikayeleri sorgulandı.

**Sonuç:** Semptomların başlangıcıyla romatoloji arasında geçen süre 13±13 ay idi. Bu geçen süre içerisinde hastalara %56.6 abdominal ultrasonografi, %29.2 abdominal CT, %21.7 toraks CT, %18.9 kranial MR, %3.8 tüm vücut sintigrafi, kadınların %24.5'ine mamografi çekilmişti. Hastaların % 29.2'si romatoloji öncesi ortalama 7±3 gün süreyle hastanede yatırılmış, %30 civarında hastaya antibiyotik uygulanmış ve %13.2 olguya temporal arter biopsisi dışında bir doku biopsisi yapılmıştı. Pozitron emisyon tomografi hiçbir hastaya uygulanmamıştı. Tümör belirteçleri ise %44.3 olguda çalışılmıştı.

**Tartışma:** PMR semptomları romatizmal iltihabi bir reaksiyonu akla getirmekle beraber bu grup hastalarda malign veya infektif bir olay da ayırıcı tanıya girmektedir. Ancak bu ayırımı yaparken PMR tanısı romatoloji dışı branşlarda ön planda düşünülmemektedir. Bu yaklaşım tanıda gecikmelerin yanında pahalı, invaziv ve hastayı radyasyona maruz bırakan yöntemlerin kullanılmasına neden olmaktadır. Gerçek bir kanser araştırması veya PMR dışı alternatif bir tanı için bazı ipuçları mevcut olmalıdır. Hastaya uygulanan en az 15 mg/gün prednisolon tedavisine cevap alınmaması tanının tekrar sorgulanmasını gerektirir. Yine 50 yaş altı hastalar, sabah tutukluğu ve üst ekstremitte katılımının olmaması ayrıca akut bir başlangıç olması PMR tanısının sorgulanmasını gerektiren diğer nedenlerdir. PMR semptomları gösteren hastalarda pahalı, gereksiz ve invaziv yaklaşımlar yerine hastayı romatoloji uzmanına yönlendirmek ve düşük doz steroid tedavisine alınacak dramatik bir cevabı görmek tanıya giden yolu kısaltabilir ve maliyeti önemli ölçüde azaltır. Bu nedenle PMR tanısına yaklaşırken hastanın romatoloji uzmanına erken dönemde ulaşması çok önemlidir. Hasta romatoloji uzmanına ulaştıktan sonra tanı ve tedavide belirgin bir gecikme olmamakta ancak esas gecikme romatoloji uzmanından önceki süreçte gerçekleşmektedir. Bizim çalışmamızda bu süre 13 ayı bulabilmektedir. Geçen bu sürenin kısalması ve etkin bir şekilde kullanılabilmesi için romatoloji dışındaki branşların özellikle aile hekimi, infeksiyon hastalıkları, ortopedi, fizik tedavi ve iç hastalıkları uzmanlarının PMR konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Polimiyalji romatika, tanı gecikmesi

[PS-013][Kabul:Poster Tur][Vaskülit]

### Polimiyaljiya Romatikalı Hastalarda Ateroskleroz Artmış mıdır?

Ahmet Aydın, Ömer Nuri Pamuk, Salim Dönmez  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Polimiyaljiya Romatikalı Hastalarda Ateroskleroz Artmış mıdır?

Ahmet Aydın, Ömer Nuri Pamuk, Salim Dönmez.

**Giriş:** Romatoid artrit (RA) gibi kronik inflamatuvar hastalıklarda artmış ateroskleroz ve ilişkili komplikasyon gelişimi bildirilmektedir. Uzun süre tedavi gerektiren belirgin inflamasyonla seyreden polimiyaljiya romatikalı (PMR) hastalarda aterosklerozun artıp artmadığına ilişkin veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda PMR li olgularda subklinik aterosklerozun artıp artmadığını ve artmışsa ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya merkezimizde PMR tanısı ile izlenen 33 (29K, 4E), RA tanısı ile izlenen 33 hasta (29K, 4E) ve 28 (24K, 4E) sağlıklı kontrol olgusu alındı. Olguların yaş dağılımları

benzerdi (ortalamalar, Hastaların klinik ve demografik verileri hastane kayıtlarından kaydedildi. Tüm olguların, vücut kitle indeksleri, lipid profili, diyabet, hipertansiyon varlığı gibi ateroskleroz risk faktörleri belirlendi. Hastaların B mod ultrasonografi ile karotis intima media kalınlıkları (İMK) saptandı ve karotis plağı olup olmadığı belirlendi. Ayrıca olguların son sedimentasyon, CRP değerleri, IL-5, IL-6 ve pantraksin-3 değerleri ELISA yöntemi ile değerlendirildi. Bulgular: PMR lilerin 32 sinde (%97) omuz, 30 unda (%90,9) kalçada ağrı, 9 unda (%27,2) ateş ve kilo kaybı gözlemlendi. Temporal arterit bulgusu hiçbir olguda yoktu. RA lilerin ortalama hastalık süreleri (35.2±32 vs 152±98.7 ay, p<0.001) ve kümülatif steroid dozu (5.8±6.8 vs 27.5±29.5 g, p<0.001) PMR lilerden anlamlı yüksekti. Diyabet, hipertansiyon, sigara ve obezite sıklıkları, lipid düzeyleri RA, PMR ve sağlıklılarda benzerdi. IL-5 düzeyleri PMR'lilerde (167.7±16.6 pg/ml), RA'lılardan (158.1±14.3 pg/ml) ve kontrol grubundan (155±18.3 pg/ml) anlamlı yüksekti (p ler 0.05 ve 0.009). PTX-3 düzeyleri de PMR grubunda kontrol grubuna göre artmıştı (p=0.008). IL-6, IFN-gamma düzeyleri gruplar arasında benzerdi. PMR'lilerde karotis İMK (0.749±0.101 mm) ve RA'lı olgulardan (0.801±0.086 mm) anlamlı düşüktü (p=0.04). Kontrol grubunda karotis İMK (0.715±0.055 mm) olup PMR olgularına benzerdi (p=0.27). RA'lılarda karotis İMK kontrol grubundan anlamlı yüksekti (p<0.001). Ayrıca PMR'li 6 (%18.2), RA'lı 5 olguda (%15.2) ve kontrol 1 olguda plak saptandı (p>0.05). Tüm PMR, RA ve kontrol olgular değerlendirildiğinde diabetes varlığı karotis İMK ya etki eden anlamlı bağımsız faktör olarak saptandı (OR: 3.61, %95CI: 166.7-8.3, p=0.03). Ayrıca IL-5 düzeyi PMR li olgularda karotis İMK ile negatif korele bulundu (r=0.4, p=0.03). Sonuçlar: PMR de kontrole göre artmış ateroskleroz varlığı saptanmadı. Önceki çalışmalarda ateroskleroza karşı koruyucu olduğu gösterilen IL-5 in PMR de artmış olması ve karotis İMK ile negatif ilişkisi PMR de IL-5 üzerinden ateroskleroza koruyucu mekanizmayı düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Polimiyaljiya Romatika, Ateroskleroz

## **[PS-014][Kabul:Poster Tur][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuar kas hastalıkları]**

### **Siklofosamid tedavisine yetersiz yanıtı Skleroderma'ya bağlı interstisyel akciğer hastalığında Mycofenolat Mofetil tedavisinin etkinliği**

Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>, Meryem Can<sup>1</sup>, Derya Kocakaya<sup>2</sup>, Sait Karakurt<sup>2</sup>, Şule Yavuz<sup>1</sup>

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

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

**GİRİŞ:** Skleroderma(SSc) hastalarında interstisyel akciğer tutulumu morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindedir. Çalışmamızın amacı, Siklofosamide(SF) tedavisine rağmen progresif seyreden SSc ilişkili interstisyel akciğer hastalığında (SSc-İAH), Mycofenolat mofetil (MMF) tedavisinin etkinliğini araştırmaktır.

**Metod:** Prospektif gözlemsel nitelikli çalışmaya, 2009-2012 yılları arasında Marmara Üniversitesi Romatoloji Kliniği'nde izlenen, 1980 ACR kriterlerine göre SSc tanısı almış ve İAH bulunan 12 hasta (kadın/erkek:11/1) dahil edildi. Tüm SSc-İAH hastalarına birinci basamak tedavi olarak oral yada aylık intravenöz SF ve düşük doz prednizolon(<=10 mg/gün) tedavisi uygulandı. İzlemde yetersiz tedavi yanıtı yada progresif hastalık nedeniyle ikinci basamak tedavi olarak MMF >=1,5 g/gün başlandı. Hastalar en az 1 yıl süre ile MMF tedavisi altında izlendi, 6 ayda bir akciğer fonksiyon testi ölçümleri(AFT) ve YRBT çekildi. YRBT görüntüleri bir Göğüs Hastalıkları uzmanı tarafından Warrick semikantitatif skorlama sistemine göre kör olarak skorlandı. Çalışmanın birincil sonlanım noktası 12 veya 24. ayda AFT'deki değişim, ikincil sonlanım noktası ise YRBT'deki tutulumun yagınlık derecesindeki değişim olarak belirlendi.

