

Romatolojide Hedef 2021 Sempozyumu

27 – 30 Ekim 2021

CVK Park Bosphorus Hotel
İstanbul



BİLDİRİ ÖZETLERİ

Romatolojide Hedef 2021 Sempozyumu Bildiri Özetleri

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Başkan

Dr. Ahmet Gül

Düzenleme Kurulu

Dr. Pamir Atagündüz
Dr. Haner Direskeneli
Dr. İzzet Fresko
Dr. Vedat Hamuryudan
Dr. Murat İnanç
Dr. Nevsun İnanç
Dr. Bahar Artım Esen
Dr. Melike Melikoğlu
Dr. Lale Öcal
Dr. Fatma Alibaz Öner
Dr. Yeşim Özgüler
Dr. Emire Seyahi
Dr. Serdal Uğurlu
Dr. Yasemin Yalçinkay

Romatolojide Hedef 2021 Sempozyumu Bildiri Özetleri

III Bilimsel Program / Program Schedule

Özetler / Abstracts

S1 Sözlü Sunumlar (SS-01 — SS-12)

S15 Poster Sunumlar (PS-01 — PS-31)

Dizin / Index

S36 Yazar Dizini

27 Ekim 2021, Çarşamba


SALON A		
13:45 - 14:00	Açılış Konuşması	
14:00 - 15:30	Oturum Başlığı:	Romatolojinin Dünü, Bugünü, Yarını
	Moderatörler:	Hasan Yazıcı, Orhan Aral, Lale Öcal
14:00 - 14:20	Romatolojinin Kısa Tarihi	Orhan Aral
14:20 - 14:40	Romatoloji ile Geçen Bir Ömür	Hasan Yazıcı
14:40 - 15:00	Romatolojinin Geleceği	Fatoş Önen
15:00 - 15:30	Soru - Cevap	
15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI	
16:00 - 17:30	Oturum Başlığı:	Tartışma: csDMARD Dirençli Romatoid Artrit Hastasında Hangi Gelişmiş Tedaviyi Tercih Edelim?
	Moderatörler:	Vedat Hamuryudan, Nevsun İnanç
16:00 - 16:20	Anti-TNF Ajanlar	Nevsun İnanç
16:20 - 16:40	TNF-dışı Biyolojik Ajanlar	Gökhan Keser
16:40 - 17:00	Jak İnhibitörleri	Ahmet Gül
17:00 - 17:30	Soru - Cevap	
17:30 - 18:00	KAHVE MOLASI	
18:00 - 19:00	Oturum Başlığı:	Romatoid Artrit - Biyogöstergeler
	Moderatörler:	Ahmet Gül, Murat İnanç
18:00 - 18:30	Remission vs Self-Tolerance in RA – the same or different?	John D Isaacs
18:30 - 19:00	Reframing Immune-Mediated Inflammatory Diseases through Signature Cytokine Hubs	Georg Schett

28 Ekim 2021, Perşembe

SALON A		
08:30 - 09:30	Oturum Başkanı:	Tartışma: Hastalık alt tiplerine göre tedavinin şekillenmesi (1)
	Moderatörler:	Melike Melikoğlu, Veli Yazısız
08:30 - 09:00	PsA ve SpA Birlikteliği: Klinik Bulgular ve Tedavi Yaklaşımlarında Farklılıklar	Christopher Ritchlin
09:00 - 09:20	Hastalık Tiplerine Göre Güncel tedavi rehberleri	Umut Kalyoncu
09:20 - 09:30	Soru - Cevap	
09:30 - 10:00	KAHVE MOLASI	
10:00 - 11:30	Oturum Başkanı:	Tartışma: Hastalık alt tiplerine göre tedavinin şekillenmesi (2)
	Moderatörler:	İhsan Ertenli, Ediz Dalkılıç
10:00 - 10:30	İBH ve SpA Birlikteliği: Güncelleme	Dirk Elewaut
10:30 - 10:50	Gastroenterolog Gözüyle Tedavi Yaklaşımları	Aykut Ferhat Çelik
10:50 - 11:10	Romatolog Gözüyle Tedavi Yaklaşımları	İsmail Sarı
11:10 - 11:30	Soru - Cevap	
11:30 - 11:45	ARA	
11:45 - 12:30	Uydu Sempozyumu - 1 (Lilly) Romatoid Artrit Tedavisinde Baricitinib ile Hedef: Standardın Ötesini! Oturum Başkanı: Ahmet Gül Konuşmacılar: Serdal Uğurlu, Cemal Bes	
12:30 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00 - 15:30	Oturum Başkanı:	SLE - Renal tutulum
	Moderatörler:	Sedat Kırız, Ayten Yazıcı
14:00 - 14:20	Lupus nefriti tedavisinde tedavi seçimi: Eldekiler ve umut verenler	Bahar Artım Esen
14:20 - 14:30	Soru - Cevap	

Lilly

28 Ekim 2021, Perşembe

14:30 - 15:00	Nefroloji klinik pratiğinde lupus nefriti takibi (hedef ne olmalı, Lupus nefritinde ne zaman biyopsi yapalım, LN dışı patolojiler ve ipuçları)	David Jayne
15:00 - 15:30	Soru - Cevap ve Genel Tartışma	
15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI	
16:00 - 16:45	<p>Uydu Sempozyumu - 2 (Farmanova)</p> <p>Ankilozan spondilit tedavisinde secukinumab farkı:</p> <p>Biyolojik naif hastalarda tedavi sonuçları</p> <p>Oturum Başkanları: Haner Direskeneli, Murat İnanç</p> <p>Konuşmacılar: Gülen Hatemi, Serdal Uğurlu</p>	
16:45 - 17:00	ARA	
17:00 - 18:30	Oturum Başlığı:	Bağ Dokusu Hastalıkları
	Moderatörler:	Yasemin Kabasakal, Ayşe Çeçle, Süleyman Serdar Koca
17:00 - 17:20	İnflamatuar miyopati tedavisi nasıl yönetilmeli?	Murat İnanç
17:20 - 17:50	Romatolojide İnterstisyel Akciğer Hastalığı: Antifibrotik Tedavi ne Zaman Düşünülmeli?	Yasemin Yalçınkaya
17:50 - 18:10	Pulmoner arteriyel hipertansiyon tedavisinde yeni ne var?	Ali Akdoğan
18:10 - 18:30	Soru - Cevap	

29 Ekim 2021, Cuma

SALON A

08:00 - 09:30	Oturum Başlığı: Moderatörler:	ACR 2021 Vaskülit'e Yaklaşım (Management) Kılavuzları Kenan Aksu, Cemal Bes
08:00 - 08:20	Büyük Damar Vaskülitleri	Fatma Alibaz-Oner
08:20 - 08:40	PAN	Cemal Bes
08:40 - 09:00	ANCA Vaskülitleri	Kenan Aksu
09:00 - 09:30	Soru - Cevap	
09:30 - 10:00	KAHVE MOLASI	
10:00 - 11:30	Oturum Başlığı: Moderatörler:	Vaskülitler ve Vaskülit Benzerleri Haner Direskeneli, Nilüfer Alpay-Kantez
10:00 - 10:30	Vaskülitlerde yeni ve tartışmalı tedaviler	Andreas Kronbichler
10:30 - 11:00	Vaskülitlerde Steroid Kullanımı ve Hasar	Haner Direskeneli
11:00 - 11:30	IgG4-ilişkili Hastalık ve Periaortik Fibroz Tedavisinde Yenilikler	Ömer Karadağ
11:30 - 11:45	ARA	
11:45 - 12:30	Uydu Sempozyumu - 3 (Pfizer) İnfliksımabın Gücü & Pfizer'in Tecrübesi ile Buluştu Moderatör: Ahmet Gül Pfizer İnfliksımabı klinik çalışma verileri - Servet Akar Ankilozan Spondilitte İnfliksımab Verileri - Cemal Bes	
12:30 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00 - 15:30	Oturum Başlığı: Moderatörler:	Behçet hastalığı: Tedavi Yaklaşımları Sabahattin Yurdakul, Metin Özgen
14:00 - 14:20	Mukokütanöz tutulum tedavisinde topikal ajanlar	Afet Akdağ-Köse
14:20 - 14:40	Merkezi Sinir Sistemi Tutulumunun Tedavisi	Emire Seyahi
14:40 - 15:00	Damar tutulumunda immünpresif ve antikoagülan tedavide yeni ne var?	Gülen Hatemi
15:00 - 15:20	Behçet üveitinde ne zaman, hangi biyolojik?	İlknur Tuğal-Tutkun
15:20 - 15:30	Soru - Cevap	

29 Ekim 2021, Cuma

15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI	
16:00 - 17:30	Oturum Başlığı:	Ailevi Akdeniz Ateşi / Otoinflamatuvar Hastalıklar
	Moderatörler:	Huri Özdoğan, Serdal Uğurlu
16:00 - 16:30	FMF ve pirin defosforilasyonu: tanı ve tedaviye yansımaları	Thomas Henry
16:30 - 16:50	Ailevi Akdeniz Ateşine İkincil Renal Amiloidozda Anti-sitokin Tedaviler	Serdal Uğurlu
16:50 - 17:10	Geç Başlangıçlı Ailevi Akdeniz Ateşi	Abdurrahman Tufan
17:10 - 17:30	Soru - Cevap	
17:30 - 17:45	ARA	
17:45 - 19:21	Sözel Bildiriler	
	Moderatörler:	Timuçin Kaşıfoğlu, şükran Erten
17:45 - 17:53	COVID-19-İlişkili Makrofaj Aktivasyon Sendromunda Dinamik Laboratuvar Değişikliklerinin Hesaplanması	Shirkhan Amikishiyev
17:53 - 18:01	COVID-19-İlişkili Makrofaj Aktivasyon Sendromlu Hastalarda Anakirna Tedavisine Yanıtı Öngörebilecek Bulguların Araştırılması	Shirkhan Amikishiyev
18:01 - 18:09	Biyolojik tedaviler romatoid artritte covid enfeksiyonunu etkiliyor mu?	Özlem Pehlivan
18:09 - 18:17	Renal Transplant Alıcılarında AA Amiloidoz Nüksünü Saptamada Non-invazif Bir Yöntem Olarak Transient Elastografi (Fibroscan)	Murat Bektaş
18:17 - 18:25	Covid-19 Pandemisi Sirasında Romatolojik Hastalıklarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Faktörler	Ahmet Kivanç Cengiz
18:25 - 18:33	Sistemik skleroz hastalarında COVID-19 enfeksiyonu sıklığı ve seyri: tek merkez deneyimi	Numune Aliyeva
18:33 - 18:41	Biyolojik Tedavi Kullanan Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında COVID-19 Seyri: Tek Merkez Deneyimi	Numune Aliyeva
18:41 - 18:49	Rituximab kullanan Romatoid Artrit hastalarında hipogamaglobulinemi gelişimi daha iyi tedavi yanıtı ile ilişkili midir?	Gözde Emine Aydemir Gülöksüz
18:49 - 18:57	Behçet Sempozyumuna Katılan Hastalar Genel Hasta Popülasyonunu Temsil Ediyor Mu?	Sitki Safa Taffan
18:57 - 19:05	Tersiyer bir merkezde sistemik skleroz tanılı hastaların takipten çıkma sıklığının retrospektif değerlendirilmesi	Fatma Pala
19:05 - 19:13	Ailesel Akdeniz Ateşi hastalarında psöriazis ve diğer cilt lezyonlarının değerlendirilmesi	Sema Kaymaz Tahra
19:13 - 19:21	Behçet hastalığında santral sinir sistemi tutulumu; 55 hastanın retrospektif değerlendirilmesi	Reşit Yıldırım

30 Ekim 2021, Cumartesi

SALON A		
08:30 - 10:00	Oturum Başlığı:	Kristal Artritleri
	Moderatörler:	Eftal Yücel, İzzet Fresko
08:30 - 08:50	Kadınlarda gut hastalığı: Farklı neler var?	İzzet Fresko
08:50 - 09:20	Gut tedavisine yeni yaklaşımlar	Fernando-Perez Ruiz
09:20 - 10:00	Soru - Cevap	
10:00 - 10:30	KAHVE MOLASI	
10:30 - 12:00	Oturum Başlığı:	İnflamasyon ve Osteoporoz / steroide bağlı osteoporoz (tanı, takip, tedavi)
	Moderatörler:	Nurdan Kótevođlu, Hakan Emmungil
10:30 - 10:50	Osteoporoz: Kemik mineral yoğunluğu ölçümleri ve biyogöstergelerle tedavi planlama ve izlem	Eftal Yücel
10:50 - 11:10	Osteoporoz Tedavisinde Kemik Nekrozu ve Atipik Kırıklar	Dilşad Sindel
11:10 - 11:30	Glukokortikoidlere Bağlı Osteoporoz	Nurdan Gül
11:30 - 12:00	Soru - Cevap	
12:00 - 12:15	ARA	
12:15 - 13:00	Uydu Sempozyumu - 4 (Boehringer Ingelheim) Paradigmalarda Değişim Zamanı Moderatör: Murat İnanç Konuşmacılar: Gülfer Okumuş, Gülen Hatemi	
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00 - 15:30	Oturum Başlığı:	Pediyatrik Romatoloji
	Moderatörler:	Özgür Kasapçopur, Nuray Aktay Ayaz, Seza Özen
14:00 - 14:20	Monogenik Lupus'tan Jüvenil Sistemik Lupus Eritematosusa Uzanan Yolculuk	Sezgin şahin
14:20 - 14:40	Çocuk Romatoloji'de Biyobenzerler	Mustafa Çakan
14:40 - 15:00	Vaskülit ile süregelen Otoenflamatuvar hastalıklar	Özge Başaran
15:00 - 15:30	Soru - Cevap	

30 Ekim 2021, Cumartesi

15:30 - 16:00	KAHVE MOLASI	
16:00 - 17:30	Oturum Başlığı:	Akılcı İlaç Kullanımı
	Moderatörler:	Didem Arslan, Süleyman Özbek
16:00 - 16:20	Biyolojik ilaçlarda güvenlik güncellemesi	Süleyman Özbek
16:20 - 16:40	Jak inhibitörlerinde güvenlik güncellemesi	Servet Akar
16:40 - 17:00	İmmünsüpresif hastalarda aşılama	Fulya Coşan
17:00 - 17:30	Soru - Cevap	
17:30 - 17:40	ARA	
17:40 - 19:00	Oturum Başlığı:	COVID-19 Oturumu
	Moderatörler:	Ahmet Omma, Levent Kılıç
17:40 - 18:00	MAS (Makrofaj Aktivasyon Sendromu)	Orhan Küçükşahin
18:00 - 18:20	MIS-C (Çocuklarda Multisistem İnflamatuvar Sendrom)	Kenan Barut
18:20 - 18:40	COVID-19 Aşları ve Romatizmal Hastalıklar	Mehmet Soy
18:40 - 19:00	Soru - Cevap	
19:00 - 19:15	Kapanış	



Romatolojide Hedef 2021 Sempozyumu Bildiri Özetleri

Sözlü Sunumlar

(SS-01 — SS-12)

SS-01

Renal transplant alıcılarında AA amiloidoz nüksünü saptamada non-invazif bir yöntem olarak transient elastografi (fibroscan)

Murat Bektaş¹, Ahmet Burak Dirim², Bilger Çavuş³, Selma Sarı¹, Volkan Şenkal³, Besim Fazıl Ağargün⁴, Nevzat Koca¹, Burak İnce¹, Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Halil Yazıcı², Fatih Beşışık³, Ahmet Gül¹

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

²*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul*

³*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul*

⁴*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Amiloidozda organ tutulumunun non-invaziv yöntemlerle gösterilmesi, özellikle karaciğer, böbrek ve kalp gibi kanama riski yüksek olan organlar için önemlidir. Fibroscan karaciğer sertliğini ölçmede kullanılan non-invazif bir tanı yöntemidir. **Amaç:** Bu kesitsel çalışmada renal transplant alıcılarında (RTA) AA amiloidoz nüksünün belirlenmesinde fibroscan'ın kullanılabilirliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya AA amiloidozla bağlı RTA (amiloidoz grubu; AG) ve amiloidoz dışı nedenlerle-RTA (kontrol grubu; KG) hastaları dahil edildi. Böbrek Sertliği (BS) ve Karaciğer Sertliği (KS) maskelenmiş, fibroscan deneyimli bir gastroenterolog tarafından

ölçüldü. Sertlik sonuçları kilopaskal (kPa) ile ifade edildi. **Bulgular:** Çalışmaya 19 AG ve 16 KG hastası dahil edildi. Demografik özellikler, donör tipi, donör cinsiyeti ve donör yaşı, rejeksiyon öyküsü ve greft kaybı iki grupta benzerdi. Diabetes mellitus, medyan kreatinin ve proteinüri düzeyi KG'de daha fazlaydı. Medyan BS ve KS arasında iki grupta anlamlı fark saptanmadı. Rekürren (n=6) amiloidozu olanlarda, non-rekürren AG hastalarına (n=13) kıyasla medyan BS daha yüksekti (p<0,001). Medyan KS iki grup arasında benzerdi (p=0,4). Çok değişkenli analizde, amiloidoz nüksü ile yalnızca BS ilişkiliydi (p=0,031; OR:1,18). ROC analizinde, BS'de eşik değeri 24,55 kPa ile duyarlılık %83,3, özgüllük %92,3, LR 10,8 olarak saptandı (AUC=0,936). Medyan BS, hem AG hem de KG'li hastalara kıyasla rejeksiyon öyküsü olan hastalarda sayısal olarak yüksek olsa da anlamlılığa erişmedi (sırasıyla p=0,4 ve p=0,4). KS iki grup arasında benzerdi. Çok değişkenli analizde rejeksiyon hiçbir parametre ile ilişkili bulunmadı. Ailevi Akdeniz Ateşi ilişkili AA'ı hastalarda medyan BS, bir MEFV varyanta sahip olanlarda iki varyanta göre daha yüksekti ve M694V homozigot ile karşılaştırıldığında diğer MEFV varyantlarında daha yüksek olma eğilimindeydi (sırasıyla p=0,027 ve p=0,08).

Sonuç: Fibroscan ile transplant böbreklerde bakılan medyan BS değerleri amiloidoz ve başka nedenlerle transplantasyon yapılan kontrol gruplarında benzerdi. Ancak amiloidozu nükseden hastalarda, nüksmeyenlerden BS değerleri daha yüksekti. Bu nedenle fibroscan taramasının AA amiloidoz nedeniyle RTA'li hastalarda amiloidoz nüksünü takipte yararlı bir yöntem olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: AA amiloidoz, fibroscan, FMF

Tablo 1. Amiloidoz ve kontrol hastalarının klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

Değişkenler	Amiloidoz (n=19)	Kontrol grup (n=16)	p değeri
Yaş (yıl), medyan (IQR)	48 (22)	51 (11)	0,4
Cinsiyet, erkek; (n, %)	13 (68,4)	11 (68,8)	1
Hastalık süresi (ay), medyan (IQR)	206 (89)	145 (133)	0,04
Renal tx süresi (ay), medyan (IQR)	145 (137)	126 (77)	0,5
Donör yaşı (yıl), medyan (IQR)	46 (20)	56 (28)	0,3
Donör tipi, canlı (n, %)	12 (92,3)	11 (68,8)	0,2
BKI, medyan (IQR)	24,9 (1,2)	28 (5,75)	0,4
DM (n, %)	0	5 (31,3)	0,013 (OR: 6,9)
Böbrek sertliği (kPa), medyan (IQR)	15,8 (15,8)	19,8 (34)	0,46
Karaciğer sertliği (kPa), medyan (IQR)	5,45 (2,8)	6,1 (4,5)	0,9
Rejeksiyon öyküsü, (n, %)	3 (15,8)	5 (33,3)	0,4
Graft kaybı (n, %)	0	2 (13,3)	0,18
kreatinin (mg/dL), medyan (IQR)	1,4 (0,6)	1,95 (1,8)	0,015
Proteinüri (mg/dL), medyan (IQR)	0,4 (1,2)	0,9 (2,4)	<0,001

IQR: Interquartile range, FMF: Familial mediterranean fever, BKI: Beden kitle indeksi, kPa: kilopascal, tx: transplantasyon

Tablo 2. Amiloidoz nüksü olan ve olmayanların klinik ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Nüksmeyen (n=13)	Nükseden (n=6)	p değeri
Yaş (yıl), medyan (IQR)	47 (17)	50 (27)	1
Amiloidoz süresi (ay), medyan (IQR)	220 (99)	163 (203)	0,08
FMF başlangıç yaşı (yıl), medyan (IQR)	6 (2)	5 (6)	0,3
FMF süresi (yıl), medyan (IQR)	41 (14)	45 (24)	0,6
Amiloidoz tanı yaşı (yıl), medyan (IQR)	27,5 (17)	28 (20)	1
Renal tx süresi (ay), medyan (IQR)	144 (110)	123 (50)	0,7
Donör yaşı (yıl), medyan (IQR)	46 (38)	46 (15)	0,8
Donör cinsiyeti, erkek (n, %)	4 (30,8)	1 (16,7)	0,037 (OR: 6,6)
Donör tipi, canlı (n, %)	6 (85,7)	6 (100)	1
Cinsiyet, erkek;(n, %)	9 (69,2)	4 (66,7)	1
Böbrek sertliği (kPa), medyan (IQR)	10,9 (7,7)	29,3 (18,9)	<0,001
Karaciğer sertliği (kPa), medyan (IQR)	5,4 (2,7)	5,9 (8,9)	0,4
Rejeksiyon öyküsü, (n, %)	2 (15,4)	1 (16,7)	1
kreatinin (mg/dL), medyan (IQR)	1,4 (0,7)	1,7 (0,5)	0,24
BKI, medyan (IQR)	25,3 (3,9)	24,7 (4,4)	0,3

IQR: Interquartile range, FMF: Familial mediterranean fever, BKI: Beden kitle indeksi, kPa: kilopascal, tx: transplantasyon

SS-02

Behçet sempozyumuna katılan hastalar genel hasta popülasyonunu temsil ediyor mu?

Sıtkı Safa Taflan, Sinem Nihal Esatoğlu, Yeşim Özgüler, Berna Yurttaş, Melike Melikoğlu, Gülen Hatemi

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

Amaç: Klinik çalışma tasarımına hasta katılımı giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Outcome Measures in Rheumatology

(OMERACT) ve British Medical Journal, çalışmalarının tasarlanması, hastalık yönetimi, sonuç ölçütlerinin ve ölçüm araçlarının geliştirilmesi gibi konularda hastaların katılımını gerekli görmekte ve teşvik etmektedir. Diğer yandan, bu süreçlere katılan hastaların genel hasta popülasyonunu temsil ettiğinden emin olmak, heterojen fenotipli sistemik enflamatuvar hastalıklar için zor olabilmektedir. Bu çalışmada, Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Sempozyumu'na katılan Behçet sendromu (BS) hastalarının kliniğe başvuran genel hasta popülasyonunu temsil edip etmediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 21 Şubat 2020'de İstanbul'da gerçekleşen Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Sempozyumu sırasında sempozyuma katılan

104 BS hastasına (Toplantı grubu) anket uygulandı. Kongreye afişler, web sitesi ve sosyal medya üzerinden yapılan duyurularla hastalar davet edilmişti. Hastalar anket sorularını keypadler aracılığı ile yanıtladı. Anket yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalık süresi, BS semptomları ve tedavisiyle ilgili 21 sorudan oluşmaktaydı. Aynı anket romatoloji polikliniğimize rutin kontrolleri için başvuran 97 hastaya (Klinik grubu) da uygulandı. Grupların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Hasta gruplarının demografik ve hastalık özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Gruplar cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzerlik göstermekteydi. Her iki grupta erkek hasta sayısı daha fazla olup bu durumun erkeklerde BS’nin daha şiddetli seyretmesi ile ilişkili olduğu düşünüldü. Toplantı grubunda 40 yaş üstü ve hastalık süresi 20 yıldan fazla olan hasta sayısı anlamlı olarak daha yüksekti. Klinik grupta iş sahibi hasta sayısı daha fazla olmasına rağmen, her 2 grup arasındaki bu fark anlamlı değildi. Merkezi sinir sistemi tutulumu, vasküler tutulum, genital ülserler, eritema nodozum ve artrit, toplantı grubunda klinik gruba göre anlamlı derecede daha sıkı. Göz tutulumu, gastrointestinal tutulum ve papülopüstüler lezyonların sıklığı ise iki grupta benzerdi. Toplantı grubunda klinik gruba göre siklofosfamid kullanımı anlamlı derecede daha sıkı.

Sonuç: Toplantı grubundaki hastalar klinik gruba göre daha şiddetli hastalığa sahipti. Diğer yandan tutulumların dağılımı açısından bakıldığında toplantı grubunun klinik grubu yeterli düzeyde temsil ettiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Behçet, çalışma tasarımı, anket

Tablo 1. Demografi, klinik özellikler ve tedaviler

Özellikler	Toplantı Grubu (n=104) (n/N, %)	Klinik Grubu (n=97) (n, %)	p
Cinsiyet			
Kadın	43/97 (41)	35 (36)	0,30
Yaş			
<20	1/95 (1)	3 (3)	0,026*
20-30	6/95 (5)	15 (15)	0,026*
30-40	27/95 (25)	36 (37)	0,026*
>40	61/95 (59)	43 (45)	0,026*
Eğitim durumu (mezuniyet)			
İlkokul	39/101 (38)	41 (42)	0,142
Ortaokul	15/101 (16)	12 (13)	0,142
Lise	23/101 (22)	31 (32)	0,142
Üniversite	24/101 (24)	12 (13)	0,142
Herhangi bir mesleği olan hastalar	49/101 (49)	55 (57)	0,26
Hastalık süresi (yıl)			
<5	13/98 (13)	27 (28)	0,03*
5 - 10 yıl arası	12/98 (12)	18 (19)	0,03*
10 - 20 yıl arası	31/98 (32)	32 (33)	0,03*
20 yıldan fazla	42/98 (43)	20 (20)	0,03*
Düzenli kontrole gelen hastalar	90/101 (89)	86 (89)	1
Yalnızca mukokutanöz tutulum	11/99 (11)	14 (14)	0,53

Tablo 1. continued

Herhangi bir majör organ tutulumu olan hastalar	88/99 (89)	83 (86)	0,53
BS bulguları			
Oral aftöz ülser	88/97 (91)	94 (97)	0,13
Genital ülser	86/104 (83)	68 (70)	0,045
Eritema nodosum	77/103 (75)	47 (48)	0,0003
Papülopüstüler lezyonlar	69/103 (67)	75 (77)	0,09
Artrit	78/102 (77)	46 (47)	<0,0001
Göz tutulumu	51/103 (50)	53 (55)	0,48
Vasküler tutulum	42/98 (43)	25 (26)	0,036
SSS tutulumu	14/103 (14)	2 (2)	0,016
GIS tutulumu	14/97 (14)	6 (6)	0,10
Tedavi			
Prednizolon			
Hala kullanan	30/104 (29)	34 (35)	0,37
Daha önce kullanmış olan	88/104 (85)	72 (74)	0,08
Kolşisin			
Hala kullanan	43/100 (43)	46 (47)	0,57
Daha önce kullanmış olan	86/100 (86)	74 (76)	0,10
AZA			
Hala kullanan	45/100 (45)	41 (42)	0,77
Daha önce kullanmış olan	81/100 (81)	74 (76)	0,49
CYC			
Hala kullanan	1/96 (1)	0 (0)	AO
Daha önce kullanmış olan	16/96 (17)	7 (7)	0,048
bDMARDs			
Hala kullanan	20/101 (20)	26 (27)	0,31
Daha önce kullanmış olan	28/101 (28)	32 (33)	0,44

*Bonferroni düzeltmesi ile ayarlanan p değerleri <0,001dir. BS: Behçet sendromu, SSS: Santral sinir sistemi, GI: Gastrointestinal, AZA: Azatiopurin, CYC: Siklofosfamid; bDMARDs: Biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar; AO: anlamlı olmayan

SS-03

Biyolojik tedaviler romatoid artritte COVID enfeksiyonunu etkiliyor mu?

