

Romatolojide Hedef 2022 Sempozyumu

9 - 11 Haziran 2022
The Marmara Hotel, İstanbul



Bildiri Kitabı

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Başkan

Melike Melikoğlu

Düzenleme Kurulu

Fatma Alibaz

Pamir Atagündüz

Bahar Artım Esen

Haner Direskeneli

İzzet Fresko

Ahmet Gül

Vedat Hamuryudan

Gülen Hatemi

Murat İnanç

Nevsun İnanç

Yeşim Özgüler

Emire Seyahi

Serdal Uğurlu

Yasemin Yalçinkaya

(Düzenleme kurulu soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.)

Romatolojide Hedef 2022 Sempozyumu	
Bilimsel Program	
9 Haziran 2022 Perşembe	
08:00 - 09:00	Tedavi yönetimi: Gut
	Moderatörler: İzzet Fresko, Eftal Yücel
08:00 - 08:25	Treat to target in gout
	Nicola Dalbeth
08:25 - 08:50	Böbrek yetmezliğinde hiperürisemi tedavisi
	Nurhan Seyahi
08:50 - 09:00	Soru & Cevap
09:00 - 10:00	Panel - Romatoid Artrit tedavisinde JAK inhibitörleri hakkında her şey
	Moderatör: Gülen Hatemi
	Tartışmacılar: Ahmet Gül, Fatoş Önen, Servet Akar, Gökhan Keser
	Konuşmacı: Sinem Nihal Esatoğlu
10:00 - 10:15	Kahve Arası
10:15 - 11:00	Tedavi Yönetimi: İnflamatuvar bağırsak hastalığı
	Moderatörler: Aykut Çelik, Göksal Keskin
10:15 - 10:35	Anti-TNF ajanlar tedavi hedeflerini karşılıyor mu?
	İbrahim Hatemi
10:35 - 10:55	Anti-TNF ajanlara dirençli hastalarda seçenekler
	Aslı Örmeci
10:55 - 11:00	Soru & Cevap
11:00 - 12:30	Noninflamatuvar hastalıklar
	Moderatörler: Yaşar Karaaslan, Nurdan Kötevoğlu, Deniz Palamar Kadioğlu
11:00 - 11:25	Osteoporoz tedavisinde güvenli ilaç kullanımı ve tedavi moniterizasyonu
	İhsan Ertenli
11:25 - 11:50	Sekonder osteoartrit: Regeneratif tedaviye kritik yaklaşım
	Mehmet Can Ünlü
11:50 - 12:15	Bölgesel ağrılar: Olgular ile tanısal yaklaşım
	Kenan Akgün
12:15 - 12:30	Soru & Cevap
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği
13:30 - 14:15	Açılış Konuşması
	Moderatörler: Melike Melikoğlu
	Hasan Yazıcı, Sebahattin Yurdakul, Orhan Aral
	Yapay zeka ve romatoloji: Hayaller & hayatlar
	Koray Taşcılar
	Soru & Cevap
14:15 - 15:15	Sözel Bildiriler - 1
	Moderatörler: Mehmet Soy, Cengiz Korkmaz
	Kritik ve Şiddetli seyirli COVID-19 hastalarında Anakinra Yanıt Öngördürücüleri
	Murat Bektaş
	Behçet Sendromlu Hastalarda Sars-Cov-2'ye Karşı İnaktif veya mRNA Aşısı Sonrası Oluşan Humoral Yanıtın Karşılaştırılması
	Ayşe Özdede
	Ankilozan spondilit tanılı biyolojik naif hastalarda, biyolojik ajanlara başlandıktan sonra hastalık aktivitesinin izlenmesinde hematolojik inflamatuvar belirteçlerin rolü
	Öznur Sadioğlu Çağdaş
	Seropozitif romatoid artrit eentezoyal tutulum sıklığı ve risk faktörleri: tek merkezli direkt radyografik inceleme
	Reşit Yıldırım
	Bir Üniversite Hastanesinde Dahiliye Asistanlarının Biyolojik Ajanlarla İlişkili Yan Etki Farkındalığı
	Mert Öztaş
	"Romatoid artrit tanılı hastalarda serum ve tükürük kalprotektin düzeyi ile klinik ve laboratuvar olarak değerlendirilen hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi"
	Güneş Dorukhan Çavuşoğlu
	gG4-ilişkili hastalıkta SII, SIRI, NLR ve PLR indekslerinin hastalık aktivitesindeki rolü
	Hazan Karadeniz
	Biyolojik Tedavi Alan COVID-19 Geçirmiş Spondiloartit Tanılı Hastaların Klinik Bulgularının ve Aşılama Durumunun Değerlendirilmesi
	Yasemin Özden Eldemir
	Soru & Cevap
15:15 - 15:30	Kahve Arası
15:30 - 16:45	Tedavi Yönetimi: Bağdokusu Hastalıklarına Bağlı Pulmoner Tutulumlar
	Moderatörler: Cemal Bes, Süleyman Serdar Koca
15:30 - 16:00	İnterstiyel akciğer hastalığı: Tarama önerileri ve tedavi
	Yasemin Yalçınkaya
16:00 - 16:30	Pulmoner arteriyel hipertansiyon: Tarama ve erken tanıda öneriler & Risk değerlendirmesine uygun tedavi seçimi
	Ali Akdoğan
16:30 - 16:45	Soru & Cevap
16:45 - 17:30	Uydu Sempozyumu (Boehringer Ingeheim) Pulmoner fibroziste progresyonu yavaşlatan Konuşmacılar: Züleyha Bingöl, Yasemin Yalçınkaya
17:30 - 19:00	Tedavi yönetimi: Sistemik Lupus Eritematosus & Antifosfolipid sendromu
	Moderatörler: Yasemin Kabasakal, Ayten Yazıcı, Nilüfer Alpay Kanitez
17:30 - 17:55	Current Therapies for SLE
	Richard Furie
17:55 - 18:20	Lupus nefritinde yeni tedavi yaklaşımları: Remisyon hedefi -T2T
	Bahar Artım Esen
18:20 - 18:45	Antiphospholipid Syndrome: Clinical phenotypes and therapeutic implications
	Doruk Erkan
18:45 - 19:00	Soru & Cevap

Romatolojide Hedef 2022 Sempozyumu		
Bilimsel Program		
10 Haziran 2022 Cuma		
08:00 - 09:00	Tedavi yönetimi: Behçet hastalığı	
	Moderatörler:	Emire Seyahi, Melike Melikoğlu
08:00 - 08:25	Behçet üveiti: Tedavi hedefleri ve uygun ilaç seçimi	İlknur Tugal Tutkun
08:25 - 08:50	Direçli hastalarda anti-TNF ajanlarla tedavi ve hastalık seyrine etkisi	Gülen Hatemi
08:50 - 09:00	Soru & Cevap	
09:00 - 09:15	Kahve Arası	
09:15 - 10:30	Panel - Akılcı ilaç kullanımı / Romatolojide ivig tedavisi: Hangi hastada? Ne zaman?	
	Moderatör:	Murat Inanç, Melike Melikoğlu
	Tartışmacılar:	Levent Kılıç, Serdal Uğurlu
	Konuşmacı:	Burak İnce, Mert Öztaş
	Soru & Cevap	
10:30 - 11:15	Tedavi yönetimi: İnflammatuar miyopatiler	
	Moderatörler:	Murat Inanç, Ayşe Çefle
	Current treatment for myositis	Hector Chinoy
	Soru & Cevap	
11:15 - 12:00	Sözel Bildiriler- 2	
	Moderatörler:	Timuçin Kaşifoğlu, Şükran Erten, Selda Çelik
	Transfüzyona bağımlı beta-talasemi hastalarında sinovit ve kondrokalsinozis sıklığı artmıştır; demir birikiminin etkisi?	Koray Ayar
	Hidroksiklorokinin SLE hastalık aktivitesi üzerine etkisi ve retinal toksite tanısında multimodal görüntüleme yöntemlerinin yeri	Burak İnce
	Erişkin ailesel akdeniz ateşi tanılı hastalarda komorbiditeler	Özlem Pehlivan
	Erişkin başlangıçlı Still hastalarında serum prokalsitonin düzeyi alevlenme için bir belirteç olabilir mi?	Reşit Yıldırım
	Sistemik juvenil idiyopatik artrit hastalarında remisyon: Çok merkezli gerçek yaşam verisi	Ayşe Tanatar
	Karaciğer Amiloidoz Depolanmasını Göstermede Yeni Bir Non-invazif Tanı Yöntemi Olarak Transient Elastografi (Fibroscan)	Murat Bektaş
	Soru & Cevap	
12:00 - 13:00	Öğle Yemeği	
13:00 - 14:30	Tedavi yönetimi: Romatoid artrit	
	Moderatörler:	Vedat Hamuryudan, Sedat Kiraz
13:00 - 13:25	Erken tedavi ve hastalık seyrine etkisi	Yusuf Yazıcı
13:25 - 13:50	Remisyonunda hastada tedaviye nasıl devam edelim?	Nevsun İnanç
13:50 - 14:15	Dirençli hasta tanımı ve tedavi önerileri	Ediz Dalkılıç
14:15 - 14:30	Soru & Cevap	
14:30 - 15:15	Uydu Sempozyumu (Abbvie) Romatoid Artrit tedavisinde farklı hastalar için çözüm VAR! Oturma Başkanları: Serdal Uğurlu, Kenan Aksu Konuşmacılar: Cemal Bes, Levent Kılıç	
15:15 - 15:25	Kahve Arası	
15:25 - 16:25	Romatoid artrit: Bench to Bed Site	
	Moderatörler:	Ahmet Gül, Ender Terzioğlu
15:25 - 15:50	Preclinical RA: Can early diagnosis lead to prevention?	Kevin Deane
15:50 - 16:25	Soru & Cevap	
16:25 - 17:30	Tedavi Yönetimi: Sistemik vaskülitler	
	Moderatörler:	Kenan Aksu, Ömer Karadağ
16:25 - 16:55	Update for management of ANCA associated vasculitis	Haner Direskeneli
16:55 - 17:10	Takayasu Arteriti karşılaştırmalı ilaç verileri ve yeni tedavi ajanları	Fatma Alibaz
17:10 - 17:25	Büyük Damar vaskülitleri: Diğer etyolojiler	Emire Seyahi
17:25 - 17:30	Soru - Cevap	
17:30 - 19:00	Covid-19 enfeksiyonu	
	Moderatörler:	Ahmet Gül, İhsan Ertenli
17:30 - 17:55	Covid-19 enfeksiyonu ve aşılama sonrası bağışıklık yanıtı	Koray Taşçılar
17:55 - 18:20	Intersections of Covid-19 and autoimmunity	Jean-Laurent Casanova
18:20 - 18:45	COVID-19 Systemic Features as a Vascular Immunopathology encompassing Long COVID	Dennis McGonagle
18:45 - 19:00	Soru & Cevap	