**Sonuçlar:** Hastaların ortalama yaşı 50.9±9.8 yıl, ortalama hastalık süresi 6.45±2.76 yıl idi. MMF tedavisi altında ortalama izlem süresi 19.9±5.8 ay idi. Zorlu vital kapasite (FVC) ölçümlerinde MMF tedavisi sonrasında anlamlı bir değişim gözlenmedi (Tedavi öncesi ortalama FVC: 2.29 lt, %FVC: %79.3 iken tedavi sonrası ortalama FVC:2.35 lt, %FVC: %82.5, sırasıyla p=0.27 ve p=0.45). Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi yüzde(%DLCO) ölçümleri MMF tedavisi sonrası değişmezken(p=0.47), düzeltilmiş DLCO değerlerinde küçük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme gözlemlendi [Ortalama değişim:0.79, %95 CI(-1.5,-0.08), p=0.03]. Ortalama YRBT skorunda anlamlı bir değişim saptanmadı(p=0.3). Hiçbir hastada kötüleşme gözlenmedi (tablo).

TARTIŞMA: Sonuçlarımız SF tedavisine yetersiz yanıtı olan SSc-İAH hastalarında MMF tedavisinin akciğer fonksiyon testleri ve YRBT bulgularında stabilizasyon sağladığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Mycofenolate mofetil, Skleroderma

### SSc hastalarının MMF tedavisi altında AFT ve YRBT skorlarındaki değişim

	MMF öncesi	MMF sonrası (12-24.ay)	Fark	p
FVC (%)	79.3±20.7	82.5±19.2	2.91±8.83	0.27
FVC (lt)	2.29±0.56	2.35±0.56	0.05±0.24	0.45
DLCO/VA (%)	69.5±18.4	72.1±14.9	2.66±12.5	0.47
DLCO/VA (düzeltilmiş)	2.45±0.98	3.25±1.09	0.79±1.12	0.03
YRBT skor	16.3±6.5	14.5±7.7	-1.8±5.8	0.32

### [PS-015][Kabul:Poster Tur][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]

#### Sistemik sklerozda sakroiliak tutulum

Didem Arslan Tas<sup>1</sup>, Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Hakan Sakallı<sup>3</sup>, Bayram Kelle<sup>2</sup>, Eren Erken<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Adana

<sup>3</sup>Metropark Hastanesi, İç hastalıkları ve Medikal Onkoloji Bölümü, Adana

Gerekçe: Sistemik sklerozda en büyük sorunlardan biri de eklem tutulumudur. En fazla etkilenen eklemler el bileği, karpometakarpal-interfalangeal, ayak, diz, kalça ve omuz olarak bildirilmiştir, ancak sakroiliak eklemlerle ilgili çok az bilgi mevcuttur. Kliniğimizde sistemik skleroz hastalarının yönetimi esnasında biz de sakroiliak tutulum belirtisi ve bulguları taşıyan hastalara nadir olmayarak rastlamamız nedeniyle bu çalışmayı planladık.

Yöntem: Elliye sistemik skleroz hastası, 54 romatoid artrit hastası ve 64 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Anteroposterior pelvik filmler çekildi ve her biri ikişer kere olmak üzere üç romatolog tarafından kör olarak değerlendirildi. Sakroiliak eklem tutulumu, ASAS radyolojik skorlama metoduna göre değerlendirildi. Sistemik skleroza ait diğer klinik ve laboratuvar verileri Avrupa Çalışma Grubu tarafından önerilen şekilde toplandı.

Sonuçlar: Sistemik skleroz grubunda 13 hastada (% 23) sakroiliit mevcuttu ve bu romatoid artrit grubundan (2 hasta, %4) (p: 0.003) ve sağlıklı kontrol grubundan (1 gönüllü, %2) (p<0.001) yüksek bulundu. Sakroiliiti olan sistemik skleroz hastalarında enflamatuvar bel ağrısı sıklığı (13 hastanın 8 inde, % 62), sakroiliiti olmayan sistemik skleroz hastalarına göre (44 hastanın 4 ünde, % 9) anlamlı derecede yüksekti (p<0.001).

Sakroiliiti ve enflamatuvar bel ağrısı olan sakroiliitli hastalar (57 hastanın 8 i, % 14) aksiyal spondiloartrit olarak kabul edildi. Erkek cinsiyet, sistemik sklerozun diffüz subtipi, enflamatuvar bel ağrısı varlığı ve yüksek CRP seviyeleri (OR: 1.069, 1.059, 1.059 ve 3.698 sırasıyla) sakroiliit için anlamlı risk faktörleri olarak saptandılar.

Tartışma: Sakroiliitin sistemik sklerozlu hastaların yönetiminde akılda bulunması gereken bir konu olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik skleroz, sakroiliit

### [PS-016][Kabul:Poster Tur][Vaskülit]

#### Hastane Verilerine Dayalı Anti-nötrofil Sitoplazmik Antikor İlişkili Vaskülit Sıklığı

Ömer N Pamuk, Salim Dönmez, Gökçe Büşra Calayır



Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

**Giriş:** ANCA ilişkili vaskülit (AAV) sıklığı coğrafik bölgelere göre değişmektedir. Şimdiye kadar ülkemizden AAV sıklığına ilişkin fazla veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda, bölgesinde tersiyer bir merkez olan üniversite hastanemizin verilerine dayanarak bölgemizde AAV sıklığını belirlemeye çalıştık.

**Methods:** 2001-2011 yılları arasında hastanemizde AAV tanısı alınan hastalar çalışmaya alındı. Hastanemiz kırsal ve şehir topluluklarını içeren karışık bir bölgedeki tek tersiyer üniversite hastanesidir. TÜİK verilerine göre bölgede 16 yaşından büyük 616.000 kişi yaşamaktadır. Çalışmada 10 yıllık dönemde merkezimizde AAV tanısı alan hastaların genel klinik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. 16 yaşın üzerindeki kişiler için 1.000.000 de insidens hesaplandı. Ayrıca AAV li olguların klinik özellikleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Dönem içerisinde 20 hastaya Wegener granülomatozu (WG), 7 hastaya mikroskopik polianjiit (MPA) ve 4 hastaya Churg-Strauss sendromu (CSS) tanısı konulmuştu. Tüm AAV lerin yıllık insidensi 1 milyonda 5.03 olarak değerlendirildi. İnsidens, kadınlarda 1 milyonda 3.32, erkeklerde ise 6.66 olarak belirlendi.

WG yıllık insidensi 1 milyonda 3.24, MPA için 1.13 ve CSS için ise 0.65 olarak belirlendi. Bunun yanında daha önce hastanemiz bölgesinde yaklaşık 1700 kişilik popülasyonda yaptığımız çalışmamızda AAV tanılı olgu saptayamamıştık.

Tüm AAV li hastalar için medyan tanı yaşı 57 (29-76), WG li hastalar için ise 52.5 (30-69) olarak bulundu. WG li hastaların %95 inde tanıda PR3ANCA pozitif bulunurken, MPA ve CSS lilerde 9 olguda (%81.8) MPO-ANCA pozitif bulunurken 1 olguda PR3-ANCA pozitif. WG li olguların 6 sında (%30) RF ve MPA veya CSS li 6 olguda (%54.5) ANA pozitif bulundu.

WG lilerin %55 inde MPA ve CSS lilerde ise %27.3 böbrek tutulumu saptandı. Son dönem böbrek yetersizliği WG lilerin 6 sında (%30), MPA ve CSS lilerinse 1 inde (%9.1) gelişmişti. Akciğer tutulumu 3 ünde alveolar hemoraji olmak üzere 16 WG li olguda (%80) saptanırken, MPA ve CSS lilerin 7 sinde (%63.6) pulmoner tutulum vardı. WG lilerin 7 sinde (%35) paranazal sinus tutulumu, 6 sında (%30) göz tutulumu vardı. Ciddi MSS tutulumu (2 WG ve 1 MPA olgusu) ve peripherel nöropati (1 WG ve 2 CSS) daha nadiren gözlemlendi. Tanı sırasında WG lilerin 8 inde (%40) artrit, MPA ve CSS lilerin 3 ünde (%27.3) artrit saptandı. Oral ülser WG lilerin 6 sında saptanırken nazal deformite sadece 1 olguda gelişmişti.

AAV li hastaların medyan izlem süresi 42 aydı (4-120). Toplam 5 hasta öldü (3 WG, 2 MPA). Ölen tüm hastalar erkekti. AAV li olgularımızın 5 yıllık sürvileri %81.5 ve 10 yıllık sürvileri %70 olarak bulundu.

