

Romatolojide



Hedef 2020

Sempozyumu

18-22 Kasım
2020

Online Sempozyum



dijitalkongre.com



BİLDİRİ KİTABI



www.romatoloji.org

www.hedefromatoloji.org

Başkan

Dr. Nevsun İnanç

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Pamir Atagündüz
Prof. Dr. Haner Direskeneli
Prof. Dr. İzzet Fresko
Prof. Dr. Ahmet Gül
Prof. Dr. Vedat Hamuryudan
Prof. Dr. Murat İnanç
Prof. Dr. Özgür Kasapçopur
Prof. Dr. Melike Melikoğlu
Prof. Dr. Lale Öcal
Prof. Dr. Emire Seyahi
Prof. Dr. Serdal Uğurlu
Doç. Dr. Fatma Alibaz Öner
Doç. Dr. Bahar Artım Esen
Doç. Dr. Yasemin Yalçınkaya

III Bilimsel Program / Program Schedule

Özetler / Abstracts

1 Poster Sunumlar (PS-01 — PS-27)

9 Sözlü Sunumlar (SS-02 — SS-05)

Dizin / Index

12 Yazar Dizini

18 Kasım 2020, Çarşamba	
18:45 - 19:00	Açılış Konuşmaları
	<i>Vedat Hamuryudan, Nevsun İnanç</i>
19:00 - 20:00	Kentlerin Kraliçesi İstanbul <i>Ahmet Ümit</i>
20:00 - 20:05	Ara
20:05 - 21:05	Romatologlar için Covid-19 İnfeksiyonu Oturum Başkanları: <i>Hasan Yazıcı, Vedat Hamuryudan</i>
20:05 - 20:25	Covid-19: İnfeksiyondan İnflamasyona Ahmet Gül
20:25 - 20:45	Covid-19 Türkiye’de Romatoloji Hastalarında Nasıl Seyrediyor? Gülen Hatemi
20:45 - 21:05	Covid-19 İnfeksiyonunda İmmünolojik Tedavilerin Yeri Var mıdır? İhsan Ertenli
21:05 - 21:10	Ara
21:10 - 21:50	Panel: RA da Yeni Ajanlarla Tedavi Hedefleri Oturum Başkanları: <i>Lale Öcal, İzzet Fresko</i>
21:10 - 21:30	2019 EULAR RA Tedavi Önerilerindeki Yenilikler Aşkın Ates
21:30 - 21:50	RA Tedavi Kararında Histopatoloji ve Laboratuvarın Rolü Ender Terzioğlu

19 Kasım 2020, Perşembe	
19:00 - 20:00	Panel: RA Prognoz Oturum Başkanı: <i>Süleyman Özbek, Murat Turgay</i>
19:00 - 19:20	Dirençli RA Tanım ve Tedavisi Ediz Dalkılıç
19:20 - 19:40	RA'da Malignite Timuçin Kaşifoğlu
19:40 - 20:00	RA'da Mortalite Vedat Hamuryudan
20:00 - 20:05	Ara
20:05 - 20:55	Uydu Sempozyumu (Farmanova) Oturum Başkanları: <i>Vedat Hamuryudan, Haner Direskeneli</i>
	Spondiloartritlerde 2020 ve Ötesi: Secukinumab ile Tedavide Değişenler Gülen Hatemi, Nevsun İnanc, Cemal Bes
20:55 - 21:00	Ara
21:00 - 22:00	Panel: SpA Oturum Başkanı: <i>Fatoş Önen, Melike Melikoğlu</i>
21:00 - 21:20	Aksiyal ve non-aksial SpA Tedavi Sedat Kiraz
21:20 - 21:40	Aksiyal SpA Tedavisinin İzlenmesi İsmail Sarı
21:40 - 22:00	Aksiyal SpA Remisyon, Tedavi Azaltılması ve Kesilmesi Servet Akar

20 Kasım 2020, Cuma	
19:00 - 19:50	Uydu Sempozyumu (Janssen)
	Psoriatik Artrit'te Güncel Tedavi Yaklaşımı
	Psoriatik Artrit'te Tedavi Hedefleri ve Stelara Etkinlik Verileri Murat İnanç
	Komorbid Hastalarda Uygun Tedavi Seçenekleri ve Stelara ile Güvenli Tedavi Vedat Hamuryudan
	Gerçek Yaşam Verileri ve Günlük Pratikten Vaka Örnekleri Ender Terzioğlu
19:50 - 20:00	Ara
20:00 - 21:20	Panel: PsA Oturum Başkanları: Lale Öcal, Şükran Erten
20:00 - 20:20	Anti-TNF Gerçek Can
20:20 - 20:40	IL 17 ve IL12 /IL23 Gökhan Keser
20:40 - 21:00	PsA Yeni Tedavi Ajanları Dilek Solmaz
21:00 - 21:20	PsA Komorbiditeler ve Prognoz Umut Kalyoncu
21:20 - 21:25	Ara
21:25 - 22:25	Panel: Romatolojide Tedavi Kaynaklı Vasküler Sorunlar (KVH, DVT/PE) Oturum Başkanları: Ayşe Cefle, Soner Şenel
21:25 - 21:45	Biyolojik Tedaviler/Hedefe Yönelik csDMARD Fulya Coşan
21:45 - 22:05	Vasküler Sorunlardan Korunma ve Tedavi Meryem Can

21 Kasım 2020, Cumartesi	
09:00 - 09:40	Panel: Konnektif Doku Hastalıkları Oturum Başkanları: <i>Yasemin Kabasakal, Ridvan Mercan</i>
09:00 - 09:20	Sjögren Tedavi Kılavuzu Zeynep Özbalkan Aşlar
09:20 - 09:40	Sjögren Uzun Dönem Prognoz Veli Yazısız
09:40 - 09:45	Ara
09:45 - 10:25	Panel: Skleroderma Oturum Başkanları: <i>Mustafa Özmen, Duygu Ersözlü</i>
09:45 - 10:05	Dirençli Raynaud /Dijital Ülser Tedavi Merih Birlik
10:05 - 10:25	Skleroderma Yeni Tedaviler Yasemin Şahinkaya Yalçinkaya
10:25 - 10:30	Ara
10:30 - 11:20	Uydu Sempozyumu (Pfizer) Romatoid Artrit Tedavisinde Gerçek Yaşam Verileri İle Tofasitinib Nevsun İnanç, Cemal Bes
11:20 - 11:25	Ara
11:25 - 12:25	Panel: Sistemik Lupus Eritematozus Oturum Başkanları: <i>Eren Erken, Gökşal Keskin</i>
11:25 - 11:45	Yeni Tedavi Ajanları - B hücre, İnterferon Neslihan Yılmaz
11:45 - 12:05	Lupus Nefrit Patolojisi Yasemin Özlük
12:05 - 12:25	Lupusda Dirençli Hematolojik Tutulum Ayten Yazıcı
12:25 - 12:30	Ara
12:30 - 13:20	Uydu Sempozyumu (Roche) Oturum Başkanları: <i>Murat İnanç, Melike Melikoğlu</i> Vakalarla Actemra Deneyimi Yasemin Yalçinkaya, Dilek Solmaz
13:20 - 14:30	Öğle Arası
14:30 - 15:20	Uydu Sempozyumu (Boehringer Ingelheim) SSc-ILD'de progresyonu yavaşlatan Yasemin Yalçinkaya, Süleyman Serdar Koca
15:20 - 15:25	Ara
15:25 - 16:25	Panel: Gebelik Oturum Başkanları: <i>Seminiur Haznedaroğlu, Necati Çakır</i>
15:25 - 15:45	Gebelikte ve Laktasyonda İlaç Kullanımı Atila Karaalp

21 Kasım 2020, Cumartesi	
15:45 - 16:05	RA Gebelik Şule Apraş Bilgen
16:05 - 16:25	Lupus Gebelik Bahar Artım Esen
16:25 - 16:30	Ara
16:30 - 17:30	Panel: ILD Oturum Başkanları: Esen Kasapoğlu, Süleyman Serdar Koca
16:30 - 16:50	Romatolojik Hastalıklarda ILD Cemal Bes
16:50 - 17:10	İmmünesupresif Tedavi Ali Akdoğan
17:10 - 17:30	Antifibrotik Tedavi Gülfer Okumuş
17:30 - 17:35	Ara
17:35 - 18:55	Panel: Vaskülit Oturum Başkanları: Mehmet Akif Öztürk, Müge Bıçakçığıl
17:35 - 17:55	Büyük Damar Vaskülitlerinde Biyolojik Tedavi Haner Direskeneli
17:55 - 18:15	Dirençli ANCA ilişkili Vaskülit Tedavisi Nilüfer Alpay Kanitez
18:15 - 18:35	DADA2 Spektrumu ve Tedavi Ömer Karadağ
18:35 - 18:55	Behçet Hastalığında Damar Tutulumu Tedavisinde Yenilikler Emire Seyahi
18:55 - 19:00	Ara
19:00 - 19:30	Akıcı İlaç Kullanımı Oturum Başkanları: Seval Pehlevan, Sibel Yılmaz Öner
19:00 - 19:30	Romatolojide aşılardan kullanımını Selda Çelik