Romatolojide Hedef 2022 Sempozyumu		
Bilimsel Program		
11 Haziran 2022 Cumartesi		
08:00 - 09:30	Tedavi yönetimi: Spondiloartritler-1	
	Moderatörler:	Fatoş Önen, Süleyman Özbek
08:00 - 08:25	AxSpA: Tedavide güncel durum	Nurullah Akkoç
08:25 - 08:50	PsA tedavisinde seçenekler: Tutulum alanlarına göre uygun ilaç seçimi	Umut Kalyoncu
08:50 - 09:15	Juvenil Spondiloartritler: Tedavi yaklaşımı	Kenan Barut
09:15 - 09:30	Soru & Cevap	
09:30 - 09:45	Kahve Arası	
09:45 - 11:15	Tedavi Yönetimi: Spondiloartritler-2	
	Moderatörler:	Veli Yazısız, İsmail Sarı
09:45 - 10:10	Aksiyel Spondiloartrit ve Psoriatik artrit: Remisyon hedefleri ve tedavi başarılarının değerlendirilmesi	Servet Akar
10:10 - 10:35	Anti-TNF ajanlar ile uzun dönem radyografik progresyon	Murat Torgutalp
10:35 - 11:00	PsA ve AxSpA: anti- TNF ajan dozu azaltılabilir mi?	Fatoş Önen
11:00 - 11:15	Soru & Cevap	
11:15 - 12:00	Uydu Sempozyumu (Lilly) Psöriyatik Artrit ve Aksiyel Spondiloartrit Tedavisinde İxekizumab Etkililik ve Güvenlilik Sonuçları Oturum Başkanı: Ahmet Gül Konuşmacılar: Cemal Bes, Serdal Uğurlu	
12:00 - 13:00	Öğle Yemeği	
13:00 - 13:45	Uydu Sempozyumu (Novartis) Secukinumabın Hayata Hareket Katan Yolculuğu Devam Ediyor: SpA Tedavisinde Son Gelişmeler Oturum Başkanı: Ahmet Gül Konuşmacılar: Nevsun İnanc, Gülen Hatemi	
13:45-14:45	Spondiloartritler - Görüntüleme	
	Moderatörler:	Servet Akar, Melike Melikoğlu
13:45 - 14:10	How PsA with axial involvement differs from AxSpA?	Denis Poddubnyy
14:10 - 14:35	Aksiyel spondiloartritte MR'ın doğru kullanımı ve güncel lezyon tanımları	Pamir Atagündüz
14:35 - 14:45	Soru & Cevap	
14:45 - 15:00	Kahve Arası	
15:15 - 16:00	Uydu Sempozyumu (Pfizer) Aksiyel spondiloartropati tedavisinde Enbrel verileri Moderatör: Murat İnanc Konuşmacı: Gülen Hatemi	
16:00 - 18:30	Otoinflamatuvar Hastalıklar: Erişkin & Pediatrik romatoloji ortak oturumu	
	Moderatörler:	Huri Özdoğan, Özgür Kasapçopur, Seza Özen
16:00 - 16:35	Molecular mechanisms of phenotypic variability in monogenic autoinflammatory diseases	Ivona Aksentijevich
16:35 - 17:10	Erişkinde monojenik otoinflamatuvar hastalıklar: Ayırıcı tanıda genetik ve klinik ipuçları	Ahmet Gül
17:10 - 17:45	Ailevi Akdeniz Ateşi: Kolşisin yanıtı ve yeni tedavi ihtiyacının tanımlanması	Serdal Uğurlu
17:45 - 18:20	Kawasaki hastalığı ve MIS-C: Benzerlikler & Farklılıklar	Moshe Arditi
18:20 - 18:30	Soru & Cevap	
18:30 - 18:45	Kapanış	Melike Melikoğlu

KONUŐMA ÖZETLERİ

Romatolojide İntravenöz İmmunoglobulin kullanımı

Uzm. Dr. Burak İnce

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

İntravenöz immünglobulinler (IVIG), havuzlanmış insan plazmasından elde edilen, steril, %95 üzerinde IgG, eser miktarda IgA ve IgM içeren, Fc bağımlı efektör fonksiyon gösterebilen kan ürünleridir. 1950'li yıllarda primer immün yetmezlikli hastalarda kullanılan IVIG, 1981 yılında idiyopatik trombositopenik purpurada etkinliğinin gösterilmesi sonrası otoimmün hastalıklarda da kullanım alanı bulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, 1989 yılında belirlediği IVIG üretim standartlarında, IVIG preparatlarının, en az 1000 sağlıklı ve düzenli kan veren donörlerden oluşan havuzlanmış plazmadan elde edilmesi, tüm bağışların viral enfeksiyonlar açısından taranmış olması, yarı ömrünün 3-4 hafta olması, en az iki spesifik antiviral ve antibakteriyel antikor içermesi, fonksiyonel IgG Fc fragmanı taşıması ve IgA düzeyinin 40 mg altında olması önerilmiştir (1).

IVIG uygulamaları, yerine koyma tedavisi ve immünomodulatuvar tedavi olarak iki başlık altında toplanabilir. Yerine koyma tedavisi 3-4 haftada bir 0.4 - 1 gr/kg olarak uygulanır, bakteriyel ve viral enfeksiyonlara karşı antikor sağlanması ve adaptif immün yanıtın uyarılması hedeflenir. İmmünomodulatuvar tedavi 2 gr/kg/ay olarak uygulanır ve sellüler reseptörlerin, sitokinler ve otoantikörlerin nötralizasyonu, T_{reg} hücre aktivasyonu, dendritik hücre ve B hücre modülasyonu gibi etkileri mevcuttur (2).

Romatolojide immünoglobulin yerine koyma tedavisi anti-CD20 tedavisi (rituksimab) sonrası gelişen hipogammaglobulinemi ve ciddi enfeksiyonlar nedeniyle önem kazanmıştır. Bu endikasyonla uygulanan tedavilerde tedavi kararının belirli bir IgG düzeyinden ziyade, enfeksiyon sıklığına göre verilmesi önem taşımaktadır (3). Bu dozlarda stabil IgG düzeylerine ulaşılması 3 aya kadar uzayabilir.

Kullanılan güncel IVIG preparatları, derişim (%5 ve %10), formül (sıvı ve liyofilize kuru toz), yarılanma ömrü, raf ömrü ve saklama koşulları, IgA düzeyi, sodyum içeriği ve stabilizatör açısından farklılıklar göstermektedir. IVIG'in bir kan ürünü olduğu ve preparatların birbirinin muadili olmadığı unutulmamalıdır. IVIG seçimi ve uygulaması bu özellikler göz önünde bulundurularak hastaya göre yapılmalıdır. Düzenli tedavi alan olgularda aynı ürün ile tedavi devam edilmesine özen gösterilmelidir. Uygulama öncesi 10-20 ml/kg hidrasyon uygulanmasının birçok komplikasyonun gelişimi açısından koruyucu olduğu bilinmektedir. Premedikasyon rutin bir uygulama değildir. İnfüzyona 0.01 mg/kg/dk dozunda başlanmalı, her 15-30 dakikada bir iki kat artış ile maksimum 0.08 ml/kg/dk dozuna çıkılmalıdır. Başlangıçta ve her doz artışı öncesinde vital bulgu takibi ve kaydı önem taşımaktadır (4).