**Sonuçlar:** Hastane verilerine dayalı çalışmamızda AAV yıllık insidenslerinin Batı verilerinden düşük olduğunu gözlemledik.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA ilişkili vaskülit, Wegener granülomatozu

[PS-017][Kabul:Poster Tur][Diğer]

## **Teknolojik Gelişmeler Sonrası Bağ Dokusu Hastalıklarında ANA'nın Yeri Değişti mi?**

Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Nesibe Aydın<sup>2</sup>, Özlem Tuncer<sup>2</sup>, Ari Avni Erbil<sup>3</sup>, Metin Işık<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Burçin Şener<sup>2</sup>, İhsan Ertenli<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, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

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

**Gereççe:** Otoimmün hastalıklarda rol oynayan otoantikorların saptanmasında en yaygın kullanılan yöntem indirekt floresan antikor tekniği (IFA) ile ANA saptanmasıdır. Teknolojik gelişmelere paralel olarak ANA'nın olası daha hassas değerlendirilmesi nedeniyle aktin, ku, granüler kromozom (DFS-70) gibi farklı IFA bulgularına da rastlanmaktadır. Ancak bu bulguların klinikteki önemi halen araştırılmaktadır. Bu çalışmada altı ay içerisinde üniversitemiz romatoloji kliniğinde izlenen hastaların ANA sonuçlarının klinik tanımlar ile uyumluluğu ve IFA paternlerinin bağ dokusu hastalıklarındaki yerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Ocak -Haziran 2012 arasında hastanemiz Romatoloji kliniğinde izlenen 2114 hastadan istenen 2195 ANA-IFA sonucu değerlendirmeye alındı. ANA incelemesi Hep-2 ve karaciğer hücreleri

kullanılarak IFA yöntemiyle (Euroimmun, Almanya) yapıldı ve sonuçlar deneyimli bir mikrobiyoloji uzmanı tarafından rapor edildi. Hastaların klinik bilgileri hastane kayıtlarından elde edildi. Her bir bağ dokusu hastalığı için ANA titresi ve IFA paternleri belirlendi. Otoimmün romatolojik hastalığı bulunmayan hastalardaki IFA paternleri de saptandı. IFA paternlerinin klinik önemi araştırıldı. Sonuçlar: Çalışmaya alınan hastaların 850'sinde (%40.2) bir bağ dokusu hastalığı saptandı. Hastaların dağılımı ve ANA pozitifliği durumundaki boyanma paternleri Tablo'da gösterilmektedir. Non-inflamatuvar kas iskelet hastalıkları 227 hastada saptandı. ANA (-)liği saptanan 29 (%11.4) SLE hastasının 17'sinde önceki testlerde otoantikor pozitifliği saptanmışken 9 hastada ilk değerlendirilmesinde de tedavi altında olduğu, 3 (%1.2) hastada ANA'nın baştan beri (-) olduğu görüldü. Tüm testlerde sitoplazmik, ku, nükleer membran, aktin ve yoğun ince granüler (DFS70) pozitifliğinin sıklıkları sırasıyla %11.8, %0.6, %1.8, %0.4 ve %9.7 bulundu. DFS70 paterni saptanan 104 hastanın %52.8'inde bir romatolojik hastalık yokken %19.2'sinde RA vardı (p<0.001). Nükleer membran (+) saptanan 17 hastanın 8'inde romatolojik hastalık yokken, 5'inde RA vardı. Sitoplazmik, ku ve aktin açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı. Tartışma: Romatoloji polikliniğinde istenen ANA testlerinde %35' kadar yalancı pozitiflik görülebilmektedir. Ancak bunların %12.3'ünde 1/320 ve üzerinde titrededir. SLE hastalarında IFA ile değerlendirilen ANA'nın duyarlılığı %98'in üzerinde bulunmuştur. Yeni boyanma paternlerinden DFS70 ve nükleer membran pozitifliği herhangi bir bağ dokusu hastalığına özgü olmayıp çoğunlukla romatoid artrit ve herhangi bir romatolojik hastalık olmaması durumunda pozitif saptanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anti nükleer antikor(ANA), Bağ dokusu hastalıkları

### ANA Pozitifliğinin Hastalarda Dağılımı ve Boyanma Paterni

	SLE (n=254) ) %	Andif (n=57 )	Sjögren (n=147 )	Skleroderma (n=45)	Miyozit (n=15)	Overlap (n=21)	RA (n=298 )	Romatolojik hastalık yok (n=1050)
ANA (+)	88.6	63.2	72.1	88.8	60.0	76.1	49.3	35.5
ANA= 1/100	22.0	33.4	22.2	17.7	46.7	3.8	27.9	23.2
ANA>= 1/320	66.6	29.8	50.3	71.1	13.3	52.3	21.4	12.3
Homojen	63.3	55.6	29.9	47.5	11.1	25.0	53.7	42.4
Benekli	73.9	55.6	79.4	55.0	77.8	75.0	75.5	71.8
Nükleolar	27.0	36.1	27.1	47.5	22,2	18,8	15.6	26.3
Sitoplazmik	12.8	5.6	13.1	7.5	11.1	12.5	14.3	11.3
Sentromer	1.3	5.6	6.5	22.5	11.1	6.3	3.4	1.3
Ku	0.9	2.8	0.9	0	0	0	0.7	0.3
N.membran	0.9	2.8	0	0	0	6.3	3.4	2.1
aktin	0.4	0	0	0	0	0	0	0.8
Granüler kromozon(DFS70)	3.1	8.3	5.6	0	11.1	6.3	13.6	14.7

**[PS-018][Kabul:Poster Tur][Skleroderma, Sjögren sendromu, İnflamatuvar kas hastalıkları]**

## Minör Tükürük Bezi Biyopsisinin Komplikasyon Riski

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

Sjögren sendromu (SS) tanısı için tek başına yeterli bir klinik ya da laboratuvar testi yoktur. Bugüne kadar SS için birçok sınıflandırma kriteri tanımlanmıştır. Sınıflama kriterlerinin hepsinde minör tükürük bezi biyopsisi yer almaktadır. Minör tükürük bezi biyopsisi SS için oldukça spesifik bir testtir. Alt dudakın iç kısmında normal görünümlü mukoza alanından yapılır. Beş veya daha fazla minör tükürük bezi eksize edilir, patolojik incelemeye gönderilmek üzere fiksasyon işlemi yapılır. Biz bu çalışmamızda minör tükürük bezi biyopsisinin güvenilir ve basit olmasının yanında emniyetli bir işlem olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

### METOD VE BULGULAR

Çalışmamıza Eylül 2010-Ağustos 2012 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran ve SS şüphesi nedeniyle minör tükürük bezi biyopsisi yapılan 1117 hasta dahil edildi. Bizim kullandığımız biyopsi yöntemi; tükürük bezini elle fikse ettikten sonra lokal anestezi sonrası, 11 numara bistüri ucu ile, 2-4 mm arası ufak kesi, minör tükürük bezi kapsülünün açılması ve daha sonra buradan dudak dış yüzeyinden bası ile minör tükürük bezinin dışı doğurtulması ve eksize edilmesi şeklindedir. Eksizyon sonrası cerrahi alana 10 dakika spanç ile bası uygulanmakta ve eksizyon alanı sekonder iyileşmeye bırakılmaktadır. Bu biyopsi yönteminin en büyük avantajı tek başına bir doktorun yapabilmesi ve komplikasyon riskinin çok düşük olmasıdır. Yapılan biyopsi sonucu gelişen komplikasyonlar kategorize edilerek incelendi. Çalışmaya katılan hastaların 1039'u kadın, 78'i erkek idi. Minör tükürük bezi biyopsisi yapılan hastalardan 157'si antiagregan (asetilsalisilik asit) ve 15'i antikoagulan (kumadin veya düşük molekül ağırlıklı heparin) kullanıyordu. Hastalarımızda gözlenen komplikasyonlar; geçici hissizlik 8 hastada (%0,7), uzamış kanama 17 hastada (2 saati geçen minör kanama; %1,5), sütür gerektiren kanama 2 hastada (%0,1), yetersiz materyal 3 hastada (%0,2) gözlenmiş olup başka not edilen komplikasyon olmamıştır. Antikoagulan kullanan hastaların sadece birinde sütür gerektiren kanama gözlendi. Antikoagulan kullanan hastalarda uzun süren veya durdurulamayan kanama olmadı.

### TARTIŞMA

Minör tükürük bezi biyopsisinin komplikasyonları lokal olarak gelişmektedir. Kullanılan biyopsi metoduna göre komplikasyon sayıları değişebilmektedir. Bizim serimizde geçici hissizlik %0,7, müdahale gerektiren kanama %0,1, yetersiz materyal % 0,2 gözlenmiş olup bunlar literatürdeki yayınlarla karşılaştırıldığında oldukça düşük bulunmuştur. Antikoagulan (kumadin veya düşük ağırlıklı heparin) kullanan 15 hastada hematoma ya da ciddi bir kanama gözlenmemiştir. Hastaların tamamında cerrahi alan iyileşmesi 3- 10 günde tamamlanmıştır. Tüm hastalarda cerrahi yerinde iç dudakta minör skar gelişimi gözlenmiştir. Sonuç olarak minör tükürük bezi biyopsisi ucuz, güvenilir ve emniyetli olması bakımından SS için ideal bir test olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** sjögren sendromu, minör tükürük bezi

[PS-019][Kabul:Poster Tur][Epidemiyoloji-Hasta-kökenli ölçütler]

## Alt popülasyonların genel popülasyonla karşılaştırılmasına dayalı kanser riski hesaplarında yanlılık

Koray Taşçılar, Hasan Yazıcı  
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Romatoid artrit hastalarında kanser riskini hesaplayan çalışmalarda, bir alt popülasyonun (örn. RA kayıt kütüğü) genel popülasyonla karşılaştırılmasından kaynaklanan bir seçilme yanlılığı (selection bias) olabileceğini bildirmiştik (Arthritis Rheum. 2011;63:2543-4). Alt popülasyondan bir kesimin henüz alt popülasyon olarak tespit edilmemişken kanserden ölmesi, kanser tedavisinin otoimmün hastalığı engellemesi ya da sadece kanser olma nedeniyle alt popülasyona dahil edilme olasılığının azalması nedeniyle bu şekilde bir yanlılık ortaya çıkabilir. Bu olasılıklar sonucunda oluşturulan kayıt kütüğü gibi bir alt popülasyonda kanser olgularının birikme hızı genel popülasyonun altında kalabilir ve takip süresi arttıkça karşılaştırmalı kanser riskinde azalma görülebilir. "RA'da kanser riski" çalışmalarında böyle bir azalmanın görüldüğünü daha önce

bildirmiştik (Ann Rheum Dis 2012;71(Suppl3):456). Diğer otoimmün/enflamatuvar hastalıklarda kanser riski bildiren çalışmalarda da böyle bir yanlılık olup olmadığını anlamak için bir sistematik literatür taraması yaptık.