Özlem Pehlivan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) “biyolojik hastalık modifiye edici/hedefe yönelik sentetik antiromatizmal ilaçlar” (b/ts DMARD) tedavi algoritmalarında ana rol oynarlar ve potansiyel olarak COVID enfeksiyon riskini artırabilir. Aynı zamanda biyolojik tedaviler COVID enfeksiyonu sırasında kontrolsüz olarak artan immün yanıtını azaltarak potansiyel koruyucu bir etkiye sahip olabilir. Biz b/tsDMARD tedavi alan RA’lı hastaların COVID-19 enfeksiyonu seyri ve insidansını, b/tsDMARD almayan hastalarla karşılaştırmak ve RA’da kullanılan biyolojik tedavinin COVID enfeksiyonuna etkisine bakmayı planladık.

Yöntem: Haziran 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran b/tsDMARD alan ACR kriterlerine göre RA tanılı tüm hastalar (Biyolojik grup: BG) (n=119) dahil edildi. Kontrol grubu (KG) olarak son üç ayda romatoloji polikliniğine başvuran b/tsDMARD almayan tüm RA tanılı hastalar (n=106) alındı. Toplam 225 hastanın gözlemsel çalışması gerçekleştirildi. COVID-19 enfeksiyonu klinik semptomları ve tedavileri sorgulandı. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, ki-kare ve multinomial lojistik regresyon analizi testleri kullanıldı.

Bulgular: BG (n=119) hastanın 69'u (%58) tümör nekrozis faktör inhibitörü (TNFi), 20 tanesi (%16,8) JAK inhibitörü tofasitinib, 21 tanesi (%17,6) rituximab ve 9 tanesi (%7,6) tosilizumab kullanıyordu. TNFi kullanan 69 hastanın 23'ü etanercept, 21'i adalimumab, 9'u golimumab, 16'sı sertolizumab kullanıyordu. Elli iki hasta (%23) SARS-CoV-2 ile enfekte saptandı. COVID enfeksiyonu BG'da KG'den anlamlı olarak düşük saptandı. (%16 vs %31, sırasıyla) (p<0,011). Hastane yatışında BG ve KG arasında fark saptanmamıştır (p>0,05). BG ve KG arasında yaş, cins ve komorbiditeler arasında fark saptanmamıştır. COVID-19 hastalık semptomları ve aldığı tedaviler arasında BG ve KG arasında fark saptanmamıştır. Biyolojik ilaç türleri ile yapılan multinomial regresyon analizi Tablo 1'de gösterilmiştir. COVID-19 negatif hastaların pozitiflerle karşılaştırılmasında COVID-19 negatif hastaların TNFi (OR: 2,66; %95 CI: 1,215-5,855; p=0,014) kullanımının yüksek olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda b/tsDMARD kullanan grupta COVID enfeksiyonu sıklığının daha az olduğunu tespit ettik ve bu etkinin b/tsDMARD'lar arasında TNFi ile ilişkili olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, romatoid artrit, tümör nekrozis faktör inhibitörü

Tablo 1. Biyolojik ilaç türleri için multinomial regresyon analizi

		OR	%95 CI	p
TNF inhibitörleri	COVID-19 (-)	2,667	1,215-5,855	<0,001 0,014
	COVID-19 (+)			
JAKinhibitörü	COVID-19 (-)	2,562	0,702-9,347	<0,001 0,154
	COVID-19 (+)			
Rituximab	COVID-19 (-)	1,447	0,489-4,281	<0,001 0,50
	COVID-19 (+)			
IL-6 inhibitörü	COVID-19 (-)	3,616	0,434-30,103	<0,001 0,23
	COVID-19 (+)			

*Referans grup: Kontrol grup

SS-04

Tersiyer bir merkezde sistemik skleroz tanılı hastaların takipten çıkma sıklığının retrospektif değerlendirilmesi

Fatma Pala¹, Belkis Nihan Coşkun², Nihal Lermi²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Sistemik skleroz (SSc), deri, damarlar ve çeşitli iç organları etkileyen, yaygın fibrozis ile karakterize, önemli morbidite ve mortaliteye sahip, nadir görülen kronik otoimmün enflamatuvar bir hastalıktır. Ülkemizde bu tür hastaların çoğu ikinci veya üçüncü basamak sağlık merkezlerinde tedavi edilmektedir. Üçüncü basamak bir sağlık merkezi olan üniversite hastanemizde günlük uygulamadaki gözlemlerimiz, önemli sayıda romatizma hastasının takipten çıktığını göstermektedir.

Amaç: SSc tanısı olan hastalarımızın izlemiden çıkma sıklığını ve nedenlerini belirlemek, böylece hastaların daha iyi takip ve tedavisinin sağlanması için yapılması gerekenleri öngörmeyi hedefliyoruz.

Yöntem: Hastanemizde Ocak 2010 - Aralık 2015 tarihleri arasında SSc tanısı alan veya SSc tanısı ile romatoloji polikliniğimize başvuru yapan 128 hasta değerlendirmeye alındı. Mart 2020 tarihine kadar olan hasta dosyaları retrospektif incelenerek, kontrol muayenelerine gelmeyen hastalar telefonla arandı. Çalışmanın amacı anlatılarak onam alındıktan sonra hastalara neden kontrollerine gelmedikleri soruldu.

Bulgular: Hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. 2010-2015 yılları arasında polikliniğimize başvuran SSc tanılı 128 hastadan Mart 2020 ye kadar olan süreçte takipten çıkan hasta sayısı 60 (%46,9) idi. Bu hastalardan 40'nın (%66,6) eksitus olması hastaların kontrole gelmemelerinin en sık sebebi olarak tespit edildi. Telefonla ulaşılan 20 hastadan (%33,3) 9'unun (%15) başka bir merkezde takip edildiği, 2'sinin (%3,3) yakınması olmadığı, 3'ünün (%5) aldığı tedaviden memnun olmadığı ve 5'inin (%8,3) ise takip gerekliliğinin farkında olmadığı için kontrole gelmediği öğrenildi. Telefonla ulaşılamayan hasta sayısı 6 (%10) olup çoğunun (%83) en az beş kez kontrole geldiği görüldü.

Sonuç: SSc hastalarının yaklaşık yarısının kontrollerine devam etmediği, bunların önemli bir kısmının hayatını kaybettiği için takipten çıktığı görülse de, tedaviden memnun olmayan, yakınması olmadığı için ve takip gerekliliğinin farkında olmadığı için kontrole gelmeyen hastaların varlığı takipten çıkma eğiliminde olan hastaların erken teşhisi ve bilgilendirilmesinin önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta bilgilendirme, sistemik skleroz, takipten çıkma

Tablo 1.

Demografik özellikler (n=128)	
Cinsiyet (kadın: n %)	113 (%88,3)
Yaş [medyan (min-maks)]	57 (24-88)
Hastalık Özellikleri:	
Ek romatizmal hastalık varlığı (n, %)	18 (%14,1)
Sjogren (n, %)	16 (%12,5)
SLE (n, %)	2 (%1,6)
RA (n, %)	2 (%1,6)
Sjogren + SLE (n, %)	2 (%1,6)
Sistemik tutulum (n, %)	116 (%90,6)
Deri tutulumu (n, %)	70 (%54,7)
Akciğer tutulumu (n, %)	87 (%68,0)
Kardiyak tutulum (n, %)	21 (%16,4)
GIS tutulumu (n, %)	23 (%17,9)
Renal tutulum (n, %)	2 (%1,5)
Rutin kontrole gelen:	
Hasta sayısı (n, %)	68 (%53,1)
İlaç uyumu (n, %)	59 (%86,7)
Sadece oral tedavi alanlar (n, %)	12 (%17,7)
Oral + iv tedavi alanlar (n, %)	56 (%82,3)
Rutin kontrole gelmeyen:	
Hasta sayısı (n, %)	60 (%46,9)
Sadece oral tedavi alanlar (n, %)	16 (%26,6)
Oral + iv tedavi alanlar (n, %)	44 (%73,4)
Eks olan (n, %)	40 (%66,6)
Dış merkeze giden (şehir içi,şehir dışı, (n, %)	6,3 (%10-%5)
Yakınması olmayan (n, %)	2 (%3,3)
Tedaviden memnun olmayan (n, %)	3 (%5)
Takip gerekliliğinin farkında olmayan (n, %)	5 (%8,3)
Ulaşılamayan hasta sayısı (n, %)	6 (%10)
Ulaşılamayan hastaların kontrol sayısı [1,1-5,5 den fazla (n, %)]	0,1,5 (%0-%1,6-%83,3)

SLE: Sistemik lupus eritematozus, RA: Romatoid artrit, iv: intravenöz

SS-05

Ailesel Akdeniz Ateşi hastalarında psöriazis ve diğer deri lezyonlarının değerlendirilmesi

Sema Kaymaz Tahra¹, Züleyha Özgen², Fatma Alibaz Öner³, Tülin Ergun², Haner Direkseneli³

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Başta erizipel-benzeri eritem olmak üzere bazı deri lezyonları Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ile ilişkilendirilmiştir. AAA ile benzer olarak nötrofillerin uyarıldığı psöriazisin toplumda %1-2 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir. Psöriazisin de AAA birlikteliği olabileceği ile ilgili veriler olmakla birlikte bu konuda sınırlı

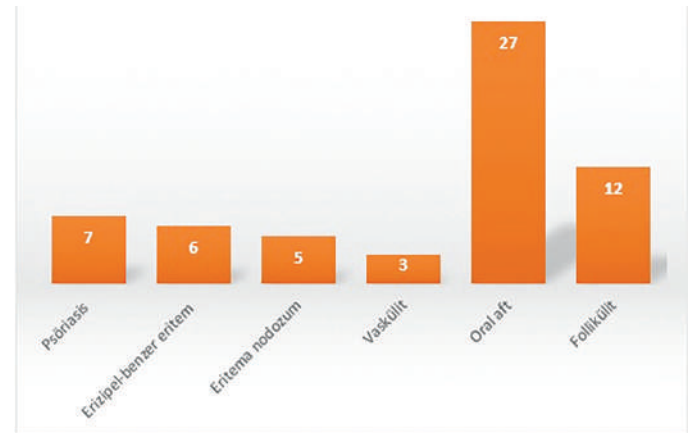
veri bulunmaktadır. Bu çalışmada AAA tanılı hastalarda görülen psöriazis ve diğer deri lezyonlarının sıklığının ve çeşitliliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya AAA tanısı ile takip edilmekte olan 98 hasta ardışık olarak dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri, ek hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, aile anamnezi incelendi. Deri bulguları Dermatoloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Muayenede veya anamnezde saptanan psöriazis, erizipel benzeri lezyon, eritema nodosum, oral aft, vaskülitik lezyonlar kaydedildi. Ayrıca AAA hastalarında Uluslararası Skorlama Sistemi (ISSF) kullanılarak hastalık şiddeti ve Otoenflamatuvar Hastalık Hasar İndeksi (ADDI) kullanılarak hasar değerlendirilmesi yapıldı

Bulgular: Toplam 98 (E/K: 34/64, yaş 36,6±10,5) hasta dahil edildi. Hastaların tamamı kolşisin kullanmakta iken 15 (%15) hasta ek olarak antiIL-1 kullanımı mevcut idi. Dermatolojik değerlendirmede psöriazis 7 (%7) hastada görüldü. Onaltı (%16) hastada ailede psöriazis öyküsü mevcuttu. Ayrıca 6 (%6) hastada erizipel benzeri eritem, 5 (%5) hastada eritema nodosum, 27 (%28) hastada oral aft, 3 (%3) hastada vaskülit, 12 (%12) hastada follikülit saptandı. ISSF skoruna göre hastalık şiddeti 25 (%26) hastada hafif, 61 (%62) hastada orta, 12 (%12) hastada şiddetli olarak değerlendirildi. Median hasar skoru 1 (0-8) idi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre AAA hastalarında psöriazis sıklığı genel topluma göre daha yüksek saptanmıştır. Bu nedenle izlemde psöriazis başta olmak üzere AAA ile birlikte görülebilecek deri lezyonları açısından değerlendirme önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, psöriazis, deri



Şekil 1. AAA hastalarında saptanan deri bulguları

Tablo 1. AAA hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Yaş, mean ± SD	36,6±10,5
Cinsiyet (E/K)	34/64
Hastalık süresi (ay), mean ± SD	210±118
ESH, mean ± SD	20,6±14,4
CRP, mean ± SD	5,6±4,7
VKI, mean ± SD	24±4,4
Bel çevresi, mean ± SD	89,5±13,4

ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı CRP: C-reaktif protein VKİ: Vücut kitle indeksi

COVID-19 ilişkili makrofaj aktivasyon sendromunda dinamik laboratuvar değışikliklerinin hesaplanması

Mehmet Güven Günver¹, Shirkhan Amikishiyev²

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul*

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

Giriş: COVID-19 seyrinde gelişebilen hiperenflamatuvar yanıtın makrofaj aktivasyonu sendromuna (MAS) neden olduğu bilinmektedir. Bu sunumda merkezimiz tarafından geliştirilen yeni COVID-19-ilişkili MAS kriterlerinin ayırt ettirici bulguları saptamak amacıyla kullanılan istatistik yöntemlerin açıklanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kriter geliştirmek için Mart-Eylül 2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısıyla yatırılan hastaların verileri keşif grubu olarak kullanıldı. Hastalar araştırmaclar tarafından MAS tanısıyla anti-sitokin verilenler ve MAS olmayanlar diye gruplandı. MAS grubu tanısı “kesin” ve “sınırdan olanlar” diye ayrıldı. Yatışlarının ilk 14 gününe ait MAS açısından anlamlı kabul edilen parametrelere ait veriler sistemden çekildi. Verilerin günlük değışim grafikleri oluşturuldu. MAS ve MAS olmayan grubun farklılaştığı parametreler günlere göre değerlendirildi. İkinci adımda iki grubun farklılaştığı gün esas alınarak, tüm parametrelerin başlangıca oranla günlük değışim dinamikleri hesaplandı, ROC analizi ile ayırt ettirici eşik değeri bulundu ve bu değeri optimize edildi. Üçüncü adımda belirlenen eşik değeri üstünde olan her parametreye verilecek puanlar belirlendi ve puanların toplamından MAS skoru hesaplandı. Seçilen parametrelerle oluşturulan kriterlerin belirli skorlarla duyarlılık ve özgüllükleri hesaplandı. Eylül-Aralık 2020 arasında takip edilen bağımsız bir grup hastanın verileri doğrulama grubu olarak kullanıldı.

Bulgular: Yatırılan 769 hastadan 77’si kesin, 83’ü sınırdan MAS olarak değerlendirildi. MAS olan ve olmayan hastaların yatışın

6. günü civarında farklılaştığı saptandı. Seçilen parametrelerde en belirgin dinamik değışikliğin ferritin değeri olduğu görüldü ve MAS geliştiren grupta 6. günde ferritin değeri başlangıca göre 2 kat, D-dimer için 1,5 kat artış olduğu saptandı (Figür 1). Tablo 1’de verilen 12 parametreyle COVID-19 ilişkili MAS kriterleri oluşturuldu. Yatışın 5-6. gününde MAS skorunun 45 olmasının %79,6 duyarlılık ve %81,3 özgüllüğe ulaştığı, “60” skorunun özgüllüğünün %94,6 olurken, duyarlılığın %40,8’e azaldığı görüldü. Hastaların hepsinin steroid aldığı doğrulama grubunda (n=162) da MAS için %80,3 duyarlılık sağlarken, özgüllüğün %47-66 düzeylerine azaldığı görüldü.

Sonuç: COVID-19-ilişkili MAS için geliştirdiğimiz kriterlerde olduğu gibi ardışık günlerde yapılan ölçümlerde önemli parametrelerde gözlenen dinamik değışikliklerin kesitsel ölçümlere göre daha anlamlı veriler vermesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyonu sendromu (MAS)

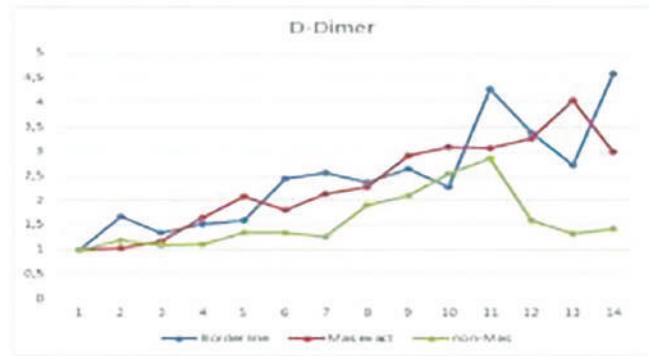
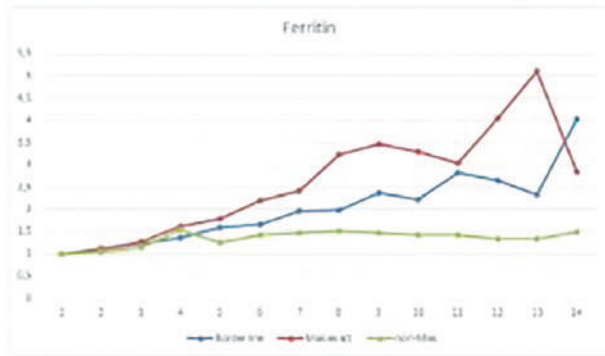
Tablo 1. COVID-19 - ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu için geliştirilen öncü kriterler

1. Ateş (>37.0 °C)
2. Ferritin konsantrasyonu > 550 ng/ml
3. Hastalık başlangıcından 7 gün içinde ferritin konsantrasyonunda 2 kat artış
4. Nötrofil sayısı > 6000 cell/mm³
5. Lenfopeni < 1000 cell/mm³
6. Nötrofil/lenfosit oranı > 6
7. D-dimer konsantrasyonu > 1000 ng/ml
8. Hastalık başlangıcından 7 gün içinde D-dimer düzeyinde %50’den fazla artış
9. CRP konsantrasyonu > 50 mg/L
10. LDH konsantrasyonu > 300 U/L
11. ALT veya AST konsantrasyonu > 50 U/L
12. Prokalsitonin konsantrasyonu < 1.2 ng/ml

Hastane yatışının 5-7. gününde her pozitif parametre için 1 puan verilir

Skor hesaplanır: Toplam puan / 12 x 100

Olası MAS ≥45 ve kesin MAS ≥60



Figür 1. Ferritin ve D-dimer değeriindeki dinamik değışiklikler

COVID-19 pandemisi sırasında romatolojik hastalıklarda ilaç uyumu ve etkileyen faktörler

Serap Pektaş Duygulu¹, Mustafa Emre Duygulu², Burçin Şeyda Çorba³, Ahmet Kıvanç Cengiz⁴

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

²Samsun Çarşamba Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı, Samsun

⁴Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Romatolojik hastalıkların tedavisinde hastaların tedaviye uyumu çok önemlidir. COVID-19 pandemisinin özellikle ilk aylarında hastalarımızın bir kısmının çeşitli kaygılarla tedavilerini aksattıkları bilinmektedir. Çalışmamızda COVID-19 pandemisi sırasında romatolojik hastalıklarda tedavi uyumunu ve bu konuda etkili olabilecek faktörleri incelemeyi amaçladık

Yöntem: COVID-19 pandemisinin Ağustos-Kasım 2020 tarihleri arasındaki dönemde romatoloji polikliniklerimize başvuran, kesinleşmiş romatolojik hastalık tanıları olan 255 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ve pandemi dönemindeki bazı davranış değişiklikleri bir anket aracılığıyla değerlendirildi. Hastaların ilaç uyumlarını etkileyebilecek değişkenlerden hastalık algıları Kısa Hastalık Algısı ölçeğiyle, stres kaynaklarına karşı psikolojik dayanıklılıkları Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeğiyle, COVID-19 ilişkili korkuları COVID-19 Korkusu ölçeğiyle, kaygı düzeyleri STAI ile, sağlık okuryazarlığı düzeyleri Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğiyle, ilaçlar konusundaki düşünceleri ve ilaç uyumları ise İlaçlar Hakkında İnançlar ölçeği ve Morisky İlaç Uyum ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 255 hastanın 89'u erkek, 166'sı kadındı. Hastaların 76'sı ankilozan spondilit, 66'sı romatoid artrit, 35'i psöriatik artrit, 31'i Sjögren sendromu, 28'i Ailevi Akdeniz Ateşi, 19'u Behçet hastalığı tanıları ile izlenmekteydi. Hastalarımızın sadece 147'sinin (%57,6) tedavilerini pandemi öncesinde planlandığı gibi kullanmaya devam ettiği saptandı. Tedaviye uyumu bozulmuş olan hastalarımızın %44,4'ü bunun nedeni olarak ilaçlarla ilgili kaygılarını bildirdi. Hastalarımızın 153'üne pandemi öncesinde biyolojik tedavi başlanmıştı. Bu hastaların %49,7'sinin tedavilerini aksattığı saptandı. Bir yıldan uzun süredir biyolojik tedavi almakta olan, 30-39 yaş arası erkek hastaların pandemi döneminde biyolojik tedavilerini bırakma eğiliminde oldukları saptandı. İlaç uyumu en çok psöriatik artrit hastalarında bozulmuştu. Pandemi sırasında COVID-19 korkusunun ve anksiyetenin en çok Behçet hastalarında olduğu saptandı. Hastalarımızın sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu ve sağlık konusunda temel bilgi edinme kaynaklarının çoğunlukla TV-gazete (%63) olduğu saptandı. Hastalarımızın sadece %12'si sağlık konusunda temel bilgi edinme kaynağının sağlık personeli olduğunu bildirdi.

Sonuç: Pandemi döneminde hastalarımızın ilaç uyumları bozulmuştur. Romatolojik hastalıkları ve kullandıkları tedaviler

konusunda doğru bilgilendirilmeleri, hastaların konuya ilişkin kaygılarını azaltıp tedaviye uyumlarını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, ilaç uyumu, sağlık okuryazarlığı

Tablo 1. Tedavi uyumu ve ölçekler

Ölçekler	Tedavilerine pandemi öncesinde planlandığı gibi devam edenler	Pandemi döneminde tedavi uyumları bozulanlar	p değeri
Kısa hastalık algısı ölçeği (1)	41,78±13,61	40.35±14.44	0,418
Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği (2)	19 (6-28)	20 (8-27)	0,222
Covid-19 korkusu ölçeği (2)	22 (7-35)	22 (7-35)	0,811
STAI durumluluk (2)	38 (28-52)	37 (26-49)	0,228
STAI süreklilik (2)	45 (30-64)	44 (32-64)	0,301
Sağlık okuryazarlığı ölçeği (2)	33,3 (0-50)	32.8 (0-50)	0,753
İlaçlar hakkında inançlar ölçeği-endişe (2)	3,2 (1,8-5)	3,4 (2-5)	0,167
İlaçlar hakkında inançlar ölçeği-gereklilik (2)	4,6 (2,4-5)	4,8 (2,4-5)	0,933
İlaçlar hakkında inançlar ölçeği-aşırı kullanım (2)	2,75 (2-5)	2,75 (2-4,75)	0,967
İlaçlar hakkında inançlar ölçeği-zararlılık (2)	2,75 (1,75-5)	2,75 (1,5-4,5)	0,677

Normal dağılım nümerik değişkenler ortalama ± standart sapma, normal dağılmayan nümerik değişkenler medyan (min-maks) olarak sunulmuştur. 1: Bağımsız gruplar için t testi; 2: Mann-Whitney U testi

SS-08

Behçet hastalığında santral sinir sistemi tutulumu; 55 hastanın retrospektif değerlendirilmesi

Mustafa Dinler, Ayşe Erçin Arslan, Reşit Yıldırım, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) kronik, multisistemik bir hastalıktır ve deri, gastrointestinal sistem kardiyovasküler sistem, santral sinir sistemi (SSS) tutulumu ile kendini gösterebilir. Bu çalışmada amacımız 3. basamak romatoloji kliniğinde takip edilen ve SSS tutulumu olan Behçet hastalarının özelliklerini değerlendirmektir

Yöntem: Romatoloji Bilim Dalı'nda 1998-2021 yılları arasında BH tanısı ile takip edilen 800 hastadan SSS tutulumu olan 55 hastanın demografik, klinik özellikleri ve aldıkları tedaviler değerlendirildi ve mukokütanöz tutulum ile giden Behçet hastaları ile karşılaştırıldı

Bulgular: Hastaların 32'si erkek idi (5%8,2). Nörolojik tutulumu olan 55 hastanın 22'si (%40) izole sinüs ven trombozu (SVT), 25 hasta (%45) izole parankimal tutulum ve 8 hastada (%15) her iki tutulum şekli olduğu tespit edildi. Hastaların 25'inde tanı anında SSS tutulumu mevcuttu. Baş ağrısı en sık başvuru şikayeti olup, bunu nörolojik defisit/hemiparezi ve baş dönmesi takip etmektedir. Parankimal tutulumda en sık subkortikal ve periventriküler tutulum paterni gözlenirken bunu beyin sapı tutulumu izlemektedir (Tablo 1). Aile öyküsü ve derin ven trombozu (DVT) öyküsü olanlarda SVT, sigara öyküsü, eritema nodozum, kardiyak tutulum ve pulmoner tutulumu olanlarda parankimal tutulum sıklığı artmış olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Hastalarda en sık tercih edilen tedavi seçeneği azatioprin olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Her ne kadar beyin sapı tutulumları Behçet tanısı için daha karakteristik olsa da beyaz cevher ve periventriküler tutulum da çok sık görülmektedir. Bu noktada multipl skleroz ile ayırıcı tanı çok önemli bir yer tutmaktadır. Sigara kullanımı, aile öyküsü, eritema nodozum, DVT, kardiyak tutulum ve pulmoner tutulumu olanlarda nörolojik tutulumun görülme sıklığı artmıştır. Bu ilişki Behçet Hastalığı nörolojik tutulumu öngörmede bize yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, parankimal tutulum, sinüs ven trombozu

Tablo 1.