22 Kasım 2020, Pazar	
Salon A	
10:20 - 11:00	Otoinflamatuvar Hastalıklar Ve Erişkin Başlangıçlı Juvenil Artrit Oturum Başkanları: <i>Mehmet Soy, Sebahattin Yurdakul</i>
10:20 - 10:40	Erişkin Still Tedavisi Hakan Erdem
10:40 - 11:00	Makrofaj Aktivasyon Sendromu Kenan Barut
11:00 - 11:05	Ara
11:05 - 12:05	Gut ve Diğer Artritler Oturum Başkanı: <i>Taşkın Şentürk</i>
11:05 - 11:25	Gut Tedavisinde Yenilikler Ahmet Eftal Yücel
11:25 - 11:45	Viral Artritler ve Tedavisi Hakan Emmungil
11:45 - 12:05	Sarkoidoz Artrit Şenol Kobak
12:05 - 12:10	Ara
12:10 - 12:50	Lokal Ağrı Yaklaşımları Oturum Başkanları: <i>Ayşen Akıncı, Berivan Bitik</i>
12:10 - 12:30	Sakroiliak Eklem Kaynaklı Ağrılı Durumlar İlker Yağcı
12:30 - 12:50	Omuz Sorunlarına Yaklaşım Ve Tedavi Prensipleri Kenan Akgün
12:50 - 13:30	Öğle Arası
13:30 - 14:10	Romatolojide yeni yaklaşımlar Oturum Başkanları: <i>Gülseren Akyüz, Alp Çetin</i>
13:30 - 13:50	OA Medikal Tedavisinde Yenilikler Berna Göker
13:50 - 14:10	Erişkin Otoinflamatuvar Hastalıklardaki Son Gelişmeler Serdal Uğurlu
14:10 - 14:15	Ara
14:15 - 15:15	Çocuk Romatoloji Oturumları-1 Oturum Başkanları: <i>Yelda Bilginer, Amra Adrović</i>
14:15 - 14:35	Jüvenil İdyopatik Artritte Güncelleme ve Hedefe Yönelik Tedaviler Balahan Bora Makay
14:35 - 14:55	Jüvenil Spondiloartropatilerde Güncelleme ve Hedefe Yönelik Tedaviler Özgür Kasapçopor
14:55 - 15:15	Jüvenil Sistemik Lupus Eritematosusta Güncelleme ve Hedefe Yönelik Tedaviler Sezgin Şahin
15:15 - 15:20	Ara

22 Kasım 2020, Pazar	
Salon A	
15:20 - 16:20	Çocuk Romatoloji Oturumları-2 Oturum Başkanları: Özgür Kasapçopur, Balahan Bora Makay
15:20 - 15:40	Otoenflamatuvar Hastalıklarda Güncelleme ve Hedefe Yönelik Tedaviler Yelda Bilginer
15:40 - 16:00	ADA-2 Eksikliği Klinik Spektrumu ve Güncel Tedaviler Ezgi Deniz Batu
16:00 - 16:20	Jüvenil Dermatomyozit ve Sklerodermada Güncelleme ve Hedefe Yönelik Tedaviler Amra Adroviç
16:20 - 16:30	Kapanış
Salon B	
14:00 - 17:30	İmmünoloji - Genetik Güncelleme Kursu
14:00 - 14:30	T Hücre Farklılaşması ve Plastisite Güher Saruhan Direskeneli
14:30 - 15:00	İnflamatuvar Hastalıklarda Nötrofiller ve NETozis Ahmet Gül
15:00 - 15:30	İnterferon İmzası ve Otoimmüniteye Yatkınlık Murat İnanç
15:30 - 16:00	Ara
16:00 - 16:30	Anti-fosfolipid Antikorlar ile İlişkili Tromboz Mekanizmaları Bahar Artım Esen
16:30 - 17:00	Vaskülit Patogenezinde Yenilikler Haner Direskeneli
17:00 - 17:30	Genetik Varyasyonlar ve Hastalık İlişkisi İlker Karacan



Romatolojide Hedef 2020 Sempozyumu Bildiri Özetleri

18-22 Kasım 2020

Poster Sunumları

(PS-01 — PS-27)

PS-01 [Ankilozan Spondilit]

Ankilozan spondilit taklitçisi idiopatik hipoparatiroidili bir olgu

Gül Güzelant Özköse

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

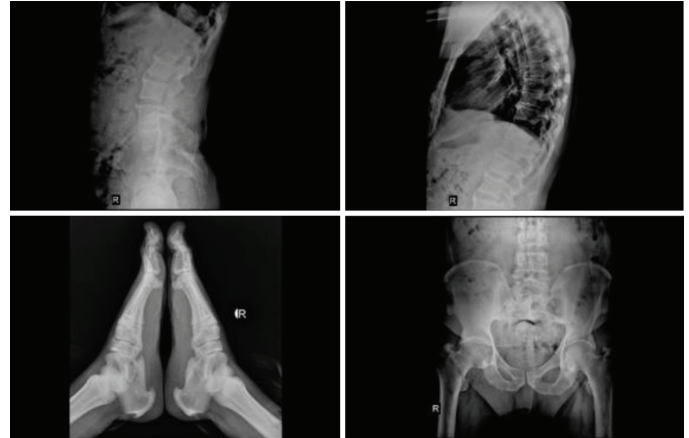
Giriş: Kalsiyum metabolizma bozuklukları, kas-iskelet sistemi şikayetlerine yol açabilir. Hipoparatiroidili olgularda, ankilozan spondiliti (AS) ve diffüz idiopatik iskelet hiperostozisini taklit edecek vertebral bulgular gözlenebilir.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 51 yaşında erkek hasta bel, boyun, sırt ağrısı, boyun ve belde hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Ağrıları yaklaşık 3 yıldır devam eden hasta, non-steroid anti-enflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ile ağrısının gerilemediğini ifade etmekteydi. Ortalama 20-30 dakika süren sabah tutukluğu eşlik etmekteydi. Ağrı karakteri mekanik ve enflamatuar özellikleri birarada bulundurmaktaydı. Hareketle ağrılarında artış, dinlenmekle azalma olduğunu belirtiyordu. Periferik artritis öyküsü yoktu. Fizik muayenede AS postürü mevcuttu. Torasik kifoz artmıştı, lomber bölge hareketleri tüm planlarda kısıtlıydı. El-yer mesafesi 18 cm, schober testi 2 cm, göğüs ekspansiyonu 2,5 cm'ydı. Laboratuvar incelemelerinde; hemogram parametreleri, karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon testleri normal aralıktaydı. CRP 10,8 mg/Lt, sedimentasyon hızı 27 mm/s idi. Biyokimyasal parametrelerde göze çarpan bir hipokalsemisi mevcuttu. Kalsiyumu 6,2 mg/dL, fosforu 4,9 mg/dL, albümini 4,8 gr/dL, PTH'si 1,6 ng/Lt, D vitamini düzeyi ise 15,3 µg/Lt saptandı. Geçirilmiş bir tiroid-paratiroid cerrahisi yoktu. HLA-B27 negatifti. Radyografik incelemelerde; pelvis grafisinde sakroiliak eklem aralığı sağda normal olmakla birlikte solda sklerotik ve daralmıştı. Ayak lateral grafide bilateral kalkaneal spur saptandı. Torakolomber

vertebralarda sindesmofitler gözlemlendi (Resim 1). Sakroiliak MR'de sakroiliak eklemler normaldi, aktif sakroiliit bulgusu yoktu. Hastada mevcut bulgularla ayırıcı tanıda idiopatik hipoparatiroidiye bağlı ligament kalsifikasyonu ve osteoproliferasyon düşünüldü. Akut hipokalsemide görülebilen semptomlar ve fizik muayene bulguları muhtemelen sürecin kronik olması nedeniyle saptanmadı. Endokrinoloji birimine tedavi ve takip için yönlendirildi. NSAİİ'ye yanıt vermeyen ağrıları için de fizik tedavi ve rehabilitasyon birimi ile konsülte edildi. AS açısından takibe alındı.

Sonuç: Hipoparatiroidiyle ilişkili spondiloartropatilerde klasik AS'den farklı olarak sindesmofitler çoğunlukla torakal-torakolumbal bölgede yerleşimlidir. Sakroiliit, genellikle II. dereceden daha ileri değildir, sakroiliak eklemlerde erozyon gözükmez. AS düşünülmesine rağmen başlangıç yaşı ve radyolojik özellikleri atipik olan, NSAİİ'ye iyi yanıt vermeyen hastalarda paratiroid bezi bozuklukları akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, hipoparatiroidi, sakroiliit



Resim 1. Hastanın direkt grafi görüntüleri

PS-05 [Diğer]

Bel ve sırt ağrısı ile başvuran, spondilartirit kliniğini taklit eden ve multipl miyelom tanısı alan 46 yaşında kadın hasta: Olgu sunumu

Kubilay Şahin, Kürşat Dal, Derun Taner Ertuğrul

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları/Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Multipl miyelom (MM) plazma hücrelerinin habis bir hastalığıdır. Tüm kanserlerin %1'ini ve hematolojik malignitelerin %10'unu oluşturur. Kemik ağrısı en sık görülen yakınma olup olguların %70'inde mevcuttur. Hastalar genellikle bel, sırt ve göğüs ağrısı ile başvurur. Biz de bel ve sırt ağrısı ile başvuran, akut faz reaktanları (AFR) yüksekliği olan, spondilartirit kliniğini taklit eden ve 46 yaşında MM tanısı alan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan 46 yaşında kadın hasta, 2 aydır olan bel, sırt ve eklem ağrıları ile başvurdu. Eklemde şişmesi yoktu. Sabahları belde 1 saat kadar süren sabah tutukluğu vardı ve hareketle ağrı azalma tarifliyordu. Romatolojik sorguda özellik yoktu. Postür muayenesi normaldi. Sağ kalça hareketlerinde hafif hassasiyet dışında fizik muayenesi normaldi. Tetkiklerde CRP: 30,8 mg/L, sedimentasyon: 104 mm/s, Hb:10,0 g/dL ve Htc: %30 idi. Kalsiyum ve böbrek fonksiyonları normaldi. Pelvis grafisi normaldi. Dorsal grafide ise torakal 2-3 vertebralarda dejenerasyon ve yükseklik kaybı mevcuttu. Hastada görüntüleme bulguları ve AFR yüksekliği nedeni ile spondilodiskit ön tanısı ile torakal MR istendi. Torakal MR'de "Th2 vertebrada korpus yüksekliğinde ileri derecede azalma olup, bu düzeyde süperior Th1 vertebra süperior plato düzeyine, inferior Th3 plato inferior düzeyine dek devam eden anteriorda 10 mm kalınlığında posteriorda 9 mm kalınlığında ölçülen kontrastlanan yumuşak doku komponenti mevcuttur. Th1-L2 düzeyleri dahil olup tüm vertebralarda heterojen yoğun kontrastlanma izlenmiş olup çoğu düzeyde tanımlı sinyal değişiklikleri pediküllere uzanım göstermektedir. Bu bulgular multipl miyelom ile uyumludur" olarak rapor edildi. Hematoloji bölümüne sevk edilen hastaya MM tanısı konarak tedavisine başlandı.