Yöntem: PubMed'de "polymyositis", "dermatomyositis", "sarcoidosis", "psoriasis", "Crohn's", "ulcerative", "lupus", "SLE", "Sjogren", "ANCA", "polyarteritis", "Wegener", "polyangiitis", "vasculitis" ve "scleroderma" terimleri ile Ocak 2001 ve Şubat 2012 arasında yayınlanmış makaleleri içeren bir tarama yaptık. Daha sonra bu taramalar içinde "cancer" ve "standardized" sözcükleri ile arama yaparak standardize insidans oranı bildiren çalışmaları yakalamaya çalıştık. Karşılaştırmalı insidans bildiren çalışmaları tam metin olarak elde ettik. Bunlar arasında takip süresine göre birden fazla zaman için karşılaştırmalı insidans bildiren yazılar çalışmaya dahil edildi. Bulgular: Taramada 192 makale bulduk ve bunlar arasında 36 tanesini tam metin olarak elde ettik. Bu 36 çalışma içinde 10 tanesi alt popülasyondaki kanser riskini genel popülasyonla karşılaştırmalı olarak ve takip süresine göre veriyordu. Bu çalışmalardan 3 tanesi enflamatuvar miyopatide, diğerleri skleroderma, Wegener granülomatozu, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, polymyalgia rheumatica, SLE ve sarkoidozda kanser riskini bildiriyordu. Kanser riski bildirilen zaman noktası sayısı 2-10 arasında değişiyor, çalışmalar 10-48 yıllık örnekleme periyotlarını kapsıyordu. On çalışmanın dokuzunda uzun takip süresinde bildirilen karşılaştırmalı insidansın kısa takip süresinde bildirilen insidandan %56-98 daha az olduğunu gördük.

Sonuç: Bu çalışmada, seçilmiş alt popülasyonlardaki kanser insidansının genel popülasyonla karşılaştırılmasına dayalı risk hesaplama yönteminin yanlı sonuçlar verebileceği konusunda daha fazla kanıt elde etmiş olduk.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid artrit, kanser

**[PS-020][Kabul:Poster Tur][Sistemik lupus eritematozus ve Anti-fosfolipid sendromu]**

### **Sistemik Lupus Eritematozusta Metabolik Sendrom Kardiyovasküler Risk Faktörü Olmasının Yanısıra Kümülatif Organ Hasarı ile de İlişkilidir: 311 Hastanın Kesitsel Analizi**

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

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

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

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında kardiyovasküler olay (KVO) sıklığı artmıştır ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Geleneksel KV risk faktörlerinin dışında, hastalıkla ilişkili faktörler de hızlanmış ateroskleroz gelişimine katkıda bulunmaktadır. Önemli geleneksel risk faktörlerinin bir arada bulunması olarak tanımlanan metabolik sendromun (MetS) SLE'de artmış olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı SLE hastalarında MetS ve KVO sıklıklarını belirlemek, birbirleriyle ve SLE ile bağlantılı faktörlerle ilişkilerini saptamaktır.

**Yöntem:** Bu çalışmada ACR sınıflama kriterlerini karşılayan ardışık 311 SLE hastasına ilişkin, demografik, klinik özellikler ve KVO öyküleri kayıtlardan toplandı. MetS fenotipi Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli III (NCEP ATP III) tanımlamasına göre belirlendi. Belgelemiş koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar (miyokard infarktüsü ve inme) KVO olarak tanımlandı. Klinik özellikleri, hastalık süresi, SLICC hasar indeksi ve SLE tedavisinin MetS ile ilişkisi değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Hastaların ortalama yaşı 40,2± 13,4 ve çoğunluğu (%89) kadındı. Ortalama hastalık süresi 112,5 ± 84 ay ve ortalama SLICC hasar skoru 1,05 ± 1,5 idi. Koroner arter hastalığı %11,1, serebrovasküler hastalık %5,4 hastada saptandı. KV olay sıklığı %15,2, MetS sıklığı ise %19 bulundu. SLE hastalarında en sık görülen MetS kriteri abdominal obezite (%51,2), en az görülen kriter ise hiperglisemi (%10,3) idi. MetS olan ve olmayan SLE hastaları karşılaştırıldığında, yaş (p=0,001), kümülatif hasar (p<0,001), hastalık süresi (p=0,026) ve KVO varlığı (p=0,001) MetS ile ilişkili bulundu.. SLE hastalık tutulumlarının ve tedavi modalitelerinin MetS ile ilişkili olmadığı saptandı. KVO varlığı, hastalık süresi (p=0,05), hasar (p<0,001), perikardit (p<0,001), hematolojik tutulum (p=0,006), lenfopeni (p<0,001), trombositopeni (p=0,002), nörolojik tutulum (p<0,001) ve antifosfolipid (AFL) antikor pozitifliği (p=0,008) ile ilişkiliydi. İmmunosupresif ilaç ve yüksek doz kortikosteroid kullanımı ile KVO arasında ilişki bulunmazken, HCQ kullanımının koruyucu olduğu görüldü [p= 0,005; OR: 0,32 (0,15-0,69)].

**Tartışma:** Çoğunluğu genç kadınlardan oluşan SLE hastalarında MetS sıklığı %19 ve KVO sıklığı %15,2 idi. MetS KVO, yaş, hastalık süresi ve kümülatif hasar ile ilişkili bulundu, fakat klinik,

serolojik özellikler ve tedavi ile ilişki saptanmadı. KVO ise hastalık süresi, organ hasarı, perikardit, hematolojik ve nörolojik tutulum ve AFL antikor pozitifliği ile ilişkili bulundu. SLE'de HCQ kullanımının KVO'ya karşı koruyucu olduğu saptandı. SLE'de prognozun düzelmesine yönelik olarak hastalık aktivitesinin ve buna bağlı hasarın engellenmesinin yanında MetS'un önlenmesi ve HCQ'nin uzun süreli kullanımı yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ateroskleroz, SLE

[PS-021][Kabul:Poster Tur][Spondiloartropatiler]

## **Psöriyatik Hastalıkta Ultrason ile Tırnak Görüntülemesi: Onikopati ile Ekstensor Tendon Entezopatisi Arasında İlişki Mevcuttur**

Sibel Zehra Aydın<sup>1</sup>, Concepcion Castillo Gallego<sup>2</sup>, Zoe R Ash<sup>3</sup>, Helena Marzo Ortega<sup>3</sup>, Paul Emery<sup>3</sup>, Ai Lyn Tan<sup>3</sup>, Richard Wakefield<sup>3</sup>, Miriam Wittmann<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

Tırnak tutulumunun psöriazisin önemli bir prezentasyon şekli olduğu ve artrit gelişimini öngördüğü bilinmektedir. Halen tırnak tutulumunu değerlendirmek için en yaygın olarak kullanılan yöntem fizik muayeneye dayanan mNAPSI (the modified Nail Psoriasis Severity Index)'dir. Bu çalışmada psöriyatik hastalıkta tırnağın ultrasonografi (US) ile incelenebilirliğini, mNAPSI skoru ile ve lokal yaygın inflamasyona işaret edebilecek ekstansor tendon patolojisi ile ilişkisi olup olmadığını test ettik.

### Metot

Çalışmaya 86 psöriyazis (42 (%48.8'inde artrit (PsA) ve 19 sağlıklı kontrol dahil edildi. İki farklı ve birbirinin bulgularına kör araştırmacı tarafından mNAPSI skorları ve US incelemeleri yapıldı. US ile tırnak plakası yapısal bozukluklar açısından kalitatif, plaka ve matriks yapısının kalınlıkları kantitatif olarak değerlendirildi (resim 1). Komşu anatomik yapılardan ekstansor tendonda ve ciltte kalınlık artışı olup olmadığı kaydedildi.

### Sonuçlar

mNAPSI ile US bulguları arasında iyi korelasyon saptandı (kappa değeri= 0.52, p<0.001). Hem psöriyazis hem de PsA'da ekstansor tendon kalınlık artışı tırnak bulgusu varlığında daha sık izlendi (Sırasıyla %38 vs %16, p=0.03 ve %47 vs %19, p=0.008). Ekstansor tendon kalınlık artışı US ile tırnak tutulumu olanlarda da daha fazla olma eğilimindeydi (%38.1 vs %24.5; p=0.08). Tırnak plağı, matriksi ve cilt kalınlığı, tırnak tutulumundan bağımsız olarak, psöriyazis hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksekti.