Erkek/Kadın, %	%58,2/%41,8
Tanı yaşı, yıl (Ort ± SS)	32,89±11,1
Sinüs ven trombozu yaşı, yıl (Ort ± SS)	34,5±12
Parankimal tutulum yaşı, yıl (Ort ± SS)	39±13,9
Sigara öyküsü	18/36
Oral aft n (%)	53 (%96)
Genital ülser n (%)	36 (%65)
Osteofoliküler lezyon n (%)	35 (%66)
Eritema nodozum n (%)	17 (%30,9)
Üveit n (%)	16 (%29,1)
Derin ven trombozu n (%)	21 (%38)
Nörolojik tutulum n (%)	
- Sinüs ven trombozu (SVT)	22 (%40)
- Parankimal tutulum	25 (%45)
• Arteriyel	5 (%20)
• Venöz	4 (%16)
• Vaskülitik	11 (%44)
• Trombotik	4 (%16)
- SVT + PARANKİMAL	8 (%14,5)
Nörolojik bulgular n (%)	
- Baş ağrısı	24 (%44)
- Baş dönmesi	9 (%16)
- Hemipleji/hemiparezi/nörolojik defisit	14 (%25)
- Diğer	12
Tutulum bölgesi n (%)	
• Beyaz cevher/periventriküler	21 (%63)
• Diensefalon	5 (%15)
• Pons	8 (%24)
İmmünsüpresyon (birinci basamak) n (%)	
- Steroid	55
- Siklofosfamid	16 (%48)
- Azatioprin	39 (%71)
Antikoagülasyon/Antitrombotik n (%)	
- Warfarin	28 (%51)
- Asetilsalisilik asit	11 (%20)
- Klopidogrel	2
- Düşük molekül ağırlıklı heparin	3

Nörolojik tutulumu olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları

Tablo 2.

	Sinüs ven trombozu	Parankimal	SVT + Parankimal	Mukokutanöz	p
Yaş, yıl	45,2±10,6	52,7±10,1	49,3±16,1	46,9±9,43	0,122
Erkek	12 (%54,5)	16 (64%)	4 (50,0%)	8 (%40,0)	0,462
Kadın	10 (%45,5)	9 (36,0%)	4 (50,0%)	12 (%60,0)	
İlk semptom yaşı	26,5±9,63	28,5±9,91	25,2±11,6	-	0,528
Tanı yaşı	31,0±9,00	34,6±10,9	32,7±17,5	-	0,576
Sigara	6 (%46,2)	11 (%57,9)	1 (%25,0)	-	<0,001
Aile öyküsü	2 (%9,09)	1 (%4,00)	0 (%0)	-	<0,001
HLA-B51	3 (%30,0)	4 (%28,6)	2 (%50,0)	4 (%44,4)	0,938
Paterji	4 (%26,7)	6 (%37,5)	0 (%0)	6 (%35,3)	0,115
Oral aft	22 (%100)	23 (%92,0)	8 (%100)	20 (%100)	0,456
Genital ülser	15 (%68,2)	15 (%60,0)	6 (%75,0)	17 (%85,0)	0,331
Osteofolikül	17 (%81,0)	14 (%58,3)	4 (%50,0)	17 (%85,0)	0,230
Artrit	6 (%27,3)	9 (%36,0)	1 (%12,5)	1 (%5,00)	0,072
Eritema nodosum	6 (%27,3)	9 (%36,0)	2 (%25,0)	-	<0,001
Göz	6 (%27,3)	8 (%32,0)	2 (%25,0)	4 (%20,0)	0,868
DVT	10 (%45,5)	7 (%28,0)	4 (%50,0)	0 (%0)	0,004
GIS	3 (%13,6)	0 (%0)	1 (%12,5)	0 (%0)	0,088
Kardiyak	0 (%0)	2 (%8,00)	0 (%0)	-	<0,001
Pulmoner	1 (%4,55)	4 (%16,0)	1 (%12,5)	-	<0,001
CRP	18,3±23,0	21,3±46,3	42,5±53,9	-	0,945
Sedim	20,7±18,0	36,9±24,5	27,4±29,9	-	0,249

Nörolojik tutulumu olan Behçet hastalarının alt grup veri analizi

Rituximab kullanan romatoid artrit hastalarında hipogamaglobulinemi gelişimi daha iyi tedavi yanıtı ile ilişkili midir?

Gözde Emine Aydemir Gülöksüz¹, Serdar Sezer², Enes Yayla², Bahar Ayşe Keleşoğlu Dinçer³, Aşkın Ateş¹

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

²Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

³Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Rituximab (RTX), Romatoid Artrit (RA) başta olmak üzere birçok otoimmün ve lenfoproliferatif hastalığın tedavisinde kullanılabilen bir monoklonal antikordur. RTX'in, RA tedavisinde kullanılması hem hastalık semptom ve bulgularının kontrolünde hem de uzun dönemde hastalığın yıkıcı etkilerinin önlenmesinde etkilidir. B hücre yüzeyinde eksprese edilen CD20 antijenini hedef alarak CD20 pozitif-B hücre sayısını azaltması başlıca etki mekanizmasıdır. Bu mekanizma ile tekrarlayan RTX tedavileri, immünooglobulin (Ig) düzeylerinde azalmaya neden olabilir. Çalışmamızın amacı, RTX tedavisine bağlı hipogamaglobulinemi gelişiminin daha iyi tedavi yanıtı ile ilgili olup olmadığının araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmamıza Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda, RA tanısı ile takip edilen ve tedavisinde

6 ay ara ile, en az 2 kür RTX almış olan hastalar dahil edildi. Hastaların tamamı >18 yaş ve RA için ACR/EULAR 2010 klasifikasyon kriterlerini karşılıyordu. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 165 hasta dahil edildi. Hastalarda ortalama yaş 56 ve %73,3'ü kadındı. Başlangıç DAS28 (sedim): 5,5 ve median 7 (4-9) kür RTX almışlardı (Tablo 1). Hipogamaglobulinemi gelişen hasta sayısı 35 (%21,2) idi. Sırasıyla IgG, IgM ve IgA düşüklüğü gözlenen hasta sayıları 18 (%10,9), 20 (%12,1) ve 9 (%5,5) idi. Takiplerinde hipogamaglobulinemi gelişen ve gelişmeyen hastalar karşılaştırıldıklarında hastalık aktivite skorları (DAS28-sedim) arasında fark gözlenmezken, akut faz reaktanları (AFR); hipogamaglobulinemi gelişen grupta anlamlı olarak daha düşüktü. IgG düşüklüğü olan hastalarda AFR'ler arasında fark saptanmışken, IgM düşüklüğü olanlarda bu fark gözlenmemiştir (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda hipogamaglobulinemi gelişimi ile tedavi yanıtı arasında DAS28-sedim açısından anlamlı fark bulunmamasına rağmen AFR'lerde ortaya çıkan ılımlı anlamlı yanıt farkı altta yatan subklinik enflamasyonla ilişkili olabilir. Hastaların subklinik aktivitelerinin belirlenmesi açısından ultrason gibi daha duyarlı tetkiklerin kullanılması ek bilgiler sağlayabilir. Ayrıca, IgM düşüklüğü gözlenen hastalarda AFR'ler arasında fark saptanmaması, aktiviteye asıl etkisi olanın IgG düşüklüğü olduğunu düşündürmektedir. Bu açıardan daha kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hipogamaglobulinemi, rituximab, romatoid artrit

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Total (n=165)	RTX öncesi hipogamaglobulinemi yok (n=130)	RTX öncesi hipogamaglobulinemi var (n=35)	p değeri
Yaş, yıl, ortalama (IQR)	56 (48-62,5)	55,8 (47,9-62,5)	56 (49-66,5)	0,430
Kadın cinsiyet, n (%)	121 (73,3)	94 (72,3)	27 (77,1)	0,566
Hastalık süresi, yıl, ortalama (IQR)	9 (4-15)	9 (4-16,5)	10 (4,8-14)	0,590
Seropozitiflik, n (%)	160 (97,6)	128 (98,5)	32 (94,1)	0,190
Globulin düşüklüğü, n (%)	10 (6,1)	3 (2,3)	7 (20)	0,001
CRP yüksekliği, n (%)	149 (90,3)	117 (90)	32 (91,4)	1,000
ESH yüksekliği, n (%)	131 (79,4)	103 (79,2)	28 (80)	0,920
CRP veya ESH yüksekliği, n (%)	157 (95,2)	124 (95,4)	33 (94,3)	0,678
DMARD kullanımı, n (%)	146 (88,5)	117 (90)	29 (82,9)	0,242
DAS28-1, ortalama (IQR)	5,5 (5,4-6)	5,5 (5,4-6)	5,8 (5,4-6,7)	0,203
DAS28-2, ortalama (IQR)	3 (2,2-4)	3 (2,3-5,1)	2,5 (2,1-3,4)	0,101
Hastalık aktivitesi, n (%)				0,382
Remisyon	65 (39,4)	47 (36,2)	18 (51,4)	
Düşük hastalık aktivitesi	41 (24,8)	33 (25,4)	8 (22,9)	
Orta hastalık aktivitesi	23 (13,9)	19 (14,6)	4 (11,4)	
Yüksek hastalık aktivitesi	36 (21,8)	31 (23,8)	5 (14,3)	
Ciddi enf, n (%)	6 (3,6)	3 (2,3)	3 (8,6)	0,110
Ciddi enf, n (%)	7 (4-9)	6 (3-9)	8 (5-13)	0,006

Tablo 2. Hipogamaglobulinemi gelişen ve gelişmeyen hastalarda aktivite parametrelerinin karşılaştırılması

Tedavi sonrası	Hipogamaglobulinemi yok (n=130)	Hipogamaglobulinemi var (n=35)	p değeri
DAS28, ortanca (IQR)	3 (2,3-5,1)	2,5 (2,1-3,4)	0,101
Hastalık aktivitesi, n (%)			0,382
Remisyon	47 (36,2)	18 (51,4)	
Düşük hastalık aktivitesi	33 (25,4)	8 (22,9)	
Orta hastalık aktivitesi	19 (14,6)	4 (11,4)	
Yüksek hastalık aktivitesi	31 (23,8)	5 (14,3)	
CRP, ortanca (IQR)	11,4 (5,1-24,1)	6,8 (3,4-14,3)	0,034
ESH, ortanca (IQR)	22 (12-37,5)	18 (9-26)	0,068
	IgG normal (n=147)	IgG düşük (n=18)	
DAS28, ortanca (IQR)	3 (2,2-4,1)	2,5 (2,1-3,4)	0,230
Hastalık aktivitesi, n (%)			0,523
Remisyon	55 (37,4)	10 (55,6)	
Düşük hastalık aktivitesi	38 (25,9)	3 (16,7)	
Orta hastalık aktivitesi	21 (14,3)	2 (11,1)	
Yüksek hastalık aktivitesi	33 (22,4)	3 (16,7)	
CRP, ortanca (IQR)	11,1 (4,8-22,7)	8,1 (3,3-13,6)	0,131
ESH, ortanca (IQR)	22 (12-35)	13 (6,5-29,5)	0,049
	IgM normal (n=145)	IgM düşük (n=20)	
DAS28, ortanca (IQR)	3 (2,2-4,3)	2,5 (2,1-3,7)	0,395
Hastalık aktivitesi, n (%)			0,713
Remisyon	55 (37,9)	10 (50)	
Düşük hastalık aktivitesi	37 (25,5)	4 (20)	
Orta hastalık aktivitesi	20 (13,8)	3 (15)	
Yüksek hastalık aktivitesi	33 (22,8)	3 (15)	
CRP, ortanca (IQR)	11,1 (4,9-22,7)	6,7 (3,6-14,3)	0,153
ESH, ortanca (IQR)	22 (12-35)	18,5 (9,5-24,5)	0,180

SS-10

COVID-19 ilişkili makrofaj aktivasyon sendromlu hastalarda anakinra tedavisine yanıtı öngörebilecek bulguların araştırılması

Shirkhan Amikishiyev¹, Rabia Deniz², Mehmet Güven Günver³, Sarvan Aghamuradov¹, Nevzat Koca¹, Burak İnce¹, Murat Bektaş¹, Aysenur Yılmaz², Yağmur Cantürk², Görkem Durak⁴, Murat Köse², Mustafa Erelel⁵, Arif Atahan Çağatay⁶, Ahmet Gül¹

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

²*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

³*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul*

⁴*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

⁵*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

⁶*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: COVID-19 bir grup hastada makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) bulguları ile hiperenflamatuvar yanıt zemininde morbidite ve mortalitede artışa neden olabilen akut solunum sıkıntısı sendromuna ve çoklu organ yetmezliğine sebep olmaktadır.

Oksijen veya mekanik ventilatör desteği gereken hastalarda glukokortikoidler standart tedavi haline gelmiştir. Tosilizumab ve anakinra gibi hedefe yönelik tedavilerin etkinliği gösterilmekle beraber hangi hasta grubunun bu tedavilerden fayda göreceğini gösterecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yöntem: Mart-Mayıs 2021 arasında hastaneye yatırılmış, COVID-19 ilişkili MAS tanısıyla anakinra almış olan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. MAS tanısı uzman görüşü ile kondu ve daha sonra geliştirmiş olduğumuz kriterlerle doğrulandı. Klinik ve laboratuvar bulguları standart formla kaydedildi. Anakinra dozu hastanın enflamatuvar parametreleriyle oksijen ihtiyacına göre 100-300 mg/gün subkütan veya 400-800 mg/gün intravenöz olarak belirlendi.

Bulgular: 1080 COVID-19 hastasından 218'ine (151 erkek, 67 kadın; ortalama yaş 60,6±15,2) anakinra verildi. Yatış sürecinde 125 (%57,3) hasta serviste takip edilmiş olup, 21 (%9,6) hastada oksijen ihtiyacı olmadı; 69 (%31,6) hasta YBÜ'de takip edildi, 40 hasta entübe edildi ve bu hastalardan 30'u (%13,7) kaybedildi. Bazal değerleri benzer olmakla beraber, anakinra alıp sağkalanlarda başlangıçta prokalsitonin daha düşüktü, ölen hastalarda da CRP, ferritin, D-dimer ve LDH düzeyleri daha yüksekti (Tablo 1 ve Tablo 2). Ölen hastalarda anakinraya CRP, ferritin, D-dimer ve LDH değerlerinde anlamlı bir yanıt yoktu ve mortalite gelişen günde daha yüksek ferritin

düzeyleriyle 2 kat artmış D-dimer değerleri görüldü. Ölen hastalardaki prokalsitonin, troponin ve transaminaz düzeylerinde artışta ikincil enfeksiyonların da katkısının olabileceği düşünüldü. **Sonuç:** COVID-19 ilişkili MAS tedavisinde anti-sitokin tedavilerin sonucunu değerlendirebilecek laboratuvar parametrelerine acil ihtiyaç vardır. Verilerimiz yatan hastalarda erken başlanan anakinra tedavisine yanıtın daha iyi olduğunu göstermektedir ve tedavi sonrası CRP, ferritin, D-dimer düzeylerinde azalma ile lenfosit

düzeylerinde artış tedaviye olumlu yanıtla ilişkili bulunmuştur. Anakinra tedavisine rağmen artan D-dimer ve troponin değerleri kötü seyirle ilişkili olup, ölen hastalarda bu tedaviye rağmen engellenemeyen kardiyovasküler ve trombotik süreçlerin katkısının olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS)

Tablo 1. Anakinra tedavisi alan hastaların özellikleri

	Sağkalan			Ölen			P değeri
	Bazal	Anakinra başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Anakinra başlangıcı	Ölüm	
Nötrofil	6.8±4.2	7.6±4.1	6.7±2.8	6.7±4.3	9±5.8	9.7±7.3	0.02
Lenfosit	0.7±0.4	0.7±0.4	1.3±0.8	0.7±0.3	0.6±0.3	0.9±0.7	0.06
Monosit	0.4±0.2	0.4±0.2	0.6±0.3	0.4±0.2	0.4±0.3	0.6±0.9	0.03
Trombosit	235±101	293±132	337±139	223±115	255±120	210±148	0.03
Ferritin	1209±1094	1374±1446	775±680	997±1063	1560±1208	2606±6784	0.03
D-dimer	2170±4202	1808±2921	1000±1300	1996±3144	2422±2256	5181±5321	0.002
CRP	115±87	87±70	8±19	154±102	132±91	154±126	0.005
LDH	399±157	396±141	270±84	389±238	450±170	583±567	0.005
ALT	41±33	57±62	84±78	38±29	50±63	112±174	0.004
AST	49±50	49±41	36±27	42±26	50±43	218±458	0.005
Prokalsitonin	0.3±0.7	0.2±0.3	0.2±1.3	0.7±1.5	0.6±0.9	3.6±4.9	0.005
Troponin	24±67	73±599	26±66	40±57	35±47	132±160	0.55
Kreatin kinaz	230±331	139±179	43±43	120±51	166±199	83±35	0.02
Fibrinojen	607±155	601±152	382±122	665±204	660±186	539±164	0.005
Kreatinin	1.2±1	1.1±0.7	1.1±1.1	1.3±1.1	1.2±1	1.3±0.7	0.58

Tablo 2. Servis ve YBÜ'de takip edilmiş hastalardan sağkalan ve ölenlerin değerlendirilmesi

	Servis			YBÜ			Ölenler			P- değeri
	Bazal	Anakinra başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Anakinra başlangıcı	Taburculuk	Bazal	Anakinra başlangıcı	Ölüm	
Nötrofil	6.4±3.9	7.2±3.8	6.9±2.7	8.8±5	9.2±5.3	5.3±2.7	6.7±4.3	9±5.8	9.7±7.3	0.03
Lenfosit	0.7±0.4	0.7±0.4	1.3±0.7	0.8±0.5	0.7±0.3	1.4±0.8	0.7±0.3	0.6±0.3	0.9±0.7	0.84
Monosit	0.4±0.2	0.4±0.2	0.6±0.3	0.3±0.2	0.5±0.3	0.5±0.2	0.4±0.2	0.4±0.3	0.6±0.9	0.03
Trombosit	226±93	285±132	346±143	274±128	330±130	298±117	223±115	255±120	210±148	0.08
Ferritin	1213±1143	1333±1304	795±689	1193±871	1554±1963	686±643	997±1063	1560±1208	2606±6784	0.59
D-dimer	1748±2836	1557±2188	965±1374	4009±7755	2091±4912	1150±917	1996±3144	2422±2256	5181±5321	0.005
CRP	114±87	89±72	8±20	118±86	80±64	9±16	154±102	132±91	154±126	0.005
LDH	383±135	385±130	265±84	472±219	442±175	290±83	389±238	450±170	583±567	0.005
ALT	38±29	52±58	89±83	54±45	79±73	62±45	38±29	50±63	112±174	0.004
AST	45±32	47±40	37±29	68±92	59±42	32±14	42±26	50±43	218±458	0.005
Prokalsitonin	0.2±0.3	0.2±0.4	0.2±1.4	0.7±1.5	0.2±0.1	0.1±0.2	0.7±1.5	0.6±0.9	3.6±4.9	0.005
Troponin	20±68	73±662	16±41	40±60	74±163	67±118	40±57	35±47	132±160	0.45
Kreatin kinaz	219±311	140±183	44±44	428±644	113±110	33±21	120±51	166±199	83±35	0.03
Fibrinojen	603±155	612±145	382±109	623±153	559±173	381±159	665±204	660±186	539±164	0.20
Kreatinin	1.2±0.9	1.1±0.8	1.1±1.1	1.2±1.5	0.9±0.3	1.1±0.9	1.3±1.1	1.2±1	1.3±0.7	0.12

Sistemik skleroz hastalarında COVID-19 enfeksiyonu sıklığı ve seyri: Tek merkez deneyimi

Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Şirhan Amikişiyev, Murat Bektaş, Büşra Kaya, Melodi Gizem Can, Rana Günöz Cömert, Bahar Artım Esen, Ahmet Gül, Murat İnanç

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

Amaç: Çalışmamızda SSk hastalarında COVID-19 enfeksiyonu sıklığını ve seyrini değerlendirmeyi planladık.

Yöntem: İstanbul Tıp Fakültesinden takipli ve ACR/EULAR kriterlerini (2013) dolduran SSk hastaları incelendi. COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği tespit edilen hastalar klinikte retrospektif daha detaylı değerlendirildi.

Bulgular: SSk tanısıyla takipli 330 hasta değerlendirildi. Yirmi sekiz SSk hastasının COVID-19 PCR testi pozitif idi. PCR negatif olan SSk hastaları arasında BT'si COVID-19 pnömonisi ile uyumlu hasta yok idi. Olguların 24'ü kadın, ortalama yaşı 49,8 yıl idi. Yirmi beş (%89,3) hasta semptomatik idi; 11'de (%39,3) solunum yolu tutulumu mevcut idi. Toraks BT çekilen 11 hastadan 4'te COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bulgular izlendi. Ortalama C-reaktif protein 53,6±36,5 mg/L, ortalama ferritin 1942±3813,4 ng/mL, ort. D-Dimer 1343±1287 ng/mL, 7 hastada lenfopeni (0,54-0,9*10³/µL) saptandı. Yirmi dört hastanın antiviral tedavi aldığı (favipiravir: 23, oseltamivir: 1), 5 hastaya COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hidroklorokin başlandı tespit edildi. Yedi (%25) hastanın hospitalize edildiği, 4'nün oksijen desteği (1'nin yoğun bakım ve NİMV), 3'nün parenteral steroid gereksinimi olduğu gözlemlendi. Renal kriz öyküsü olan 2 olgudan birine sitokin fırtınası nedeniyle tocilizumab uygulandı; tanıdan itibaren hemodiyalize girmekte olan diğer olgunun hospitalizasyon ihtiyacı olmadı. COVID-19 enfeksiyonu gelişiminden önceki 6 ay içinde dirençli akciğer tutulumu nedeniyle rituksimab uygulanan 1 olgunun hospitalizasyon gereksinimi gelişmedi. Önceden SSk ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) varlığı (p=0,023) ve COVID-19 enfeksiyonu seyrindeki laboratuvar değişikliklerden ise lenfopeni (p=0,008), hospitalizasyon gereksinimi ile ilişkili saptandı (Tablo 1). Tromboembolizm, İAH veya vaskülopatik değişikliklerde kötüleşme, ölüm hadisesi gelişmedi.

Sonuç: SSk hastaları arasında COVID-19 enfeksiyonunun topluma kıyasla daha sık görüldüğü ve hospitalizasyon oranının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sadece 1 hastanın anti-sitokin tedavi ihtiyacı olduğu ve hiçbir hastada mortal seyretmediği gözlemlendi. İAH varlığı ve lenfopeni gelişiminin hospitalizasyon ihtiyacı ile ilişkili olduğu saptandı. Mevcut sonuçlara dayanarak bu hastalık grubunda sosyal mesafe ve hijyen kurallarına uyularak rutin kontrollerin ve ilaç tedavisinin devamının uygun olduğu, fakat İAH olan ve enfeksiyon seyrinde lenfopeni gelişen hastalarda daha yakın kontrol gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, COVID-19 enfeksiyonu

Tablo 1. Hospitalize edilen ve edilmeyen hastaların SSk ilişkili temel ve COVID-19 enfeksiyonu ilişkili özellikleri

Özellikler	Hospitalize edilen hastalar (n=7)	Hospitalize edilmeyen hastalar (n=21)	p
Yaş, yıl, ort (SD)	49.29 (6.317)	49.65 (11.268)	0.917
Raynaud fenomeni, yıl, ort (SD)	10.29 (8.86)	10.55 (7.86)	0.850
Non-Raynaud semptom süresi, yıl, ort (SD)	9.29 (6.82)	8.2 (7.31)	0.607
kSSc	3	14	0.420
deSSc ilt tutulumu	4	7	
Dijital üler	3	8	0.581
İnterstisyel akciğer hastalığı	5	9	0.023
Pulmoer arteriyel hipertansiyon	0	1	0.445
Otonantikolar:			
Anti-centromer	1	7	0.391
Anti-scl-70	5	7	0.148
VKI (kg/m ²)	24.31 ± 2.25	26.24 ± 4.75	0.466
İmmünyüpresifler	7	14	0.078
Mikofenolat mofetil	4	8	0.378
Azatiyoprin	0	1	0.557
Metotreksat	2	4	0.595
Metilprednizolon veya eşdeğeri	5	12	0.503
C-reaktif protein yüksekliği	7	4	0.202
D-Dimer yüksekliği	1	3	0.857
Ferritin yüksekliği	2	0	0.114
Lenfopeni	5	2	0.008
Anti-sitokin tedavisi	1	0	0.075

SS-12

Biyolojik tedavi kullanan Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında COVID-19 seyri: Tek merkez deneyimi

Numune Aliyeva, Banu Yalçın Dulundu, Vefa Suleymanova, Pelin Telli, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, Murat İnanç, Ahmet Gül

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

Amaç: Sağlıklı popülasyona kıyasla romatolojik hastalığı olanlarda, özellikle immünyüpresif ve biyolojik tedavi (bDMARD) alanlarda ciddi enfeksiyon sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir. COVID-19 hastalığı patogeneğinde inflamazom aktivasyonu önemli rol oynamaktadır. Bir inflamazomopati olan Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) hastalığında, özellikle ağır hastalık seyri nedeniyle biyolojik ilaç kullananlarda COVID-19 seyri konusunda veriler sınırlıdır. Biyolojik tedavi uygulanan AAA hastalarımızda COVID-19 görülme sıklığının ve seyrinin incelenmesi planlandı.