Sonuç: MM; kemik iliği yetmezliği, kemik ağrıları ve patolojik kırıklar, hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, hiperviskozite bulguları ve enfeksiyona yatkınlık gibi klinik bulgulara yol açabilir. Hastalarda tanı anında ortalama yaş 66'dır. Hastaların yalnızca %2'si 40 yaş altında tanı almaktadır. Bizim hastamızda olduğu gibi AFR yüksekliği, bel ve sırt ağrısı olan bu yaş grubu hastalarda ayırıcı tanıda MM da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, spondilartirit, multipl miyelom

PS-06 [Vaskülitler]

Remisyonda nazofarenks kanseri sırasında ortaya çıkan dermatomyozit olgusu

Elif Dinçses Nas¹, Serdal Uğurlu²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

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

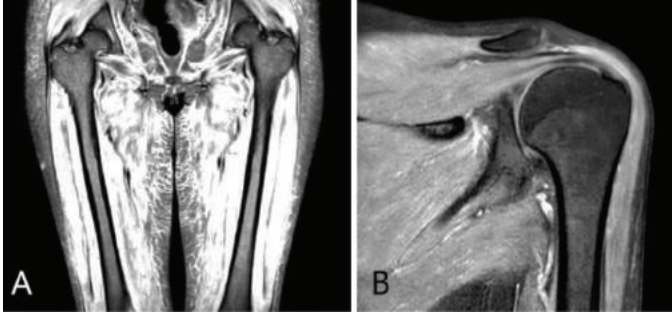
Giriş: Dermatomyozit (DM) kanser birlikteliğinde; genellikle DM tanısı sırasında veya DM tanısını takip eden ilk yıllarda kanser saptansa da, kanser sonrası da DM görülebilir. Adenokanserler %70 sıklıkta eşlik ederken nazofarenks kanseri batı toplumlarında nadirdir. Remisyonda nazofarenks kanseri ile takip edilen, deri tutulumu olmayan genç bir DM olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: On dokuz yaşında kadın hasta, 2019 Temmuz'da yürüyememe, kollarda ve bacaklarda güçsüzlük ile başvurdu. Başvurusundan 11 ay önce skuamoz hücreli nazofarenks karsinomu tanısı alan hastaya radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştı. Mart 2019'da aldığı son kemoterapi sonrası başlayan bilateral bacaklarda, kollarda proksimal ve distal kaslarda güçsüzlük tarifliyordu. Yutma güçlüğü ve ağız kuruluğu radyoterapi sonrasında başlamıştı, aynı düzeyde devam etmekteydi. Deri döküntüsü veya nefes darlığı yoktu. Muayenesinde üst ve alt ekstremita kas gücü proksimal 2/5, distal 3/5 düzeyinde, baş-boyun kasları normaldi. Deri ve diğer sistemler normaldi. Kreatin kinaz (CK): 703 U/L, LDH: 300 U/L, AST: 50 U/L, ALT: 16 U/L, CRP: 6,5mg/L (<5), ESR: 44 mm/sa, ANA: negatifti.

Bulgular: PET/CT'de nazofarenksteki kitle hastalık başlangıcına göre tama yakın regreseydi, kaslarda FDG tutulumu yoktu. Boyun MR'de kitle tam regreseydi. Kas MR'de üst kol ve uyluk kaslarında aktif enflamasyonla uyumlu kontrastlanma mevcuttu (Resim 1). İğne EMG yaygın miyopatik tutulum ile uyumluydu. Deltoid kas biyopsisi "bazı liflerde anguler atrofi, perifasiküler atrofi ve bazofilik boyanma, seyrek dejenere-rejenere lifler; perifasiküler alanda perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu" bulgularıyla DM ile uyumlu görüldü. Üç gün pulse metilprednizolon, prednizolon 30 mg/gün, intravenöz immünoglobulin başlandı. Birinci ayda kas gücü 4/5 ve CK, LDH, AST, akut faz değerleri normal düzeye geldi. 3. ayda 15 mg/gün prednizolona düşüldüğünde kas gücü tamdı.

Sonuç: Çalışmalarda kanser ilişkili DM'nin ağır deri bulgularıyla ilişkisi bildirilmiştir. Batı coğrafyada gençlerde sık görülmeyen nazofarenks kanseri olması ve döküntü olmaması açısından olgumuz atipikti. Histopatolojiyle DM doğrulanmıştı. Kanser tanısının 8. ayında, remisyonda olmasına rağmen ortaya çıkması; tümör ve kas hücrelerinin ortak otoantijenlerine karşı immün reaksiyonun tetiklenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyozit, nazofarenks kanseri, paraneoplastik



Resim 1. T1 ağırlıklı MR kesitlerinde uyluk kaslarında (A) ve omuz çevresi kaslarında (B) kontrastlanma

PS-07 [Vaskülitler]

Bilateral renal arter stenozuna bağlı malign hipertansiyona sekonder trombotik mikroanjyopati gelişen Takayasu arteriti olgusu

Ege Sinan Torun, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artun Esen, Ahmet Gül, Murat İnanç, Lale Öçal

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

Giriş: Yirmi yaşında kadın hasta 4 yıl önce sağ kolunda kullanmakla artan ağrıyla başvurmuş. MR anjiyografide sağ subklavian arter distalinde 15 cm'lik segmentte total oklüzyon, sağ brakial arter distaline uzanan kollateraller saptanmış. Takayasu arteriti tanısıyla prednizolon ve azatioprin başlanmış. Azatioprinle sitopeni gelişmesi üzerine azatioprin kesilerek metotreksat eklenmiş.

Olgu: 2019'da tarafımıza başvuran hastanın tansiyonu sol kolda 170/110 mmHg sağ kolda 130/100 mmHg olarak ölçüldü. Göz dibinde grade 1 hipertansif retinopati izlenen hastanın batin BT anjiyografisinde abdominal aortta renal arter çıkım seviyesinde duvar kalınlık artışı, sol renal arter çıkışından itibaren 1,5 cm'lik trasede lümeninde totale yakın incelmeye, sağ renal arter çıkışından itibaren 3 cm'lik trasede totale yakın oklüzyon saptandı. CRP'si yüksek olan hastaya 40 mg IV metilprednizolon ve 8 mg/kg/ay dozunda IV tosilizumab başlandı, metotreksat kesildi. Steroid azaltma şeması verilerek, antihipertansif tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hasta 1 ay sonra bulanık görmeyle başvurduğunda tansiyonu 190/90 mmHg olarak ölçüldü, göz dibinde grade 3 hipertansif retinopati, retinada seröz dekolmanlar saptandı. Hemogloblin 9,82 g/dL, trombosit 88.000/mm³, kreatinin 1,4 mg/dL (bazal 1 mg/dL), LDH 706U/L, haptogloblin <10 mg/dL olarak saptandı. Periferik yaymada her alanda 2-3 şistosit izlendi. Hasta servise yatırıldı. Maksimum doz karvedilol, doksazosin, amlodipin, furosemid, isosorbid mononitrat ve moksiniidin tedavisiyle tansiyonu kontrol altına alınamayan, hipervolemisi sebat eden, kreatinini progrese olan, hemogloblini 7,5 g/dL'ye, trombosit sayısı 50.000/mm³'e düşen hastanın renal arter stenozuna girişim yapılması kararlaştırıldı. Girişim yapılana kadar hasta 7 kez ultrafiltrasyona alındı, kilosu 87'den 77'ye düştü. Girişimsel radyoloji sol renal artere stent uyguladı, sağ renal arteri girişime elverişli görmedi. Stent sonrası antihipertansif ihtiyacı belirgin olarak azalan, kreatinini 0,7 mg/dL'ye gerileyen, trombositleri 173.000/mm³'e, hemogloblini: 8,8'e yükselen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Malign hipertansiyon hipertansiyonun en ciddi formudur, tanımlarda kontrolsüz kan basıncı yüksekliğiyle beraber göz, böbrek ve kalp gibi organların hasarı vurgulanmaktadır. Olgumuzda Takayasu arteriti tutulumu nedeniyle bilateral renal arter stenozu gelişmiş, ortaya çıkan malign hipertansiyon akut böbrek yetersizliğine, trombotik mikroanjyopatiye ve ileri evre hipertansif retinopatiye neden olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, renal arter stenozu, malign hipertansiyon, trombotik mikroanjyopati

PS-12 [Advers Olaylar (Enfeksiyon dışı nedenler)]

izoniazid profilaksisi sonrası rekürren pankreatit gelişen enteropatik artrit olgusu