### Tartışma

Psöriyatik hastalıkta tırnak tutulumunun incelenmesinde US ve klinik bulgular arasında iyi bir ilişki olduğu izlenmektedir. US ile objektif ve kantitatif olarak yapılabilen ölçümler prospektif araştırmalarda daha güvenilir, standardize bir yöntem olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada tırnak tutulumunun komşu ekstansor tendondaki kalınlık artışı ile paralellik göstermesi, tırnağın anatomik olarak alttaki dokularla sıkı ilişkisine ve hastalığın lokal olarak yayılmasına işaret ediyor olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** psöriyazis, ultrasonografi

---

**Resim 1**



*Sağlıklıda uzunlamasına (A) ve enine (B) kesitlerde tırnağın trilaminer yapısı C) Ventral yüzde tırnak plakasının düzensizliğine bağlı trilaminer görüntününün kaybı D) tırnak plağının yüzeyinde düzensizlik, pitting NP: tırnak plağı, S: cilt, DP: distal falanks, DIPJ: distal interfalangeal eklem*

**[PS-022][Kabul:Poster Tur][Spondiloartropatiler]**

### **Ankilozan spondilit (AS)'li hastalarda alevlenme durumlarında pulse metil-prednizolon tedavisi (PMPT)'nin kısa ve uzun dönemdeki etkinliği**

Yaşar Karaaslan, Aşkın Ateş, Zeynep Özbalkan Aşlar, Fulya Dörtbaşı, Cem Özişler, Kubilay Şahin  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, Ankara

Gerekçe: AS'te nispeten yaygın olarak kullanılmasına karşın kortikosteroid tedavisinin etkinliği hakkında veri son derece kısıtlıdır. Bu çalışmada Ocak 2011'den bugüne kliniğimizde hastalık alevlenmesi nedeni ile PMPT verilen AS'li hastalara ait kısa ve uzun dönem verilerin sunulması planlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2011-Ağustos 2012 döneminde kliniğimizde hastalık alevlenmesi nedeni ile PMPT verilen 36 AS'li hastadan tedavinin hemen öncesinde ve ilk kontrolde doldurulan "pulse steroid verilen AS hastaları takip formları", hasta yatış dosyaları ve hastane elektronik kayıtları analiz için yeterli bulunan 27 hastaya ait veriler değerlendirildi.

Bulgular: PMPT verilen bu 27 AS'li hastanın bazı temel klinik ve laboratuvar özellikleri şu şekildedir:

Ortanca yaş: 33 (19-60)

K/E oranı: 9/18

Ortanca hastalık süresi (yıl): 5 (0.083-31)

NSAİİ kullanma oranı: % 85.2 (23/27)

Düşük doz kortikosteroid kullanma oranı: % 70.4 (19/27)

Sulfosalazin kullanma oranı: % 81.5 (22/27)

Mtx kullanma oranı: % 37.0 (10/27)  
Antimalaryal kullanma oranı: % 29.6 (8/27)  
Periferik eklem tutulumu oranı: % 74.1 (20/27)  
Ortanca BASDAI: 6.80 (3.25-9.60)  
Ortanca sedim: 47 (9-120) (mm/s)  
Ortanca CRP: 5.7 (0.5-16.9) (mg/l)

Hastalık alevlenmesi olmasına karşın anti-TNF ilaç kullanımı için relatif kontraindikasyonu veya risk faktörü olan, anti-TNF ilaç kullanmak istemeyen veya o sırada geri ödeme koşullarını karşılamayan veya anti-TNF ilaç verilmesi uygun görülmeyen hastalara almakta oldukları tedavilere ek olarak 1-3 gün süreyle 500-1000 mg PMPT verildi. Bu hastalardan PMPT'ni takiben bir ay içinde kontrol değerlendirmesi yapılan 39 kür PMPT'ne ait etkinlik ve yan etki verileri şu şekildedir:

Klinik yanıt oranı: % 59 (BASDAI'de % 20 veya üzerinde düşme)  
Akut faz yanıtı oranı: % 79.5 (Sedim ve/veya CRP düzeyinde % 20 veya üzerinde düşme)  
BASDAI: 6.69±1.53 vs 5.39±1.18, p<0.001  
Sedim: 52±27 vs 29±23, p<0.001  
CRP: 6.7±4.4 vs 2.6±2.3, p<0.001

Hastalarımızda PMPT genel olarak iyi tolere edildi. 39 kür PMPT sonrasında 5 hastada kan şekeri yükselme, 2 hastada kan basıncında yükselme, 2 hastada solunum yolu enfeksiyonu, 2 hastada bulantı-kusma ve 1 hastada oral kandidiyazis gözlemlendi.

Hastalarımızın 3'ünde AS'e eşlik eden bilinen Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) vardı ve takipte 4 hastaya daha AAA tanısı kondu ve kolşisin tedavisi başlandı. Ortalama 9.6 aylık izlemde 27 hastanın 9'unda anti-TNF tedaviye geçildiği, 15'inin anti-TNF ilaç gereksinimi olmadan diğer ilaçlar ile takip edildiği, 3 hastanın anti-TNF tedavi gerektirecek düzeyde aktivitesi olmasına karşın multipl skleroz ve lenfoma gibi eşlik eden diğer hastalıkları ve sitopeni gibi diğer nedenlerle anti-TNF tedavi alamadığı saptandı.

Sonuç: AS'li hastalarda alevlenme durumlarında PMPT etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneği gibi durmaktadır ve bu konuda prospektif randomize kontrollü klinik çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, pulse metil prednizolon tedavisi

**[PS-023][Kabul:Poster Tur][Spondiloartropatiler]**

## **Psöriatik Artritli Hastalarda Eklem Tutulum Tipleri ve Klinik Özellikler**

Salim Dönmez<sup>1</sup>, Ömer Nuri Pamuk<sup>1</sup>, Mustafa Akker<sup>2</sup>

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

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

### **GEREKÇE:**

Psöriatik artrit (PsA) eklem destrüksiyonu ile giden, toplumda sık görülen romatolojik hastalıklardan biridir. PsA'e deformitelerin yol açtığı morbiditeden dolayı hasta bireysel olarak etkilenmekle birlikte, iş gücü kaybı sonucu genel toplum da etkilenmektedir. Çalışmamızda; merkezimizde PsA tanısıyla izlenen hastaların eklem tutulum tipleri ve klinik özellikleri değerlendirilerek eklem hasarının ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **Yöntem:**

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Polikliniğine 2000-2011 tarihleri arasında başvuran ve CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı alan 172 hasta (68 E, 104 K, yaş ort: 49,3±13,7, hastalık süresi: 16,6±10,2 yıl) ile Dermatoloji polikliniğinden kontrol olarak alınana 61 ardışık psöriazishastası (31 E, 30 K, yaş ort: 49,7±10,1, hastalık süresi: 14,3±11,6 yıl) ile gerçekleştirildi. Hasta dosyalarından demografik özellikler, psöriazis tipi ve süresi, PsA tipi ve süresi, hassas ve şiş eklem sayısı, tedavi için kullanılan ilaçlar, mevcut olan grafilerden eklem hasarı, laboratuvar değerleri kaydedildi.

### **Sonuçlar:**

Çalışmamızda PsA'li olgularımız arasında poliartiküler eklem tutulumunu en sık (%38,9) olarak saptadık. Diğer tutulum şekilleri sırasıyla oligoartiküler (%27,3), spondilartirit (%22,6) ve DİF (%11) olarak saptandı. Aynı zamanda poliartiküler grupta; yaş (54,1 yıl), psöriazis (18,7 yıl) ve PsA hastalık süresi (6,6 yıl), eklem tutulum sayısı (6,1), erozif hastalık (%14,6) daha fazla saptandı.

Önemli oranda poliartiküler PsA'li hastada (%16) Anti CCP pozitifliği görüldü. Kullanılan ilaçlar açısından gruplar arasında belirgin fark saptanmadı. Tırnak değişiklikleri DİF grubunun (%84), üveit (%12,8) ise spondilit grubunun özelliği olarak görülmektedir.

#### TARTIŞMA:

Psöriatkartrit tanısı ile izlenen hastalarda eklem tutulum tipinin bilinmesi hastalığın prognozunu belirleme ve tedavi kararı vermede önem taşımaktadır. Özellikle uzun dönem hastalığı olanlarda poliartrit görülme sıklığı artmaktadır ve bu grup aynı zamanda en sık eroziv hastalık, kemik ve eklem hasarının görüldüğü gruptur.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriatik artrit, eklem tutulum şekli

#### Psöriatkartrit eklem tutulum tipleri ve genel özelliklerinin karşılaştırılması

	DİF Eklem	Spondilartrit	Oligoartiküler	Poliartiküler
Olgu Sayısı	19 (% 11,0)	39 (% 22,6)	47 (% 27,3)	67 (% 38,9)
Kadın/Erkek	11/8 (%57,8/%42,2)	21/18 (%53,8/%46,2)	30/17 (%63,8/%36,2)	42/25 (%62,6/%37,4)
Yaş (yıl)	50,7±12,9a	48,1±12,4	42,6±12,8	54,1±13,7b
PsA Süresi (yıl)	4,7±2,1	5,2±3,8	5,2±3,5	6,6±4,0
PS Süresi (yıl)	12,4±11,3	17,9±9,1	14,1±8,8	18,7±10,8c
Sigara İçimi	12 (% 63,1)	15 (% 38,4)	38 (% 80,8)d	39 (% 58,2)
PASİ Skoru	7,5±7,2	6,3±5,9	4,2±5,4	8,6±7,5
Üveit	1 (% 5,3)e	5 (% 12,8)	1 (% 2,1)	2 (% 3,0)
Tırnak Değişikliği	16 (% 84)f	10 (% 30,8)	20 (% 42,6)	27 (% 40,3)
ESR (mm/h)	23,7±14,0	32,5±24,5	35,6±28,8	52,0±37,9g
CRP (mg/dl)	0,7±0,6	2,1±3,0	1,9±3,1	3,4±5,8h
Pozitif Anti-CCP	0 (% 0)	3 (% 7,6)	0 (% 0)	11 (% 16,4)