Yöntem: İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen ve kolşisine dirençli hastalık seyri nedeniyle biyolojik tedavi uygulanan AAA hastaları belirlenerek telefonla arandı. Bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra 11 soruluk anket uygulandı. Semptomatik COVID-19 geçirdiği tespit edilen hastaların verileri merkezimizde retrospektif olarak daha kapsamlı olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 108 hasta olumlu yanıt vererek anket çalışmasına katıldı. Pandeminin ilk döneminde 7 hastanın semptomatik COVID-19 geçirdiği tespit edildi. Hastaların temel klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1’de, COVID-19 hastalığı ile ilişkili klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri Tablo 2’de özetlendi. Üç hasta anakinra, bir hasta kanakinumab kullanmaktaydı, bir hasta da son 1 yıl içerisinde anti-IL-1 tedavisini almamıştı. Bir hasta ise kronik artrit nedeni ile adalimumab kullanmaktaydı. COVID-19 tanıları PCR ile doğrulanmıştı. Yedi hastanın sadece bir tanesi hastaneye yatırılmıştı ve hiç birisinde solunum desteği ihtiyacı gelişmemişti. COVID-19 seyrinde ve sonrasında herhangi bir hastada yeni AAA atağı gözlemlenmedi, sitokin fırtınası, tromboembolizm veya sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişmedi

Tablo 1. COVID-19 enfeksiyonu geçiren FMF tanılı hastaların temel klinik ve laboratuvar özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7
Yaş (yıl)	45	48	39	53	32	37	31
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	26,3	31	30	23,5	26	28	26
Sigara	Nadiren	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Komorbidite	Crab hastalığı	Hayır	HA	HT	Hayır	Hayır	Hayır
Hastalık süresi (yıl)	20	27	24	18	24	33	20
M694V mutasyonu	?	M694V /N6880I	?	M694V homozigot	M694V homozigot	M694V heterozigot	M694V homozigot
Atak özellikleri	ateş peritonit plevrit	ateş peritonit plevrit sendromu	ateş Peritonit plevrit	peritonit artrit	ateş Peritonit artrit	peritonit artrit	ateş peritonit plevrit artrit
Amüloidoz	-	-	-	-	-	-	-
Biyolojik ajanlar	Anakinra 100 mg/gün	1 yıl Mx kullanmıyor	Adalimumab	Kanakinumab 150 mg/gün	Anakinra 100 mg/gün	Kanakinumab 150 mg/gün	Anakinra 100 mg/gün
Prednizolün (mg/gün)	5 mg/gün	-	-	-	-	-	-
Kolşisin	2 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	2,0 mg	2,0 mg
ACE inhibitörleri ve/veya ARB	-	-	-	Ramipril 2,5 mg/gün	-	-	-

Sonuç: Ciddi seyirleri nedeniyle biyolojik tedavi kullanan AAA hastalarında COVID-19’a yakalanma açısından bir risk artışı bulgusu saptanmadı. Bu duruma hastaların kendilerini korumaya daha fazla dikkat etmelerini rolü olabilir. AAA hastalarında COVID-19 seyrinde sağlıklı popülasyona kıyasla herhangi olumsuz özellik saptanmadı ve hepsi solunum desteği gerekmeden iyileşti. AAA hastalarının pandemi döneminde tedavilerine bir değişiklik yapmadan devam etmelerinin uygun olacağını kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, COVID-19 enfeksiyonu

Tablo 2. AAA tanılı hastaların COVID-19 klinik özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7
İlk semptomlar	Miyofji, baş ağrısı, dış etel ağrısı, ödemli	Ateş, kuru öksürük, koku kaybı	Asesptomatik	Ateş, öksürük, nefes darlığı, koku ve tat kaybı	Ateş, baş ağrısı, koku ve tat kaybı	Öksürük, baş ağrısı, koku ve tat kaybı	Ateş, öksürük, miyofji, baş ağrısı, tat ve koku kaybı
COVID-19 PCR	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Toraks BT bulguları	Evet	Evet	Çekilmedi	Çekilmedi	Çekilmedi	Çekilmedi	Çekilmedi
Lenfopati	Hayır	Hayır	Bakılmadı	Hayır	Hayır	Bakılmadı	Bakılmadı
CRP (mg/L)	4,05	98,7	Bakılmadı	44	2,1	Bakılmadı	Bakılmadı
Ferritin	Normal	Bakılmadı	Bakılmadı	115	Bakılmadı	Bakılmadı	Bakılmadı
Treponin T	Normal	Normal	Bakılmadı	Normal	Bakılmadı	Bakılmadı	Bakılmadı
COVID-19 aile üyeleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet
Hospitalizasyon	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
YBC yama	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Oküler bulgular	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Yüksek aksam nazal kaotik, NIMV	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
DMV	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Antibiyotik tedavi	Aztreonam Seftraksion	Sefiksim Seftraksion	Aztreonam Seftraksion	Seftraksion	Hayır	Hayır	Hayır
Antiviral tedavi	Osetamivir	Osetamivir	Hayır	Favipiravir	Favipiravir	Favipiravir	Favipiravir
Hidroksiklorokin	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
İyileşme biyolojik tedavi	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

Poster Sunumlar

(PS-01 — PS-31)

PS-01

Sistemik lupus eritematozus seyrinde aplastik anemi olgusu

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

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

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) seyrinde hematolojik bulgular genellikle periferik immün yıkıma sekonder, nadir durumlarda ise kazanılmış kemik iliği yetmezliğine bağlı gelişmektedir. Kazanılmış aplastik anemi hemapoetik ve progenitor hücrelerin otoreaktif T-hücreler tarafından yıkımına bağlı immün aracılı kemik iliği yetmezliğidir. Olgumuzda sekonder aplastik anemi (AA) gelişen SLE hastasından bahsetmeyi planladık.

Olgu: Yirmi yedi yaşında kadın hasta malar raş, alopesi ve el küçük eklem artritleri ile başvurdu. Lökosit 5*10⁹/L, hemoglobin 12,3 g/dL, trombosit 11*10⁹/L idi. Anti-nükleer antikor (1:640, homojen), anti-dsDNA ve anti-Sm pozitif idi. C3 ve C4 düşük idi (68,1 mg/dL ve 10,1 mg/dL). Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Spot idrarda 3,7 g/gün proteinürisi olan hastanın böbrek biyopsisi membranöz lupus nefriti ile uyumlu idi. Hastaya metilprednizolon ve hidrokortizon tedavisinin yanı sıra intravenöz siklofosfamid [Euro Lupus Nephritis Trial (ELNT) protokol] uygulamasını takiben azatiyoprin başlandı. Azatiyoprin başlandıktan 3 ay sonra lökopeni gelişti. Serolojik testler (HBV, HCV, HIV, CMV and EBV) negatif idi. Portal görüntüleme sonuçları normal idi. Azatiyoprin kesildikten sonra lökopeni geriledi ve mikofenolat mofetil tedavisi başlandı. Bir ay sonra pansitopeni gelişti (lökosit 2,7*10⁹/L, nötrofil 1,1*10⁹/L, lenfosit 1,2 × 10⁹/L, hemoglobin 6,7 g/dL, trombosit 5,1*10⁹/L). Akut faz reaktanları ve kompleman normal, anti-dsDNA ve antifosfolipid antikorlar negatif idi. Retikülosit indeksi %0,5, laktat dehidrogenaz ve haptoglobin normal sınırlarda, direkt Coombs testi negatif idi. Hasta yüksek doz ve pulse metilprednizolon tedavisine yanıt vermedi, sık kan transfüzyonları ve filgastrim ihtiyacı devam etti. Kemik iliği biyopsisi yapıldı ve aplastik anemi ile uyumlu bulgular izlendi. Kemik iliğinin konvansiyonel karyotipik analizi normal karyotip (46, XX) ile uyumlu idi. Hasta Human Leucocyte antijen (HLA) ve ABO kan grubu uyumlu kardeşinden allojenik hematopoetik kök hücre nakli yapıldı. Hasta nakilden 10 ay sonra normal hemogram sonucu ile hastaneden taburcu edildi.

Sonuç: SLE'ye sekonder AA nadir tablo olsa da SLE seyrinde gelişen pansitopeninin ayırıcı tanısında akıldaki tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, aplastik anemi, kemik iliği nakli

PS-02

Kolşisin kullanımına bağlı nadir gelişen ürtiker-anjiyoödem: Olgu sunumu

Muhammed Recai Akdoğan¹, Gülistan Alpağat²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

²İnegöl Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İmmünoloji Bölümü, Bursa

Amaç: Biz burda kolşisin kullanımıyla ilişkili nadir görülen, ürtiker anjiyoödem gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk dört yaşında erkek hasta, 11 yıldır gut+, hasta tedaviye uyumsuz. Dr. kontrolüne düzenli gelmeyen hastaya 8 ay önce kolşisin tedavisi başlanmış. Hastanın lab değerlerinden ÜA: 8,2 mg/dL, CRP: 11 sedim: 43 idi. Flurbiprofen + kolşisin birlikte kullanımından 4-5 saat sora gözde şişlik ve vücutta kızarıklık, kabarıklık, kaşıntı şikayetleri olmuş (Resim 1). Hastanın ilaçları kesilmiş. Hastaya oral steroid tedavisi ve antihistaminik verilmiş. Hastaya febuksostat ile güvenli ilaç provokasyon testi yapılmış, reaksiyon gelişmeyen hastaya febuksostat tedavisi başlandı. Bir ay geçtikten sonra hastaya plasebo kontrollü kolşisin ile ilaç provokasyon testi yapıldı. 0,5 mg kolşisinden 4 saat sonra boyunda 0,5-1 cm boyutlarında ürtiker plakları oluştu (Resim 2). İlaça bağlı geç reaksiyon olabileceği için hastaya kolşisin ve plasebo ile patch testi yapıldı. Erken ve geç okuma negatifti. Hastaya NSAİD olarak selektif CoX-2 inhibitörleri meloksikam, nimesulid ve parasetamol ile güvenli ilaç provokasyon testi yapıldı. negatifti. Hastaya ilaç kartı oluşturuldu. Hastanın semptomları febuksostat ve NSAİD ile kontrol altına alındı.

Sonuç: İlaç reaksiyonları, ortaya çıkış sürelerine ve klinik bulgulara yol açan immün mekanizmanın tipine göre sınıflandırılır. Son ilaç dozundan 1-6 saat sonra görülen immünoglobulin-e ilişkili mekanizma ile ortaya çıkan ürtiker, anjiyoödem, konjonktivit, rinit, bronkospazm, kusma, diyare, karın ağrısı bulguları erken tip ilaç reaksiyonları olarak kabul edilir. Tanı için en önemli klinik şüphe duyulmasıdır. Tanıda altın standart test, ilaç provokasyon testidir. Tedavide birinci basamak ilacı kesmektir. Kolşisin, uzun yıllardır Ailevi Akdeniz Ateşi (aaa) Behçet hastalığı, gut ve perikardit gibi birçok enflamatuvar hastalığın tedavisinde kullanılır. Ürtiker-anjiyoödem (ÜAÖ) ti1 immünolojik reaksiyon olup kolşisine bağlı benzer bir yan etkiye literatürde rastlanmamıştır. ÜAÖ aynı zamanda ölümcül bir reaksiyon olan anafilaksin bir komponenti olduğundan ayırıcı tanıda mutlaka ilaç yan etkisi düşünülmelidir. Biz bu olguyu ilaç yan etki farkındalığını artırmak amacıyla sunduk. Romatoloji pratiğinde sık kullanılan kolşisinin literatürde rastlamadığımız ÜAÖ yan etkisi vurgulamak amacıyla sunduk.

Anahtar Kelimeler: Gut, kolşisin, ürtiker-anjiyoödem (ÜAÖ)



Resim 1. İlaç kullanımına bağlı gelişen ürtiker-anjiyoödem



Resim 2. Kolşisin provokasyon testiyle gelişen ürtiker-anjiyoödem

PS-03

Sistemik lupus eritematozusu taklit eden tüberküloz ve akut myeloid lösemi koinsidansı

Ayşe Nur Tufan¹, Nilay Ermentaş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Konstitüsyonel semptomlar, lenfadenopati, serözit ve sitopeni ayrırcı tanısında ilk sıralarda enfeksiyonlar, maligniteler ve romatolojik hastalıklar vardır. Birçok hastalık sistemik lupus eritematozusu (SLE) taklit edebilir. Tüberküloz kliniği ile takip edilirken SLE laboratuvar bulgularının geliştiği ve akut myeloid lösemi (AML) tanısı konulan bir olgu paylaşıldı.

Olgu: Altmış üç yaşında erkek, halsizlik, 2 ay içinde 7 kg kilo kaybı olması üzerine yapılan tetkiklerinde akut faz yüksekliği ve anemi saptanmış. Bilgisayarlı tomografide bilateral akciğer üst loblarda infiltrasyon, mediastinal 21x13 mm çaplarında, çoğu kalsifiye lenfadenopati, bilateral plevral efüzyon, akciğer parenkiminde ve peritonda nodüler infiltrasyonlar ve asit saptanmış. Endoskopide malignite saptanmamış. Balgamda ARB üç kez negatif bulunduğu halde ampirik olarak anti tüberküloz tedavi başlanmış. Takipte nodüler lezyonların ve serözitin gerilediği görülmüş. İkili anti tüberküloz tedavisiyle devam edilmiş. Pansitopenisi gelişmesi üzerine bakılan anti nükleer antikor (ANA) pozitif bulunmuş. SLE sorgusunda özellik yoktu. Trombosit: 53.000/mm³, lökosit: 2.900/mm³, Hb: 8,3 g/dL, MCV: 87 fL, LDH: 427 U/L (<240), CRP: 95 mg/L (0-5), sedimentasyon: 87 mm/saat, prokalsitonin normal, ANA: 3+homojen, dsDNA EIA: 230 (<200 IU/mL), ENA: negatif, direkt Coombs pozitif, komplemanları normal, lupus antikoagümanı pozitif, beta2glikoprotein1 ve kardiyolipin antikorları negatif saptandı. İdrarda sediment normal, 520 mg/gün protein bulundu. Periferik yaymasında trombositopeni, anizositoz, hipokromi vardı. Almakta olduğu ikili anti tüberküloz tedavisine 1 mg/kg/gün steroid, 1 gr/kg/gün-2 gün süreyle IVIG, vitamin B12 ve hidrosiklorokin eklendi. Pansitopenisinin devam ederken tekrarlanan yaymasında atipik hücreler saptandı. Yapılan kemik iliği biyopsisinde CD34(+)/CD117(+)/MPO(+) blastlar görüldü. AML tanısı ile aylık azasitidin tedavisine geçildi. Lökopeni ve anemisi düzeldi, trombositopeni 90.000/mm³'e yükseldi.

Sonuç: Mikobakteriler başta olmak üzere özellikle intrasellüler mikroorganizmalar ANA testinde pozitifliklere yol açabilir. Olgumuzda başlanan ampirik tbc tedavisine yanıt alınmıştır. İsoniazide bağlı lupus, artralji, ateş, devam eden lenfadenopati, döküntü ve anti histon antikorlarının bulunmayışı ile dışlanmıştır. Mevcut bulgularla tüberküloz ve AML birlikteliği düşünülen hastanın klinik ve laboratuvar olarak SLE ve antifosfolipid antikor sendromu açısından takibi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, tüberküloz, akut myeloid lösemi

PS-04

Dirençli bir erişkin-başlangıçlı Still hastalığı olgusu

Gizem Sevik, Alida Aliyeva, Seda Kutluğ Ağaçkiran, Kerem Yiğit Abacar, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli

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

Amaç: Erişkin-başlangıçlı Still hastalığı (ESBH) ateş, makülopapüller döküntü, artrit ve multisistemik tutulumla karakterize, nadir bir otoenflamatuvar hastalıktır. Burada EBSH tanısı ile takip edilen ve birden fazla biyolojik tedaviye dirençli olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Yirmi dört yaşında kadın hasta, her iki kolda, gövdede ve üst bacakta yaygın döküntü şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Döküntüleri ürtiker olarak değerlendirilen hastaya metilprednizolon tedavisi başlandıktan sonra deri bulguları gerilemiş ancak 1 ay sonra hastada boğaz ağrısı, ateş ve eklem ağrısı şikayetleri başlamış. Hastanın her gün akşam saatlerinde üşüme titremeyle birlikte 40 dereceye varan ateşi ve beraberinde vücutta yaygın döküntü şikayeti oluyormuş. Hastanın fizik muayenesinde bilateral tonsiller hiperemik görüldü, palpasyonla hassas servikal lenfadenopatiler dışında özellik saptanmadı. Tetkiklerinde nötrofilik lökositoz mevcuttu, eritrosit sedimentasyon hızı: 95 mm/saat CRP: 188 mg/L Ferritin: 6656 mcg/dL olarak saptandı. Boyun, toraks, batın BT'leri ve ekokardiyografisi normal saptandı. Hastada ön planda ESBH düşünülerek 1 mg/kg metilprednizolon ve metotreksat 15 mg/hafta tedavileri başlandı. Hastanın takibinde steroid dozu azaltılırken ateş ve döküntü şikayetlerinin tekrarlaması, ferritin düzeylerinin artması nedeniyle Anakinra 100 mg/gün tedavisi başlandı. Anakinra ile klinik ve laboratuvar olarak dramatik yanıt alındı ancak enjeksiyon yerinde ciddi alerjik reaksiyon olması üzerine kanakinumab 150 mg/ay tedavisine geçildi. Tedavi altında yaklaşık 3 ay stabil izlenen hastada steroid dozu azaltılırken tekrar ateş, yaygın döküntüler ve akut faz yüksekliği olması üzerine tosilizumab 162 mg/hafta tedavisine geçildi. Tedavinin 3. ayında hastada boğaz ağrısı, servikal lenfadenopati, ateş ve döküntü şikayetlerinin gelişmesi, CRP: 153 mg/L ferritin 9278 mcg/dL saptanması üzerine hastalık aktivasyonu düşünülerek hastaya kanakinumab 300 mg/ay dozunda başlandı. Hastanın takibinde şikayetleri tamamen geriledi, akut faz reaktanları ve ferritin düzeyi normale döndü. Tedavinin 9. ayında son poliklinik kontrolünde hastanın aktif bir şikayeti olmayıp metilprednizolon dozu 4 mg/güne kadar azaltılmış olup takiplerine devam edilmektedir

Sonuç: EBSH olgularında uzun süreli remisyona sağlanması güç olabilmektedir. Dirençli olgularda yüksek doz kanakinumab tedavisi etkin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, anakinra, kanakinumab

PS-05

Romatoid artrit hastasında semptomatik iliak arter anevrizması ve başarılı endovasküler tedavisi

Rabia Deniz¹, Şevket Ali Ekmen¹, Tevfik Güzelbey²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit, en sık bilinen eklem bulgularına ilaveten kronik enflamasyon yoluyla akselere ateroskleroz gelişmesinde de önemli rol oynar ve kardiyovasküler morbidite ile mortaliteyi artırır. Burada bilateral alt ekstremitte arterlerinde vasküler patoloji saptanan bir romatoid artrit hastasına yapılan başarılı endovasküler tedavi sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş bir yaşında, perindopril ve amlodipin ile kontrol altında hipertansiyon ve 15 yıl önce tanı alan, uzun süredir ilaçsız remisyonunda izlenen seropozitif romatoid artritli olan kadın hasta bilateral alt kadranslarda belirgin, yemekle ilişkisiz ağrı ile başvurdu. Diastolik kalp yetmezliği olan hasta ayrıca asetilsalisilik asit ve klopidogrel kullanmaktaydı. Fizik muayenede bilateral ulnar deviasyonu olan hastanın aktif eklem bulgusu yoktu. Batın muayenesinde kadrana spesifik bulgu ve asit saptanmadı. Ultrasonografisinde birkaç adet bir santimetrenin altında kolelitiazis ve evre 1 hepatosteatoz saptandı. Bulgularla karın ağrısını açıklanmayan, akut faz belirteçleri negatif ve anemisi dışında patolojik bulgu görülmedi. Hastaya kontrastlı tomografi çekildiğinde sağ internal iliak arterde 5 cm boyutunda anevrizma ve distalinde %70 stenoz izlendi. Karın ağrısının anevrizma kaynaklı olduğu düşünülerek yaşı ve genel durumu nedeniyle minimal invaziv yaklaşımla anevrizmanın embolizasyonu planlandı. Pelvik anjiyografide her iki iliak arter patent ancak aterosklerotik ve sağ iliak arterde tromboze anevrizmatik genişleme ve düzensizlik izlenip uygun çaplı koiller ile embolizasyon yapıp kontrol görüntüleme akımın belirgin azaldığı görüldü. İşlem sonrasında sağ iliak arter çevresinde kısa sürede kendini sınırlayıp rezorbe olan hematoma dışında komplikasyon izlenmedi ve hastanın geliş şikayeti olan karın ağrısı kayboldu. Hastanın ayaktan takibi halen sorunsuz devam etmektedir.

Sonuç: Romatoid artrit başta olmak üzere kronik enflamasyonla seyreden hastalıkların kendileri remisyonla girseler bile kardiyovasküler komplikasyonları ilerleyen dönemde karşımıza çıkabilir. Özellikle ileri yaşta ve komorbiditelere sahip hastalarda açık cerrahiye bağlı postoperatif komplikasyonlar endovasküler girişimlerin etkin kullanımı ile benzer tedavi başarısıyla azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, endovasküler tedavi, anevrizma



Figür 1. İşlem öncesi sağ iliak anevrizmanın görünümü



Figür 2. Koil embolizasyon sonrası sağ iliak anevrizmanın görünümü

PS-06

Myelofibrozis zemininde gelişen pakidermaperiostozis ve JAK inhibityonu ile tedavisi

Rabia Deniz, Merve Ezircan Alay

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Pakidermaperiostozis (Touraine-Solente-Gole sendromu), daha çok adölesan dönemde ve erkek bireylerde görülen anormal deri ve iskelet bulguları ile seyreden ve sıklıkla altta yatan bir hastalığa bağlı nadir bir tablodur. Burada myelofibrozis zemininde pakidermaperiostozis saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi altı yaşında erkek hasta el bileği, diz ve ayak bileklerinde şişlik, ellerde kabalaşma ile başvurdu. Hastanın benzer yakınma ve derin anemi ile 4 senedir çeşitli merkezlere başvurusu olduğu ve eklem bulgularını irdelemek için serolojik testler yanında sinoviyal biyopsi yapıldığı, malabsorbsiyon açısından incelendiği ancak sonuç alınmadığı öğrenildi. Fizik muayenede eklem bulguları artrit değil sinovial hipertrofi ile ve çomak parmak geliştiği görülen hastanın, bilateral ptozis, göz kapaklarında kalınlaşma, alında derin kıvrımlı katlantılar ve kutis verticis girate bulgusu olduğu görüldü. Batın muayenesinde hepatomegali ve splenomegali saptandı. Tetkiklerinde hemoglobin 4,9 gr/dL, trombosit 46x10⁹/L, nötrofil 1610x10⁹/L, lenfosit 810x10⁹/L, CRP 20 mg/dL saptandı. Batın

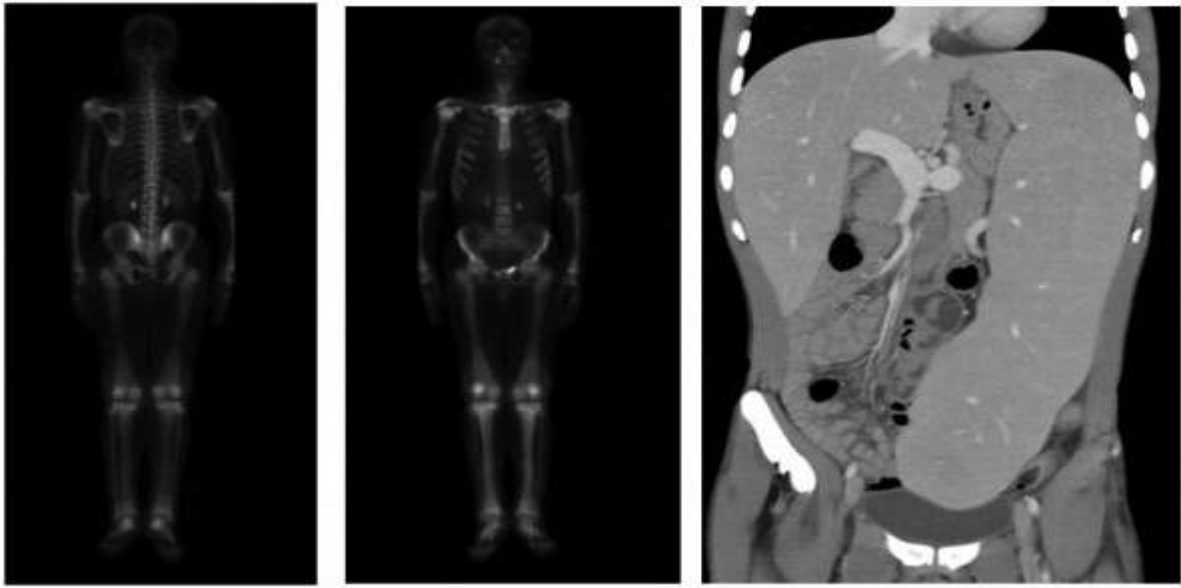
tomografisinde karaciğer 17 ve dalak 41 cm ve vasküler yapılar patent izlendi. Fabry ve Gaucher analizi, viral/otoimmün seroloji negatif saptandı. PET/BT’de kemik iliği ve dalak hipermetabolizması dışında normaldi. Kemik grafilerinde bilateral simetrik kortikal kalınlaşma ve periostozis, sintigrafisinde uzun kemiklerde artmış diffüz metabolizma saptanırken, gastroskopide patoloji saptanmadı. Kemik iliği biyopsisi myelofibrozis ile uyumlu hastada JAK-2, MPL ve CALR mutasyonları izlenmemesine rağmen sitopenisi nedeniyle hidroksiüre kullanılmaksızın endikasyon dışı kullanım izniyle 2x5 mg başlanıp 2x20 mg doza titre edilerek rüksolitinib başlandı. Tedavinin bir ve altıncı aylarında dalak boyutu 37 ve 27 cm ölçülerek belirgin gerilerken; hemoglobin 9 gr/dL, trombosit 90 x10⁹/L, nötrofil 4100 x10⁹/L, lenfosit 1200x10⁹/L olarak yükseldi ve transfüzyon ihtiyacı kayboldu. Hastanın takibine ilgili branşlarla beraber devam edilmektedir.