Eda Otman Akat

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

Giriş: Anti-TNF gibi biyolojik tedavilerle beraber, latent tüberküloz enfeksiyonu olanlarda tüberküloz aktivasyonu daha sık gündeme gelmiştir. Bu nedenle anti-TNF öncesi latent tüberküloz taraması ve tüberküloz profilaksisi önerilmektedir. Tüberküloz profilaksisinde ise ilk sırada izoniazid tedavisi yer almaktadır. İzoniazide bağlı nadir de olsa akut pankreatit olguları da bildirilmiştir. İzoniazid ilişkili pankreatit, genellikle tedavi başlanmasından ilk üç hafta içinde gelişir. Bizim olgumuz da enteropatik artrit tanısı ile izlenen ve anti-TNF öncesi, tüberküloz profilaksisi amacıyla başlanan izoniazid tedavisi ile rekürren akut pankreatit gelişen bir olguydu.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta, beş yıldır ülseratif kolit tanısı ile izlenen hasta, iki yıl önce enflamatuvar bel ağrısı başlayan hastaya enteropatik artrit tanısı konuldu. Ülseratif kolit açısından remisyonunda olan ve oral meselazim tedavisi alıyordu. Özgeçmişinde ülseratif kolit dışında bilinen hastalığı yoktu, sigara kullanıyordu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastaya mevcut bulgularla non-steroid anti-enflamatuvar ilaç (NSAİİ) başlandı. NSAİİ sonrası mukuslu diyaresi başlayan hastanın kolonoskopik bakışında, inen kolon mukozası hiperemik ve mukozal erozyonlar görüldü. Ayrıca BASDAI 6,3, BASFI 4,8 olan hastaya anti-TNF tedavisi planlandı. Tüberküloz profilaksisi olarak izoniazid tedavisi başlandı. İzoniazid tedavisinin 15. gününde karın ağrısı başladı. Fizik muayenesinde özellikle sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede derin palpasyonda hassasiyeti mevcut, diğer sistem muayenesi olağandı. Laboratuvar tetkikinde amilaz 2.625 U/L ve lipaz 962 U/L idi. Hasta akut pankreatit olarak değerlendirildi. İzoniazide ara verildi. Diğer pankreatiti nedenleri ekarte edildi. Pankreatit kliniği düzeldikten sonra izoniazid tekrar başlandı ve tekrar akut pankreatit gelişti. İzoniazide bağlı rekürren akut pankreatit olarak değerlendirilip izoniazid kesildi. Tüberküloz profilaksisine rifampisin ile devam edildi. Hastaya anti-TNF olarak infliximab başlandı. Üçüncü ay kontrolünde yakınmaları gerilemişti ve BASDAI 0,4, BASFI 0 olarak hesaplandı.

Sonuç: Anti-TNF gibi biyolojiklerin hayatımıza girmesiyle birlikte, sık kullandığımız bir diğer ajan olan izoniazidin de yan etkileri açısından klinik pratikte dikkatli olmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF, izoniazid, pankreatit

PS-15 [Vaskülitler]

Akut budd-chiari sendromu ve kutanöz nekroz ile prezente olan primer antifosfolipit sendromu; nadir olgu sunumu

Özlem Kudaş

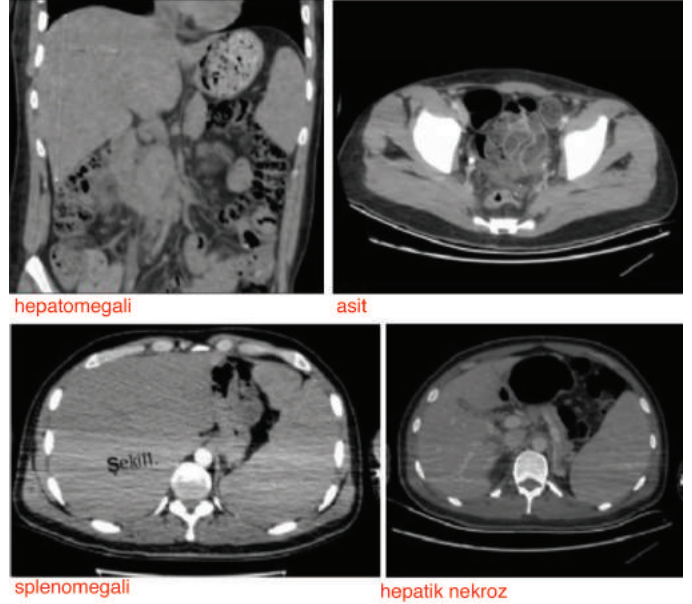
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

Giriş: Budd-Chiari sendromu (BCS) potansiyel ölümcül karaciğerin nadir vasküler hastalığıdır. Etiyolojide miyeloproliferatif bozukluklar, kalıtsal-edinilmiş hiperkoagülabilité durumları rol oynamaktadır. Fulminan ve akut BCS sıklığı azdır. Antifosfolipid sendromu (APS), BCS'nin kazanılmış bir nedenidir. Abdominal semptomlar APS'de nadiren görülür. BCS, APS'de potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. APS'yle ilişkili BCS genellikle subakut veya kroniktir, akut BCS nadirdir, kötü prognoza sahiptir. Burada ilk bulgusu akut BCS ve deri nekrozu olan, nadir ve olağandışı klinik kombinasyonla başvuran primer APS'li olguyu sunduk.

Olgu: Yirmi beş yaş, erkek, son beş günde gelişen karın ağrısı, bulantı, karında şişlik şikayetiyle başvurdu. Sistemik hastalık-ilaç-alkol kullanım öyküsü yoktu. Fizik-muayenede; epigastrik hassasiyet, kostal sınırın 2 cm altında hepatomegali, ılımlı asit vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar; ESR: 108, CRP: 191, fibrinojen: 914, D-Dimer: 2961, Appt: 50, INR: 1,5, ALT: 220, AST: 81, GGT: 134, ALP: 160 yüksekliği dışında diğer test sonuçları normaldi. Assit parasetez yapacak düzeyde değildi. Abdominal USG'de asit, HSMG izlendi. Batın-toraks BT'de bozulan hepatik perfüzyon alanlarıyla hepatomegali saptandı. Portal ven geçirengendi, splenomegali, assit mevcuttu (Şekil 1). Hastaya; D-dimer-CRP-hepatik enzim yüksekliği, karaciğerde enfakt alanlarının varlığı-assit bulgularıyla akut BCS tanısı konuldu. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinden; protrombotik paneller normaldi. Behçet hastalığı, kollajen hastalıklar için kriterleri karşılamadı. Bununla birlikte LA 74, aCL-IgG >120, B2GPI-IgM 60, B2GPI-IgG 105 triple pozitifdi. Hasta primer APS'ye bağlı akut BCS olarak değerlendirildi. Bu sırada hastada sağ üst ekstremitede hızla ilerleyen nekroze deri ülseri gelişti (Şekil 2). Alt-üst ekstremitelerde dopplerinde yatışında olmayan arteriyel trombüsler izlendi. Yedi seans plazmaferez uygulandı, eş zamanlı pulse-steroid tedavisi sonrası 1 mg/kg prednisolon ve Clexane 0,6 2x1 başlandı. Coğrafi koşullar nedeniyle halen Clexane 0,6 2x1 tedavisiyle takip edilen hastanın karaciğer fonksiyonları normale geriledi, deri ülseri grefte gerek kalmadan skar dokusuyla iyileşti (Şekil 3).

Sonuç: APS'nin klasik klinik tablosu; derin ven trombozu, serebrovasküler olay, fetal-obstetrik komplikasyonlardır. Bizim hastamızda olduğu gibi hastalığın ilk belirtisi olarak büyük periferik arter oklüzyonları ve akut BCS birlikteliği nadiren bildirilmiştir. Bu olgu APS'nin oldukça seyrek görülen olağandışı sunumunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipid sendromu, Budd-Chiari sendromu, kutanöz nekroz, plazmaferez



Şekil 1. Batın BT'de bozulan hepatik perfüzyon alanlarıyla hepatomegali, splenomegali, asit mevcuttu.



Şekil 2. Sağ üst ekstremitede hızla ilerleyen nekroze cilt ülseri



Şekil 3. Tedaviye grefte gerek kalmadan skar dokusuyla iyileşen cilt ülseri

PS-16 [Vaskülitler]

Takayasu arteritine bağlı anevrizma sonrası gelişen kronik dissemine intravasküler koagülasyon olgusu

Çansu Akleylek¹, Hasan Sami Göksoy², Şule Yavuz¹, Neslihan Yılmaz¹

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

²Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK), vasküler anormallikler gibi altta yatan nedenlere bağlı gelişen, tromboz ve kanamalarla karakterize tablodur. Biz bu bildiride, Takayasu arteritine (TA) bağlı anevrizma sonrası gelişen kronik DİK olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: TA tanısı ile 10 yıldır izlenmekte olan 50 yaşında erkek, şiddetli sırt ağrısı ve trombositopeni ile hastanemize başvurdu. Daha önce torasik ve abdominal aort anevrizmaları (5,1 ve 6,6 cm) nedeniyle torakoabdominal aorta greft operasyonları geçiren hasta, Tocilizumab 480 mg/ay/intravenöz infüzyon ile tedavi edilmekteydi. Gelişinde tansiyon arteriyel değeri 200/90 mmHg; hemogloblin: 15,4 g/dL, lökosit: 9,200/uL, platelet: 87,000/uL, sedimentasyon hızı: 5 mm/h, C-reaktif protein: 2 mg/L, kreatinin: 2,0 mg/dL saptandı. Toraks ve batin bilgisayarlı tomografik anjiyografide; greft bölgesinden anevrizma içine belirgin sızıntı olduğu gözlemlendi. Takiplerinde trombositopenisi derinleşen (37,000/uL) hastada, fibrinojen: 82 mg/dL, D-dimer >5 olarak tespit edildi. Bulgular DİK ile uyumlu bulundu ve taze donmuş plazma, trombosit süpsansiyonu ve kriyopresipitat infüzyonu başlanarak, hasta acil greft revizyon operasyonuna alındı. Post-operatif dönemde torasik aortadaki sızıntı kaybolmasına rağmen, abdominal aortadaki sızıntının hafif düzeyde devam ettiği gözlemlendi. Trombositopenisi ve koagülasyon parametrelerindeki bozukluğu gerilemeyen hastada “dev anevrizmaya sekonder kronik DİK” tablosu düşünüldü. Tedavisine enoksaparin sodium 4,000 IU ve vitamin K eklenerek devam edilen hasta, 2 yıldır bu tedavi altında stabil bir seyrirde izlenmektedir.