(a)  $p=0,025$ , DİF eklem tutulumu oligoartikülerden farklı, (b) poliartriküler, hem oligoartiküler ( $p<0,001$ ) hem de spondilartritten ( $p=0,024$ ) farklı, (c) poliartriküler, hem oligoartiküler ( $p=0,018$ ) hem de DİF ekleminden ( $p=0,016$ ) farklı, (d) oligoartiküler, spondilartrit ( $p<0,001$ ) ve poliartikülerden ( $p=0,01$ ) farklı. (e) DİF eklem; poliartiküler, oligoartiküler ve spondilartritten farklı (tüm  $p$ 'ler  $<0,001$ ). (f) DİF eklem; poliartiküler, oligoartiküler ve spondilartritten farklı (tüm  $p$ 'ler  $<0,001$ ). (g) Poliartiküler; DİF eklem, oligoartiküler ve spondilartritten farklı (tüm  $p$ 'ler  $<0,001$ ), (h) Poliartiküler grup, DİF eklem grubundan farklı ( $p=0,016$ ).

[PS-024][Kabul:Poster Tur][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]

#### Ailevi akdeniz ateşi'nde subklinik ateroskleroz ve okside LDL düzeyleri

Serdal Uğurlu<sup>1</sup>, Sanem Namzi<sup>2</sup>, Yeltekin Demirel<sup>2</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) hem ataklar sırasında hem de atak dışı dönemde inflamasyonla giden bir hastalıktır. Bu nedenle aterosklerozun artmış olacağı düşünülebilir. Ancak, AAA'de kardiyovasküler hastalıkların arttığı gösterilmemiştir ve subklinik ateroskleroz açısından plak



arttığını gösteren çalışmaların sayısı da kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı; kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri taşımayan ailevi AAA hastalarında karotis arterlerde subklinik ateroskleroz varlığını ve ateroskleroz belirteçlerinden olan okside LDL (OxLDL) düzeylerini araştırmaktır. Yöntem: Çalışmaya ataksız dönemdeki 44 AAA'lı hasta (25 K, 19 E; ortalama yaş: 33.45 ± 7.5) ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 44 sağlıklı kontrol (25 K, 19 E; ortalama yaş: 33.48 ± 6.96) alındı. Klinik olarak tanısı konmuş kronik böbrek hastalığı, ya da serum kreatinin düzeyinin >1.4 mg/dl olması, koroner arter veya serebrovasküler hastalıklar, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, postmenapoz, metabolik sendrom ve aktif enfeksiyon dışlama kriterleri olarak belirlendi. Karotis arter intima media kalınlığı (İMK) ve aterosklerotik plaklar USG ile değerlendirildi. Çalışmanın yapıldığı hafta serum lipid düzeyleri ile birlikte OxLDL düzeyleri ölçüldü. Bulgular: AAA hastalarında ortalama hastalık süresi 20 ± 9 yıldır. Hasta ve kontrol grubunda ortalama karotis arter İMK değerleri açısından fark saptanmadı (0.52 ± 0.10 mm vs 0.53 ± 0.06 mm, sırasıyla, P= 0.709). Grupların hiçbirinde aterosklerotik plağa rastlanmadı. Total ve LDL kolesterol düzeyleri hasta grubunda kontrollere göre düşük saptandı (Total Kolesterol: 157.07± 34.18 vs 181.05± 36.79, sırasıyla, P= 0.002; LDL kolesterol: 100.48 ±30.13 vs 126.25 ± 34.05, sırasıyla, P=0.001). OxLDL düzeyleri AAA hastalarında (337.48 ± 438.56) kontrol grubuna (156.19 ± 383.24) kıyasla daha yüksek bulundu (P= 0.044). OxLDL değerleri ile İMK arasında ne hasta grubunda (r= -0.156, p= 0.324) ne de kontrol grubunda (r=-0.196, p=0.246) herhangi bir korelasyon saptanmadı. Sonuçlar: Bu çalışma daha önce de bildirildiği gibi AAA'da aterosklerozun artmadığı kuramını desteklemektedir. Yine daha önce de bildirildiği gibi AAA hastalarında kontrollerle kıyaslandığında daha düşük kolesterol seviyeleri saptanmıştır (1-2). Diğer yandan yüksek OxLDL düzeyleri inflamasyonla ilişkili olabilir.

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:** Ailevi Akdeniz Ateşi, ateroskleroz

**[PS-025][Kabul:Poster Tur][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuvar hastalıklar]**

### **Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA): Türkiye'de ya da Almanya'da Yaşayan Türk Kökenli Erişkin Hastalarda Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi**

Arnd Giese<sup>1</sup>, Ahmet Örnek<sup>1</sup>, Mustafa Kuruçay<sup>1</sup>, Levent Kılıç<sup>2</sup>, Süleyman Nahit Şendur<sup>3</sup>, Sedat Kiraz<sup>2</sup>, Elke Lainka<sup>4</sup>, Bernhard Ferdinand Henning<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Central Patient Admission Unit / Emergency Department, Marienhospital, Ruhr-University Bochum, Herne, Germany

<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

<sup>4</sup>Department of Paediatrics, University Medical Centre Essen, Essen, Germany

<sup>5</sup>AID-NET Autoinflammatory disorders (AID) in children: Genetics, disease mechanisms, diagnostic markers and therapeutic targets, Essen, Germany

Giriş: Almanya'da doğup-büyüyen Türk kökenli pediatrik AAA hastalarıyla karşılaştırıldığında, Türkiye'de doğup büyüyen hastaların ciddi hastalık oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>1</sup>.

Amaç: Türkiye'de ve Almanya'daki erişkin AAA hastalarında hastalık seyrindeki farklılıkların değerlendirilmesi.

Method: Livneh Kriterlerine göre FMF tanısı alan Türk kökenli yetişkin hastalar biri Ankara-Türkiye(TR); diğeri Herne-Almanya'da(AL) olmak üzere 2 üniversite hastanesinde, prospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Karşılıklı bir klinik görüşme yapılmış ve Türkçe WHOQOL- BREF uygulanmıştır.

Sonuçlar: 61 (T:31/A:30) hasta çalışmaya alındı. Bu iki grup şu açılardan farklılık göstermekteydi (mean±SD); kolşisin tedavisi alan hasta yüzdesi (TR:%100/AL:%83,3,p=0.02), kolşisin alan hastaların günlük mg cinsinden kolşisin dozu (TR:1.6±0.7/AL:1.15±0.7, p=0.009), hastalık süreleri (TR:15.5±9.5/AL:22.4±8.2y, p=0,003). Diğeri açılardan bir fark saptanmadı. Çalışmaya dahil edilen her iki grup çalışmaya alındıkları dönemdeki yaşları (TR:30.9±10.8/AL:34.2±10.5y), kadın cinsiyet oranı (TR%74/AL:%60), FMF semptomlarının başlangıç yaşı (TR:15.4±11.3/AL:11.8±6,5y), Pras ve ark<sup>3</sup>. FMF ciddiyet skoru (TR:6.6±2.3/AL:6.4±1.9), WHOQOL-BREF'in (0-100 arası skala ile

tanımlanan) dört kolu; fiziksel sağlık (TR:57.5±19/AL:59.1±20.4), psikolojik sağlık (TR:61.3±17.4/AL:66.4±19.2), sosyal ilişki (66.4±21.7/AL:67±23.3), çevre (TR:62.2±18.4/AL:68.5±16.8) açısından benzerdi. FMF hastalık ciddiyeti ve OQL arasında belirgin ve geçerli korelasyon yoktu.

Tartışma: Almanya'da yaşayan FMF hastalarının %16,7'si kolşisin almıyordu. Almanya'daki ortalama kolşisin düzeyi daha düşüktü. Ayrıca Almanya'daki hastalar daha uzun hastalık süresine sahipti. Hastalık aktivitesi (Pras ve ark. skoruna göre) ve OQL (WHOQOL-BREF) açısından her iki grup arasında fark yoktu. FMF hastalık ciddiyeti ve OQL arasında geçerli bir korelasyon bulunmamıştır.