Sonuç: Kozmetik sorunların yanı sıra altta yatan patolojiye bağlı etkileri kontrol altına almak adına pakidermaperiostozis dikkatli ve multisistemik irdelenmeyi gerektiren bir tablodur. Tek ve kanıtlanmış bir tedavinin uygulanamaması ve eklem bulgularında anlamlı sağaltım sağlanamamış olmasına rağmen, rüksolitinib hastamızda yaşam kalitesi ve transfüzyon bağımlılığını ortadan kaldırmada belirgin katkı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Pakidermaperiostozis, myelofibrozis, rüksolitinib



Figür 1. Fizik muayene bulguları; sinoviyal hipertrofi, kutis verticis girata



Figür 2. Kemik sintigrafisi ve batin tomografisinde splenomegali

PS-07

Kutanöz vaskülitin eşlik ettiği primer Sjögren sendromu tanılı olguda rituksimab deneyimi

Mete Kara¹, Sertaç Ketenci², Kenan Aksu³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

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

Amaç: Sjögren sendromu (SS) ekzokrin bezlerin enflamasyonu ve disfonksiyonuyla karakterize, kronik ve sistemik bir hastalıktır. Hastalığın esas bulguları göz kuruluğu ve ağız kuruluğu olmasına karşın çeşitli sistemik bulgular da görülebilmektedir. Burada kutanöz vaskülit ile seyreden primer SS olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Elli beş yaşındaki kadın hastaya 7 yıl önce el küçük eklemlerinde artalji, fotosensitivite, sıkka semptomları ve 1/1280 granüler tipte ANA pozitifliği ve anti SS-A antikorlarının 3+

olması ile primer SS tanısı konulmuştur. İlk olarak 3 yıl önce iki alt ekstremitelerde başlayan palpabl purpuralardan yapılan deri biyopsisi lökositoklastik vaskülit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın globulin değerleri normal aralıkta olup, akut hepatit belirteçleri ve kriyoglobulin testi negatif olarak sonuçlandı. Protein elektroforezi normal olan hastanın kompleman düzeyleri düşük olup, hastaya azatioprin ile birlikte orta-yüksek doz metilprednizolon tedavisi başlandı. İzlemede döküntüleri üst ekstremitelerde de izlendi. Konstitusyonel semptomlarının ve lokomotor bulgularının dışında, derideki döküntülerine eşlik eden başka bir sistemik tutulum saptanmadı. Eşlik edebilecek lenfoproliferatif hastalıklara yönelik bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmesinde patoloji saptanmadı. Hastanın azatioprin tedavisi mikofenolat mofetil ile değiştirildi. Takipte döküntüsü azalmayan hastaya endikasyon dışı ilaç başvurusu ile rituksimab başlandı. Rituksimab tedavisi sonrası üçüncü ay kontrollerinde döküntüleri kaybolan hastanın steroid dozu da azaltıldı ve izleme alındı.

Sonuç: SS hastalarının yaklaşık %10'unda kutanöz vaskülit izlenmektedir. Bu tipik olarak kapiller, arteriol ve venüllerin

tutulumu ile olan küçük damar vaskülitidir. SS'deki kutanöz vaskülitlerin yarısından fazlası tek epizod gösterir ve tekrarlamaz. Bizim olgumuzda ise 3 yıldır tekrarlayan kutanöz vaskülit mevcuttu. SS'de anti-Ro ve anti-La pozitifliği ve hastalık süresinin artmasıyla beraber vaskülit görülme sıklığı da artmaktadır. Düşük kompleman düzeyleri, kriyoglobülin varlığı ve eşlik eden vaskülit olması mortalite artışında etkili faktörlerdir. Standart tedaviye dirençli olan kutanöz vaskülitli hastalarda metotreksat, azatioprin, leflunomid ve orta doz steroid tedavisinin yanı sıra dirençli ve hayati tehdit edebilen durumlarında olduğu olgularda pulse metilprednizolon, siklofosfamid ve bu olguda da olduğu gibi rituksimab tedavisi kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, vaskülit, rituksimab

PS-08

Dirençli ve tekrarlayıcı "idiyopatik granülomatöz mastit" tanılı hastamızda adalimumab deneyimimiz

Nihal Lermi, Belkis Nihan Coşkun, Ediz Dalkılıç

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

Amaç: İdiyopatik granülomatöz mastit (İGM) nadir görülen, kronik, benign, doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen, tekrarlayıcı olabilen bir meme hastalığıdır. Bu yazıda, dirençli ve tekrarlayıcı lezyonların tedavisinde Adalimumab (ADA) ile başarılı sonuç elde ettiğimiz İGM tanılı hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi altı yaş, kadın hastanın Aralık 2020'de sol memede şişlik, ağrı ve kızarıklık şikayeti gelişmiş. Ocak-Haziran 2021 arasında aynı memeden üç kez opere edilmiş ve bu operasyonların ikisinde apse drenajı yapılmış, patoloji sonucu granülomatöz mastit olarak sonuçlanmış. Hasta tarafımızca Mart 2021'de takibe alındı. Prednizolon 30 mg ve Azatioprin 50 mg 2x1 başlanan hasta yakınmaları gerilemeyince tedavisine Metotreksat 15 mg/hafta ve Kolşisin 2x1 de eklendi fakat takiplerinde sol memedeki şişlik, kızarıklık ve akıntılarda gerileme olmadı. Hastanın bilinen hastalık, sigara kullanımı, oral kontraseptif kullanımı, ilaç kullanımı, travma öyküsü yoktu. Öyküsünde 4 ve 7 yıl önce doğum yaptığı ve 2 yıl emzirdiği öğrenildi. Romatoid faktör, antinükleer antikor, Brusella aglütinasyon testi negatif, ACE düzeyi normal saptandı. İki kez tekrarlanan PPD 0 mm, pa akciğer grafisi doğal saptandı. Yakınmaları devam eden hastaya ADA 40 mg/2 hafta başlandı. Hastanın 1. haftasında tüm yakınmaları geriledi. Tedavinin 4. ayında hastanın yakınmaları henüz tekrarlamadı. Hastanın takip ve tedavisi tarafımızca devam etmektedir.

Sonuç: İGM, memede kitle, apse, akıntılı lezyonlar ile prezente olabilen, klinik olarak enflamatuvar meme kanseri ile benzediği için hastada kaygı uyandıran ve doğurganlık çağında, genç kadınlarda görüldüğü için yaşam kalitesini etkileyebilen, bu nedenlerle tedavisi önem arz eden bir hastalıktır. Tedavisinde, steroid, azatioprin, metotreksat gibi immünosüpresif tedaviler kullanılabilir. İGM histolojik olarak kazeifikasyon göstermeyen granülomlar ile karakterizedir. Tümör nekrozis faktör (TNF)-alfa'nın granülom yapısının devamlılığını sağlamada görevi vardır. Bu nedenle TNF-alfa inhibitörü olan ADA'nın İGM tanılı hastalarda bir tedavi tercihi olabileceği düşünüldü. Hastamızda ADA tedavisi ile

başarılı sonuçlar elde edildi. Elimizde 4 aylık veriler ve tek hasta deneyimimiz olması nedeniyle etkinliğin gösterilebilmesi için daha fazla sayıda hasta ile uzun süreli gözlemsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, idiyopatik granülomatöz mastit, dirençli ve tekrarlayıcı mastit

PS-09

Bulmacanın eksik parçası: CECR1 mutasyonu

Ahmet Kıvanç Cengiz¹, Ömer Salih Akar²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: CECR1 geni adenozin deaminaz (ADA2) proteinini kodlar. Söz konusu genin bazı mutasyonları ADA2 eksikliğine yol açıp 2014 yılında tanımlanmış olan otoenflamasyon, vaskülopati, hematolojik-immünolojik bulgularla karakterize otozomal resesif geçişli bir hastalığa neden olur. Burada ADA2 eksikliği tanısı ile izlediğimiz olgumuzu ve ulaşılabildiğimiz aile fertlerindeki bulguları sunmak istiyoruz.

Olgu: Yirmi bir yaşında erkek hasta sağ kulakta işitme kaybıyla başvurdu. Beş yıl önce, yüzünün sağ tarafında uyuşma, dengesizlik yakınmasıyla nöroloji bölümünde tetkik edildiği, medulla posteriorunda infarkt saptandığı, tedavi sonrası sekelsiz düzeldiği öğrenildi. Herediter trombofililer ve antifosfolipid antikor sendromu için araştırılmış olduğu, sorun saptanmadığı görüldü. Altı ay sonra bacaklarında nodüler lezyonlar, döküntülere eşlik eden ateş ile pediatrik romatoloji bölümüne başvurmuş olduğu ve tabloya belirgin akut faz yüksekliğinin eşlik ettiği görüldü. Kolşisin ve steroid tedavisiyle yakınmaları kısmen düzelen hastanın deri biyopsi livedoid vaskülit lehine raporlanmış. Alt ekstremite ağırlıklı artrit ataklarında tabloya eklenince hastanın tedavisine etanercept eklenmiş. Atakları düzelen hasta 1yıl kadar sonra kilo kaybı ve hematokezyayla başvurmuş. Kolonoskopi Crohn hastalığı lehine raporlanınca etanercept kesilip adalimumab tedavisine geçilmiş. Sorunsuz izlenirken COVID-19 pandemisi başında adalimumab tedavisini kesmiş. Altı ay sonra ani işitme kaybı gelişmiş. Dış merkezde başlanan steroid tedavisi ile işitme kaybının düzelmeye başlamış olduğu öğrenildi. Annesinin ülseratif kolit tanısı ile izlendiği, yedi yaşındaki bir kuzenininse juvenil başlangıçlı Behçet hastalığı tanısı ile kolşisin kullandığı öğrenildi. Hastamızın bulguları ADA2 eksikliğini düşündürdüğü için tıbbi genetik bölümünden konsültasyon istendi. CECR1 geninde homozigot c139G>T mutasyonu saptandı. Anne-babasinda aynı mutasyon heterozigot olarak saptandı. Hastamıza adalimumab tedavisi tekrar başlandı ve tedaviye devamının önemi vurgulandı. Dört ay sonra, annesi akut başlangıçlı enflamatuvar bel ağrısı, sağ dizde artrit ve sağ el 3. parmakta daktilitle başvurdu. Ülseratifkolit ile ilişkili intestinal aktivasyonu düşündürecek bulgusu yoktu fakat eklem bulgularıyla orantısız ciddi akut faz yüksekliği mevcuttu. Olası enfeksiyöz tabloların ekartasyonundan sonra başlanan steroid tedavisine dirençli hastalık aktivitesi nedeniyle infliksimab tedavisine geçilmesi gerekti. Dramatik yanıt alındı. ADA2 eksikliğini düşündürecek başka bir bulgusu olmasa da dirençli enteropatik artrit tablosunda

heterozigot CECR1 mutasyonunun da katkısı olmuş olabileceğini düşünüyoruz.

Sonuç: ADA2 eksikliği konusundaki farkındalığın artması hastaların tedaviye daha hızlı ulaşmasını sağlayıp olası istenmeyen komplikasyonların önüne geçebilecektir.

Anahtar Kelimeler: ADA2, adenzin deaminaz 2 eksikliği, CECR1

PS-10

Kronik bel ağrısı ayırıcı tanısında osteitis kondensans ili

Rabia Deniz

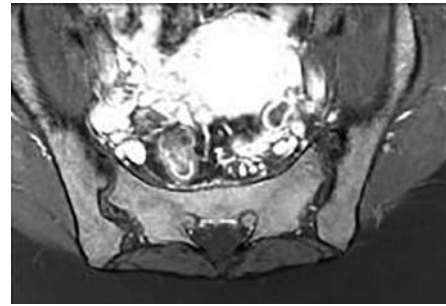
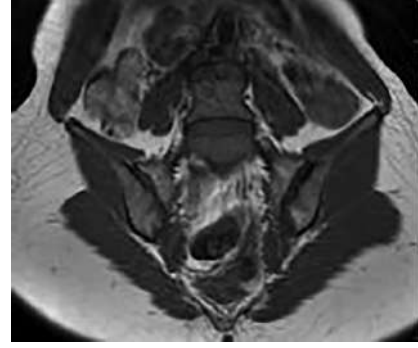
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Osteitis kondensans ili, iliak kemiğin sakroiliak ekleme bakan yüzünde sıklıkla üçgen şeklinde sklerozun izlendiği ve özellikle gebelik ve sonrasında belirtilerin arttığı benign bir patolojidir. Sıklıkla asemptomatik olmakla beraber, kronik bel ağrısı ile de prezente olabilir ve sakroiliak eklemin komşuluğunda olması nedeniyle spondiloartropatiler ile ayırıcı tanıya gidilmesi gerekebilir. Burada kronik bel ağrısı ile başvuran bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta, üç yıl önce ilk gebeliği sırasında başlayan ve sonrasında devam eden bel ağrısı ile başvurdu. Kas gücü kaybı olmayan hastanın ağrıları mekanik karakterde ve parasetomal ve steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlara karşı yanıtı benzerdi. Tarafımıza başvurmadan önce birçok defa dış merkezlerde değerlendirilen hastanın, bel ağrısı da olduğundan ankilozan spondilit açısından HLA-B27 ayrıca RF, anti-CCP ve akut faz belirteçlerinin istendiği ancak anormal sonucu olmadığı görüldü. Fizik muayenede eklemlerde hareket kısıtlılığı, şişliği veya kızarıklığı ya da kas hassasiyeti yoktu. Düz bacak kaldırma, FABERE ve FADIR tesleri bilateral negatifti. Schober testi 7 cm, göğüs ekspansiyonu ve sakroiliak kompresyon testi normaldi. Hemogram, CRP, sedimentasyon ve diğer biyokimya testleri normal sınırlarda izlendi. Hastadan istenen sakroiliak eklem MRG'de sakroiliit lehine bulgu yokken, her iki sakroiliak eklemden özellikle sol ve iliak yüz ağırlıklı eklem yüzlerinde hafif subkondral skleroz ve minimal düzensizlikler izlenmesi üzerine daha çok osteitis kondensans ili lehine değerlendirildi. Hasta için steroid olmayan anti-enflamatuvar ve miyorelaksana ilaveten bel, kalça ve abdominal kasları güçlendirme odaklı egzersizler düzenlenerek takibe alındı ve yakınmalarında gerileme gözlemlendi.

Sonuç: Osteitis kondensans ili, özellikle gebelik sonrası semptomların yoğunlaşması ile tanı alan bir tablo olmakla beraber her iki cinsiyette de görülebilir ve tanısı radyolojiktir. Erken dönem sakroiliit başta olarak enflamatuvar patolojilerden ayırımı, tedavi yaklaşımı ve takibin etkin olması için önemlidir. Özellikle eklem mesafesinin ve artıkların korunması sakroiliitten ayrımda önemli bulgularken, kronik bel ağrısının mekanik karakterde olması ve muayene bulguları spondiloartropati veya lomber herni lehine olmayan hastalarda akıldan tutulmasında yarar vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik bel ağrısı, osteitis kondensans ili, sakroiliak eklem



Figür 1. Koronal ve aksiyal MR kesitlerinde solda iliak yüz ağırlıklı eklem yüzlerinde subkondral skleroz ve minimal düzensizlikler

PS-11

Fournier gangreni sonrası gelişen dirençli reaktif artrit

Serdar Esmir, Serdar Can Güven

Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Fournier gangreni; perineal, genital veya perianal bölgelerin, sinerjistik polimikrobial enfeksiyonuna bağlı gelişen nekrotizan fasitisi ile karakterize, geç tedavi edildiğinde ölüm ile sonuçlanabilen bir hastalıktır. Reaktif artrit ise son bir ay içinde veya halihazırda bir enfeksiyona tepki olarak gelişen enflamatuvar artrit şeklidir. Akut başlangıçlı olup, belli bakteriyel enfeksiyonlardan sonra ortaya çıkar. Çoğu zaman, bu bakteriler genital veya bağırsak kaynaklıdır. Burada; Fournier gangreni sonrası gelişen dirençli reaktif artrit olgusunu takdim ediyoruz.

Olgu: Bilinen dahili hastalığı olmayan ve 34 yaşında erkek hasta. Üroloji tarafından Fournier Gangreni tanısı almış ve opere edilmiş. Tanıdan 15 gün sonra hastada bilateral diz eklemlerinde ağrı ve güçsüzlük şikayeti gelişmiş, tanısal ve serolojik tetkikler istenmiş. Fizik muayenesinde aktif artrit saptanması ve sedim crp yüksekliği olması üzerine hastaya ponksiyon yapılmış, septik artrit bulgusu saptanmamış. Gönderilen laboratuvar tetkiklerinden; Sedimentasyon: 60 CRP: 214, ANA negatif, Rf negatif, Anti-CCP negatif, p-ANCA negatif, c-ANCA negatif, Geniş ENA paneli negatif, HLA-B27 negatif, Brucella tüp aglütinasyon ve gruber widal negatif olduğu görüldü. Hastaya metilprednizolon 16 mg başlandı. Kontrol tetkiklerinde sedimentasyon ve CRP değerlerinde artış olması ve hastada bulantı/kusma şikayeti gelişmesi üzerine prednisolon 10 mg verildi. Kontrolde sedimentasyon ve CRP değerleri artış eğiliminde olan ve şikayetleri gerilemeyen hastanın prednisolon dozu 20 mg'ye çıkıldı ve tedavisine NSAİİ eklendi. Hastanın kontrolde şikayetlerinin gerilemesi ve laboratuvar yanıtının olması üzerine prednisolon dozu 10 mg'ye düşürüldü. Bu dozda hastanın şikayetleri tekrardan artış gösterdi ve prednisolon dozu 15 mg'ye çıkıldı. Kontrol sedimentasyon ve CRP değerlerinde yükselme olması üzerine hasta Seronegatif undiferansiye artrit kabul edilerek hastaya Sülfasalazin ve Metoteraksat tedavileri başlandı. Mevcut verilen Steroid ve DMARD tedavileri ile hastada remisyon sağlanamadı. Hastanın seronegatif olması ve Fournier Gangreni sonrası 15. günde diz ekleminde gelişen artrit, Reaktif Artrit kabul edildi.

Sonuç: Literatürde Genitoüriner ve Gastroenterolojik enfeksiyonlara sekonder gelişen Reaktif Artrit olguları sıklıkla mevcut olup tedavi başarısı çok yüksektir. Fournier Gangreni sonrası gelişen Reaktif Artritin de mevcut tedavilere dirençli olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, reaktifartrit, direnç

PS-12

İmmünooglobulin G4 ilişkili hastalık tanısına giden süreç: Olgu sunumu

Güllü Sandal Uzun¹, Zehra Özsoy¹, Gizem Ayan¹, Başak Soydaş Turan³, Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹, Erkan Parlak², Meltem Çağlar Tuncalı³

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara

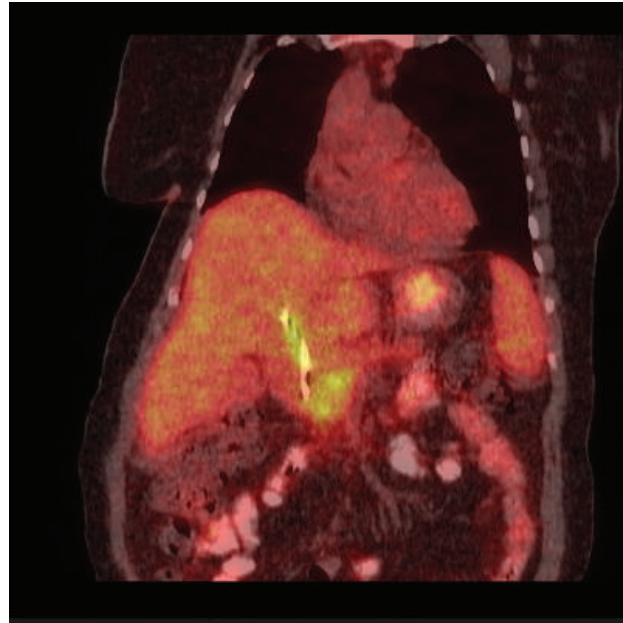
Amaç: İmmünoglobulin G4(IgG4) ilişkili hastalık; pankreas, tükrük bezi, safya yolları, hipofiz, aorta ve retroperitoneal bölge tutulumu ile giden fibroenflamatuvar multisistemik hastalıktır. Hastalık organ tutulumuna göre atipik klinik prezentasyonla seyredebilir ve tanıya giden süreçte bir gecikme olabilir. Bu olgumuzda değişik zamanlarda farklı organ tutulumları sebebi ile daha önce tanı konulamayan ve nihayetinde IgG4 ilişkili hastalık tanısı koyduğumuz hastamızı sunacağız.

Olgu: On yıldır diabetes insipitus (DI), tiroidit, tip 2 DM, koroner arter hastalığı ve tekrarlayan kolanjit atakları olan 65 yaşında kadın hasta karın ağrısı, gözlerde sararma şikayeti ile kliniğimize başvurdu.

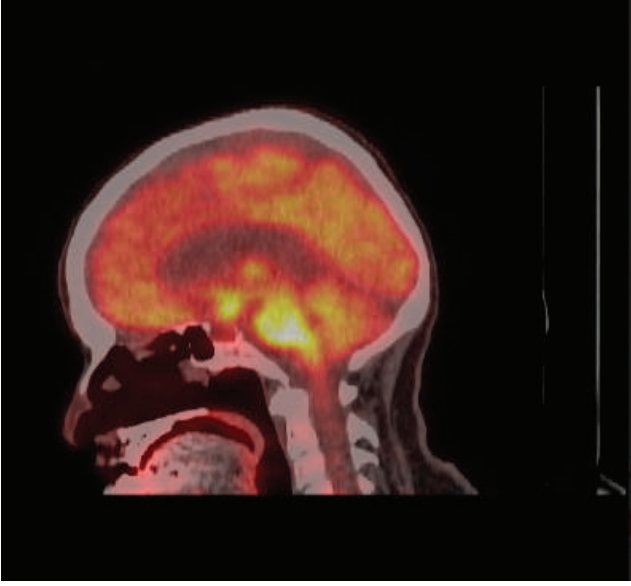
Hastanın Santral DI tanısı 10 yıl önce konulmuştu ve minirin tablet 2*1 kullanıyordu. Üç ay önce de kolanjit ile dış merkezde yatırılmış ve tekrarlayan ERCP işlemleri yapılmıştı. Servis takibinde hastanın total bilirubin/direkt bilirubin: 17,36/10,4 mg/dL, AST/ALT: 83/263 U/L, BUN/cre: 20/1,1 CRP: 4,7 mg/dL, sedim: 85 mm/saat idi. Hastaya çekilen PET/BT görüntülemesinde: Hipofiz bezi, beyin sapına uyan alanda ve bilateral mezial temporalde artmış FDG tutulumları. Mastoid hücrelerde mastoidit, tiroid bezinde tiroidit, pankreas başında pankreatit ile uyumlu bulgular. IgG4 ilişkili hastalık tutulumunu mevcuttu. Hastanın serum IgG: 875 mg/dL (normal) IgG4: 0,4 g/L(normal) idi. ERCP ile koledok ilişkili tutulum alanlarından alınan biyopsi materyalinde IgG4/IgG oranı %40 üzerinde tespit edildi. Hastamız 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) IgG4 ilişkili hastalık klasifikasyon kriterlerini karşılıyordu. Mevcut klinik görüntüleme ve patoloji bulguları ile IgG4 ilişkili hastalık düşünüldü ve organ tutulumu nedeni ile immünosüpresif tedavi planlandı. Kolanjit için IV antibiyoterapi başlandı. Genel durumu kötüleşen ve bilirubin değerleri yükselen hastaya gastroenteroloji, enfeksiyon hastalıkları ve romatoloji konseyinde pulse metilprednizolon (MPZ) tedavisi verildi. Tedavi sonrası hastanın klinik ve laboratuvar yanıtı olmadı ve servis takibinde eks oldu.

Sonuç: IgG4 ilişkili hastalık farklı organ tutulumları sebebi ile tanısı gözden kaçabilecek bir hastalıktır. Steroidler tedavide ilk basamak olup steroid ayırıcı ajan olarak rituximab gibi immünosüpresif tedaviler kullanılır. Olgumuzda olduğu gibi fibroenflamatuvar süreçler ilerledikten sonra tanısı konulan hastalarda standart tedaviye gecikmiş yanıt alınabilir.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, kolanjit, metil prednisolon



Resim 1. Pankreas başındaki tutulum ve koledokta stent



Resim 2. Hipofiz bölgesindeki tutulum

PS-13

Ankilozan spondilitte atipik dispne nedeni: Atriyal septal defekt

Bahar Özdemir¹, Berkan Armağan¹, İsmail Doğan²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), aksiyal omurganın kronik enflamatuvar bir hastalığı olmakla beraber, üveit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, kardiyovasküler ve restriktif akciğer hastalıkları gibi ekstraartiküler organ tutulumlarıyla birlikte olabilir. Burada atrial septal defekte (ASD) bağlı pulmoner hipertansiyon (PHT) gelişen AS'li bir hastayı sunacağız.

Olgu: Yirmi yedi yaşında kadın hasta, mekanik karakterde bel ve kalça ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde, 2014 yılında bir kez unilateral anterior üveit geçirdiği ve 2016 yılında enflamatuvar bel ağrısı ile başvurması üzerine AS tanısı almıştı. Hastaya bu dönemde sulfasalazin tedavisi başlanmış ancak alerjik yan etki nedeniyle devam edememiş. Sistem sorgulamasında dispne ve eforla belirgin yorgunluk şikayeti dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğal, aktif eklem bulgusu yoktu. Sakroiliak eklem grafisinde bilateral evre 2-3 sakroiliit bulgusu mevcut ama servikal, torakal ve kumbal grafilerinde patoloji yoktu. Göğüs ekspansiyonu 4,5 cm ve servikal-lomber hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Eforla dispnesi ve yorgunluğu olan hasta 2019 yılında gelişen hasta, ekokardiyografik (EKO) incelemede ASD tanısı almış. Eş zamanlı pulmoner arter basıncı (PAB) yüksek olan ve semptomatik olan hastaya ASD düzeltme cerrahisi yapılmış ve izleminde basınç yüksekliği (mPAB: 130 mmHg) devam eden hastanın medikal tedavisi, ambrisentan, tadalafil metoprolol, furosemid, asetilsalisilik asit olarak düzenlenmiş. EKO takiplerinde mPAB: 40 mmHg değerine kadar düşüş sağlanmış. Poliklinik kontrolünde akut faz değerleri normal olan hastaya egzersiz önerildi.