Sonuç: DİK, birçok hastalık sürecinde oluşabilen aşırı trombin oluşumunun yol açtığı bir sendromdur. Etiyolojik nedenleri arasında en sık sepsis ve travma gibi nedenler bulunmakla beraber, vasküler anormallikler ve anevrizma nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Kompansatuvar mekanizmalar nedeniyle aort anevrizmaları ile ilişkili kronik DİK tablosunda tanıda gecikmeler ve mortalitede artış yaşanabilmektedir. Bu nedenle anevrizmatik bulguları olan TA hastalarında nedeni açıklanamayan trombositopeni varlığında ayırıcı tanıda kronik DİK tablosu akla getirilmeli ve hızla tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma, kronik dissemine intravasküler koagülasyon, Takayasu arteriti

PS-17 [Romatoid Artrit]

Romatoid artrit olgusunda kutane metallozis

Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, Murat İnanç, Ahmet Gül, Lale Oçal

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

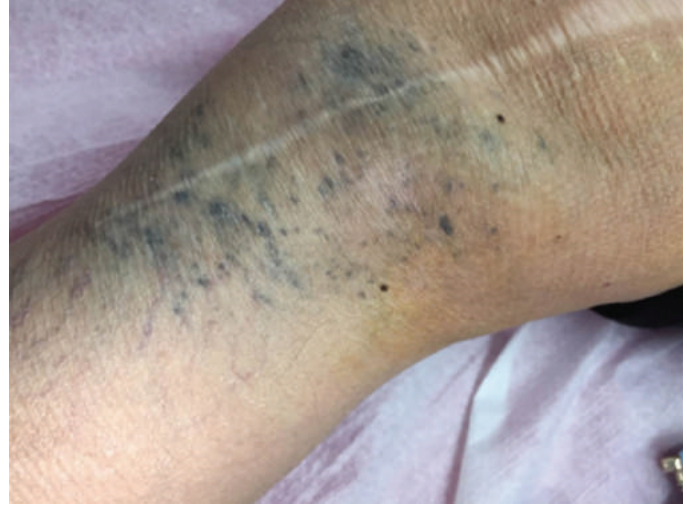
Giriş: Kutane metallozis metallozisten etkilenen eklem üzerindeki deride mavi-siyah renk değişimi, dispigmentasyon ile karakterizedir. Metallozis metalin aşınması/korozyonu veya replasman sonrası çevre doku reaksiyonu, metal partiküllerinin dermiste birikimi ve epidermal melanin üretiminin indüksiyonu sonucu gelişmektedir. Metallozis genellikle eklem kapsülüne ve protez çevresi dokularda görülür. Sıklıkla ağrı şikayeti eşlik eder ve protezin revizyonunu gerektirir.

Olgu: Otuz yıl önce bilateral total diz protezi ameliyatı uygulanan romatoid artrit tanılı altmış iki yaşında kadın hasta 1 yıldır sağ diz kapağı çevresinde olan pigmentasyon nedeni ile tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ diz çevresinde düzensiz hiperpigmente lezyonlar izlendi. Prednizolon ve hidroksiklorokin

kullanmakta olan hastanın laboratuvar tahlillerinde nötrofilik lökositoz, akut faz yüksekliği, RF pozitifliği saptandı. İnsizyonel biyopsi yapıldı, kutane metallozis ile uyumlu bulgular tespit edildi. Radyografik görüntüleme de protez destrüksiyonu izlenen hastaya protez revizyonu planlandı.

Sonuç: Nadir patoloji olan kutane metallozisin ayırıcı tanısında benign melanositik nevüsler, mavi nevüs, malign melanom yer almaktadır. Uzun süreli destrükte eklem protezlerinde izlenen pigment lezyonlarda diğer patoloji olasılıkları beraber değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, diz protezi, kutane metallozis



Resim 1. Sağ dizde hiperpigmente lezyonlar

PS-20 [Vaskülitler]

Kolon Perforasyonu Sonrası Tanı Alan Behçet Sendromu

Cemal Gürbüz, Gökhan Yavuzbilge, Tuğba İzci Duran

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

Giriş: Behçet sendromu, tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve bilateral posterior veya panüveit ana belirtileriyle karakterize multisistem enflamatuvar bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem bulguları nadir görüldüğü Akdeniz kökenli hastalara kıyasla Japon ve Koreli hastalarda daha sık görülür. Vaskülitik ülserler en sık ilioçekal bölgede görülür; perforasyon ve kanama riski yüksektir. Behçet hastalığında venöz tutulum sıklıkla tromboz şeklindeyken, arteriyel tutulum psödoanevrizma şeklindedir.

Olgu: Yirmi yedi yaşında erkek hasta 2009 yılında ateş karın ağrısı şikayetiyle başvurduğu acil serviste çekilen abdomen BT'sinde çıkan kolonda perforasyon tespit edilmesi üzerine, hastaya çıkan kolona yönelik parsiyel kolektomi yapılmıştır. Kolon patolojisinde nekrotik zeminde ülser lezyonlar tespit edilmiştir. Anamnezinde 1 yıldır ayda 1 kez olan oral aft, 1 yıl önce 1 kez olan ve skar bırakan genital ülser ve sırtında, kollarda akneiform lezyonları olduğu anlaşılmıştır. Altı aydır dönem dönem karın ağrısı ve diyare şikayeti olmaktadır. Üveit ve tromboz öyküsü yoktu. Paterji testi negatif olarak değerlendirildi. Bu bulgularla hastaya

Behçet sendromu tanısı koyuldu ve 1 mg/kg kortikosteroid, kolşisin ve azatiyoprin tedavisi başlandı. Steroid tedavisi azaltılarak kesildi. İki yıllık takip sonrası takipten çıkan hasta 2014 yılında sadece kolşisin tedavisi alırken kontrole geldi. Boyun venlerinde dolgunluk tespit edilen hastanın çekilen BT anjiyografilerinde juguler venlerde tromboz ve non-masif pulmoner tromboemboli tespit edildi. Hastaya yeniden kortikosteroid ve azatiyopürin başlandı. Hasta coumadinize edildi. Azatiyopürin gastrointestinal intolerans nedeniyle kesilerek siklosporin verildi. Hasta anti-TNF- α ya da siklofosamid tedavisini kabul etmedi. Üç ay sonra kontrol anjiyografisinde hastanın vena cava superior damarının total tromboze olduğu görüldü. Hastaya adalimumab tedavisi başlandı. Altı yıldır adalimumab tedavisi altında hasta remisyonda takip ediliyor.

Sonuç: Behçet sendromu genç erkeklerde daha ağır seyreden ve oküler, nörolojik, vasküler bulgular erkeklerde daha siktir. Behçet sendromundaki GİS ülserlerinde kanama ve perforasyon riski yüksektir ve acil cerrahi gerekebilir. Anti-TNF- α tedavisi ciddi komplikasyonların gelişmesini önlemek için özellikle genç hastalarda erken dönemde düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, kolon perforasyonu, tromboz

PS-21 [Ankilozan Spondilit]

Ankilozan spondiliti taklit eden hipofosfatemik osteomalazi

Mustafa Gür, Ahmet Karataş, Burak Öz, Rabia Pişkin Sağır, Süleyman Serdar Koca

Fırat Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Giriş: Hipofosfatemik raşitizm/osteomalazi, düşük serum fosfat seviyeleri ve fosfat mineralizasyon kusurlarının neden olduğu nadir bir fosfat metabolizması bozukluğudur. Gençlerde orantısız kısa boy ve raşitizmin klasik bulguları görülürken, erişkinlerde kemik ağrısı, proksimal miyopati ve entezopati ön plandadır. Osteomalazi semptomları, spondiloartropati, polimiyalji romatika, polimiyozit, fibromiyalji, diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu (DISH), multipl miyelom ve osteoporoz gibi birçok durumla karıştırılabilir. Spondiloartropatinin klasik özellikleri olan sakroiliit ve entezopati uzun süreli hipofosfatemik osteomalazisi olan yetişkinlerde görülebilir.

Olgu: Altmış dört yaşında erkek hasta yaygın vücut ağrısı, omurga ve eklemlerde hareket kısıtlılığı şikayetiyle polikliniğimize başvuruyor. Sorgulamada şikayetlerinin yaklaşık 40 yıldır olduğunu ancak son zamanlarda arttığını ifade ediyor. Ağrılarının çoğunlukla hareketle arttığını ve dinlenmekle azaldığını söylüyor. Soygeçmişinde kızkardeşinde de benzer şekilde şikayetlerinin olduğunu ifade ediyor. Lokomotor sistem muayenesinde birçok eklemden ve omurgada ciddi hareket kısıtlılığı olan hastanın her iki alt ekstremitede proksimal kas gücü 4/5 olarak değerlendiriliyor. Çekilen direkt grafilerde yaygın entezopati, tüm omurga boyunca seyreden ince sindesmotif görünümü, femur ve tibia gibi uzun kemiklerde eğilme, sakroiliak eklemden skleroz ve sol femurda psödofraktürle uyumlu görünüm saptanıyor. Çekilen

kontrastlı sakroiliak MR görüntülemesinde aktif sakroiliit ve erozyon saptanmıyor. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde Ca: 8,1 mg/dL, P: 2,0 mg/dL, PTH: 237 pg/mL, vitamin D: 10,3 ng/mL, ALP: 277 U/L, HLA B27: negatif, akut faz reaktanları normal, spot idrarda fraksiyonel fosfat atılımı %26 olarak saptanıyor. Hiperparatiroidi açısından yapılan paratiroid USG ve sintigrafi sonucunda patoloji saptanmıyor. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgularıyla hastada hipofosfatemik osteomalazi düşünülmüyor. Hastaya tedavi olarak aktif vitamin D ve fosfat solüsyonu başlanıyor.