IVIG ilişkili advers olaylar erken ve geç olarak iki grupta incelenebilir. Erken advers olaylar ilk 6 saatte ortaya çıkar, genellikle hafif olmakla birlikte, hipotansiyon / dispneye kadar ilerleyebilir. Solüsyondaki IgG agregatları ve stabilizatöre bağlı kompleman aktivasyonu, prekallikrein, kallikrein, IL-6, TNF-alfa gibi mediatörler bu grup yan etkilerden sorumlu tutulmaktadır. Anafilaksi, IgA eksikliği olan hastalarda, anti-IgA antikorlarına bağlı olarak görülür ve düşük IgA içeren preparatlar seçilmelidir. İntravasküler volüm artışı açısından riski hastalarda (böbrek ve kalp yetersizliği) düşük sodyum içeren ürünlerin seçimi ve bölünmüş doz uygulama önem taşımaktadır. Grip benzeri semptomlar, enfekte iken IVIG tedavisi uygulanan hastalarda görülebilir. Tedavinin aciliyetine göre, antibiyoterapi başlangıcından sonrasına ertelenmesi düşünülebilir (5). Hafif erken advers olaylarda çoğunlukla infüzyon hızını azaltmak yeterli olurken, orta ve şiddetli reaksiyonlarda infüzyonu durdurduktan sonra, antihistaminik, parasetamol ve steroid uygulaması düşünülebilir. Semptomların tamamen geriledikten sonra infüzyon bir alt basamaktan başlatılmalıdır.

Geç advers olaylar arasında nefrotoksisite, stabilizatör olarak sükröz içeren preparatlarda bildirilmiştir ve böbrek yetersizliği, diyabet, hipovolemi, sepsis varlığında dikkatli olunmalıdır. Maksimum infüzyon hızı 3 mg/kg/dk'yı aşmamalıdır. Tromboemboli açısından riskli hastalarda (yaş>55, geçirilmiş tromboemboli, hiperviskozite, kardiyovasküler hastalık, diyabet, aktif sigara içicisi), düşük osmolaliteli preparatlar, yavaş infüzyonla ve bölünmüş dozlarda uygulanmalıdır (6). Yeterli hidrasyon ve mobilizasyonun sağlanması önem taşımaktadır. Aseptik menenjit, %0.5 oranında bildirilmiştir ve 72 saate kadar ortaya çıkabilir. Daha önce IVIG'e bağlı baş ağrısı öyküsü varlığında, yeterli hidrasyon, birinci kuşak antihistaminikler, anti-migren tedaviler (triptanlar) ve steroidle premedikasyon düşünülmelidir. Marka değişikliği ve bölünmüş doz uygulamanın etkisi gösterilememiştir (7). Akut palmoplantar egzema 7-10 gün içerisinde görülebilir ve topikal steroidle yanıtlandır.

IVIG tedavisi alan hastalarda canlı aşılar IVIG tedavisinden en az 14 gün önce uygulanmalıdır. IVIG sonrası 8 ila 11 ay canlı aşılar karşı antikör yanıtının etkilendiği bilinmektedir. Toksoid ya da inaktif aşılar IVIG tedavisinden etkilenmez (8).

Özetle IVIG'in jenerik bir ürün olmadığı ve farklı preparatların birbirinin muadili olmadığı unutulmamalı, stabil gidişli hastalar mümkünse aynı ürünle tedaviye devam etmeli, infüzyonlar kan ürünü transfüzyon ilkelerine uyarak uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization Recommendations for the production, control and regulation of human plasma for fractionation (Annex 4). WHO Tech Rep Ser. 2007; : 189-264
- 2- Schwab I, Nimmerjahn F. Intravenous immunoglobulin therapy: how does IgG modulate the immune system? Nat Rev Immunol. 2013 Mar;13(3):176-89.
- 3- Roberts DM, Jones RB, Smith RM, Alberici F, Kumaratne DS, Burns S, Jayne DR. Immunoglobulin G replacement for the treatment of infective complications of rituximab-associated hypogammaglobulinemia in autoimmune disease: a case series. J Autoimmun. 2015 Feb;57:24-9.
- 4- Berger M. Principles of and advances in immunoglobulin replacement therapy for primary immunodeficiency. Immunol Allergy Clin North Am. 2008 May;28(2):413-37, x.
- 5- L.Ross Pierce, Nisha Jain. Risks associated with the use of intravenous immunoglobulin. Transfus Med Rev, Vol 17-4, 2003, 241-251, ISSN 0887-7963.
- 6- Sridhar G, Ekezue BF, Izurieta HS, Selvam N, Ovanesov MV, Divan HA et al. Immune globulins and same-day thrombotic events as recorded in a large health care database during 2008 to 2012. Transfusion. 2014 Oct;54(10):2553-65.
- 7- Bharath V, Eckert K, Kang M, Chin-Yee IH, Hsia CC. Incidence and natural history of intravenous immunoglobulin-induced aseptic meningitis: a retrospective review at a single tertiary care center. Transfusion. 2015 Nov;55(11):2597-605.
- 8- <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html#t-05>

Romatoid artrit – Dirençli Hasta Tanımı ve Tedavi Önerileri

Prof. Dr. Ediz DALKILIÇ
Uludağ Üniversitesi, Uludağ Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ve Romatoloji Bilim Dalı, Bursa
edizinci@hotmail.com

Romatoloji’de ve özellikle romatoid artrit (RA) tedavisinde son yıllarda yaşanan gelişmeler bir devrim niteliği taşımakla beraber bugün için hala karşılanmamış ihtiyaçlar bulunmaktadır. Bunlar arasında eşlik eden morbiditeler, hastalık aktivasyonundan bağımsız ağrı ve tedavilere dirençli RA sayabiliriz. Dirençli RA dediğimiz zaman ilk olarak akla uygun tedavilere rağmen hastalığın aktif seyretmesi gelmektedir. Ancak bu konuya daha geniş bir bakış açısıyla baktığımızda ilaç kullanmak istemeyen, ilaç dozlarını kendi ayarlayan ve kontrollerine gelmeyen uyumsuz hastaları da bu tanım içine koyabiliriz.

Bugün için tüm gelişmiş tedavilere rağmen hastaların yarısından daha azı remisyonda seyrederken, dirençli hasta yüzdesi %10-15 gibi önemli oranlarda bildirilmektedir.

Dirençli Hasta Tanımı

Dirençli hasta veya tedavisi zor hasta tanımı geçen yıl EULAR tarafından yayınlanmıştır. Bu tanımlamada 3 ana başlık belirlenmiştir:

1-Tedavi başarısızlık öyküsü

cDMARD tedavisine yanıtızlık sonrası iki veya daha fazla bDMARD/tDMARD tedavilere yanıtız hastalar

2-Aktif, semptomatik hastalık karakterizasyonu

DAS28>3,2 olması, aktif hastalık bulguları ki buna eklem dışı bulgular da dahil, steroid dozunun azaltılamaması – 7,5mg prednizolon sınır kabul edilir, hızlı radyolojik ilerleme, hayat kalitesini düşüren RA semptomları

3-Klinik algı

Semptomların yönetiminin hasta ve/veya hekim tarafından sorunlu olarak algılanması

Bu ana başlıklar altındaki maddelerden herhangi bir tanesinin pozitif olması durumunda dirençli RA tanımlamasına girmektedir. Bu tanımlama sonrasında dirençli RA çalışmalarında artış beklenmektedir.

EULAR tanımlamasından önce Buch ve ark. tanımlamasında da 3 kategori belirlenmiştir:

Intrinsic refrakter : İnatçı bir enflamasyon var, ilaca karşı antikor yok
Farmakokinetik refrakter : İnatçı bir enflamasyon var, ilaca karşı antikor var
Yalancı dirençli : Enflamasyon yok, Biyomekanik, dejeneratif etkiler ön planda

Dirençli RA Tedavi Önerileri

Dirençli RA tedavisinde EULAR 2019 önerilerinde 3. faz sonrası geri dönüp başka bir tedavi seçeneği önerilmektedir, ancak RA tedavisinde erken tanı, erken tedavi ve sıkı bir takip hastalığın dirençli hale gelme ihtimalini azaltabilir. Treat To Target (T2T) yaklaşımının etkinliği gösterilmiş olmakla beraber T2T prensiplerine göre tedavi aşamalarına baktığımızda, cevapsız olan hastada dirençli demek için pratikte yaklaşık 18-24 ay süre geçmesi gerekmekte bu da önemli bir vakit kaybına neden olmaktadır. Dirençli RA gelişimini öngören bir belirteç bugün için olmamakla birlikte kadın olmak, tedavi

başlangıcında gecikme, serolojik belirteçlerin pozitif olması, kompozit ölçümlerde yüksek hastalık aktivitesi ve erken erozyon varlığı risk faktörlerini oluşturmaktadır.

EULAR son olarak tedavisi zor RA konusunda dikkate alınacak noktaları yayınlamıştır. Bu yazıda 2 kapsayıcı öneri ve 11 takip, tedavi önerisi belirlenmiştir. Bu yazıyı özetlersek:

Kapsayıcı 2 ilke

A-Tedavisi zor RA tanımını karşılayan hastalar için bu öneriler geçerlidir

B-İlaç veya ilaç dışı tedavilere yön vermek için enflamasyonun varlığı veya yokluğu belirlenmelidir

Dikkate alınması gereken noktalar

1- Tedavisi zor RA varsa önce yanlış tanı ve/veya taklitçiler düşünülmelidir.

2- Enflamasyon varlığı ile ilgili şüphe varsa eklem ultrasonografisi ayırıcı tanıda iyi bir seçenek olabilir.