Referanslar: 1 Özen S et al. Ann Rheum Dis 2008;68:246

2 Livneh A et al. Arthritis Rheum 1997;40:1879

3 Pras E et al. Am J Med Genet 1998;75:216

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz Ateşi, WHOQOL-BREF

**[PS-026][Kabul:Poster Tur][Diğer]**

### **Aseptik Steril Abse Sendromu**

Nazan Demir Özcan<sup>1</sup>, Serhat Karaayvaz<sup>2</sup>, Aslı A. Çerman<sup>3</sup>, Nuray Uzun<sup>2</sup>, Damlanur Sakız<sup>4</sup>, Bilge Ateş<sup>3</sup>, Canan Alataş Alkim<sup>5</sup>, Cemal Kaya<sup>6</sup>, Veli Yazısız<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

<sup>2</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

<sup>3</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

<sup>4</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

<sup>5</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

<sup>6</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

<sup>7</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Aseptik sistemik abse sendromu (ASAS), 1995'te André tarafından tanımlanmış sistemik otoinflamatuar bir hastalıktır. Genç erişkinlerde antibiyotik tedavisiyle gerilemeyen tekrarlayıcı ateş, kanda lökositoz ve tüm organlarda ağrılı, nötrofilden zengin, steril abse benzeri koleksiyonlarla seyrederek. ASAS, nötrofilik dermatozlar, kistik akne ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarıyla birliktelik gösterir. Literatürde bildirilmiş 40 civarında olgu bulunmaktadır. Son yıllarda ASAS ile ilgili yayınlarda artış dikkat çekicidir, ancak ülkemizden bildirilmiş olgu bulunmamaktadır.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta, ateş, karın ağrısı, kusma şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Tetkiklerinde lökosit:12.480/mm<sup>3</sup>(%87 PNL),CRP:235mg/L olan hastaya 750 mg 1x1 levofloksasin tedavisi başlandı. Şikayetleri gerilemeyen hasta 2 gün sonra tekrar başvurdu. Abdominal BT'de rüptüre splenik abse olması üzerine drenaj ve batin içi yıkama yapıldı. Takibinde ciltte çok sayıda eritemli zeminde yerleşmiş 1-2 cm boyutlarında nodüler, bir kısım nodüllerin süpürasyonu ile oluşmuş ülser lezyonlar gelişti. Cilt biyopsisinde, alt retiküler dermis ve subkutan dokuda nekroz oluşturan abse formasyonu izlendi. Gram ve PAS boyamada mikroorganizma saptanmadı. Derin dokudan yapılan mikobakteri, mantar, aerop ve anaerop abse kültürlerinde üreme olmadı.4x500 mg İmipenem başlandı fakat genel durumu kötüleşti ve plevral effüzyon gelişti. Toraks tüpü takıldı ve splenektomi yapıldı. Dalakta histopatolojik olarak nekroz, abseleşmeler gösteren yaygın süperatif inflamasyon ve histiyosit agregatları izlendi. Tekrarlanan kan, periton ve plevral sıvı kültürlerinde üreme olmadı. Viral seroloji, Grubel-Widal, Wright testleri ve lezyondan Tbc-PCR negatif, serum IgA,M,G ve E düzeyleri normaldi. EKO'da trombüs ve vejetasyon saptanmadı. Antibiyotik altında KC'de multiple abse gelişen hastaya bu klinik ve histopatolojik incelemeler ışığında ASAS tanısı konuldu. Prednizolon 80 mg iv/3 gün tedavisini takiben 1mg/gün oral başlandı. 2. haftada cilt bulgularının belirgin gerilediği gözlemlendi. Abdominal MRI; KC'deki abselerde tam iyileşme olmadığı için kısmi yanıt olarak kabul edildi ve tedaviye Azatiopirin 3x50mg eklendi. 2 ay sonraki kontrol batin MRI'ında lezyonların tamamen düzeldiği görüldü.

**TARTIŞMA:** Klinik bulguların enfeksiyöz hastalıkları taklit etmesi ve yeni tanımlanan bir antite olması nedeniyle ASAS pek çok hekim tarafından atlanabilen bir hastalıktır. İç Hastalıkları, Romatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları ve hatta Cerrahi branşların da bu tablodan haberdar olması gerekmektedir. ASAS daha çok Crohn hastalığı ile birlikte olmakla birlikte izole bir hastalık olarak da bildirilmiştir. Bu vaka izole bir ASAS olgusudur. Hastalığın tanı ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Tedavisinde standart bir protokol bulunmamakla birlikte kortikosteroidler temel ilaçlardır. Yanıt vermeyen olgularda Azatiopirin, Siklofosamid, antiTNF ajanlar seçenekler arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Aseptik Steril Abse Sendromu

## [PS-027][Kabul:Poster Tur][Behçet hastalığı]

### Dirençli Behçet Üveitinde Düşük Doz İnterferon Alfa-2a Tedavisinin Etkinliği

Suzan Güven Yılmaz<sup>1</sup>, Zevcet Yılmaz<sup>2</sup>, Kenan Aksu<sup>2</sup>, Gökhan Keser<sup>2</sup>, Halil Ateş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Behçet hastalığı (BH)'na bağlı görmeyi tehdit edici üveti olan ve steroid, azatiyopirin (AZA) ve siklosporin A (CSA) kombinasyon tedavisine direnç gösterdiği veya yan etkiler nedeniyle tolere edemediği için, düşük doz İnterferon alfa-2a (İNFa-2a) tedavisine geçilen hastalarımızda İNFa-2a tedavisinin etkinliğini ve güvenilirliğini saptamak.

**Gereç-Yöntem:** 2010-2012 yılları arasında Ege Üniversitesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uvea Birimi tarafından izlenen ve Behçet üveiti nedeniyle İNFa-2a tedavisi başlanan 22 hastanın (E/K: 17/5) 41 gözüne ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Tedavi protokolü indüksiyon için İNFa-2a, ilk 2 hafta her gün 3 milyon internasyonal ünite (MİÜ) subkutan enjeksiyon verilmesi ve sonrasında 3 MİÜx3/hafta dozunda idame edilmesi şeklindeydi. Hafif-orta şiddetli alevlenmelerde İNFa-2a dozu 6 MİÜ'ye kadar artırıldı. Yüksek doz İNFa-2a'ya rağmen şiddetli atak olması tedaviye direnç, tedavi altında 1 yıl süreyle atak olmaması ise remisyon olarak kabul edildi. Tedavi öncesi ve sonrası gözlerin atak sıklığı (atak/yıl) ve görme keskinliği değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Hastaların yaş ortalaması 30.8±8.1 (20-49) yıl, göz tutuluşundan İNFa-2a tedavisine kadar geçen süre 33.8±17.4 ay olarak belirlendi. İNFa-2a tedavisine geçmeden önce, AZA ve/veya CSA almaya devam eden hastalarda, öncelikle bu ilaçlar kesildi. İNFa-2a indüksiyon tedavisinde tüm hastalarda cevap alınırken, idame sırasında 11 (%50.0) hastada nüks geliştiği için ilaç dozu artırıldı. Altı (%27.3) olguda İNF a-2a dozu 6 MİÜ'ye çıkılmasına rağmen üveit kontrol altına alınamadı ve anti-TNF tedavisine geçildi. İdame dozunda 9 olguda (%69.2) üveit inaktif duruma geldi ve ataksız 12. ayını tamamlayan 3 (%13.6) hastada tedavi kesilebildi. İNFa-2a tedavisi kesilen bu 3 olgunun 1'inde (%33.3) nüks nedeniyle tekrar tedavi başlandı. Tüm olgularımızda ortalama İNFa-2a kullanım süresi 9.6± 5.7 (3-26) ay olarak hesaplandı. Bir yıldan uzun İNFa-2a tedavisi verilebilen 8 hastanın 15 gözünde atak sıklığı, tedavi öncesindeki 4.0±0.8 atak/yıl değerinden 1.7±1.3 atak/yıl'a geriledi (p<0.05). Tedavi ile 41 gözün 35'inde (%85.3) potansiyel görme korundu ve 15 gözde (%36.6) Snellen ile görme keskinliğinde en az 2 sıra artış gözlemlendi. İNFa-2a tedavisi sırasında 4 (%18.2) olguda steroid tedavisi tamamen kesildi, diğerlerinde minimum etkinlik dozuna inildi. Yan etkiler açısından, bir hasta dışında hastaların tümünde (%96.5) grip benzeri semptomlar görülürken, 2 (%9.1) hastada yüksek ateş ve halsizlik nedeniyle tedavi sonlandırılmak zorunda kalındı.

**TARTIŞMA:** Konvansiyonel immünoşüpresif ajanlara dirençli Behçet üveitinde düşük doz İNFa-2a tedavisi, ilaca uyum sağlayabilen hastalarda etkin ve güvenilir bir tedavidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet üveiti, interferon alfa

## [PS-028][Kabul:Poster Tur][Behçet hastalığı]

### Behçet Hastalığında Transmembran ve Solubl CXCL 16'nın ekspresyonu ve interferon-alfa sekresyonu ile olan ilişkisi

Salih Pay<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>, Aysel Pekel<sup>2</sup>, İsmail Şimşek<sup>1</sup>, Uğur Muşabak<sup>2</sup>, Hakan Erdem<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Gülhane Tıp Fakültesi, İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** CXCL16, makrofajlar, fibroblastlar, düz kas hücreleri ve podositlerde, bunun yanı sıra başlıca plazmasitoid dendritik hücrelerde (pDH) de bir transmembran molekül olarak sentezlenen ve çözünür bir kemoatraktan oluşturmak üzere hücre zarından ayrılan CXC ailesinden bir kemokindir. pDH üzerindeki transmembran CXCL16, lizozomal veziküller yerine erken endozomlardaki CpG-D-ODN bağlanması, alımı ve toplanmasında rol alır, böylece tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- a) yerine esas olarak pDH'lerden salınan yüksek düzeyde interferon-alfa (IFN-α) sekresyonuna neden olur (1). Daha önceden Behçet Hastalığı (BH) olan hastalarda, CpG D ODN stimülasyonunu takiben pDH'lerden artmış IFN-α üretimini göstermiştik (2). Bu çalışmanın amacı, BH olan hastalardan elde edilen pDH yüzeyindeki CXCL16 ekspresyonu ile IFN-α salınımı arasındaki ilişkiyi araştırmak ve spondilartirit (SA) hastaları ile sağlıklı kontroller (SK) ile karşılaştırmaktır. Yöntem: Çalışma grubu 73 hastadan oluşmaktaydı (35 BH, 19 SA, 19 SK). pDH yüzeyindeki

CXCL16 ekspresyonunu akım sitometri, IFN- $\alpha$  ve CXCL16 düzeylerini ELISA ile araştırıldı. Normallik testleri için Kolmogorov-Smirnov testi ve çoklu gruplar için, Bonferroni düzeltmesi ile birlikte tek-yollu ANOVA testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla Spearman rank korelasyon testi kullanıldı.