Sonuç: AS'li hastalarda artmış kardiyovasküler komplikasyon riski olduğu bilinmektedir. Aort yetmezliği, miyokardiyal fibrozis ve iletim bozuklukları AS bilinen kardiyak komplikasyonlarıdır. PHT, sıklıkla bağ dokusu hastalıkları ile görülmesine karşın AS tanılı hastalarda da görülebilir. AS ile ASD ilişkisi literatürde gösterilmemiş olsa da bu volgu sunumu örneğinde olduğu gibi özellikle dispne şikayeti ve kardiyak yakınmaları olan ama göğüs ekspansiyonunda azalma veya restriktif akciğer hastalığı bulgusu olmayan olgularda ayırıcı tanıda AS-ASD birlikteliği düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, atriyal septal defekt

PS-14

COVID-19-ilişkili makrofaj aktivasyon sendromlu hastalarda tosilizumab tedavisine yanıtı öngören parametrelerin araştırılması

Shirkhan Amikishiyev¹, Murat Bektaş¹, Mehmet Güven Günver², Burak İnce¹, Sarvan Aghamuradov¹, Nevzat Koca¹, Naci Şenkal³, Görkem Durak⁴, Murat Köse³, Mustafa Erelel⁵, Arif Atahan Çağatay⁶, Sevgi Kalayoğlu Beşişik⁷, Figen Esen⁸, Ahmet Gül¹

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

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁶İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁷İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁸İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: COVID-19 ilişkili makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) sonucu akut solunum sıkıntısı sendromu ve ölüm riski artmaktadır. Destek tedavisine ek olarak verilen glukokortikoidler oksijen ve mekanik ventilator desteği gereken hastalarda ölüm riskini azaltabilmektedir. Hedefe yönelik anti-sitokin ilaçlardan tosilizumabın da bu hastalarda fayda sağladığı gösterilmiştir. Bununla beraber hangi hastaların tosilizumabdan daha fazla yararlanacağını gösterecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yöntem: COVID-19 nedeniyle Mart-Aralık 2020 tarihleri arasında yatırılan ve MAS tanısıyla tosilizumab verilen hastalar çalışmaya alındı. MAS tanısı uzman görüşü ile kondu ve daha sonra geliştirdiğimiz kriterlerle doğrulandı. Klinik ve laboratuvar bulguları standart formulla kaydedildi.

Bulgular: Yatırılan 931 hastadan tosilizumab alan 150 hasta (120 erkek, 30 kadın, ortalama yaş 57,9) çalışmaya alındı. Mart-Eylül 2020 arasındaki hastalar sadece tosilizumabla, bu tarih sonrasındaki 26 hasta tosilizumabtan 2-3 gün önce başlayan deksametazon 6 mg/gün veya eşdeğerleriyle tedavi edildi. Tosilizumab intravenöz 400 mg (n=77), 600 mg (n=26) veya 800 mg (n=47) dozlarında verilmişti; 22 hastaya yanıtızlık veya alevlenme nedeniyle anakinra

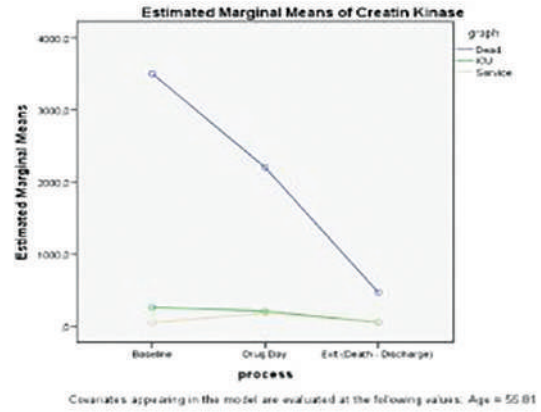
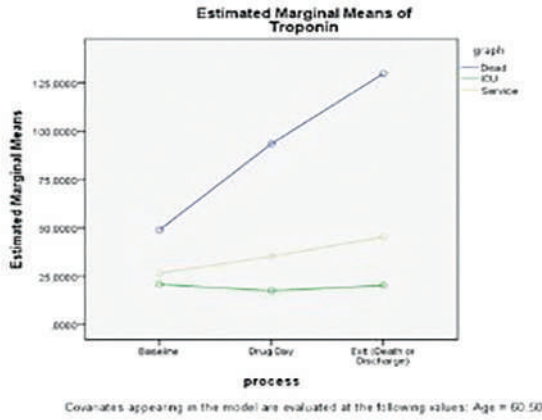
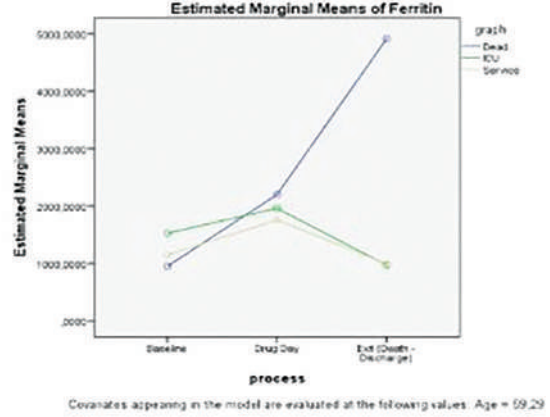
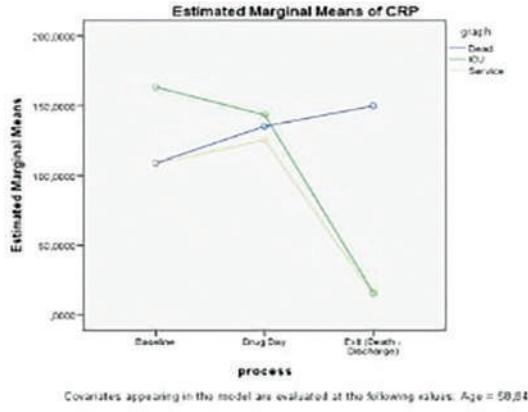
verildi. Toplam 126 (%84) hasta taburcu edildi. Hastaların çoğu (n=122, %81,3) tosilizumab tedavisini serviste aldı; 6 hasta tedavi sonrası YBÜ'ye nakledildi, 2 hastada serviste ani kardiyopulmoner arrestle öldü. Tosilizumab 28 (%18,6) hastaya YBÜ'de verildi ve 16'sı vefat etti. Tosilizumab sonrası anakinra alan 22 hastadan 9'u serviste, 13'ü YBÜ'de izlendi; 10 hasta entübe edildi ve 6 hasta öldü. Sağkalan ve ölen hastaların özellikleri Tablo 1'de verildi. Ölenler yatışta daha daha yüksek troponin ve CK değerlerine sahipti. Tosilizumab verildiğinde benzer CRP ve ferritin değerleri olan hastalardan takip sırasında ölenlerde tosilizumaba yeterli CRP ve ferritin yanıtının olmadığı, lenfosit ve monosit değerlerinin artmadığı görüldü.

Sonuç: COVID-ilişkili MAS tedavisinde erken dönemde verilen tosilizumabın mortalite üzerine etkili olduğu ve tedavi sonrası CRP, ferritin, D-dimer düzeylerinde azalma ile lenfosit düzeylerinde artış görülmesinin olumlu sonuçla ilişkili olduğu bulundu. Tosilizumab tedavisine rağmen artan CK ve troponin değerleri kötü seyirle ilişkiliydi ve eşlik eden kardiyovasküler/trombotik süreçle bağlantılı olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS)

Tablo 1. Sağlıklı ve ölen hastalarda bazal, tosilizumab başlangıcı ve taburculuk/ölüm zamanı olan değerlendirme

	Sağkalan	Ölen		Sağkalan	Ölen		Sağkalan	Ölen	
	Bazal	Bazal	P değeri	Tosilizumab başlangıcı	Tosilizumab başlangıcı	P değeri	Taburculuk	Ölüm	P değeri
Ateş	37.8±1.1	37.5±1	0.232	37.4±0.9	37.4±1	0.945	36.6±0.4	36.9±0.6	0.206
Nötrofil	5.4±3.6	4.6±2.4	0.265	5.9±3.8	6.7±3.5	0.339	4.7±3.1	9.6±7.1	0.001
Lenfosit	1.01±0.61	0.82±0.32	0.134	0.95±0.63	0.68±0.28	0.038	1.71±0.72	0.72±0.44	0.001
Monosit	0.48±0.31	0.37±0.15	0.101	0.43±0.3	0.3±0.17	0.045	0.67±0.35	0.39±0.37	0.002
Trombosit	212.5±91.2	196.6±66.3	0.419	280.7±118.2	252.5±88.9	0.27	347.5±145.6	203.5±102	0.001
Ferritin	1142.2±1081.8	1026.6±950.1	0.646	1588.6±1356.3	1960.5±1696.7	0.242	954.1±663.1	5344.8±8597.3	0.001
D-dimer	1435.6±2695.8	2030.9±3394.5	0.353	1709±3076.9	4873.8±6226.7	0.001	1259.3±2442	6755.7±7361.7	0.001
CRP	101.8±85.2	127.8±89.4	0.175	120.6±83.5	172.2±107.7	0.009	11.4±27.2	174.5±133.5	0.001
LDH	343.3±146.1	389.7±227.2	0.201	392.5±139	519.7±198.3	0.001	290.6±82.1	1304.3±1502.7	0.001
ALT	39.5±33.8	29.2±18.3	0.15	60.6±61.8	43±32.5	0.184	100.4±76.1	458.8±910.7	0.001
AST	41.3±26.8	51.4±38.3	0.121	57.2±61.4	71.3±52.4	0.304	49.5±32.7	760.6±1430.8	0.001
Prokalsitonin	0.72±2.84	0.45±0.75	0.643	0.38±0.62	0.72±0.72	0.018	0.07±0.08	1.97±2.4	0.001
Troponin	14.5±20.3	53.8±88.3	0.001	16.6±26	95.2±154.1	0.001	20.7±51	122.2±131.5	0.001
Kreatin kinaz	245.2±318.6	1057.3±2128.4	0.001	222.3±363.2	1012.1±1955.2	0.001	78.5±177.3	316.2±283.3	0.001
Fibrinojen	604.6±160.4	588.7±134.4	0.671	634±175.3	592.1±201.2	0.33	347.9±125	504.6±188.5	0.001
Kreatinin	1.17±1.56	1.1±0.5	0.827	1.02±0.91	1.24±0.64	0.289	0.99±0.64	1.6±0.96	0.001



Figür 1. Serviste, YBÜ’de takip edilenlerde sağkalan ve ölen hasta gruplarının CRP, ferritin, troponin, CK düzeylerinin tahmini marginal ortalaması

PS-15

Pulmoner arter anevrizması ve trombozu ile prezente olan Behçet sendromu

Ayşe Özdede¹, Muhammed Şamil Aslan², Eser Durmaz³, Emire Seyahi¹

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

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

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromu (BS), her boyutta ve tipte vasküler yapıların etkilendiği ve ağırlıklı olarak venlerin tutulduğu etiyolojisi bilinmeyen multisistemik bir vaskülitir. BS’de arter tutulumu özellikle pulmoner arter etkilenimi, neden olduğu mortalite ve morbidite nedeniyle ven tutulumu kadar dikkate alınmalıdır.

Olgu: Yirmi yaşında kadın hasta göğüs ağrısı şikayeti ile kardiyoloji kliniğine başvuruyor. İki yıldır bilinen ventriküler septal defekti açısından takibi olan hasta üç aydır sol taraflı plöritik göğüs ağrısı, çarpıntı, öksürük, titreme, gece terlemesi, ara ara olan hemoptizi ve istemli olarak 27 kg kaybı tarifliyor. Buna ek

olarak romatolojik sorgulamasında bir özellik saptanmıyor. Fizik muayenesinde solunum sesleri dinlemekle doğal, kardiyovasküler sistem: S1+,S2+, Erb odağında pansistolik üfürüm 2/6, nabız: 100/dk, TA: 110/80 mmHg idi. Tüm ekstremitelerde kas gücü 5/5. Laboratuvar bulgularında hemoglobin: 10 g/dL, lökosit: 5.200/mm³, trombosit: 248.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 71mm/saat, C-reaktif protein: 45mg/L, romatoid faktör (RF):20 IU/ml, CCP(-) ANA(-),anti dsDNA(-),cANCA(-), pANCA(-), SS-A(-), SS-B(-),anti beta-2 glikoprotein IgG(-)- IgM(-), anti kardiyolipin IgG(-)-IgM(-) saptandı. Hemoptizi ve plöritik göğüs ağrısı nedeni ile çekilen kontrastlı toraks BT’de her iki akciğerde dağınık periferik konsolidasyon odakları, buzlu cam alanları, sağ akciğer alt loba giden pulmoner arter segmental dalında anevrizma ve trombüs ile uyumlu hipodens görünüm izlendi. Perikardiyal effüzyonu olan ve bilinen ventriküler septal defekti de olan hastanın çekilen transtoraksik ekokardiyografisinde triküs pit kapakta hareketli imaj, vejetasyon?, trombüs?, perikardda sol ventrikül arkasında 7 mm, sağ atriyum arkasında 8 mm sol ventrikül lateralinde 11 mm, sağ ventrikül arkasında 11 mm effüzyon izlendi. İnfektif endokardite yönelik hastadan üç gün üst üste hemokültür gönderildi, hemokültürde üreme saptanmadı. Alt ekstremitelerde Doppler ultrasonografisinde ve göz muayenesinde patoloji saptanmadı. Hastaya üç gün 1 gr pulse IVMP verildi,

tedavisi imuran 150 mg/gün ve infliksimab 10 mg/kg olacak şekilde düzenlendi.

Sonuç: Behçet sendromunda, tekrarlayan mukokutanöz lezyonlar en sık görülen bulgularından olup, başvuru anında sadece vasküler etkilenimi olan ve bildirilmiş olgulara ek olarak biz de burada diğer organ tutulumu olmadan pulmoner arter etkilenimi ile başvuran ve tedavisi düzenlenen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma, Behçet sendromu, hemoptizi

PS-16

Dikkat: Takayasu çıkabilir

Özge Altuğ Gücenmez

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatolojisi Kliniği, İzmir

Giriş: Takayasu arteriti nadir olarak görülen, sıklıkla genç erişkin kadınlarda, çok nadir olarak çocukluk çağında görülebilen aorta ve dallarını tutan büyük damar vaskülitidir. Aortanın tüm katlarını tutarak panaortitle birlikte olan granulomatoz vaskülit yapar. Etiyolojide; otoimmünite, genetik yatkınlık ve çevresel etkenler üzerinde durulmaktadır. Semptomlarının non-spesifik (baş ağrısı, hipertansiyon, kilo kaybı, gece terlemesi, ateş, artralji, kas ağrısı) olması nedeniyle tanı güçlüğü yaşanmaktadır.

Olgu: On iki yaşında kız hasta; bir aydır devam eden baş ağrısı, baş dönmesi, ara ara olan görme kaybı ve çift görme şikayeti ile acil servise başvurdu. Öyküsü derinleştirildiğinde evde ölçülen tansiyonlarının yüksek olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; VA: 43 kg (50-75 p), boy: 155 cm (50-75 p), sol kol ta: 139/88 mmHg, sağ kol ta: 136/88 mmHg, sol bacak ta: 81/68 mmHg, sağ bacak ta: 85/73 mmHg olarak saptandı. Femoral arter nabızları alınamıyordu. Diğer muayene bulguları doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre 12.200 mm³, hemoglobün 11,1 g/dL, trombosit 268.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (esh) 67 mm/saat, C-reaktif protein (crp) 4,5 mg/dL (0-0,5 mg/dL), tam idrar tetkikinde protein +, 18 eritrosit, 27 lökosit, spot idrar protein/kreatinin oranı 0,40 mg/gr, serum albümin ve total protein düzeyleri normal, ANA: negatif, C3-C4 düzeyi normal bulundu. Ekokardiyografisi normaldi. Abdominal bt anjiyografi; torasik aorta distal kesimi ile abdominal aorta proksimal kesimde 6 -7 cm³lik segmentte aort lümen çapı belirgin daralmış olup en dar yerinde 4 mm ölçülmüş, bu düzeyin distalinde abdominal aorta ve dalları normal olarak raporlandı. Hastaya mevcut bulgularla Takayasu arteriti tanısı ile 1 mg/kg/gün metilprednizolon, 15 mg/m²/hafta subcutan metotreksat ve antihipertansif tedavi başlandı. Klinik ve laboratuvar bulguları tedavinin 15. gününde normale dönen hasta romatoloji poliklinik takiplerinde izlenmektedir.

Sonuç: Çocukluk çağında Takayasu arteritini tanılandırma zorluklar bulunmaktadır. Kliniğe başvuru yakınmaları değişken olabilir, tanıda ayrıntılı anamnez ve dikkatli bir fizik bakımın önemi vurgulanmak istenmiştir. Takayasu arteritinin çocuklardaki renovasküler hipertansiyonun etiolojisinde düşünülmesi gereken hastalıklardan biri olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, vaskülit

PS-17

Erişkin ailesel soğuk otoenflamatuvar sendrom olgusu

Sercan Gücenmez, Dilek Solmaz, Mustafa Özmen, Servet Akar

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

Giriş: Otoenflamatuvar hastalıklar görünürde hiçbir uyarı yokken, kontrolsüz olarak ortaya çıkan uzamış enflamasyon ve ateş atakları ile birlikte. Bu ataklara deri döküntüleri, poliserozit ve eklem bulguları eşlik edebilir. Bu grup hastalıkları en çok düşündürülen en önemli klinik veri ise ateşle birlikte olan birbirine benzeyen klinik bulguların yer aldığı yineleyen atakların olmasıdır. Bu grup hastalıklarda ciddi nörolojik tutulum da gözlenebilir.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, yaklaşık 20 yıl önce başlayan, 2-3 haftada bir gelen, 2-3 gün süren karın ağrısı yakınması tanınıyor. Karın ağrısı ile birlikte 2 gün süren sarı renkli, sulu ishal tarifliyor. Beraberinde bulantı ve kusmada eşlik ediyor. Karın ağrısı sonrası ateşi çıkıyor ve 24 saat sonra genelde ateş düşürücü ile geçiyor, her karın ağrısı olduğunda ateş olmuyor, fakat üşüme, titreme oluyor. Hasta beraberinde göz kapaklarında şişme, dudaklarda morarma da tarifliyor. Atak esnasında 3 defa bayılma tarifliyor. Daha çok soğuga maruz kaldığında atak tarifliyor. Bazı ataklarında tonsillit tablosu oluyor ve steroid tedavisi ile iyileşiyor. Soygeçmişinde annesinde de benzer ataklar olduğu ve 56 yaşında ateş, konuşamama ve nörolojik tablo sonucu tanı konulamadan kaybedildiği öğrenildi. Ataklar esnasında akut faz yanıtları yüksek saptanıyor. Sekiz yıl önce Ailesel Akdeniz Ateşi tanısı konularak kolşisin tedavisi başlanmış. Başlangıçta atakların sıklığı bir miktar azalmış, son 1 yıldır ataklar kolşisin tedavisine rağmen devam etmiş. FMF (Ailesel Akdeniz Ateşi) mutasyon analizi negatif olarak saptandı. Yeni nesil dizi analizi NLRP12: heterozigot saptandı. Hastaya mevcut bulgularla Kriyopirin ilişkili Periyodik Sendromlar (CAPS) içinde bir grup olan, Ailesel Soğuk Otoenflamatuvar Sendromu (FCAS) tanısı düşünüldü. Bu tanıyla hastaya IL-1 antagonisti tedavisi başlandı.

Sonuç: FMF dışı otoenflamatuvar hastalıklar nadir görülmektedir. Özellikle erişkin yaşlarda daha nadir olduğundan tanıda akla gelmemektedir. Tipik FMF atağı olmayan, atak sırasında serozit ve ateş dışında ekstra bulguları olan, kolşisin tedavisine dirençli olgularda FMF dışı otoenflamatuvar hastalıklar akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel soğuk otoenflamatuvar sendrom, NLRP12, otoenflamatuvar hastalıklar

PS-18

Sistemik skleroz ve küçük hücreli akciğer karsinomu birlikteliği

Selma Sarı¹, Damla Altunok², Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

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

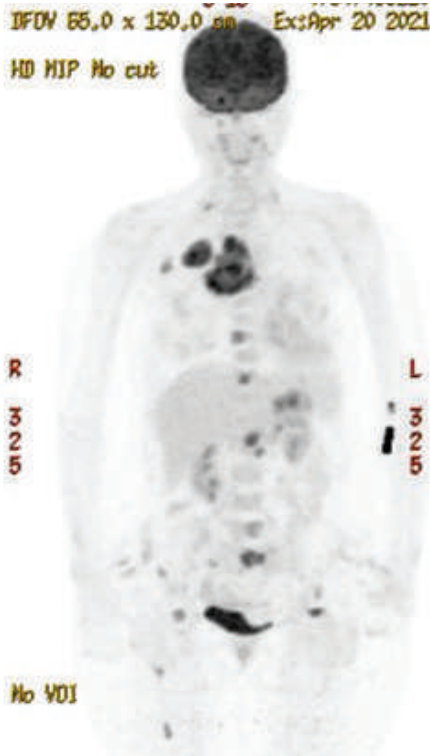
²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sistemik skleroz (SSc) multisistem tutulumlu, vaskülopati ve fibrozis ile karakterize otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. SSc hastaları arasında en sık görülen akciğer kanseri tipinin adenokarsinom veya bronşioalveolar hücreli karsinom ve anti-Scl-70 antikörlerinin, akciğer kanseri gelişme riskini artırdığı gösterilmiştir. Küçük hücreli akciğer kanseri ayrıca erkeklerde daha yaygındır. Bu sunumda sistemik skleroz tanılı bir hastada ortaya çıkan küçük hücreli akciğer kanseri olgusunu sunmak istedik.

Olgu: Kırk iki yaşında kadın hasta on paket/yıl sigara öyküsü mevcut. On üç yıl önce sistemik skleroz tanısı alan hastanın anti-Scl-70 antikoru ile non-usual paternde intertisyel akciğer hastalığı mevcuttu. On yıl önce deri progresyonu nedeni ile 6 kür endoksan (ayda bir 1 gr) aldı ve sonrasında MMF 2 gr/gün ile takip edildi. 2017 yılında deri progresyonu nedeni ile 3 kür rituksimab tedavisi uygulandı. Görmede bulanıklık ve nefes darlığında artış şikayeti ile başvuran hastada yapılan Göz MR'de yer kaplayan lezyon ve sağ akciğer ve mediastende 4 cm'ye ulaşan kitle lezyon, plevral efüzyon saptandı. Plevral efüzyon sitolojisi küçük hücreli akciğer karsinomu olarak sonuçlandı.

Sonuç: SSc'de malignite riskinin arttığı ve akciğer fibrozu ile akciğer kanseri arasındaki ilişki geniş hasta serilerinde gösterilmiştir. SSc'li hastalarda ortaya çıkan küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) çok nadir görülmektedir. Nefes darlığında artış olan sistemik skleroz tanılı hastalarda akciğer kanseri olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, küçük hücreli akciğer karsinom



Figür 1. Hastanın PET/CT görüntülemesi. PET/CT'de sağ üst mediastendeki kitle lezyonda (SUDmaks 12,8), sağ akciğer üst loba yumuşak doku dancisinde (SUDmaks 12,9) sağ orbitadaki lezyonda (SUDmaks 13,3), prevasküler bölgedeki lenf düğümlerinde (SUDmaks 11,9) ve pankreas baş, korpus, kuyrukta başında artmış SUDmaks saptandı.

PS-19

Pulmoner romatoid nodüllerin ayırıcı tanısı: Metastatik hastalık ve pulmoner kist hidatik

Zehra Özsoy, Güllü Sandal Uzun, Gizem Ayan, Levent Kılıç, Sedat Kiraz

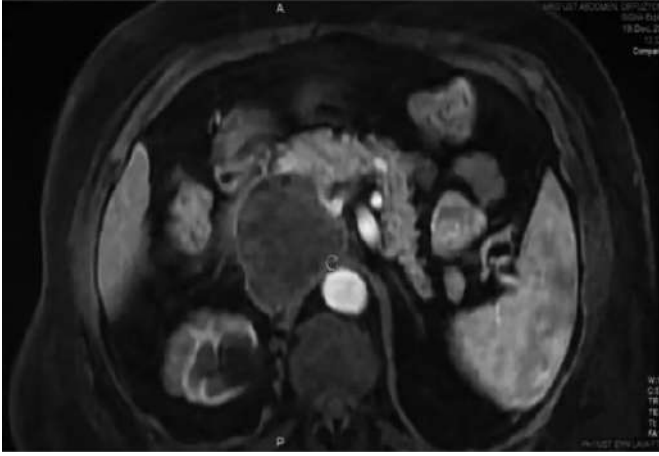
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA); periferik küçük eklemleri simetrik tutan ilerleyici, enflamatuvar kronik sistemik bir hastalıktır. RA'da eklem dışı tutulumlar %17,8 ile %50 oranında bildirilmiştir. RA'nın akciğer bulguları sıklıkla plevral tutulum şeklinde olmakla birlikte intertisyel fibrozis, parankimal nodüller, bronşektazi ve pulmoner hipertansiyona rastlanabilir. Bu makalede RA tanısıyla takipli hastanın akciğerde saptanan nodüllerin ayırıcı tanısı ve tedavi yöntemimizi sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş dört yaşında kadın hasta, 8 yıldır RA tanısı ile takipte idi. Romatoid artrit tedavisi için leflunomid 20 mg, deflazakort 1x30 mg ve plaquenil 2x200 mg düzenli olarak kullanmakta idi. En son iki ay önce abatecept tedavisi almıştı. Akut akciğer ödemi nedeniyle acil servise başvuran hastanın görüntüleme yöntemlerinde hepatik venlerin inferiorundan başlayarak renal venlerin inferioruna kadar uzanan, en geniş yerinde yaklaşık 6 cm ölçülen, içerisinde kalsifikasyonlar ve hiperdens komponentler bulunan kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Ayrıca her iki akciğerde yaygın çok sayıda parankimal nodüllere rastlandı (Resim 2). Ayırıcı tanılar içerisinde romatoid nodül, metastaz, septik emboli düşünüldü. Feokromasitoma ekartasyonu sonrasında paragangliyoma veya mezankimal malignite ön tanısı ile yapılan biyopsi sonucunda neoplastik-nonneoplastik doku içermeyen granüle, eozinofilik materyal saptanmış ve ön planda kist hidatik düşünüldü. Ekinokokus granulosus IgG pozitifliği saptanması üzerine akciğerdeki nodüllerin kist hidatik embolisi olduğuna karar verilerek albendazol 1x400 mg tedavisine başlandı.