3- Kompozit indeksler ve klinik değerlendirme komorbiditeler özellikle obezite ve fibromiyalji varlığında dikkatli yorumlanmalıdır.

4- Tedavi uyumu tekrar değerlendirilmelidir çünkü tedaviye uyumsuzluk oranları %30-80 arası oldukça yüksek oranlarda bildirilmektedir.

5- İkinci veya sonraki b/tDMARD başarısızlığından sonra, özellikle iki TNFi sonrası b/tDMARD ile farklı bir hedefle tedavi düşünülmelidir. Üçüncü, Dördüncü b/tDMARD etkinliği için yeterli veri yok.

6- Üçüncü veya sonraki bir b/tDMARD düşünülüyorsa, etkili ve güvenli maksimum doz kullanılmalıdır.

7- Yaşam kalitesini bağımsız veya RA tedavi seçeneklerini sınırlayarak etkileyen komorbiditeler düşünülmeli ve yönetilmelidir.

8- *Eşzamanlı HBV/HCV enfeksiyonu olan hastalarda b/tsDMARD kullanılabilir. Eş zamanlı antiviral profilaksi hepatolog ile yakın işbirliği içinde düşünülmelidir.*

9,10,11- Farmakolojik tedaviye ek olarak, farmakolojik olmayan müdahaleler; egzersiz, eğitim, psikolojik destek ve öz bakım da bazı olgularda ilaç tedavisi kadar önem arz etmektedir.

Sonuç olarak dirençli veya tedavisi zor RA ile ilgili bir tanım oluşturulmuş ve bu tanım temel alınarak bu hastaların bakımı ile ilgili dikkat edilecek noktalar konusunda öneriler belirlenmiştir. Dirençli RA konusu bugüne kadar çok çalışılmamış ve önü açık bir başlıktır. Yeni çalışmalar yayımlandıkça yeni öneriler de önümüzdeki yıllarda karşımıza çıkacaktır.

Romatolojide yapay zeka: hayaller, hayatlar.

Dr. Koray Taşcılar

Universitätsklinikum Erlangen, 3. Dahiliye Servisi, Romatoloji ve İmmünoloji Erlangen Almanya

Romatoloji alanında, „yapay zeka“ olarak da adlandırılan, veriye dayalı örüntü tanıma ve kestirim metodlarının ne şekilde kullanılabileceğini ve ne tür ufuklar vaad ettiğini gerçekçi olarak değerlendirmek için, geçmişte benzer şekilde heyecan uyandırmış yeniliklerin akibetini hatırlamak gerekir. Örneğin; 1980’lerden itibaren bilim dünyasında heyecan uyandıran oksidatif stresin, pek çok hastalıkla bağlantılı olduğu gözlenmiş ve antioksidanların kanser ve kardiyovasküler hastalık gibi başlıca ölüm nedenlerinin engellenmesinde etkili olacağı ümit edilmişti. Benzer şekilde, 1990’larda insan genomunun detaylı analizi sayesinde kompleks hastalıklarla ilgili risklerin çok daha iyi anlaşılacağı ve yönetilebileceği düşünülüyordu. Oysa antioksidanlarla yapılan kontrollü klinik çalışmalar bu maddelerin kardiyovasküler hastalık ve kanser riskini azaltmak bir yana, bazen ölümcüllüğü artırabildiğini [1], genom boyu bağlantı çalışmaları ise kompleks hastalıklarla ilişkili genetik değişikliklerin çoğunlukla küçük risk artışlarına tekabül ettiğini gösterdi [2]. Yine de oksidatif stres ve genetik değişikliklerle ilgili çalışmalar kompleks hastalıkları daha iyi anlamamıza ve özellikle genetik çalışmaları kompleks hastalıkların gelişiminde etkili yolların daha iyi anlaşılmasına ve yeni ilaçların geliştirilmesine imkan sağladı.

„Yapay zeka“ ve benzeri yöntemlerin vaadettiği ufuklar hakkında düşünürken, akılda bulundurmamız gereken bir diğer nokta da ilk yayımlanan çalışmalarda etki büyüklüğü yüksek bulunan, „olağanüstü“ ya da „paradigma kırıcı“ gibi görünen yeni tedavi ve uygulamaların tekrarlanan çalışmalarda aslında daha mütevazı etki büyüklükleri göstermesidir [3].

Yapay zeka uygulamaları esas olarak regresyon ya da yapay sinir ağlarına dayalı kestirim modelleridir. Bunlar, ses tanıma, görüntü tanıma, satranç gibi oyunların öğrenilmesi, karmaşık iş akışlarının optimize edilmesi ya da bilgisayar oyunlarında bağımsız birimlerin (örn. bot oyuncular) yönetimi gibi görevlerde son derece etkili ve kullanışlıdır. Bu uygulama örneklerinin ortak özelliği ise her birinin sıkı kurallara bağlı olması ve öğrenme sürecinin eksik/kayıp veri olmadan tamamlanabilmesidir. Örneğin, ses tanıma, ses verisini içeren bir dalga formu ile bir harf öbeği (sözcük) arasındaki eşleşmenin öğrenilmesine dayanır. Bu öğrenme için ihtiyaç duyulan bütün veri, sesi ifade eden dijital dalga formu ve eşleştiği harf öbeği içinde mevcuttur. Satranç oyununda ise hem satranç taşlarının hareketleri, hem de kazanma/beraberlik koşulları değişmez kurallarla belirlenmiştir. Yapay zekanın bu tür uygulama alanları „sinyal gürültü oranı yüksek“ alanlar olarak tanımlanabilir. Yani her bir veri noktası ile öğrenilen süreç arasında kuralla tanımlanmış sıkı bir neden-sonuç ilişkisi olduğundan her türlü veri değişkenliği sonuç hakkında bilgi verici niteliktedir. Kuralları satranç ya da bilgisayar oyunları kadar iyi bilinmese de temel bilimlerde atom içeriğine göre olası molekül yapılarının ya da molekül yapısına göre kimyasal özelliklerin kestirilmesi veya metabolik yol etkileşimlerinin anlaşılması gibi işler de buna benzer.

Klinik tıpta ise daha çok olasılığa dayalı (stokastik) süreçleri kestirmek isteriz. Örneğin, bir hastaya tanı konulması, belli bir tedaviye verilecek yanıtın kestirilmesi, ilaç yan etkilerinin önceden bilinmesi, yukarıdaki gibi öğrenme için gerekli tüm verilerin eksiksiz elde edilebildiği ya da kuralları keskin bilinebilen süreçler değildir. Yani her bir veri noktası ile kestirilmeye çalışılan sonuç arasındaki neden-sonuç ilişkisi gevşektir, bu nedenle verideki değişkenlik sonuç hakkında sadece kısmen ve bazen bilgi verici niteliktedir. Yapay zeka için bu tür uygulama alanları „sinyal gürültü oranı düşük“ uygulama alanlarıdır. Bu yüzden özellikle klinik süreçlerin kestirilmesinde genel amaçlı yapay zeka

uygulamalarının sinyal gürültü oranı yüksek alanlardaki gibi başarılı olmasını beklemek şimdilik gerçekçi olmayabilir. Nitekim, şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, yapay zeka olarak adlandırılan öğrenme metodlarıyla geliştirilmiş klinik kestirim modelleri basit çoklu regresyon ile geliştirilen modellerinden üstün bulunmamıştır [4].

Bunlara ek olarak, örneğin COVID.19 tanısı ve prognozunu kestirmek için geliştirilen yapay zeka modelleri, kestirim modellerinin geliştirilmesine ilişkin kalite ölçütlerine göre değerlendirildiğinde, model geliştirme ve sınav süreçlerinin kötü metodoloji ile yürütüldüğü görülmektedir [5]. Dünyaca büyük bir sorun olarak görülen ve çözümü için hızla, büyük miktarda veri toplanan COVID gibi bir alanda dahi bu kadar ciddi metodolojik sorunların bulunması, romatolojik hastalıklar gibi kaliteli verinin zahmetle elde edilebildiği ve daha uzun vadede toplanabildiği bir alanda uygulama geliştirmenin meşakkatli olacağını düşündürmektedir. Yapay zeka metodlarının geliştirilmesi ve geçerliğinin sınanması konusunda yeterince metod ve kılavuz varken, bunların mevcut yazılım sistemleriyle bütünleştirilmesi, klinik uygulamalara etkisinin değerlendirilmesi ve klinik uygulamalara ne şekilde dahil edilebileceği konusunda metod, kılavuz ve kalite ölçütleri hala eksiktir [6]. Sonuç olarak, romatolojide yapay zeka uygulamaları konusunda beklentilerimizi şekillendirirken, klinik tanı, tedavi ve prognoz için kullanılabilecek yapay zeka uygulamalarının günlük kullanıma girebilecek olgunluğa henüz ulaşmadığını, hatta bunlarla ilgili metod, bildirim kılavuzu ve kalite ölçütlerinin geliştirilmesi [7] gibi daha temel sorunların çözülmeye çalışıldığını ve olağanüstü sandığımız şeylerin çoğunlukla olağanüstü olmadığını göz önünde bulundurmamız gerekir.