Sonuçlar: BH'nda IFN- $\alpha$ 'nın serum düzeyleri, kontrollerden anlamlı düzeyde ( $p=0,009$ ) yüksekti, BH'nda IFN- $\alpha$ 'nın serum düzeyleri SA'lı hastalardan da yüksek saptandı ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0,124$ ). BH ve SA'lı hastalardaki CXCL16'nın serum düzeyleri, kontrollerden anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla,  $p=0,009$ ,  $p=0,003$ ). Çalışma ve kontrol grupları arasında, akım sitometri ile belirlenen CD123+CD303 ve CD123+CXCL16+ hücrelerinin yüzdeleri ve MFI'leri arasında herhangi bir farklılık saptanmadı. BH grubunda, CD123+CD303+ ve CD123+CXCL16+ oranı arasında ve SA hastalarında CD123+CD303+ hücrelerin oranı ve CXCL16 serum düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon tespit edildi (sırasıyla;  $p<0,001$  ve  $p=0,001$ ).

Ayrıca, BH grubunda, CD123+CXCL16+ hücrelerin oranı ile IFN- $\alpha$  serum düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon vardı ( $p=0,034$ ;  $r=0,443$ ). Diğer karşılaştırmalarda herhangi bir farklılık yoktu.

**TARTIŞMA:** Çalışmamızın sonuçları, pDH yüzeyindeki transmembran CXCL16 ekspresyonunun Behçet hastalığında görülen ve nihayetinde Th1 tip immün yanıtı neden olan yüksek serum IFN- $\alpha$  düzeylerine katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Referanslar

1-Gürsel M, Gürsel I, Mostowski HS, Klinman DM, J Immunol. 2006; 177(3): 1575-80

2-Pay S, Pekel A, Simsek I, Musabak U, Erdem H, Dinc A, Kose O. Clin Exp Rheumatol. 2009; 27(2 Suppl 53):S37-42.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı

[PS-029][Kabul:Poster Tur][Behçet hastalığı]

### Behçet hastalığında IL-33 gen polimorfizmleri

Süleyman Serdar Koca<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>, Metin Özgen<sup>3</sup>, Fırat Deniz<sup>4</sup>, Caner Feyzi Demir<sup>5</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, Nöroloji AD, Elazığ

**Giriş:** Behçet hastalığı (BH), kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Etiyopatogenezinde, genetik ve çevresel faktörlere ek olarak, immün aktivasyonun rolü olduğu bildirilmiştir. BH'de interlekin (IL)-1 $\beta$  ve IL-18 düzeylerinin arttığı, IL-1 $\alpha$  ve  $\beta$  gen polimorfizmlerinin hastalık riskini etkiledikleri bildirilmiştir. Önceki bir çalışmamızda, IL-1 ailesi sitokinlerinden IL-33 düzeyinin aktif BH grubunda, inaktif BH grubu ve sağlıklı kontrol (SK) grubu ile karşılaştırıldığında, düşük olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, IL-33 gen polimorfizmlerinin BH ile olası ilişkilerinin belirlenmesidir.

**Materyal-Metod:** Çalışmaya, BH tanılı 117 hasta ile yaş-cinsiyet uyumlu 149 SK alındı. Kan örneklerinden, DNA izolasyon kiti kullanılarak, DNA'lar elde edildi. IL-33 gen polimorfizmlerinden rs7044343, rs1157505, rs11792633 ve rs1929992, 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:** rs1157505 ve rs1929992 polimorfizmleri genotip ve allel sıklıkları açısından BH ve SK grupları arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo). Ancak, rs7044343 ve rs11792633 polimorfizmlerin homozigot varyantlarının sıklığı ve her iki polimorfizm için T allel sıklıkları BH grubunda daha düşüktü (Tablo).

**Tartışma:** rs1157505 ve rs1929992 IL-33 gen polimorfizmlerinin BH ile ilişkilisiz, rs7044343 ve rs11792633 polimorfizmlerinin ise hastalığa yatkınlık ile ilişkili olması olasıdır. rs7044343 ve rs11792633 polimorfizmleri T allelleri BH riskini azaltıyor olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, IL-33 gen polimorfizmi

### Çalışma gruplarında IL-33 gen polimorfizmleri genotip ve allel sıklıkları

Polimorfizmler	Genotip/allel	BH (n=117)	SK (n=149)	P
rs7044343	CC, n (%)	62 (52.9)	26 (17.4)	<0.0001*

(C>T)				
	CT, n (%)	54 (46.2)	70 (47.0)	
	TT, n (%)	1 (0.9)	53 (35.6)	
	C, n (%)	178 (76.1)	122 (40.9)	<0.0001** (OR: 0.22, % 95 CI: 0.2-0.3)
	T, n (%)	56 (23.9)	176 (59.1)	
rs1157505 (C>G)	CC, n (%)	71 (60.7)	83 (55.7)	0.186*
	CG, n (%)	44 (37.6)	56 (37.6)	
	GG, n (%)	2 (1.7)	10 (6.7)	
	C, n (%)	186 (79.5)	222 (74.5)	0.177** (OR: 0.75, % 95 CI: 0.5-1.1)
	G, n (%)	48 (20.5)	76 (25.5)	
rs11792633 (C>T)	CC, n (%)	84 (71.7)	59 (39.6)	<0.0001*
	CT, n (%)	32 (27.4)	45 (30.2)	
	TT, n (%)	1 (0.9)	45 (30.2)	
	C, n (%)	200 (85.5)	163 (54.7)	<0.0001** (OR: 0.21, % 95 CI: 0.1-0.3)
	T, n (%)	34 (14.5)	135 (45.3)	
rs1929992 (A>G)	AA, n (%)	35 (29.9)	36 (24.2)	0.559*
	AG, n (%)	49 (41.9)	75 (50.3)	
	GG, n (%)	33 (28.2)	38 (25.5)	
	A, n (%)	119 (50.9)	147 (49.3)	0.726** (OR: 0.94, % 95 CI: 0.7-1.3)
	G, n (%)	115 (49.1)	151 (50.7)	

BH; Behçet hastalığı, SK; sağlıklı kontrol, OR; odds oranı, CI; güven aralığı. \*genotip ve \*\*allel sıklıkları analizleri sırasında elde edilmiş p, OR ve % 95 CI değerleridir.

#### [PS-030][Kabul:Poster Tur][Ailevi Akdeniz ateşi ve diğer oto-inflamatuar hastalıklar]

##### **Co-Existence of Familial Mediterranean Fever and Multiple Sclerosis in Two Patients**

Gülşay Güleç Ceylan<sup>1</sup>, Şükran Erten<sup>2</sup>, Karabekir Ercan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Education and Research Hospital, Department of Medical Genetics

<sup>2</sup>Ankara Atatürk Education and Research Hospital, Department of Rheumatology

<sup>3</sup>Ankara Atatürk Education and Research Hospital, Department of Radiology

Aim: IL-1 Beta, which is expressed by microglial cells and infiltrating monocyte/macrophages in white matter and around the lesions is likely to play a part in MS pathogenesis. Functional studies

suggest that pyrin is implicated in the maturation and secretion of IL-1 and mononuclear cells of FMF patients secrete increased levels of IL-1 (Medlej-Hashim et al. BMC Med Genet 2010). Here, we presented two cases of women with FMF and MS.

**Method:** A 23 year old woman was admitted 4 years ago with recurrent attacks of abdominal pain, fever, arthralgia and diarrhea. She had increased acute phase response. Her brother also has FMF. Genetic evaluation demonstrated heterozygous M694V mutation. Two years later, she started to complain about vertigo, numbness of left arm, lower extremity pain and light-headedness. Cervical MRI showed multiple hyperintense signal change lesions compatible with demyelinating plaques in spinal cord which were consistent with MS.

**Result:** A 25 year old woman was admitted to our hospital because of headache and vertigo. She had also diplopia. She has the diagnosis of FMF for 19 years and had homozygous M694V mutation. In neurological examination, hypoesthesia in left side of the body, increased DTR was detected. Cranial MRI showed hyperintense signal change lesions compatible with demyelinating plaques bilaterally in periventricular white matter, perpendicular to the ventricle axis. She was diagnosed as multiple sclerosis.

**Discussion:** Alpayci et al proposed that the caspase-1 activation and release of IL-1 beta may be a common underlying pathway in the pathogenesis of FMF and MS. Fever, inflammation, endothelial dysfunction, and vasculitis in the course of FMF may play a key role for demyelination and axonal damage (Alpayci M et al Med Hypotheses 2012).

**Keywords:** FMF, MS