Sonuç: RA'lı hastaların %0,2'sinde akciğer grafisinde pulmoner nodüller saptanmaktadır. Tipik olarak üst zonlarda ve periferik yerleşim göstermektedirler. Nodüller tek, multipl ve değişik çaplarda olabilir. Kaviteyonda gösterebilen romatoid nodüller çoğunlukla asemptomatiktir. Ayırıcı tanıda en sık malignite ile karışmaktadır. İmmünoşüpresif tedavi alan enflamatuvar otoimmün hastalıklarda ve transplantasyon olgularında kist hidatik insidansının arttığı saptanmıştır. RA hastaların tedavi seçeneklerinin içerisinde immünoşüpresif tedavi protokolleri önemli bir yer kaplamaktadır. Sonuç olarak; olgumuzda olduğu gibi uzun süreli immünoşüpresif ilaç kullanan RA hastalarında karın içi kalsifik kistik kitlelerin eşlik ettiği akciğer nodüllerin ayırıcı tanısında kist hidatik de akıld bulundurulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, pulmoner nodül, kist hidatik



Resim 1. Abdomen görüntülemesinde içerisinde kalsifikasyonları olan, sıvı içerikli, vena kava inferiora invaziv kitle lezyonu görülmektedir



Resim 2. Toraks görüntülemesinde düzgün kontürlü, kavitasyon görünümü olan nodüller

PS-20

Bilateral sklerit ile prezente olan bir tekrarlayan polikondrit olgusu

Seda Kutluğ Ağaçkiran, Kerem Yiğit Abacar, Gizem Sevik, Alida Aliyeva, Fatma Alibaz Öner, Mehmet Pamir Atagündüz, Güzide Nevsun İnanç, Rafi Haner Direskeneli

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

Amaç: Tekrarlayan polikondrit, kıkırdak dokunun enflamasyonu ile seyreden, periferik eklem, kulak, burun ve trakeobronşial sistemi tutabilen, sistemik vaskülit, malignite ve bağ doku hastalıklarına eşlik edebilen bir hastalıktır. Bu olguda skleritle ortaya çıkan bir tekrarlayan polikondrit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk dört yaşında, primer hipotiroidi dışında bilinen hastalığı olmayan kadın hasta, Haziran 2020'den bu yana, ayda bir tekrarlayan, her iki gözde kızarma sebebiyle Göz Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmuş, muayenesinde bilateral sklerit ve periferik korneal infiltratlar saptanması üzerine, etiyoloji araştırma amaçlı

Romatoloji Polikliniği'ne yönlendirilmişti. Hastanın sorgusunda 1 yıldır bilateral el bileği, DIF ve PIF eklemlerinde enflamatuvar artralji ve >1 saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Eklem şikayetlerine eşlik eden ağız-göz kuruluğu dışında romatolojik sorgusunda ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın poliklinik başvurusundan 2 gün önce, akut otitis media sonrası sağ periferik fasial paralizi geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral PIF/MKF eklemlerde palpasyonla hassasiyet, her iki gözde hiperemi ve semer burun tespit edildi. Sağda kulak ağrısı devam eden hastanın KBB poliklinik kontrolünde, perikondrit tespit edilmesi üzerine sorgu derinleştirildiğinde her iki kulakta, kulak memesi dışında ağrı, şişlik ve kızarıklık olduğu ve kendiliğinden gerilediği öğrenildi. Tetkiklerinde hemogramda mikrositer anemi, renal, hepatik fonksiyonlar normal, transferrin saturasyonu %33, ferritin, folat, vitamin B12, retikülosit, LDH normaldi. Periferik yaymada hipokrom mikrositer eritrositler dışında özellik saptanmadı. CRP 46 mg/L, ESR 35 mm/s, viral seroloji, ANA, ENA, RF, Anti CCP, anti MPO, PR3, kalsiyum, albümin, serum ACE düzeyi, 24 saatlik idrar kalsiyum normal saptandı. Schirmer testi bilateral <5 mm idi. Üç boşluk BT, torakoabdominal BT anjiyografi, EKO, SFT/DLCO, mamografi, jinekolojik muayenesi normaldi. Hastaya primer relapsing polikondrit tanısıyla 64 mg metilprednizolon ve idame tedavide azatiopurin 150 mg/gün başlandı. Oküler, eklem yakınmaları ve CRP'si gerileyen hastanın takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: Tekrarlayan polikondritli hastalarda, en sık tutulum kondrittir. Auriküler kıkırdak kollapsı, dış kulak yolu ödemi eksternal akustik meatusun kapanmasına ve buna sekonder otitis media, iletim tipi duyma kaybına sebep olabilmektedir. Oküler tutulum hastaların %50-60'ında görülebilmekte, hafif tutulumlu episklerit, sklerit ve konjunktivite ortaya çıkabilmektedir. Hastaların %3'ünde vaskülitte bağlı 5. ve 7. kranial sinir paralizileri görülebilir. Nazal, auriküler kondrit, oküler, artiküler ve nörolojik tutulumlar ciddi morbidite sebebi olsa da laringotrakeo bronşial kıkırdak tutulumu ve kalpte valvuler patolojiler, miyokardit, perikarditle prezente ciddi kardiyak tutulumla mortalite sebebi olabileceği ve malignite, bağ doku hastalıkları ve vaskülitte eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan polikondrit, sklerit, fasial paralizi



Resim 1. Sağ kulakta auriküler kıkırdakta ödem ve hiperemi, kulak lobülü korunmuştur

Çocuk romatoloji hekimlerinin biyobenzer ilaçlarla ilgili algı ve tutumları

Fatma Gül Demirkan¹, Hafize Emine Sönmez², Özlem Akgün¹, Betül Sözeri³, Nuray Aktay Ayaz¹

¹*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

³*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul*

Amaç: Son 10 yılda, biyobenzerlerin sağlık sistemlerine girmesi, sağlık harcaması maliyetlerini azaltarak hastaların biyolojik ilaçlara erişiminin artmasını sağlasa da pazarlama sonrası aşamada klinisyenler tarafından hala beklenen oranda kabul görmemektedir. Bu çalışmanın amacı, pediatrik romatologların dünya genelinde biyobenzerlere ilişkin algı ve tutumlarını araştırmaktır.

Yöntem: Pediatrik romatologların biyobenzerlere ilişkin algılarını değerlendirmeye yönelik soruları içeren web tabanlı bir anket oluşturuldu ve katılımcılara elektronik ortamda gönderildi. Nisan-Ağustos 2021 arasında yanıtlar toplandı. Yanıtlar tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çeşitli ülkelerden 114 pediatrik romatolog çalışmamıza katıldı. Medyan yaşları 39,5 (30-81) idi. Katılımcıların 82'si (%71,9) kadındı. Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye, 22 ülke arasında en yüksek katılım oranıyla ilk iki sırada yer aldı. Katılımcıların ülkeleri Tablo 1'de görülmektedir. Anketi yanıtlayanların 37'si (%32,4) yan dal araştırma görevlisi, 34'ü (%29,8) pediatrik romatoloji uzmanı ve 43'ü (%37,7) akademisyenlerden (doçent ve profesör) oluşmaktaydı. Biyobenzer ilaçlar hakkında yetersiz ve kısmen bilgi sahibi olanların oranı akademisyenler, uzmanlar ve yan dal asistanları arasında sırasıyla %41,8, %67,6 ve %83,7 idi. Kongreler, sempozyumlar ve bilimsel dergiler bilgi edinmek için kullanılan başlıca kaynaklardı. Anket yapıldığı sırada 75 (%65,8) pediatrik romatolog en az 1 kez biyobenzer ilaç reçete etmişti. Juvenil idiyopatik artritis ve üveit biyobenzer tercihinde kullanılan en sık 2 endikasyondur. Pediatrik romatolojide en çok reçete edilen 2 biyobenzer ilaç infliximab ve adalimumab'tır. Reçetelendirme konusunda görülen engeller arasında katılımcıların çoğunluğu (%64) pediatrik romatolojide klinik çalışmaların ve gerçek yaşam deneyimi verilerinin eksikliği şeklinde beyan ettiler. Katılımcıların yarısı biyobenzer ilaçları ayrı biyolojik ilaçlar olarak kabul etmekteydi ve onların referans üründen etkinlik ve güvenlik açısından farksız olduklarını düşünmekteydi. Hastalara ilk biyolojik ilaç başlandığında biyobenzer tercih edilmesiyle ilgili sorunun cevabında katılımcıların %47,7'si hala çekimserken %18,9 hiç tercih etmeyeceğini, %33,3 ise tercih edeceğini belirtti.

Sonuç: Katılımcıların çoğunluğu biyobenzer ilaçların ekonomik avantajlarının farkındaydı. Biyobenzer ilaç reçetelendirme konusunda başlıca endişeler medikal konuda bilgilendirilme eksikliği ve pediatrik hastalarda güvenle kullanım açısından taşınan çekincelerdi.

Anahtar Kelimeler: Biyobenzer, biyolojik ilaç, pediatrik romatoloji

Ankete katılan pediatrik romatologların ülkeleri

Australia	2
Bosnia Herzegovina	1
Brazil	2
Canada	3
Czech Republic	1
France	2
Germany	3
India	2
Kenya	1
Netherlands	3
Norway	1
Papua New Guinea	1
Saudi Arabia	1
Singapore	1
Slovakia	1
Spain	1
Sweden	1
Switzerland	1
Thailand	1
Turkey	63
United Kingdom	1
United States	21

PS-22

Pediatrik romatolojide biyobenzerlerin kullanımı: PeRA araştırma grubunun adalimumab ABP 501 gerçek yaşam deneyimi

Fatma Gül Demirkan¹, Kadir Ulu², Kübra Öztürk³, Şerife Gül Karadağ⁴, Semanur Özdel⁵, Hafize Emine Sönmez⁶, Figen Çakmak¹, Ferhat Demir², Betül Sözeri², Nuray Aktay Ayaz¹

¹*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul*

³*Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul*

⁴*Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Erzurum*

⁵*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Romatoloji Bölümü, Ankara*

⁶*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli*

Amaç: Juvenil idiyopatik artritis (JİA) adalimumab (ADL) biyobenzeri ile tedavisi ile ilgili gerçek yaşam verilerini araştırmayı ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Yöntem: Bu çok merkezli çalışma JİA'lı 48 çocuk üzerinde yürütülmüştür. Hastalar, ADL biyobenzer (ABP 501) tedavisinin başlangıcından itibaren en az 24 hafta takip edildi. Tedavi sırasında gelişen yan etkiler ve hastalık aktivite skorlarındaki değişikliklerin kayıtları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Grubun ortanca yaşı 15,5±2,5 (5-18) yılıdır. JİA kategorileri oligoartiküler (n=13), entezit ile ilişkili (n=24), psöriatik (n=7) ve poliartriküler (n=4) idi. Hastalarda üveit ya ilk tanıda (n=3), ya hastalık seyri sırasında (n=5) veya JİA tanısından önce (n=1) saptandı. Uzmanların tanı sonrası birinci basamak tedavi tercihleri ADL biyobenzer (n=38), etanercept (n=9) ve secukinumab (n=1) idi. Eetanercept ve secukinumab tedavileri izlem sırasında biyobenzer ADL ile değiştirildi. ABP 501 tedavisinin 6. ayında biri hariç tüm hastalarda üveit remisyondaydı. Tablo 1’de hastaların ABP501 tedavisi altında izlemdeki JADAS skorları görülmektedir. Biyobenzer ilaç kullanımı sırasında hastalarda ciddi veya yaşamı tehdit eden herhangi bir advers olay gözlenmedi.

Sonuç: Pediatrik romatolojide ABP 501 reçetelendirme sıklığı giderek artmaktadır. Çalışmamız çocuk hastalarda biyobenzer gerçek yaşam deneyiminin araştırılması açısından ilktir. Bu çalışmadaki kohorttan elde edilen gerçek yaşam verileri, endikasyon durumunda ADL biyobenzerinin JİA’lı hastalar için uygun, etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, biyobenzer, juvenil idiyopatik artrit

	Biyobenzer başlangıcında	3. ay	6. ay	12. ay
Hasta sayısı	48	45	40	13
Ortalama JADAS Skoru	11,7±6,6	6,1±6,1	3,7±4,7	2,3±3,7

JADAS: Juvenil arthritis disease activity score

PS-23

Skleroderma renal krizi: Tek merkezden izlenen sistemik sklerozlu hastalarda sıklığı ve klinik özellikleri

Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Şirhan Amikişiyev, Bahar Artım Esen, Ahmet Gül, Murat İnanç

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

Amaç: Skleroderma renal krizi (SRK), sistemik skleroz (SSk) seyrinde tipik olarak malign hipertansiyon, akut böbrek hasarı ile karakterize, trombotik mikroanjiyopatinin eşlik edebildiği komplikasyondur. SRK normotansif de olabilir. Çalışmada amaç SSk hastalarımızda SRK sıklığının ve takip sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: ACR/EULAR (2013) sınıflandırma kriterlerini karşılayan 210 hastanın kayıtları tarandı; SRK saptanan hastaların verileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya SRK tanılı 10 hasta (10/210; %4,8) alındı. Hastaların klinik, laboratuvar özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. SRK tanısı sırasında medyan yaş 57 (30-76), Raynaud fenomeni süresi medyan 2 (0-29) yıl, Raynaud dışı bulgu süresi 2 (0-10) yılıdır. SRK, SSk tanısı konulduktan sonra 1-10 yıl içinde gelişmiş, 5 hastada tanı sırasında SRK bulguları gözlenmiştir. SRK sonrası

takip süresi 3 ay-8 yıl arasındadır. SRK tablosu 2 hastada düşük doz steroid, 1 hastada metilprednizolon 40 mg/gün ve mikofenolat mofetil (MMF) tedavisi altında gelişmiştir. SRK sürecinde 1 hasta normotansif seyretmiş, tanı sırasında medyan kreatinin 3,7 (1,6-8,59) mg/dL bulunmuştur. Böbrek biyopsisi yapılan 2 hastanın birinde TMA bulguları saptanmıştır. SRK sürecinde 5 hastada hemolitik anemi, 5 hastada trombositopeni, 5 hastada >0,5 g/gün proteinüri, 2 hastada mikroskopik hematüri bulguları tespit edilmiştir. Tüm hastalara ACE inhibitörü ve 6 hastaya ilomedin infüzyonu (3-23 gün) verilmiştir. Üç hastada akut dönemde hemodiyaliz gerekmiş ve iki hastada hemodiyaliz sürmektedir. İki hastaya bosentan başlanmıştır. Hastaların son kreatinin değeri medyan 1,7 (0,8-5,98) mg/dL ölçülmüştür. SRK sürecinde COVID-19 enfeksiyonu gelişen 1 hasta çoklu organ yetersizliği ile kaybedilmiştir. SRK’den 1 yıl sonra COVID-19 enfeksiyonu gelişen diğer hasta komplikasyonsuz düzelmiştir.

Sonuç: SRK, nadir ve yaşamı tehdit eden bir tutulumdur. Hastalarımızda SRK sıklığı %4,8 bulunmuştur. SRK farklı deri tutulumu tiplerinde, farklı serolojilerin varlığında ve tanı sırasında görülebilmektedir. Sadece 1 hastada SRK öncesi yüksek doz kortikosteroid tedavisi kullanıldığı gözlenmiştir. Tedavide ACE inhibitörlerine ek olarak ilomedin ve bosentan kullanılmıştır. Hastaların %30’da hemodiyaliz ihtiyacı olmuş, 1 hasta kaybedilmiştir. Mortalite oranı düşük olmakla birlikte uzun dönem takip sonuçları iyi bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, renal kriz

Tablo 1. SRK öyküsü olan SSk hastalarının genel takip sürecinde klinik ve laboratuvar özellikleri

	N (%)
Kadın/erkek	7 (970)/3 (930)
Klinik	
Yaygın deri tutulumu	4 (940)
Sınırlı deri tutulumu	4 (940)
Asklerodermik	2 (920)
Dijital ülser	5 (950)
Eko-PAB≥30 mm Hg	6 (960)
Gastrointestinal tutulum	6 (960)
İnterstisyel akciğer hastalığı	6 (960)
Seroloji	
ANA	8 (980)
Anti-ccp70	4 (940)
Anti-sentromer	2 (920)
Anti-RNA polimeraz III	2 (920)
İmmünyosupresif geçmişi	
CYC	2 (920)
MMF	4 (940)
AZA	2 (920)
MTX	2 (920)
RTX	1 (910)
Düşük doz steroid	6 (960)

Sistemik lupus eritematozus seyrinde anti-MDA5 pozitifliği ile prezente olan dermatomyozit olgusu

Gamze Kemeç, Numune Aliyeva, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, Ahmet Gül, Murat İnanç

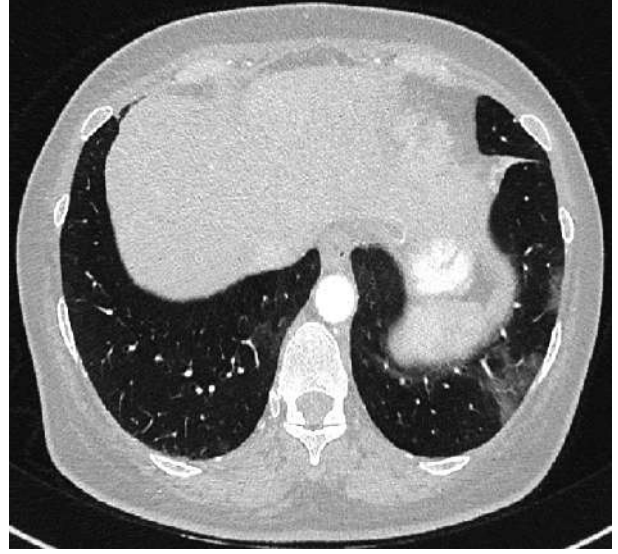
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Dermatomyozit deri, kaslar ve akciğerleri etkileyebilen otoimmün bağ doku hastalığıdır. Anti-MDA5 antikoru deri bulguları ve hızlı ilerleyen akciğer hastalığı varlığı ile karakterizedir. Miyozit kliniği ile başvurduğunda anti-MDA5 pozitifliği saptanan sistemik lupus eritematozus'lu (SLE) bir hastanın tartışılması hedeflenmiştir.

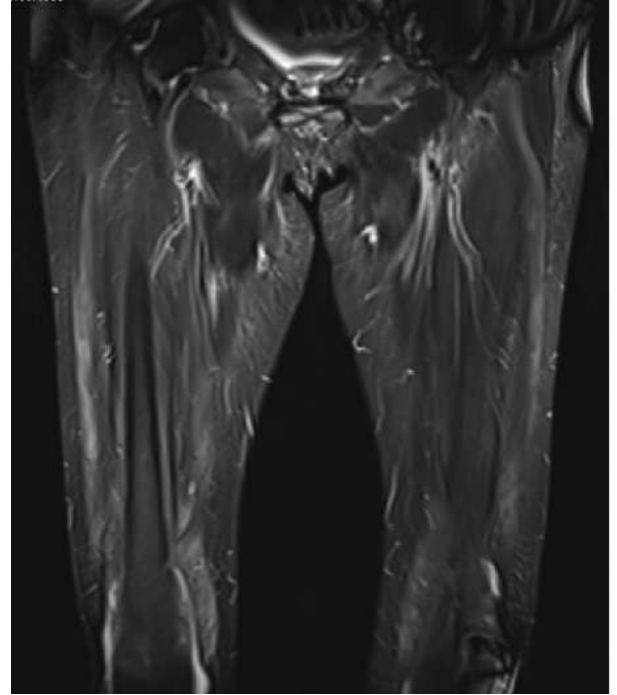
Ölgu: Elli üç yaşında kadın hasta kas güçsüzlüğü, yutma güçlüğü ve nefes darlığı ile başvurdu. Yirmi üç yıl önce her iki diz, her iki el distal interfalangeal ve temporomandibular eklem artritisi nedeniyle tetkikleri sonucu romatoid artrit tanısı konularak kortikosteroid ve methotreksat başlandığı öğrenildi. Tedavi başlangıcından 3 yıl sonra dispne nedeniyle çekilen HRCT'de sol akciğer posterolateral bazalde buzlu cam interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile uyumlu bulgular, ANA (1/2560 titrede benekli patern) ve anti-dsDNA pozitifliği ve hipokomplementemi saptanarak tanının SLE olarak değiştirildiği, ancak hastanın takip ve tedavisine devam etmediği öğrenildi. Kliniğimize başvurusunda lökosit $7,6 \times 10^9/L$, lenfosit $0,8 \times 10^9/L$, hemoglobin 11 g/dL, trombosit $330 \times 10^9/L$, renal fonksiyonları ve akut faz reaktanları normal, transaminaz yüksekliği (AST 124 U/L, ALT 114 U/L), CK yüksekliği (749 U/L), hipokomplementemi (C3c 42 mg/dL, C4 9,2 mg/dL), anti ds DNA, anti-Ro, anti-La, anti-SM, anti-Sm/RNP pozitifliği saptandı. Solunum fonksiyon testinde FVC %106, DLCO %44 idi. EKO'da sağ atriyum hafif geniş; hafif triküspit, mitral, aort yetmezliği ve pulmoner arter basıncı 33 mmHg idi. HRCT'de İAH ile uyumlu görünüm mevcuttu. Ventilasyon-perfüzyon sintigrafisinde perfüzyon defekti yoktu. Özofagus sintigrafisinde mid özofagusta yaklaşık 1 dakika boyunca fokal aktivite birikimi izlendi. Özofagoskopisi normaldi. Uyluk MR'da bilateral kuadriseps femoriste en belirgin olarak vastus lateralislerde olmak üzere ödematöz görünüm kontrastlanma artışı mevcuttu. Anti MDA5 antikoru pozitif idi. Metilprednizolon 32 mg/gün tablet tedavisi başlandı, mikofenolat mofetil tedavisi planlandı. CK seviyesi 176'ya geriledi, kas güçsüzlüğü, disfaji ve nefes darlığı hafifledi.

Sonuç: Dermatomyozitte anti-MDA5 pozitifliği %13-35 sıklığında rastlanmaktadır. Anti-MDA5 pozitif DM hastalarının özelliği CK'nın normal veya düşük olması, karakteristik deri tutulumunun varlığı ve İAH gelişme riskinin yüksek olmasıdır. Olgumuzun farklı özelliği ise CK'nın yüksek seyretmesi, deri bulgularının olmaması ve SLE ile birliktelik sergilemesidir.

Anahtar Kelimeler: Anti- MDA5, Dermatomyozit, Sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Toraks BT. Sol akciğer posterolateralinde İAH ile uyumlu buzlu cam görünümü



Şekil 2. Uyluk MR. Bilateral kuadriseps femoriste en belirgin olarak vastus lateralislerde ödematöz görünüm kontrastlanma artışı

Kemik iliği ve periton tutulumu ile seyreden Ailesel Akdeniz Ateşi ve sistemik amiloidoz

İlyas Ercan Okatan¹, Emre Selim²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji-Romatoloji Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayıcı ateş, serozal enflamasyon epizodları ile karakterize kalıtsal otoenflamatuvar bir hastalıktır. Kronik enflamasyon çeşitli dokularda ekstrasellüler amiloid proteininin birikimine bağlı sekonder AA amiloidoza neden olabir ve bu durum AAA'nın en ciddi komplikasyonudur. Biz bu raporda erken yaşta başlamasına rağmen çok geç tanı alan ve sistemik amiloidoz gelişmiş AAA tanılı bir olguyu sunmayı planladık.

Olgu: Elli beş yaşında kadın hasta 6 aydır olan karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Hasta 2 yıldan beri son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyalize giriyordu. Böbrek yetmezliğinin etiyojisi bilinmiyordu. Romatolojik sorgusunda çocukluk yaşlarından itibaren olan ayda 1-2 defa tekrarlayan ateş yüksekliği ve karın ağrısı vardı. Muayenesinde dalak kot altında 3 cm palpabl. Albümin: 28,3 g/L, BUN: 43 mg/dL, Kreatinin: 6,68 mg/dL, ALT: 11 U/L, CRP: 35,9 mg/L, Lökosit: 6940/µL, Hb: 8,4 g/dL, Plt: 67.000/µL, Lenfosit: 960/µL, Nötrofil: 5510/µL, MCV: 92,4 fL, Hematokrit: 25,7, ESH: 47 mm/saat, ANA negatif, ENA paneli negatif, RF normal, Anti-CCP negatif. Batın USG de karaciğer longitudinal uzunluğu 138 mm, dalak boyutu 153 mm olup batında 8 cm derinlikte masif asit izlendi. AAA gen analizi M694V homozigot pozitif. Anemi ve trombositopenisi olan hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kongo red ile pozitif boyanarak Amiloid A birikimi saptandı. Kronik asit komplike AAA, amiloidoz olarak değerlendirildi. Kolşisin kesilerek anakinra başlandı. Hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme gözlemlendi.

Sonuç: AAA sekonder AA amiloidozun sebeplerindedir. Proteinüri ve kemik iliği tutulumu kronik enflamasyonu olan hastalarda AA amiloidozu düşündürülebilir. Amiloidoz tanısı için organ tutulum kliniği ve amiloid depozitlerinin histolojik belirlenmesi gerekir. Bizim olgumuzda böbrek yetmezliği, hepatosplenomegali, bisitopeni, kemik iliği ve periton zarı tutulumu vardı. Kemik iliği biyopsi ile histolojik doğrulama yapıldı. AAA sıklıkla erken yaşlarda tanı alan bir hastalık olmasına rağmen tanıda gecikme ciddi sistemik komplikasyonlara neden olabilir. Organ tutulum kliniği olan hastaların diğer romatizmal nedenlerle birlikte AAA ve amiloidoz açısından da değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, Ailesel Akdeniz Ateşi

Ankilozan spondilit tanılı bir hastada anti TNF-α'ya bağlı gelişen intersitisyel akciğer hastalığı

Andaç Komaç, Fatma Tuncer, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) sıklıkla genç erkekleri etkileyen, enflamatuvar bel ağrısı ve sakroiliit ile karakterize periferik ve ekstraartiküler tutulum yapabilen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavide öncelikle egzersiz ve non-steroid anti enflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), tedaviye yanıtız aksiyel tutulumlu hastalarda anti tümör nekrozis faktör alfa (anti TNF-α) veya anti-interlökin 17 tedaviler verilebilmektedir. Anti-TNF-α'ya bağlı intersitisyel akciğer hastalığı (İAH) gelişen bir AS hastası sunulmuştur.