Sonuç: Hipofosfatemik osteomalazi klinik olarak omurgada hareket kısıtlılığı ve ağrı, radyografik olarak da sakroiliit, entezopati ve omurgada ince sindesmotif bulgularıyla ankilozan spondiliti taklit edebilir. Özellikle HLA B27'si negatif, ALP'si yüksek, yaygın eklem kontraktürü ve yaygın eklem ağrısıyla başvuran hastalarda osteomalazi, hiperparatiroidi gibi metabolik sebepler ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, osteomalazi, hipofosfatemi

PS-22 [Diğer]

Behçet hastalığının nadir görülen tutulumu: Sol ventrikül trombüsü

Öznur Sadioğlu Çağdaş¹, Andaç Komaç¹, Ayten Yazıcı¹, Tayfun Şahin², Ayşe Çefle¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Behçet Hastalığı vaskülit zemininde sistemik tutulumlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Rekürren oral aftöz ülserler, genital ülserler ve oküler enflamasyon sıklıkla görülür. Behçet Hastalığında kardiyak tutulumla özellikle sol ventrikül trombüsüne nadir rastlanır ve prognozu kötüdür. İntrakardiyak trombüslerin nedeni bilinmemektedir. İntrakardiyak trombüsler enfektif endokarditle karışabilir. İnfektif endokardit ön tanısıyla yatan ve kardiyak tutulumlu Behçet Hastalığı tanısı koyduğumuz genç bir erkek hasta sunduk.

Olgu: Otuz yedi yaş erkek hasta tekrarlayan oral aft, genital ülser, papülopüstüler lezyonlar nedeniyle 2015 yılında Behçet Hastalığı tanısı konularak kolşisin tedavisi başlanmış. Mart 2020'de sol kolda ağrı şikayetiyle başvurduğu merkezde elektrokardiyografide iskemik değişiklikler görülmesi üzerine koroner anjiyografi yapılmış ve patoloji saptanmamış. Birkaç gün sonra baygınlık, görmede bulanıklık şikayetleri başlayan hastada sol oksipital bölgede iskemik odaklar saptanmış, iskemik serebrovasküler olay geçirdiği anlaşılarak hastaya antiagregan ve antikoagulan tedavi başlanmış. Tüm bu girişim ve tedavilerden 2 ay sonra yüksek ateş nedeniyle tetkik edilen hastanın ekokardiyografisinde şüpheli vejetasyon saptanarak kardiyoloji kliniğine yatırılmış. Transözofageal ekokardiyografide sol ventrikül apikal bölgede septum komşuluğunda kas dokusunda hareketli yapı (vejetasyon, trombüs) izlenmiş. Kan kültürü gönderildikten sonra enfeksiyon hastalıkları tarafından vankomisin ve seftriakson tedavileri başlanmış. Hastanın kan kültürlerinde üreme olmaması üzerine

romatoloji konsültasyonu istenmiş. Hasta, Behçet Hastalığı ve kardiyak tutulum düşünülerek devir alındı. Deri Paterji testi pozitif bulundu. Göz muayenesinde patoloji saptanmadı. Hastanın anti-nükleer antikorlar (ANA) ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) testleri, antikardiyolipin IgG ve IgM, lupus antikoagulanı, beta 2 glukoprotein IgM ve IgG negatif, tromboz paneli normal saptandı. Çekilen kardiyak MR'de: Sol ventrikül apeksinde kontrast tutan 3-4 mm çaplı multipl odaklar izlendi. Bilateral alt extremitte arter ve ven doppler normal saptandı. Altmış mg metilprednizolon başlandı ve 1 gram siklofosamid pulse yapıldı.

Sonuç: Behçet Hastalığı tanılı hastalarda intrakardiyak trombüs nadir fakat hayatı tehdit eden bir tutulumdur. Sıklıkla genç erkek hastalarda görülür. Anemi, sedimentasyon ve CRP yüksekliğine sık rastlanır. İnfektif endokarditin aksine tedavide immünoşüpresif ajanların kullanılması nedeniyle ayırıcı tanı son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, kardiyak tutulum, sol ventrikül trombüsü

Tablo 1. Hastanın immünoşüpresif tedavi öncesi ve sonrasında bakılan tetkikleri

	Tanıda	Tedavi sonrası	Normal değerler
Lökosit	12900	11026	3600-10200
Hemoglobin	10,3	12,2	12,5-16,3 g/dL
Crp	158	0,75	<5 mg/L
Sedimentasyon	101	11	<15 mm/h
NT-probnp	1130	225	20-133 pg/mL
Troponin	610	<10	10-23 ng/L
Prokalsitonin	0,13	<0,12	<0,12 ng/mL

PS-23 [Diğer]

Subakromiyal sıkışma sendromunda subakromiyal-subdeltoid bursa içi enjeksiyon sonrası hastanede gözetim altında yapılan egzersiz ile ev egzersiz programının etkinliğinin karşılaştırılması

Ebru Kaplan, Zeynep Kardelen Gencer Atalay, İlker Yağcı

Marmara Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Çalışmamızın amacı subakromiyal sıkışma sendromu (SAIS) hastalarında subakromiyal-subdeltoid bursa içi kortikosteroid enjeksiyonu sonrasında hastanede fizyoterapist gözetiminde uygulanan egzersiz programı ile ev egzersiz programının etkinliğini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza SAIS tanısı alan 46 hasta dahil edildi ve randomize olarak iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki 23 hasta, hastanede fizyoterapist gözetiminde 3 hafta süresince hazırlanmış olduğumuz egzersiz programına alındı. İkinci gruptaki 23 hastaya ise egzersiz programı broşür formatında verilerek 3 hafta süresince ev egzersiz programı uygulandı. Çalışmaya katılan tüm hastalara egzersiz programına başlamadan bir gün önce, ultrason eşliğinde subakromiyal-subdeltoid bursa içi enjeksiyonu yapıldı. Hastalar vizüel analog skala (VAS), aktif ve pasif omuz fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon, internal rotasyon ve eksternal rotasyon eklem hareket

açıklıkları, Omuz Ağrı ve Dizabilite indeksi (SPADI), Kısa Form 36 (SF-36) ile değerlendirildiler.

Bulgular: Grupların enjeksiyon öncesi ve enjeksiyon sonrası 1. saatte VAS skorları arasında istatistiksel anlamlı fark yok iken ($p>0,05$), enjeksiyon sonrası 3. hafta ve 3. ayda daha düşük olduğu saptandı. Grupların enjeksiyon öncesi ve enjeksiyon sonrası 1. saatte omuz fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon, dış rotasyon açıklıkları benzer bulundu. Hastane içi gözetim altında egzersiz grubunda pasif fleksiyon açıklığı hariç tüm eklem hareket açıklıklarının enjeksiyon sonrası 3. hafta ve 3. ayda belirgin daha yüksek olduğu tespit edildi. SPADI ölçeğinde skorların hastane içi gözetimli egzersiz grubunda enjeksiyon sonrası 3. hafta ve 3. ayda daha düşük olduğu bulundu. SF-36 anketinde tüm skorlarda her iki grupta da belirgin bir artış olduğu gösterildi. Ancak 3. ay sonunda hastane içi egzersiz grubu çoğu parametrede ev egzersiz grubuna göre üstün bulundu.

Sonuç: SAIS'li hastalarda yaptığımız enjeksiyonlar başarılı olmaktadır. Hastanede gözetim altında uygulanan egzersiz programı ev egzersiz programına göre daha uzun süreli iyileşme sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, kortikosteroid enjeksiyonu, subakromiyal sıkışma sendromu, ultrason

PS-24 [Sistemik Lupus Eritematozus]

Gördüğümüz her deri lezyonu (malar rash/diskoid rash..) Lupus olarak düşünülmemeli

Hasibe Bilge Gür, İlyas Ercan Okatan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Trabzon

Giriş: Daha önce bilinen herhangi bir hastalığı olmayan ve herhangi bir ilaç kullanmayan 51 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 aydır yüzünde olan eritematöz döküntü nedeniyle Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvurdu. Hastanın sistemik sorgulamasında sabah tutukluğu yoktu.

Gereç ve Yöntem: Son zamanlarda artmış olan halsizlik, yorgunluk şikayeti mevcuttu. Eklem bulgusu (artrit, artralji) tariflememekteydi. Saç dökülmesi mevcuttu. Oral ülser, Raynaud fenomeni, Livedo retikülaris tariflemiyordu.

Bulgular: Yapılan fizik muayenesinde yüzde yanakları ve çene bölgesini de içine alan nazolabial sulcusları da tutan eritematöz döküntü mevcuttu. Saçlarda seyrelme mevcuttu fakat alopesi saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Yapılan eklem ve kas gücü muayenesi normaldi. Sağ kolda:110/70 sol kolda:120/80 olarak ölçüldü. Nabız: 78/dak oda havası periferik saturasyon 97 idi.

Sonuç: Hastanın yapılan kan tetkiklerinde kreatinin 0,58 mL/dL K:4,2 mEq/L, Na:138 mEq/L, AST: 21 U/L ALT:16 U/L albümin: 4,4 g/dL, total protein 7,5 g/dL, aldolaz: 4,7 U/L, CK:140 U/L WBC: 6680, Hgb:13,2 g/dL, ESH: 16 mm/st, CRP: 0,27 mg/dL, Tam idrar tetkikinde: dansite 1012, protein: 0 mg/dL, eritrosit: 0'dı. ANA ve ENA paneli negatif olacak

sonuçlandı. Hasta tetkik sonuçları ile birlikte cildiye polikliniğine yönlendirildi. Cildiye polikliniğinde hastanın derisinden alınan örnek ışık mikroskobu altında incelendi. Hastanın deri örneği ışık mikroskobu ile incelendiğinde örnekte yoğun miktarda Demodex folliculorum adlı parazite rastlandı.