1. Bjelakovic, G., et al., *Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(3): p. CD007176.
2. Ioannidis, J.P., T.A. Trikalinos, and M.J. Khoury, *Implications of small effect sizes of individual genetic variants on the design and interpretation of genetic association studies of complex diseases*. Am J Epidemiol, 2006. **164**(7): p. 609-14.
3. Pereira, T.V., R.I. Horwitz, and J.P. Ioannidis, *Empirical evaluation of very large treatment effects of medical interventions*. JAMA, 2012. **308**(16): p. 1676-84.
4. Christodoulou, E., et al., *A systematic review shows no performance benefit of machine learning over logistic regression for clinical prediction models*. J Clin Epidemiol, 2019. **110**: p. 12-22.
5. Wynants, L., et al., *Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal*. BMJ, 2020. **369**: p. m1328.
6. de Hond, A.A.H., et al., *Guidelines and quality criteria for artificial intelligence-based prediction models in healthcare: a scoping review*. NPJ Digit Med, 2022. **5**(1): p. 2.
7. Collins, G.S., et al., *Protocol for development of a reporting guideline (TRIPOD-AI) and risk of bias tool (PROBAST-AI) for diagnostic and prognostic prediction model studies based on artificial intelligence*. BMJ Open, 2021. **11**(7): p. e048008.

Aksiyal Spondiloartritte Güncel Tedavi

Prof. Dr. Nurullah Akkoç, Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Aksiyal spondiloartrit (AxSpA) aksiyal iskeleti, periferik eklemleri ve enteseal yapıları ve göz ve bağırsaklar gibi kas-iskelet sistemi dışındaki organları tutabilen kronik enflamatuar bir hastalıktır. Aksiyal iskelette ve tutulan eklem bölgelerinde ağrı ve sabah tutukluğu başlıca semptomlardır. Halsizlik bu semptomlara eşlik edebilir. Bu semptomlar ve uzun dönemde gelişen sakatlık yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkiler.

Tedavinin ana hedefi semptomlardan sorumlu olan enflamasyonu baskılamak, semptom ve bulguları kontrol etmek ve yapısal hasarı engellemektir. Böylece fiziksel fonksiyon korunarak iş ve sosyal hayata katılım ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanır. Hedefe yönelik tedaviler, biyolojik ve target spesifik (b/ts) DMARD'lar enflamasyon ve ilişkili semptomları bastırmakta çok etkili olsalar da yapısal hasarı yavaşlatmak veya engellemek konusundaki etkinlikleri henüz kanıtlanmamıştır.

AxSpA ile ilgili ilk tedavi önerileri ankilozan spondilit (AS) tedavisinde TNF inhibitörlerinin (TNFi) kullanımı için ASAS tarafından 2003 yılında yayınlanan bir uzlaşma raporuna dayanır. 2006 ve 2010 yıllarında hem AS tedavisinde TNFi ile ilgili bu öneriler güncellenmiş ve hem de ASAS ve EULAR ortaklığıyla AS tedavi yönetimi önerileri yayınlanmıştır. Yıllar içinde AS spektrumu ile ilgili yeni terminolojinin yaygınlaşmasına paralel olarak 2016 ASAS/EULAR AS tedavi yönetimi güncellemesi, AxSpA tedavi yönetimi başlığıyla yayınlanmıştır. Sonraki güncellemelerde de zamanla değişen terminoloji yerini almış ve etkinliği gösterilen yeni ilaçlar eklenmiştir. Fakat hala 2006 AS tedavi önerilerdeki temel prensiplerin büyük ölçüde korunduğu söylenebilir. Tüm önerilerde tedavinin her aşamasında eğitim, egzersiz ve fizik tedavi modalitelerinin önemi vurgulanmış ve uygun hastalarda cerrahi tedavinin bir seçenek olduğu belirtilmiştir. Kuzey Amerika'da bu konudaki ilk tedavi kılavuzu ACR/SPARTAN/ Amerikan Spondilit derneği (ACR/SPARTAN/ SAA) tarafından 2015 yılında geliştirilmiş ve 2019 yılında güncellenmiştir. Kopenhagta bu yıl yapılan EULAR kongresinde ASAS/EULAR 2022 yeni tedavi yönetimi önerileri açıklanmıştır.

AS'li hastaların yaklaşık %75-80'inde non-steroid inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı ile yeterli bir klinik yanıt elde edilmektedir. Ülkemizde klinik pratikte bazı hekimler tarafından sık olarak kullanılsa da, sulfasalazin, leflunomid ve metotreksat gibi DMARD'ların aksiyal hastalık semptomları üzerinde etkisi olduğuna dair bir kanıt yoktur

TNFi olan etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab ve sertolizumab ile yapılan randomize kontrollü çalışmalarda (RKÇ) kabaca %60 hastada ASAS20 yanıtı, %40 hastada ASAS40 klinik yanıtı gözlenmiş ve hepsi plasebodan üstün bulunmuştur. 2009 yılında ASAS tarafından non-radyografik (nr) axSpA antitesinin tanımlanmasını takiben infliksimab hariç diğer tüm TNF blokerlerinin etkinliği nr-axSpA'lı hastalarda araştırılmış ve hepsi ile plasebodan üstün ASAS20 ve ASAS40 yanıtları elde edilmiştir. Ancak bu çalışmalarda aktif ilaç ile plasebo yanıtı arasındaki farkı ifade eden ASAS20 ve ASAS40 delta değerleri beklentilerin aksine AS çalışmalarından daha düşüktür.

2015 yılında yayınlanan MEASURE 1 ve MEASURE 2 çalışmalarında bir IL-17i olan secukinumab AS'li hastalarda TNFi'ne benzer düzeyde etkinlik göstermiştir. Bu çalışmalara katılan hastaların yaklaşık %30-40'ı daha önce TNFi kullanmıştır. Alt grup analizlerinde secukinumab daha önce TNFi kullanmış hastalarda da etkili bulundu; ancak elbette bu etki TNFi-naif hastalardan daha düşüktü. Diğer bir IL-17A inhibitörü olan ixekizumab da iki ayrı RKÇ'da hem TNFi naif ve hem de TNFi kullanmış AS hastalarında etkili bulunmuştur. Secukinumab ve ixekizumab ile nr-axSpA hastalarında yapılan PREVENT ve COAST-X çalışmalarında 16. haftada ve 52. haftada plaseboya göre daha yüksek ASAS40 yanıtları elde edildi. Ancak aktif ilaç ve plasebo ile elde edilen klinik yanıtlar arasındaki farkı ifade eden

ASAS40 delta değerleri, TNFi çalışmalarında olduğu gibi, AS çalışmalarında gözlenenlere göre daha düşüktü. IL-17A reseptörüne karşı antikor olan Brodalumab tüm axSpA spektrumunu dahil eden bir RKÇ'de etkili bulundu.

En nihayet JAKi tofasitinib ve upadacitinib AS tedavisinde Faz 3 çalışmalarında etkili bulundu ve AS tedavisi için kullanılacak hedefe yönelik tedavi ajanları arasında yerlerini aldı. Upadacitinib en son EULAR kongresinde bildirilen SELECT-AXIS2 çalışmalarında hem biyolojik DMARD refrakter AS hastalarında ve hem de nr-axSpA hastalarında etkili bulundu. Aynı kongrede sunulan iki faz 3 çalışmasının sonuçları, IL-17A ve IL-17F'nin bimekizumab ile ikili inhibisyonunun nr-axSpA ve AS için yeni bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

2019 ACR/SPARTAN/SAA AS ve nraxSpA için iki ayrı öneri takımı şeklinde hazırlanmıştır. 2022 ASAS/EULAR nerileri ise tüm axSpA spektrumu içindir. Her iki kılavuza göre saf aksiyal tutulum olan hastalarda NSAii'lar hala farmakolojik tedavinin ilk basamağını oluşturmaktadır; periferik tutulum (artrit, entesit) varsa bir sonraki tedavi basamağı olan hedefe yönelik tedavilere geçmeden önce sulfasalazin ve lokal glukokortikoid tedaviler denenebilir.

Hedefe yönelik tedavi için ilk seçenek 2019 ACR nerilerine göre TNFi'dir. Ancak hatırlanmalıdır ki 2019 yılından sonra yayınlanan çalışmalara dayanan kanıtlar bu kılavuzda değerlendirilmemiştir. 2022 ASAS/EULAR nerilerine göre ise ilk seçilecek b/ts DMARD TNFi , IL17i veya JAKi'lerinden herhangi biri olabilir. Ancak, aynı önerilerde günümüzde klinik pratikte tedaviye en sık TNFi veya IL17i ile başlandığı not edilmiştir. Gerek ACR/SPARTAN/SAA ve gerekse ASAS/EULAR önerilerinde tekrarlayan üveit ve inflamatuvar barsak hastalığı varlığında monoklonal antikorların; ayrıca ASAS/EULAR önerilerinde belirgin sedef hastalığı varsa IL-17i'nin tercih edilmesi tavsiye edilmiştir.

ACR/SPARTAN/SAA kılavuzuna göre TNFi'ye primer yanıtızlık varsa, o takdirde IL-17i tofacitinib'e tercih edilmelidir. Ama hastada inflamatuvar barsak hastalığı varsa tofasitinib tercih edilmelidir. Sekonder yanıtızlıkta ise bir başka TNFi tercih edilebilir. ASAS/EULAR önerilerinde ise böyle bir durumda önce tanının dikkatlice gözden geçirilmesi gerektiği ve tanı doğru ise bir başka TNFi, IL-17 veya JAKi'nin kullanılabileceği söylenmektedir.