Olgu: Kırk yaşında erkek hasta, yaklaşık 16 yıl önce başlayan enflamatuvar bel ağrısı, sabah tutukluğu, HLA B27 pozitifliği ve bilateral grade III sakroiliit ile AS tanısı almış. NSAİİ'ye yanıtız olan hastaya tanıdan 3 yıl sonra adalimumab tedavisi başlanmış. Hasta o dönemde 9 ay izoniazid profilaksisi almış. Takipte sekonder yanıtızlık sebebi ile infliksimaba geçilmiş. Beşinci yılda infliksimaba alerjik reaksiyon gelişmesi üzerine hastaya 4 yıl önce sertolizumab tedavisi başlanmış. O dönemde toraks tomografisi normal olan hastanın, 2-3 yıldır olan nefes darlığı yakınması son 3-4 ayda artmış. Akciğer grafisinde bilateral bazallerde retiküler izlerde artış görüldü. Akciğer tomografisinde non-spesifik usual pnömoni ve organize pnömoni ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Solunum fonksiyon testlerinde FVC: %86, FEV1: %92, TLCO: %64 idi. COVID-19 dışlanan hastada ANA, ANCA, anti-CCP ve romatoid faktör negatif saptandı. Sigara kullanımı, hayvan maruziyeti gibi çevresel veya mesleki maruziyeti yoktu. Sertolizumab kesilerek 32 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Dört haftalık tedaviden sonra doz azaltıldı. Hastanın 6. ay kontrol akciğer tomografisinde belirgin düzelme gözlemlendi (Resim 2). Mevcut tablo anti-TNF-α ile ilişkili olarak değerlendirildi. AS açısından aktivasyonu olmayan hasta NSAİİ ile takip edilmektedir.

Sonuç: Anti-TNF-α tedaviler romatoloji pratiğinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde bu tedavilere bağlı gelişen İAH olguları mevcuttur. Anti-TNF-α tedavilerin İAH'ye sebep olduğunu dair bilgiler net olmayıp, bu tedaviler aksine sarkoidoz gibi İAH'da da kullanılabilir. AS'de akciğer tutulumu daha çok akciğerlerin apikal segmentlerini etkilemekte ve daha nadir olarak görülmektedir. Bu olguda çevresel bir etken gösterilememesi, sertolizumab tedavisi sonrasında gelişen solunum sistemi şikayetleri ve akciğer bazallerinde tutulum görülmesi ilaç ilişkili olarak değerlendirilmiş, steroid ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anti TNF-α, sertolizumab, intersitisyel akciğer hastalığı



Resim 1. Akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde; bilateral altlarda ve sol akciğerde belirgin olmak üzere tüm loblarda yaygın, yer yer nodüler ve sınırları seçilebilir özellik gösteren buzlu cam infiltrasyonları izlenmektedir. Non-spesifik usual pnömoni ve organize pnömoni ile uyumlu olabilir



Resim 2. İnterstitial tutulum bulguları güncel incelemede belirgin gerilemiştir

PS-27

Atlanmaması gereken önemli bir artrit nedeni: Poncet hastalığı

Neslihan Gökçen, Fatma Tuncer Kuru, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle

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

Amaç: Poncet hastalığı, aktif tüberküloza bağlı gelişen reaktif artrit kliniğidir. Sıklıkla aseptik poliartrit ile prezente olur. Nadir görülmekle beraber tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde artrit nedenleri arasında düşünülmelidir. Gençlerde ve kadınlarda

daha siktir. Bu olgu sunumunda poliartrit ile başvuran bir hasta sunulmuştur.

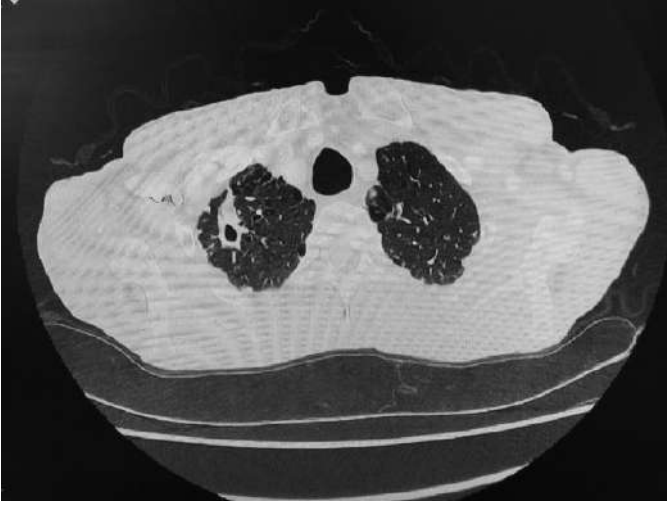
Olgu: Yetmiş bir yaşında, erkek hasta 3 aydır el ve el bilek eklemlerinde ağrı şişlik, sabah tutukluğu ile kliniğimize başvurdu. Bilinen bir hastalığı olmayan hastanın 10 yıl önce plevral effüzyon nedeni ile tetkik edildiği öğrenildi. Altmış paket/yıl sigara öyküsü vardı. Ayrıca geçirilmiş tüberküloz ve COVID teması yoktu. Fizik muayenesinde, akciğer sesleri kaba, bazalarda minimal ralleri mevcuttu. Her iki el bileği, tüm MKF ve PİF'lerde, her iki ayak bileğinde artrit mevcuttu. Sağ dirsekte bursiti mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde BK: $12.860 \times 10^3 / \text{mL}$, nötrofil: $8.670 \times 10^3 / \text{mL}$, Hb: 11,6 mg/L, Htc: %36,3, Plt: $462.000 \times 10^3 / \text{mL}$ idi. Eritrosit sedimentasyon hızı normal iken C-reaktif protein değeri 102 mg/L idi. Brucella, sifiliz, parvovirus B19, Epstein barr virüs, rubella, toxoplazma negatifti. RF, Anti-CCP, ANA negatifti. İdrarda proteinürisi yoktu. Hastanın akciğer grafisinde olağan olmaması üzerine toraks BT planlandı (Şekil 1). El grafisinde eroziv osteoartrit ile uyumlu bulgular görüldü. Toraks BT aktif tüberküloz ile uyumlu olarak raporlandı (Şekil 2). Hastanın gönderilen ARB pozitif ve tüberküloz kültüründe üreme saptandı. Hasta poncet hastalığı olarak kabul edildi. Göğüs hastalıklarının antitüberküloz tedavisinin yanında şiddetli artritleri için 8 mg prednol başlandı.

Sonuç: Poncet hastalığı patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Aseptik reaktif artrit olarak prezente olmaktadır. Antitüberküloz tedavi ile artrit geriler ve kronikleşmez. Non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlara (NSAİİ) da iyi yanıt verir. Olgumuzda, NSAİİ iyi yanıt vermeyen poliartrit ile başvuran aktif bir tüberküloz mevcuttu. Hem antitüberküloz tedavi hem de düşük doz prednol ile artritlerinde gerileme olan hasta bir ayın sonunda eklem şikayetleri tamamen düzeldi.

Anahtar Kelimeler: Poliartrit, Poncet hastalığı, tüberküloz



Şekil 1. Apekslerde retikülönodüler dansite artışı ve hiler dolgunluk



Sekil 2. 33 mm çaplı kalın duvalı tüberküloz sekeli ile uyumlu kaviter lezyon

PS-28

Böbrek tutulumu vaskülitte her zaman vasküler tutulum ile uyumlu olmayabilir

Gülşay Alp

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

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA) tipik olarak 50 yaş üzerindeki kişileri etkileyen aortu ve ana dallarını tutan büyük ve orta damarların granülatöz vaskülitidir. DHA kraniyal ve ekstrakraniyal manifestasyonlar ile prezente olabilir, hastaların %10-15'inde ekstrakraniyal vasküler tutulum görülür; böbrek belirtileri nadirdir ve hafif proteinüri ve mikrohematüriyi içerir.

Olgu: Elli iki yaşında kadın, 6 aydır olan halsizlik ateş yüksekliği, kilo kaybı şikayetleri ile yapılan tetkiklerinde Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 99 mm/1 saat C-reaktif protein (CRP) 95 mg/dL, tam idrar tetkikinde proteinüri ve hematüri nedeniyle yönlendirilmişti. Tüm vücut bilgisayarlı tomografisinde minimal perikardiyal efüzyon dışında patoloji izlenmemişti. Sistem sorgusunda kilo kaybı ve halsizlik dışında bulgusu yoktu. Fizik muayenede patolojik bulgu izlenmedi. WBC: 12,380/mm³ Hb: 9,7 g/dL MCV: 75 PLT: 451,000/mm³, ESR: 108 mm/saat CRP: 105,29 mg/dL, TİT de 24 lökosit 6 eritrosit 2+ protein, spot idrar protein kreatin oranı; 1432, idrar arb negatif geldi, mikobakteri kültüründe üreme olmadı. IgG4 normal, Romatoid faktör, Anti CCP, Antinükleer antikor, Antistoplazmik antikor ve dsDNA elisa negatif saptandı, C3/C4 normal izlendi. Ağız boğaz ve göz bakısında vaskülit ile uyumlu bulgusu yoktu. Renal biyopsi sonucu tübülointerstiyel nefrit olarak geldi, vaskülit ve selüler kresent izlenmedi. Pozitron emisyon tomografide (PET/BT) de ise çıkan aortadan itibaren tüm arkus aorta kavsi boyunca ve inen torasik ve abdominal aorta duvarlarında çepeçevre artmış, trunkus brakiosefalikus ve bilateral subklavian arter proksimalinde ve daha hafif düzeyde olmak üzere sol renal arter çıkışında da ılımlı düzeyde artmış F-18 FDG tutulumu izlenmiştir. Hasta ekstrakraniyal tutulumlu Dev

Hücreli Arterit olarak değerlendirildi. Metotreksat 15 mg/hafta ve prednizolon 0,5 mg/kg/gün başlandı. Altıncı ayda kontrol PET/BT'de ise tanımlanan vasküler tutulum yerlerinde belirgin FDG tutulumunda azalma izlendi.

Sonuç: DHA küçük damar vaskülitlerinin aksine, glomerülo nefrite neden olmaz, ancak glomerüler immün aracılı lezyonlar ve tübülo-interstiyel nefrit değişen sıklıkta ortaya çıkar. Büyük ve orta damar vaskülitine renal tutulum nadiren eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, PET/BT, tübülo-interstiyel nefrit

PS-29

Fasial paralizi ile başvuran granülatöz polianjitis hastası

Bengisu Aslan, Tahir Sayın Ögüt, Funda Erbasan, Veli Yazısız, M. Ender Terzioğlu

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

Giriş: Granülatöz polianjitis (GPA) küçük (venül, arteriol ve kapillerler) ve orta çap arterleri tutan sistemik nekrotizan granülatöz, ANCA ilişkili bir vaskülit tipidir. Ateş, halsizlik, terleme, kilo kaybı, myalji, artralji gibi genel yakınmalar yanında hastalığın seyri sırasında üst ve alt solunum yolu, akciğer, böbrek, deri ve periferik sinir tutulumu gözlenir. Hastaların %90'ından fazlasında, hastaneye ilk başvuru nedeni, üst veya alt solunum yolları ile ilgili belirtilerdir. Üst solunum yolları hastalığı ile ilgili belirtiler; sinüs ağrısı, pürülan sinüs akıntısı, burun mukozasında ülser ve kanama ve otitis mediadır. Otitis media nedeniyle gelişen fasyal sinir hasarı, fasyal paraliziye neden olabilir. Biz de bu olgu sunumunda fasyal sinir tutulumuna bağlı fasyal paralizi ile romatoloji kliniğimize konsülte edilen ve GPA tanısı konulan olguyu sunduk.

Olgu: Yetmiş yaş erkek hasta, Aralık 2016 tarihinde gelişen sol periferik fasyal paralizi nedeniyle kulak burun boğaz polikliniğine başvurmuş. Hastaya o dönemde hastaya 14 gün steroid tedavisi verilmiş. Hastanın başvuru anında CRP: 3,7 olarak saptanmış. Yapılan Kranial MRG'de sol mastoid hücrelerde sıvı intensiteleri, kronik sinüzitik bulguları saptanmış. Kontrol tetkiklerde hastanın CRP: 19,2 olarak saptanmış. Takipte kulaktan kanlı ve koyu renkte akıntı, ateş, geniz akıntısı ve sol gözde ani görme kaybı gelişmiş. Hastaya Ocak 2017'de çekşlen Kranial MRG'de: Yaygın sinüzitik değişiklikler, bilateral mastoid hücrelerde sıvı intensiteleri. Sol 7. kraniyal sinir kanaliküler segmentinde nodüler kontrast tutulumu. Etmoidal hücrelerde belirgin olmak üzere paranasal sinüslerde mukozal kalınlaşma ve sıvı intensiteleri. Solda ileri derecede olmak üzere bilateral mastoid hücrelerde sıvı intensiteleri görülmüş. Hasta KBB tarafınca opere edilmiş. O dönemde akut faz yüksekliği nedeniyle kliniğimize konsülte edilmiş. Hastadan değerlendirme sonrası ön planda vaskülopati düşünülerek istenilen tetkiklerde ANCA: 1/10 c-ANCA formalin direçli olarak saptanmış. Hastadan gönderilen patoloji sonucu: yüzeyde silyalı kolumnar epitel ile döşeli, epitel altında yer yer eozinofil içeren mikst yangısal infiltrasyon yanı sıra damar duvarlarında nekrotizan granülatöz

vaskülit dikkati çekti. Doku örneklerine histokimyasal olarak Fibrin, PAS, GMS ve EVG uygulandı. İmmünohistokimyasal CD31 ile boyandı olarak raporlandı. Hasta GPA tanısı ile KBB kliniğinden devralındı. Hastaya sistemik tutulum açısından yapılan tetkiklerde Toraks BT: Bilateral akciğerlerde kaviteyasyon içeren nodüler dansiteler, bulgular Wegener granülomatöz ile uyumlu olabilir, ayırıcı tanıdan diğer kaviter nodüler infiltrasyon yapan hastalıklar göz önünde tutulmalıdır olarak raporlandı. Proteinüri ve hematüri saptanmadı. GPA tanısı ile hastaya 3 gün 1 gr/gün metilprednizolon pulse tedavisi ve takipte 1 gr Siklofosamid ve MESNA tedavisi verildi. Hastanın tedavisine 1 mg/kg/gün metilprednizolon ile devam edildi. Tedavi ile akut faz değerleri ve fasiyal paralizisi gerileyen hastanın görme kaybında düzelmeye olmadı. Siklofosamid tedavisi toplamda 9 küre tamamlandı. İdamede Azatiopirin 100 mg/gün ile devam edildi. Hasta kliniğimizde halen takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: GPA

PS-30

Romatoid artritli hastalarda interstisyel akciğer hastalığı oküler parametrelerle ilişkili midir?

Serdar Kaymaz¹, Nilüfer Savurmuş², Huseyin Kaya³, Rüksan Ütebey⁴

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Bu çalışmanın amacı, romatoid artritli (RA) hastalarda ve sağlıklı kontrollerde koroid kalınlığı (CT), kornea parametreleri ve sklera kalınlığının (ST) değerlendirilmesi ve romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-) ile ilişkisinin belirlenmesidir (ILD).

Yöntem: Çalışmaya toplam 56 RA hastası ve 36 yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların serolojik bulguları, hastalık aktivite skoru-28 (DAS-28), hastalık süresi ve medikal tedavileri kaydedildi. RA'lı hastalar iki gruba ayrıldı: RA-ILD'li hastalar ve RA'lı ancak ILD'si olmayan hastalar (RA-noILD). Tüm katılımcıların kornea hacmi (CV), merkezi kornea kalınlığı (SKK), K1, K2, Km ve ST, skleral mahmuzdan 1000, 2000 ve 3000 µm mesafede ölçüldü. BT beş noktada ölçüldü: subfoveal bölge, 750 µm nazal ve fovea temporalı, 1500 µm nazal ve fovea temporalı. RA-ILD'li hastalar, ILD'nin şiddetini belirlemek için Delta Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi (ΔHRCT) ve solunum fonksiyon testi (SFT) ile değerlendirildi. **Bulgular:** RA grupları klinik özellikler ve laboratuvar bulguları açısından benzerdi. RA'lı hastalar ile sağlıklı kontroller arasında tüm oküler parametrelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklar vardı (p<0,05). N750.0 ve N1500.0 noktalarında ölçülen ortalama CT, RA-ILD'de en düşüktü, bunu RA ve sağlıklı gruplar izledi (p<0,05). Oküler parametreler SFT ve ΔHRCT ile korele değildi.

Sonuç: RA-ILD hastalarının nazal noktalarda ölçülen BT'si daha inceydi. Ancak, oküler parametreler ile İAH şiddeti arasında bir ilişki yoktu.

Anahtar Kelimeler: Rheumatoid arthritis, choroidal thickness, corneal parameters

PS-31

Proteinüri ile prezente olan geç başlangıçlı sistemik lupus eritematosus öyküsü

Melih Filiz¹, Arzu Özdemir Kayalar², Mürvet Yılmaz², Selda Çelik³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dahiliye Anabilim Dalı İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dahiliye Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı İstanbul

Giriş: Sistemik lupus eritematosus (SLE), kronik enflamatuvar multisistemik bir hastalıktır. Daha çok doğurganlık çağındaki kadınları etkilemekle birlikte hastaların %10-20'sinde 50 yaşından sonra da ilk klinik bulgu görülebilmektedir. Bu grupta böbrek tutulumu daha azdır. Burada geç başlangıçlı SLE ve lupus nefriti saptanan bir erkek olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek hasta 2 aydır olan saç dökülmesi ve el eklemlerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde alopesi ve el proksimal interfalangial eklemlerinde hassasiyet dışında bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 4.800 u/L, hemoglobin: 8,7 g/dL MCV: 82 fl trombosit: 333.000/uL sedim 70 mm/saat, CRP: 3 mg/L, üre:144 mg/dL, kreatinin: 1,7 mg/dL, total protein 6,1 g/L, albümin 2,3 g/L, idrarda 19 eritrosit, +++ albümin, 24 saatlik idrarda 2,6 gr/gün protein saptandı. ANA nükleolar patern 1:640, anti- dsDNA 1:320 pozitif. C4: 0,05 g/L, C3: 0,91 g/L, MPO ANCA ve C-ANCA negatif saptandı. Böbrek biyopsisinde; 7 selüler kresent, 13 fibroselüler kresent görüldü immünfloresan incelemesinde C3 ve C1q birikimi saptandı ve diffüz global proliferatif evre 4 lupus nefriti olarak raporlandı. Hastaya 1 gram pulse steroid (3 gün) verildi, hidroksiklorokin 400 mg/gün ve oral 1 mg/kg/gün steroid 30 gün verildi. Sonrasında steroid kademeli azaltılarak devam edildi. Siklofosamid (SF) 500 mg/15 gün uygulandı. SF 3. doz öncesinde dizüri ve ateş şikayeti olan hastada idrar yolu enfeksiyonu saptandı. Seftriakson tedavisi ile klinik ve laboratuvar verileri geriledi. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu nedeni induksiyon tedavisinde mikofenolat mofetil (MMF) 1000 mg ile devam edildi. Tedavinin 3. ayında sağ kalçada ağrı gelişen ve femur başı aseptik nekrozu saptanan hastanın steroid dozu azaltılmaya devam edildi. Tedavinin 6. ayında 5 mg steroid ve 2000 mg/gün MMF kullanan hastanın kreatinin 0,54 mg/dL, spot idrarda protein/kreatinin 183 mg/gr saptandı.

Sonuç: Proteinüri saptanan tüm hastalarda yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak SLE düşünülmelidir. SLE ilk başvuruda lupus nefriti ile prezente olabilir. Erken tanı ve tedavi ile hastalık remisyonu sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Glomerülo nefrit, proteinüri, sistemik lupus eritematosus

A

Ahmet Burak Dirim	SS-01
Ahmet Gül	SS-01, SS-10, SS-11, SS-12, PS-01, PS-14, PS-18, PS-23, PS-24
Ahmet Kıvanç Cengiz	SS-07, PS-09
Alida Aliyeva	PS-04, PS-20
Andaç Komaç	PS-26
Arif Atahan Çağatay	SS-10, PS-14
Arzu Özdemir Kayalar	PS-31
Aşkın Ateş	SS-09
Ayşe Çefle	PS-26, PS-27
Ayşe Erçin Arslan	SS-08
Ayşe Nur Tufan	PS-03
Ayşe Özdede	PS-15
Ayşenur Yılmaz	SS-10
Ayten Yazıcı	PS-27

B

Bahar Artım Esen	SS-01, SS-11, SS-12, PS-01, PS-18, PS-23, PS-24
Bahar Ayşe Keleşoğlu Dinçer	SS-09
Bahar Özdemir	PS-13
Banu Yalçın Dulundu	SS-12
Başak Soydaş Turan	PS-12
Belkis Nihan Coşkun	SS-04, PS-08
Bengisu Aslan	PS-29
Berkan Armağan	PS-13
Berna Yurttaş	SS-02
Besim Fazıl Ağargün	SS-01
Betül Sözeri	PS-21, PS-22
Bilger Çavuş	SS-01
Burak İnce	SS-01, SS-10, PS-14
Burçin Şeyda Çorba	SS-07
Büşra Kaya	SS-11

D

Damla Altunok	PS-18
Dilek Solmaz	PS-17

E

Ediz Dalkılıç	PS-08
Emire Seyahi	PS-15
Emre Selim	PS-25
Enes Yayla	SS-09
Erkan Parlak	PS-12
Eser Durmaz	PS-15

F

Fatih Beşışık	SS-01
Fatma Alibaz Öner	SS-05, PS-04, PS-20
Fatma Gül Demirkan	PS-21, PS-22
Fatma Pala	SS-04
Fatma Tuncer	PS-26, PS-27
Fatma Tuncer Kuru	PS-27
Ferhat Demir	PS-22
Figen Çakmak	PS-22
Figen Esen	PS-14
Funda Erbasan	PS-29

G

Gamze Kemeç	PS-24
Gizem Ayan	PS-12, PS-19
Gizem Sevik	PS-04, PS-20
Görkem Durak	SS-10, PS-14
Gözde Emine Aydemir Gülöksüz	SS-09
Gülay Alp	PS-28
Gülen Hatemi	SS-02
Gülistan Alpağat	PS-02
Güllü Sandal Uzun	PS-12, PS-19
Güzide Nevsun İnanç	PS-20

H

Hafize Emine Sönmez	PS-21, PS-22
Halil Yazıcı	SS-01
Haner Direskeneli	SS-05, PS-04, PS-20
Huseyin Kaya	PS-30

İ	
İlyas Ercan Okatan	PS-25
İsmail Doğan	PS-13
K	
Kadir Ulu	PS-22
Kenan Aksu	PS-07
Kerem Yiğit Abacar	PS-04, PS-20
Kübra Öztürk	PS-22
L	
Levent Kılıç	PS-12, PS-19
M	
M. Ender Terzioğlu	PS-29
Mehmet Güven Günver	SS-06, SS-10, PS-14
Mehmet Pamir Atagündüz	PS-20
Melih Filiz	PS-31
Melike Melikoğlu	SS-02
Melodi Gizem Can	SS-11
Meltem Çağlar Tuncalı	PS-12
Merve Ezircan Alay	PS-06
Mete Kara	PS-07
Muhammed Recai Akdoğan	PS-02
Muhammed Şamil Aslan	PS-15
Murat Bektaş	SS-01, SS-10, SS-11, PS-14
Murat İnanç	SS-01, SS-11, SS-12, PS-01, PS-18, PS-23, PS-24
Murat Köse	SS-10, PS-14
Mürvet Yılmaz	PS-31
Mustafa Dinler	SS-08
Mustafa Emre Duygulu	SS-07
Mustafa Erelel	SS-10, PS-14
Mustafa Özmen	PS-17
N	
Naci Şenkal	PS-14
Nazife Şule Yaşar Bilge	SS-08
Neslihan Gökçen	PS-27
Nevzat Koca	SS-01, SS-10, PS-14
Nihal Lermi	SS-04, PS-08
Nilay Ermentaş	PS-03
Nilüfer Savurmus	PS-30
Numune Aliyeva	SS-11, SS-12, PS-01, PS-23, PS-24
Nuray Aktay Ayaz	PS-21, PS-22
Ö	
Ömer Salih Akar	PS-09
Özge Altuğ Gücenmez	PS-16
Özlem Akgün	PS-21
Özlem Pehlivan	SS-03
P	
Pelin Telli	SS-12
R	
Rabia Deniz	SS-10, PS-05, PS-06, PS-10
Rafi Haner Direskeneli	PS-20
Rana Günöz Cömert	SS-11
Reşit Yıldırım	SS-08
Rüksan Ütebey	PS-30
S	
Sarvan Aghamuradov	SS-10, PS-14
Seda Kutluğ Ağaçkırın	PS-04, PS-20
Sedat Kiraz	PS-19
Selda Çelik	PS-31
Selma Sarı	SS-01, PS-18
Sema Kaymaz Tahra	SS-05
Semanur Özdel	PS-22
Serap Pektaş Duygulu	SS-07
Sercan Gücenmez	PS-17
Serdar Can Güven	PS-11
Serdar Esmer	PS-11
Serdar Kaymaz	PS-30
Serdar Sezer	SS-09
Sertaç Ketenci	PS-07
Servet Akar	PS-17
Sevgi Kalayoğlu Beşışık	PS-14
Shirkhan Amikishiyev	SS-06, SS-10, PS-14

Sıtkı Safa Taflan SS-02
Sinem Nihal Esatoğlu SS-02

Ş

Şerife Gül Karadağ PS-22
Şevket Ali Ekmen PS-05
Şirhan Amikişiyev SS-11, PS-23

T

Tahir Sayın Öğüt PS-29
Tevfik Güzelbey PS-05
Timuçin Kaşifoğlu SS-08
Tülin Ergun SS-05

U

Umut Kalyoncu PS-12

V

Vefa Suleymanova SS-12
Veli Yazısız PS-29
Volkan Şenkal SS-01

Y

Yağmur Cantürk SS-10
Yasemin Yalçinkaya SS-01, SS-11, SS-12, PS-01,
PS-18, PS-23, PS-24
Yeşim Özgüler SS-02

Z

Zehra Özsoy PS-12, PS-19
Züleyha Özgen SS-05

Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon

Kolektif House, Barbaros Mh. Begonya Sk.
NidaKule Batı No:1/2 34746 Ataşehir / İstanbul

Tel: 0216 573 18 36

E-posta: istanbul1@devent.com.tr

Web: www.devent.com.tr