Anahtar Kelimeler: Demodex, diskoid rash, malar rash, lupus

PS-25 [Diğer]

Juvenil idiyopatik artrit (JIA) tanılı hastalarda hepatit B aşı yanıtı değerlendirilmesi

Figen Çakmak¹, Fatma Gül Demirkan¹, Mustafa Çakan²,
Emine Sönmez³, Ferhat Demir⁴, Şerife Gül Karadağ³,
Nuray Aktay Ayaz¹, Betül Sözeri⁴

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Juvenil idiyopatik artrit (JIA), çocukluk çağında en sık görülen, etiopatogenezinde immünolojik mekanizmaların rol oynadığı düşünülen heterojen, idiyopatik, kronik enflamatuvar, romatizmal bir hastalıktır. Aşılama bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en etkin yoldur. Literatürde JIA tanılı hastalarda Hepatit B aşı yanıtı ile alakalı yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile; JIA tanılı hastalarda tanı anında hepatit B aşı yanıtının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2015-Ocak 2020 tarihleri arasında JIA tanısı almış hastaların Hepatit B aşı yanıtı; kontrol grubunda ise cerrahi operasyon için başvuran kronik hastalığı olmayan hastaların aşı yanıtı retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 262 JIA tanılı hasta ve 275 sağlıklı kontrol dahil edildi. JIA alt tiplerine baktığımızda 98'i (%37,4) oligoartiküler, 49'u (%18,7) entezit ilişkili artrit, 33'ü (%12,5) poliartiküler, 11'i (%4,1) sistemik, 6'sı (%2,2) psöriatik artrit, 4'ü (%1,5) sınıflanamayan JIA idi. JIA hastaların 135'i erkek, 127'si kızdı. Kontrol grubunun ise 147'si erkek 128'i kızdı. İki grup arasında cinsiyet açısından fark yoktu (p=0,35). Hasta ve kontrol grubu arasında yaşlar açısından fark yoktu. JIA hastaların ortalama tanı yaşları 10,9±4,6 yıl ve ortalama takip süreleri 16,1±5,8 aydı. JIA hastalarında anti-Hbs antikor pozitifliği %59,1 (n=155) iken kontrol grubunda ise %73'tü (n=201) (p<0,002). HbsAg hiçbir hasta ve kontrolde pozitif değildi. Otuz yedi hastada antinükleer antikor (ANA) pozitifliği vardı. Bunlar içinde 28'inde (%75,6) anti-Hbs antikor pozitifliği vardı. ANA negatif olanlarda (n=78) ise bu oran %53,8'di (n=42) (p<0,02).

Sonuç: Bu çalışma Hepatit B aşı yanıtının JIA tanılı hastalarda daha düşük olduğunu göstermiştir. Yeni tanı JIA hastalarında Hepatit B aşı yanıtı değerlendirmesi rutin olarak yapılmalı ve yanıtız olgulara booster doz uygulanması düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B aşısı, juvenil idiyopatik artrit, anti- Hbs

PS-27 [Advers Olaylar (Enfeksiyon dışı nedenler)]

Anti-tümör nekrozis faktör alfa tedavisi ile ilişkili deri lezyonları

Suade Özlem Badak

Adana Şehir Hastanesi, Adana

Giriş: Tümör nekroz faktörü inhibitörü (TNFi) tedavileri günümüzde birçok romatizmal hastalıkta önemli tedavi basamaklarından biridir. Kullanım sıklıkları arttıkça bu ajanların kullanımının bazı paradoksal otoimmün hastalıkların gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. TNF- α inhibitörleri ile ilişkili en sık kutanöz paradoksal bulgular; plak psoriasis ve palmoplantar püstülozistir.

Olgu: Ankilozan spondilit tanısıyla 7 yıldır kliniğimizde takipli olan elli yaşında kadın hasta, non-steroid-anti-enflamatuvar ilaç (NSAİİ) ve egzersiz önerileri ile takip ediliyordu. Takiplerinde kalça ağrısı, tutukluk şikayetlerinin artması ve BASDAİ (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity index) skorunun yükselmesi nedeni ile infliximab tedavisi başlandı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde psoriasis öyküsü yoktu. Tedavinin ikinci ayında el içi ve ayak tabanında olan döküntüler gelişmesi üzerine başvurdu. Muayenede bilateral palmoplantar bölgede eritemli zeminde hiperkeratoz ve dağınık püstüller mevcuttu. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastaya palmoplantar püstülozis tanısı konuldu. Topikal steroid tedavisi başlandı. Deri lezyonlarında gerileme olmaması üzerine infliximab tedavisi kesilerek secukinumab tedavisi başlandı. Hastanın döküntüleri gerileyerek kayboldu.

Sonuç: Anti-TNF tedavi başlandıktan sonra görülen yeni başlangıçlı psoriyatik deri lezyonlarına veya psöriazis tanısı varlığında mevcut deri bulgularının alevlenmesine paradoksal psöriazis denir (1,2). TNF- α bloker kullananlar da, psöriazis prevalansı %0,6 ila %5,3 arasında değişmektedir. Anti TNF- α tedavisiyle gelişen psöriazisin en sık gözlenen formu palmoplantar püstüler erüpsiyondur. PPs'nin tedavisinde anti-TNF tedavinin kesilmesi, biyolojik ajanın değiştirilmesi veya mevcut tedaviye devam edilerek adjuvan tedavi eklenmesi seçenekler arasındadır. Olgumuzda ankilozan spondilit aktivitesinde ve pamoplantar püstülozide azalma sağlamak için Anti-TNF ajanlardan farklı bir sitokin yolağı üzerinden etki eden IL-17 inhibisyonu sağlayan secukinumab tedavisine geçilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anti TNF, paradoksal, psöriazis

Sözlü Sunumlar

(SS-02 — SS-05)

SS-02 [Ankilozan Spondilit]

Ankilozan spondilit: 500 olguda tek merkez deneyimi

Mehmet Soy¹, Nüşabe Kaya², Ali Önder Atça²,
Aslı Özmaden Hantal³

¹Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi,
Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,
İstanbul

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), öncelikle aksiyel iskelet sistemini daha az olarak periferik eklemleri tutabilen enflamatuvar bir hastalıktır. Eklemler dışında gözde üveit, gastrointestinal lezyonlar, aortit, psoriasis, akne gibi deri lezyonlarına yol açabilmektedir. Ülkemizde AS demografik ve klinik özellikleri hakkında yetersiz bilgiler mevcuttur. Burada kliniğimizde izlenmekte olan 500 AS olgusunun klinik, bazı laboratuvar ve tedavi özellikleri irdelemiştir.

Yöntem: 2016 Ocak-2020 Ocak arasında romatoloji polikliniğimize başvurmuş olan, modifiye New York kriterlerine

göre AS tanısı konmuş, 500 AS olgusunun demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri kaydedilmiştir. Oral aft, akne, üveit, psoriasis öyküsü alınmıştır. Aile öyküsü, ailede 1. derece akrabalar-amca, hala, dayı veya teyzelerden birinde tanısı konmuş AS ve diğer bir spondiloartrit varlığında pozitif olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Romatoloji polikliniğimizde takip edilen 500 AS olgusunun klinik ve laboratuvar özellikleri ile almakta oldukları ilaçlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Sunulan çalışmada özel bir üniversitenin romatoloji polikliniğinde son 4 yılda izlenmiş olan 500 AS olgusunun demografik ve klinik özellikleri araştırılmıştır. Erkeklerin oranı kadınlardan daha fazla idi. Bu durum hastalığın erkeklerde daha ağır seyretmesi ve bu nedenle erkeklerin daha sık polikliniğe başvurması ile açıklanabilir. Periferik eklem tutulumu %12 idi. HLA B27 sıklığı Amerika ve Avrupa da bildirilen sıklığın altında bulunmuştur. Pilonidal sinus hastalığı AS olguları arasında oldukça sık bir bulgu olup AS tanısında ek bir bulgu olarak kullanılabilir. Biyolojik ilaç kullanan olgu oranı %22 civarında idi. Bulgularımız Ülkemizden değişik merkezlerden yapılmış çalışmalara benzerdir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, klinik özellikler, pilonidal sinus, biyolojik tedavi

Tablo 1. Ankilozan spondilit hastalarımızın demografik, klinik ve tedavi özellikleri

Demografik Özellikler	Klinik/Lab Özellikler	İlaç
Kadın/Erkek: 164/364 (%32,8)/(%67,2)	Oral ülser sıklığı: %23,2	Lüzum halinde NSAİİ: %46,9
Yaş ortalaması: 36,03±9,39 (16-64) yıl	Akne sıklığı: %17,6	Sülfasalazin: %27,1
Hastalık yaşı: 6,3±6,24 (0-39) yıl	Üveit: %12	Biyolojik ilaç: %21,9
Hastalık başlangıç yaşı: 29,81±8,49 (12-62) yıl	Psoriasis sıklığı: %6,6	Diğer: %3,6
45 yaş üstünde başlayanlar: %4,6	Pilonidal sinus hastalığı sıklığı: %18,8	
Aile öyküsü (n=422)*: %33,4	Sigara içme: %54,4	
	HLA B27 pozitiflik oranı (n=316)*: %57	

*: Bilginin elde edildiği hasta sayısı

SS-03 [Psoriatik Artrit]

Psoriyatik artritte AA amiloidoz sıklığı: Tek merkez deneyimi

Murat Bektaş, Nevzat Koca, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, Murat İnanç, Mahdume Lale Öçal, Ahmet Gül

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

Giriş: AA amiloidoz kronik ve/veya tekrarlayan enflamasyon sonucu serum amiloid A birikimiyle karakterize bir hastalıktır. Romatoid artrit, Ankilozan spondilit, enflamatuvar barsak hastalığı ve periyodik ateş sendromu gibi kronik enflamatuvar hastalıklar AA amiloidozun %90 nedenini oluşturmaktadır. Ülkemizde ise Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), AA amiloidozun en sık nedenini oluşturmaktadır. Psoriyatik artrit (PSA) bağlı AA amiloidoz gelişimi literatürde nadir olarak bildirilmiştir.