Her iki kılavuz arasında başka farklılıklar da mevcuttur. Nr-axSpA hastalarında yapılan çalışmaların alt analizlerinde objektif inflamasyon kanıtı olmayan hastalarda TNFi ve plasebo yanıtları farklı bulunmamıştır. Ancak, bu durum ACR/SPARTAN/SAA kılavuzunda göz ardı edilmiştir. ASAS/EULAR önerilerinde ise nr-axSpA hastalarında b/tsDMARD başlanması için ruhsat endikasyonlarında belirtilen şartlara uygun olarak CRP yükseklığı veya sakroilyak MR'da inflamasyon olması bir kriter olarak belirtilmiştir.

ACR/SPARTAN/SAA kılavuzunda bDMARD'ların dozlarının azaltılmasına/ kesilmesine ve "Treat to target" stratejisine net olarak karşı çıkılmaktadır. ASAS/EULAR ise sürekli remisyonda olan hastalarda bDMARD'ların doz azaltılmasının denenebileceğini söylemekte ve tedavinin önceden belirlenen bir hedefe göre yürütülmesini önermektedir. Bu arada hatırlanmalıdır ki axSpA'lı hastalarda "Treat to target" stratejisini TICOSPA çalışmasında test edilmiş ve başarısız bulunmuştur.

Panel - Romatoid Artrit tedavisinde JAK inhibitörleri hakkında her şey

Sinem Nihal Esatoğlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

TNF inhibitörü ve tofasitinibin primer sonlanım noktasının majör kardiovasküler olay ve kanser olduğu randomize kontrollü çalışmasında TNF inhibitör kolunda daha az olay görüldü. Bu çalışma sonrasında FDA ve EMA JAKiniblerin romatoid artritli hastalarda kullanımı ile ilgili uyarılarda bulundu. Türkiye Romatoloji Derneği üyelerinden oluşan JAKinib araştırma grubu, JAKiniblerin güvenliği ile ilgili 13 adet soru hazırladı. Bu sorulara yönelik sistematik literatür taraması sonucunda dahil edilen çalışmalardan elde edilen veriler ve bu veriler ışığında hazırlanan öneriler bu sunumda paylaşılacaktır.

Romatoit Artritte Erken Tedavi ve Hastalık Seyrine Etkisi

Yusuf Yazıcı

Romatoit artritin tanı ve tedavisi son 25 senede büyük değişiklikler gördü. Önce geç başlanan tedavinin sadece eklem hasarına yol açmayıp, aynı zamanda yıllar boyu devam eden enflamatuar yükten dolayı sistemik etkilerin de görüldüğü, kalp hastalığı, erken mortaliteyi arttırma gibi zararların da RA yüzünden daha sıklıkla ve daha erken yaşta görüldüğü anlaşıldı. Bu zamanla yeni bir “erken RA” tanımının oluşmasını sağladı. İlk çalışmalar semptomları 2 seneden kısa olan hastaları erken olarak kabul ederken, daha sonra bu tanım 1 yıl, 6 ay ve 3 aya kadar geri çekildi. İlk kullanılan geç kalma tanımlaması radyografide görülen eklem hasarının oluşma riski iken, daha sonra remisyona girme ve remisyonda kalma şansı da buna eklendi. Bu yeni tanımlarla erken RA dönemi ilk bir yıl olarak kabul edilmeye başladı, daha sonra yapılan çalışmaların çoğu da eğer ilk 12 ay içinde tedavi başlanır ve hedefe yönelik tedavi prensipleri uygulanırsa hastaların uzun dönemde RA kontrollerinin pek farklı olmadığı gösterildi.

Son 10 sene, belirli risk faktörü olan hastaları daha RA klinik tanısı konmadan tanımlayıp, belli ilaçlar ile RA oluşumu engellenebilir mi sorusunu soran çalışmaların yapıldığı bir dönem oldu. Bu çalışmalarda kullanılan çeşitli ilaçlar, örneğin metotreksat ve abatasept, hastalığın başlamasını geciktirmelerine rağmen, RA gelişimini pek engelleyemedikleri görüldü. Bazılarında RA gelişiminden sonra hastalığın daha hafif seyrettiği görüldü ve bu büyük olasılıkla erken başlanan ilacın yararı olarak yorumlanabilir.

Son olarak metotreksat ile başlayıp, daha sonra biyolojik ajanlarda da gösterilen erken ve hedefe yönelik tedavinin uzun süreli takipte kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı ve bazı hastalarda normal popülasyona yakın bir seviyeye getirdiği gösterilmiştir. Total mortalitenin de erken tedavi olan hastalarda gec tedaviye başlayanlara nazaran daha iyi olduğu gösterilmiştir.

Son 20 senede RA hakkında öğrendiklerimiz ile günümüzde RA hastalarına yaklaşımlarımızı erken tanı, erken tedavi ve hedefe yönelik ilaç kullanımı olarak özetlemek mümkündür. Bu şekilde hastalarımıza en iyi remisyon şansını sağlamakla beraber uzun dönemde çıkabilecek komplikasyonları da en aza indirmemiz mümkün olacaktır.

SÖZLÜ SUNUMLAR

[SS-01]

Kritik ve Şiddetli seyirli COVID-19 hastalarında Anakinra Yanıt Öngördürücüleri

Murat Bektaş¹, Muhammet İkbal Kılıç²

¹Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ve Romatoloji, Aksaray

²Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Aksaray

Amaç: Bu çalışmada anakinra alan ciddi ve kritik seyirli COVID-19 hastalarında mortalite öngördürücülerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: COVID-19 tanısı PCR ve Toraks BT ile doğrulandı. Serviste anakinra alan NIH şiddeti ölçeğine(1) göre ciddi ve kritik seyirli hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hasta kabulde laboratuvar değerleri, en yüksek seviyeler ve hastaneye yatışın son günü kaydedildi. COVID hiperinflamatuvar sendrom skoru (cHIS) en yüksek laboratuvar sonuçları düzeylerine göre hesaplandı(2). Tüm hastalara 80 mg metilprednisolon (veya eşdeğeri) başlandı. Anakinra en az iki gün steroid tedavisine yanıt vermeyen veya başlangıçta daha yüksek riskli ve/veya kritik hastalığı olanlara steroide birlikte başladı. Anakinranın ortalama başlangıç dozu intravenöz olarak 400 mg/gündü ve gerektiğinde kademeli olarak yükseltildi.

Bulgular: 148 hastanın (%53 erkek) verisi incelendi. 57 hasta (%38,5) şiddetli, 91 hasta (%61,5) kritik hastalığa sahipti. Takip sırasında 56 hastada mortalite (%37.8) ve 60 hastada(%40.5) yoğun bakım ünitesine yatış 54 hastada(%54.5) ve entübasyon gerçekleşti.

Tek değişkenli analizde; hasta yaşı, nötrofil-lenfosit oranı (NLR), ortalama cHIS skorları mortalite grubunda daha yüksekti. Mortalite gelişenlerde CRP, LDH, ferritin, D-dimer düzeylerinin daha yüksek başlangıç, maksimum ve son değerleri gözlemlendi. Kritik seyirli hastalarda şiddetli hastalara kıyasla mortalite daha yüksekti. Çok değişkenli analizde; ileri yaş (p=0.01 OR:1.05 CI: 1.01-1.09), yüksek cHIS skoru (p=0.002 OR:2.6 CI:1.4-4.9), kritik hastalık (p=0.02 OR:14 CI:1.6-122) mortaliteyle ilişkiliydi. ROC analizinde; cHIS skoru (3.5), NLR (7.1), CRP (160.5 mg/L), LDH (581 U/L), ferritin (771 ng/mL), D-dimer (7.56 mcg/mL) için 72/72, 69/70, 70/69, 72/75, 70/72, 70/73.4 duyarlılık/özgülük değerleri hesaplandı.

Sonuç: Çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık üçte birinde mortalite gelişmiştir. İleri yaş, kritik hastalık ve daha yüksek inflamatuvar yükü yansıtan yüksek cHIS skoru anakinra alan hastalarda mortaliteyle bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Referanslar:

1. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. COVID-19 Treatment Guidelines. National Institutes of Health
2. Webb, B.J et al Clinical criteria for COVID-19-associated Lancet Rhe 2020

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Sitokin fırtınası, Anakinra

Tablo 1: Hastaların klinik karakterisitikleri ve laboratuvar bulguları

Değişken	mortalite -	mortalite +	p değeri	ROC [AUC (% 95 GA)]
Yaş, yıl*	63.4±18	72.3±14	0.001	
Cinsiyet, erkek κ	44 (48)	34 (61)	0.1	
Hastaneye yatış süresi (gün)†	10.5 (12)	12 (14)	0.8	
COVID şiddeti (kritik ve şiddetli)κ	36 (40)	55 (60)	<0.001 (OR:51)	
cHIS*	3±1	4.1±1.1	<0.001	0.77 (0.69-0.86)**
NLR †	5.6 (5)	10 (9)	<0.001	0.72 (0.6-0.82)**
Trombosit sayısı*	215±77	192±82	0.01	
CRP (mg/L) †				
1	107 (110)	136 (126)	0.004	
2	137 (100)	194 (134)	<0.001	0.73 (0.63-0.82)**
3	68 (75)	103 (132)	<0.001	
Ferritin (ng/mL)†				
1	326 (531)	557 (767)	0.06	
2	555 (606)	1212 (2336)	<0.001	0.76 (0.68-0.85)**
3	296 (270)	814 (1590)	<0.001	
D-dimer(mcg/mL) †				
1	1 (1)	1.5 (1.7)	0.016	
2	2.8 (7)	12.4 (24)	<0.001	0.74 (0.65-0.83)**
3	1.2 (1.2)	7.4 (18)	<0.001	
LDH (U/L) †				
1	399 (193)	391 (245)	0.9	
2	513 (200)	676 (528)	<0.001	0.78 (0.69-0.86)**
3	319 (104)	641 (439)	<0.001	