Olgu: Kırk yedi yaş erkek hasta; 12 yaşından beri plak tip psöriazisi olan hasta 21 yaşında başlayan bilateral diz artritini nedeniyle 1995'te PSA tanısı konularak prednisolon, metotreksat tedavisi başlandı. Bu tedaviyle şikayetleri gerileyen hasta eklem şikayeti olmayınca takiplerine gelmemiş. 2006'da nefrotik sendrom ile başvuran hastanın 7 gr/gün proteinürisi saptandı. Hastanın böbrek biyopsisi AA amiloidoz ile uyumlu bulundu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde AAA öyküsü olmayan hastanın gönderilen *MEFV* gen mutasyonunda E148Q heterozigot saptandı. Tedavisine kolşisin de eklenen hasta takibinde amiloidoza bağlı son dönem böbrek yetersizliği gelişmesi nedeniyle renal transplantasyon uygulandı. Bu süreçte kontrollerine gelmeyen hasta renal transplantasyon sonrası devam eden akut faz yüksekliği olması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Güncel durumunda eklem ve deri şikayeti olmayan hastanın prednisolon 5 mg/gün, mikofenolat mofetil 2 gr/gün, takrolimus 2 mg/gün, kolşisin 1 mg/gün tedavisi altında yapılan tetkiklerinde kreatinin: 1,15 mg/dL, CRP: 17 mg/L, albümin: 3,96 g/dL, tam idrar tetkikinde proteinürisi yoktu. Hastaya biyolojik tedavi başlanması planlandı.

Sonuç: Ülkemizde AA amiloidozun en sık nedeni AAA'dır. Kronik enflamatuvar hastalığı olanlarda aşikar AAA kliniği olmasa da *MEFV* gen taşıyıcılığı olması durumunda AA amiloidoz riski artmaktadır. E148Q AAA kliniği ile ilişkisi net olmamakla birlikte bu hastada amiloidoz gelişimine ek katkıda bulunmuş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Psoriyatik artrit, AA amiloidoz, ailevi akdeniz ateşi

SS-05 [Psoriatik Artrit]

Psöriyatik artritli hastalarda kardiyovasküler risk skorları ile Visseral Adiposit İndeks arasında bir ilişki var mıdır?

Ahmet Omma¹, Fatma Erden², Seda Çolak³, Sevinç Can Sandıkcı⁴, Tülay Omma⁵, İsmail Kasım⁶, Adem Özkara⁶, Abdulsamet Erden¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁴Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara

⁶Ankara Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Giriş: Psöriyatik artrit (PsA) şiddeti ile metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık ve obezite gibi bazı komorbiditeler arasında iyi bilinen bir ilişki vardır. Visseral Adiposite indeksinin (VAİ), insülin direnci, yağ dokusu fonksiyonu ve dağılımı için cinsiyet bağımlı önemli bir belirteç olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı PsA ile kardiyovasküler risk skorları (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation index), Framingham risk skoru) ve VAİ arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma PsA için CASPAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan 101 PsA hastası ve 98 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirildi. Hastalık aktivitesi Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Psöriyatik Artrit için Hastalık Aktivite indeksi (DAPSA), Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi (BASFI) ve Psöriazis Alan Şiddet indeksi (PASI) ile değerlendirildi. Hastaların SCORE, Framingham risk skoru, metabolik sendrom (MetS), vücut kitle indeksi (VKİ) ve VAİ değerleri ile sağlıklı bireylerin VAİ değerleri hesaplandı.

Bulgular: Ortalama VKİ (kg/m²) 29,63±5,66 olarak hesaplandı. SCORE ölçümlerine göre, 53 (%52,5) hasta düşük risk altında, 45 (%44,6) orta risk altında ve 3 (%3) yüksek risk altındaydı. Framingham skoruna göre, 72 hasta (%71,3) düşük risk, 22 hasta (%21,8) orta risk ve 7 hasta (%6,9) yüksek risk altındaydı. PsA grubunda metabolik sendrom, obezite (VKİ >30) ve VAİ düzeyleri açısından riskin sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (p<0,05). Metabolik sendrom, VKİ >30 (obezite), diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan PsA hastalarında bu komorbiditeleri olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek VAİ düzeyleri saptandı (p<0,05). Düşük ve orta riskli Framingham skoru ile PsA hastalarının VAİ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı. Hastalık aktivitesi ile hastaların metabolik ve kardiyovasküler riskleri arasında ilişki bulundu. VAİ düzeyleri ile Framingham skoru arasında zayıf bir korelasyon gözlemlendi (Tablo 1).

Sonuç: VAİ rutin olarak alınan ölçümlerden hesaplanabildiğinden, kardiyovasküler riski belirlemek için kullanılabilir ve ayrıca yeni teşhis edilen PsA hastalarında komorbiditeler hakkında ipuçları sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, metabolik sendrom, visseral adiposit indeks, kardiyovasküler risk

Tablo 1. Hastalık aktivitesi ile hastaların metabolik ve kardiyovasküler riskleri arasındaki korelasyonlar (r)

Parametreler	BASDAI	PASI	DAPSA	BASFI	HAQ	VAİ	SCORE	Framingham risk skoru
Framingham risk skoru	0,02	0,095	0,285**	0,202**	0,067	0,299**	0,523	1
SCORE	-0,079	-0,026	0,095	0,065	-0,01	0,058	1	0,523**
VAİ	0,128	0,192	0,101	0,105	0,019	1	0,058	0,299**
HAQ	0,129	0,135	0,421**	0,284**	1	0,019	-0,01	0,067
BASFI	0,764**	0,14	0,484**	1	0,284**	0,105	0,065	0,202*
DAPSA	0,462**	0,341**	1	0,484**	0,421**	0,101	0,095	0,285**
PASI	0,092	1	0,341**	0,140	0,135	0,192	-0,026	0,095
BASDAI	1	0,092	0,462**	0,764**	0,129	0,128	-0,079	0,024

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity index, BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity index, DAPSA: Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis, HAQ: Health Assessment Questionnaire, PASI: Psoriasis Area Severity index, SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation index, VAİ: Visceral Adipositiyi index

A		Gül Güzelant Özköse	PS-01
Abdulsamet Erden	SS-05		
Adem Özkara	SS-05	H	
Ahmet Gül	PS-07, PS-17, SS-03	Hasan Sami Göksoy	PS-16
Ahmet Karataş	PS-21	Hasibe Bilge Gür	PS-24
Ahmet Omma	SS-05	İ	
Ali Önder Atça	SS-02	İlker Yağcı	PS-23
Andaç Komaç	PS-22	İlyas Ercan Okatan	PS-24
Aslı Özmaden Hantal	SS-02	İsmail Kasım	SS-05
Ayşe Çefle	PS-22	K	
Ayten Yazıcı	PS-22	Kubilay Şahin	PS-05
B		Kürşat Dal	PS-05
Bahar Artım Esen	PS-07, PS-17, SS-03	L	
Betül Sözeri	PS-25	Lale Öçal	PS-07, PS-17
Burak Öz	PS-21	M	
C		Mahdume Lale Öçal	SS-03
Cansu Akleylek	PS-16	Mehmet Soy	SS-02
Cemal Gürbüz	PS-20	Murat Bektaş	SS-03
D		Murat İnanç	PS-07, PS-17, SS-03
Derun Taner Ertuğrul	PS-05	Mustafa Çakan	PS-25
E		Mustafa Gür	PS-21
Ebru Kaplan	PS-23	N	
Eda Otman Akat	PS-12	Neslihan Yılmaz	PS-16
Ege Sinan Torun	PS-07	Nevzat Koca	SS-03
Elif Dinçses Nas	PS-06	Numune Aliyeva	PS-17
Emine Sönmez	PS-25	Nuray Aktay Ayaz	PS-25
F		Nüşabe Kaya	SS-02
Fatma Erden	SS-05	Ö	
Fatma Gül Demirkan	PS-25	Özlem Kudaş	PS-15
Ferhat Demir	PS-25	Öznur Sadioğlu Çağdaş	PS-22
Figen Çakmak	PS-25	R	
G		Rabia Pişkin Sağır	PS-21
Gökhan Yavuzbilge	PS-20		

S-Ş

Seda Çolak	SS-05
Serdal Uğurlu	PS-06
Sevinç Can Sandıkçı	SS-05
Suade Özlem Badak	PS-27
Süleyman Serdar Koca	PS-21
Şerife Gül Karadağ	PS-25
Şule Yavuz	PS-16

T

Tayfun Şahin	PS-22
Tuğba İzci Duran	PS-20
Tülay Omma	SS-05

Y

Yasemin Yalçinkaya	PS-07, PS-17, SS-03
--------------------	---------------------

Z

Zeynep Kardelen Gencer Atalay	PS-23
-------------------------------	-------

Romatolojide



Hedef 2020

Sempozyumu

18-22 Kasım
2020

Online Sempozyum



dijitalkongre.com



BİLDİRİ KİTABI



www.romatoloji.org

www.hedefromatoloji.org