*ortalama±std dev † medyan (IQR) κ n, (%) ** p<0.001 1 Başlangıç. 2. maksimum seviye 3. son ölçüm

[SS-02]

Behçet Sendromlu Hastalarda Sars-Cov-2'ye Karşı İnaktif veya mRNA Aşısı Sonrası Oluşan Humoral Yanıtın Karşılaştırılması

Ayşe Özdede¹, Okan Kadir Nohut², Zeynep Atlı³, Yeşim Tuyji Tok⁴, Sabriye Güner¹, Erkan Yılmaz⁵, Didar Uçar⁶, Uğur Uygunoğlu⁷, Vedat Hamuryudan¹, Emire Seyahi¹

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

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fikret Biyal Merkez Araştırma Laboratuvarı, İstanbul, Türkiye

³Sinop Üniversitesi, Biyoistatistik ve Bilişim, Muhasebe ve Vergi Dairesi Başkanlığı, Sinop, Türkiye

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Doku Tiplendime Laboratuvarı, İstanbul, Türkiye

⁶İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁷İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Behçet sendromlu (BS) hastalarda ve sağlıklı kontrollerde (HC) iki doz inaktif (Sinovac/CoronaVac) ve mRNA (Pfizer/BioNTech) aşılardan sonra SARS-CoV-2 antikor yanıtını karşılaştırmak.

Gereç-Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışmaya Nisan- Ekim 2021 ayları arasında, alınma kriterlerini karşılayan BS'li 166 (92E/74K) hasta (ortalama yaş: 42,9±9,6 yıl) ve 165 (75E/90K) sağlıklı kontrol (ortalama yaş: 42,4±10,4 yıl) dahil edildi. Çalışmaya alınan BS'li 80 hasta, sağlıklı kontrollerin 89'u iki doz CoronaVac ile aşılanmışken, BS'li 86 hasta ve sağlıklı kontrollerin 76'sı iki doz BioNTech ile aşılanmıştı. Tüm çalışmaya dahil edilenlerin COVID-19 için negatif bir geçmişi vardı. Serum örnekleri aşının ikinci dozundan en az 21 gün sonra alındı. Anti-spike IgG antikor titreleri, ticari olarak temin edilebilen bir immünoanaliz yöntemi kullanılarak kantitatif olarak ölçüldü.

Bulgular: Hem hastaların hem de sağlıklı kontrollerin büyük çoğunluğunda CoronaVac (%96'ya karşı %100) veya BioNTech'ten (%98.8'e karşı %100) sonra saptanabilir antikorlar vardı. CoronaVac ile aşılanmış olanlar arasında, BS hastaları SK'lere kıyasla anlamlı derecede daha düşük medyan (IQR) titrelerine sahipti [36.5 (12.5-128.5) vs 102 (59-80), P<0.001]. Öte yandan, antikor titreleri, BioNTech ile aşılanan BS ve SK'li hastalar arasında farklılık göstermedi [1648.5 (527.0-3693.8) ile 1516.0 (836.3-2599.5), p=0.512].

Sonuç: İnaktif edilmiş COVID-19 aşısı ile karşılaştırıldığında, mRNA bazlı aşı, BS hastaları arasında daha yüksek antikor titreleri ortaya çıkardı. Sadece CoronaVac grubunda, özellikle anti-TNF ajanları kullanan hastalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla düşük titrelere sahip olduğu bulundu. BioNTech ile aşılanan BS hastalarının, sağlıklı kontrollere kıyasla benzer serokonversiyon oranlarına ve antikor seviyelerine sahip olduğu bulundu. Daha ileri çalışmalar ile düşük antikor titrelerinin her iki aşı grubunda da COVID-19'a karşı azalan koruma ile ilişkili olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: behçet, covid-19, serokonversiyon

[SS-03]

Ankilozan spondilit tanılı biyolojik naif hastalarda, biyolojik ajanlara başlandıktan sonra hastalık aktivitesinin izlenmesinde hematolojik inflamatuvar belirteçlerin rolü

Öznur Sadioğlu Çağdaş, Neslihan Gökçen, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışma, AS'li biyolojik naif hastalarda biyolojik ajanların başlanmasından sonra hematolojik inflamatuvar belirteçlerin hastalık aktivitesinin izlenmesindeki rolünü değerlendirmeyi amaçladı.
Gereç-Yöntem: Çalışma, tek merkezli, retrospektif bir kohort çalışması olarak tasarlandı. 955 AS hastası geriye dönük olarak tarandı ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 54 biyolojik-naif hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, klinik değişkenler, hastalık aktivite skorları (BASDAI), hastaların işlevselliği (BASFI) ve laboratuvar sonuçları tıbbi veri tabanından elde edildi. NLR, MLR ve PLR hesaplandı. Ortalama trombosit hacmi (MPV) ve kırmızı hücre dağılım genişliği (RDW) not edildi. Başlangıç, 3., 6. ve 12. aydaki veriler kaydedildi. Zaman içinde grup içi karşılaştırmalar Friedman testi kullanılarak analiz edildi. Friedman testinden elde edilen istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar, Bonferroni düzeltmesi ile Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılarak bir post hoc analizi ile değerlendirildi.
Bulgular: Çalışma popülasyonunun medyan yaşı 42,5 yıldır. Ayrıca medyan semptom süresi ve hastalık süresi sırasıyla 12,5 ve 8,0 yıldır. Gruplar içinde hastalık aktivite değerlendirmeleri ve hematolojik inflamatuvar belirteçlerin karşılaştırılması Tablo'da verilmiştir. Wilcoxon post hoc analizine göre, BASDAI, BASFI, CRP ve ESR, 3., 6. ve 12. aylarda başlangıç değerlerinden daha düşüktü (tümü için $p < 0,001$). Ayrıca NLR, PLR ve MLR, başlangıç değerlerine kıyasla 3., 6. ve 12. ayda istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldı ($p < 0,001$).
Sonuç: Son çalışmalar AS'li hastalarda inflamasyonla birlikte MPV, RDW değerleri ile NLR, PLR ve MLR oranlarının arttığını göstermiştir. Çalışmamız AS hastalarında biyolojik tedavilere başladıktan sonra RDW dışındaki tüm hematolojik inflamatuvar belirteçlerin zamanla azaldığını göstermiştir. Sonuç olarak, bu belirteçler AS hastalarında tedavi etkisinin takibinde akut faz yanıtları ve hastalık aktivite indeksleri kadar etkili, değerli bir değerlendirme aracı olabilir.

Anahtar Kelimeler: ankilozan spondilit, biyolojik tedavi, hematolojik inflamatuvar marker

Gruplar içinde hastalık aktivite değerlendirmeleri ve hematolojik inflamatuvar belirteçlerin karşılaştırılması

	V0	V3	V6	V12	P
BASDAI	4.3 (1.9-6)	1.3 (0.4-3.0)	1.6 (0.6-3.3)	1.5 (0.4-2.9)	<0.001
BASFI	2.5 (0.7-4.9)	1.3 (0-2.2)	0.8 (0-2.1)	0.5 (0-2.0)	<0.001
CRP(mg/dl)	10.7 (3.9-16.0)	2.0 (1.0-4.7)	1.7 (0.9-5.7)	2.3 (0.8-6.8)	<0.001
ESR(mm/h)	14 (7.0-22.3)	5.0 (3.0-10.3)	5.0 (2.8-10.3)	5.0 (3.0-10.3)	<0.001
MPV	7.8 (7.0-8.5)	8.1 (7.4-8.9)	8.1 (7.5-8.8)	8.3 (7.9-9.0)	<0.001
RDW	14.7 (13.2-16.4)	14.1 (13.1-15.3)	13.9 (13.0-15.2)	13.6 (12.9-14.8)	0.043
NLR	2.2 (1.8-2.6)	1.6 (1.2-2.2)	1.5 (1.1-2.1)	1.5 (1.1-2.0)	<0.001
PLR	0.13 (0.10-0.15)	0.10 (0.09-0.13)	0.11 (0.08-0.13)	0.09 (0.07-0.12)	<0.001
MLR	0.28 (0.22-0.35)	0.25 (0.19-0.31)	0.25 (0.20-0.32)	0.25 (0.18-0.31)	<0.001

Değerler ortanca olarak verilmiştir (çeyrekler arası aralık) V0: başlangıç, V3: tedavi başlangıcından sonraki ilk ziyaret (3. ayda), V6: 6. ayda ikinci ziyaret, V12: 12. ayda üçüncü ziyaret, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeks, CRP: C-reaktif protein, ESR: eritrosit sedimantasyon hızı, MPV: Ortalama trombosit hacmi, RDW: Kırmızı hücre dağılım genişliği, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, MLR: monosit/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı

[SS-04]

Seropozitif romatoid artritte entezeyal tutulum sıklığı ve risk faktörleri: tek merkezli direkt radyografik inceleme

Reşit Yıldırım¹, Mustafa Dinler¹, Döndü Üsküdar Cansu¹, Cüneyt Çalışır², Cengiz Korkmaz¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Radyoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Aşil tendon ve plantar fasya entezeyal tutulumun en sık görüldüğü yerlerdir. Entezeyal tutulum spondiloartritlerde (SpA) sık görülmekle beraber romatoid artrit (RA) hastalarında genellikle görülmediği yönünde bir görüş hakimdir. Bu çalışmada seropozitif romatoid artrit tanılı hastalarda entezeyal tutulum sıklığı ve ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Merkezimizde takibi yapılan 137 seropozitif RA, 92 SpA (ankilozan spondilit, psöriatik artrit, farklılaşmamış SpA) ve 30 osteoartrit (OA) tanılı hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalık süresi, vücut kitle indeksi (VKİ), demografik özellikler kaydedildi. Tüm hastalara bilateral kalkaneal direkt grafi çekildi. Radyolojik inceleme iki farklı operatör (O1 romatoloji yandal uzmanlık öğrencisi ve O2 kas-iskelet sistemi radyoloğu) tarafından tanımlanarak bilinmeden farklı zamanlarda değerlendirildi. Aşil tendonu ve plantar fasya bağlanma yerlerindeki entezeyal değişiklikler var veya yok şeklinde raporlanmıştır. Her 3 grup (RA, SpA, OA) sıklık açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hasta gruplarının ortalama yaşları RA, SpA ve OA için sırasıyla 56.6 ± 10.14 , 45.6 ± 10.54 , ve 60 ± 8.78 yıl olarak hesaplandı. RA, SpA ve OA hastalarındaki entezeyal değişikliklerin sıklığı O1'e göre %67, %63, ve %86 ($p=0.058$), O2'ye göre %55, %45,6, ve %50 ($p=0,341$) olarak bulunmuştur. Her iki operatör arasındaki uyumluluk %64 olarak hesaplandı (kappa değeri 0,063). RA grubunda VKİ ile entezeyal tutulum arasında anlamlı ilişki bulundu (O1: $p<0,001$ ve O2: $p<0,05$). Hastalık süresi ile entezeyal tutulum arasında istatistiksel bir ilişki tespit edilemedi (Tablo-1).

Sonuç: RA sinoviyal inflamasyonla giden bir hastalık olması nedeniyle entezeyal değişikliklerin görülmediği kanısı mevcuttur. Ancak son yıllarda yapılan ultrasonografi çalışmalarında RA hastalarında aşil tendonda entezeyal değişikliklerin ve retrokalkaneal bursitin görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamız bu hasta grubunda direkt grafinin kullanıldığı ve RA hasta grubunda entezeyal tutulum sıklığını gösteren ilk çalışmadır. Bu grupta entezeyal tutulumun sanılanın aksine sık olduğu ve vücut kitle indeksi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, entezeyal değişiklikler, sıklık

Entezyal tutulumun hastalık gruplarına göre prevalansı, özellikleri, ilişkili faktörler

	Seropozitif RA (137)	SpA (92)	OA (30)	P değeri
Yaş, yıl (Ort ± STD)	56.6 ± 10.14	45.6 ± 10.54	60,1 ± 8,78	<0,001
Cinsiyet (E/K), sayı	49/88	57/35	8/22	<0,001
Vücut kitle indeksi (Ort ± STD)	27,32 ± 4,45	27,7 ± 4,29	29,2 ± 3,26	0,058
Hastalık süresi, ay (Ort ± STD)	131 ± 95,4	151 ± 88,6	-	<0,05
Entezyal inceleme				
Operatör 1, sayı, (%)	92 (%67)	58 (%63)	26 (%86)	0,058
- Plantar	83	47	18	0,343
- Aşil	58	35	19	0,050
Operatör 2, sayı, (%)	76 (%55,4)	42 (%45,6)	15 (%50)	0,341
- Plantar	57	29	7	0,093
- Aşil	51	26	13	0,217

[SS-05]

Bir Üniversite Hastanesinde Dahiliye Asistanlarının Biyolojik Ajanlarla İlişkili Yan Etki Farkındalığı

Mert Oztas, Serdal Uğurlu
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İç Hastalıkları Romatoloji

Amaç:

Biyolojik ajanlar, son yirmi yılda romatolojideki tedavi stratejilerin temel bir bileşeni haline gelmiştir. Biyolojik ajanlarla tedavi edilen hasta sayısı, bu ajanların romatizmal hastalıklar arasında endikasyonlarının yaygınlaşmasıyla birlikte artmaktadır. Olası yan etki durumunda, hastalar acil servis başvurularında şayet ilgili hastanede bir romatolog yoksa genellikle dahiliye hekimlerine danışılırlar. Üniversite hastanemizde dahiliye asistanları arasında biyolojik ajanlara bağlı yan etkilerin farkındalığını değerlendirmek amacıyla bu anketi tasarladık.

Gereç-Yöntem:

Anket için 10 sorudan oluşan web tabanlı çoktan seçmeli bir test taslandı. Monoklonal antikorlar (anti-TNF, anti-CD20), anti-sitokinler ve JAK inhibitörleri ile ilgili yan etkiler ve bu yan etkilerin yönetimi değerlendirildi.

Bulgular:

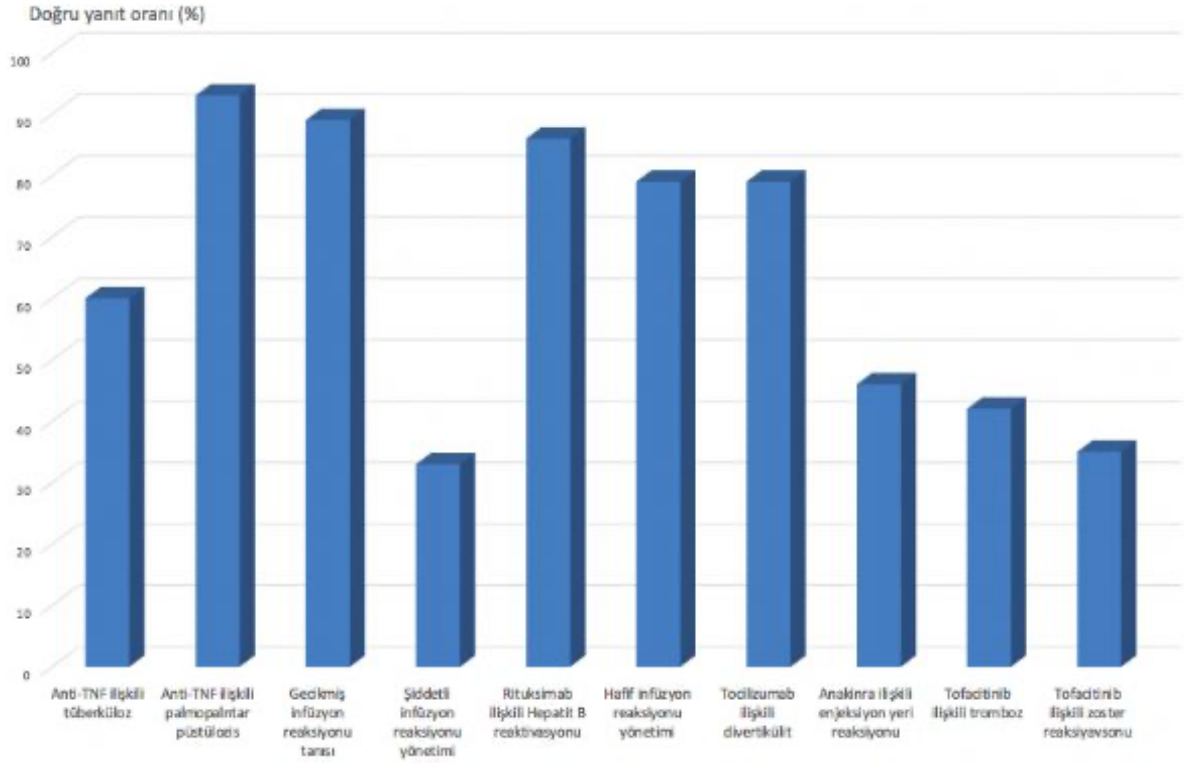
Anket 110 dahiliye asistanına iletildi. 57 yanıt toplandı ve analiz edildi. Ortalama doğru cevap sayısı $6,4 \pm 1,5$ idi. 57 katılımcıdan 14'ü (%24,6) 5'in altında puan alırken, katılımcıların %58'i ≥ 6 puan aldı. Katılımcıların çoğunluğu anti-TNF, rituximab ve tocilizumab ile ilgili soruları doğru yanıtladı, ancak katılımcıların yarısından azı anakinra ve JAK inhibitörleri ile ilgili soruları doğru bir şekilde yanıtlamıştır (Şekil 1). JAK inhibitörlerinin zoster reaktivasyonu ile ilgili farkındalığı ve ciddi kardiyovasküler olay riskinin artması sırasıyla %35 ve %42 idi. Gecikmeli ve hafif infüzyon reaksiyonlarına yaklaşım yeterliydi, ancak katılımcıların %67'si şiddetli infüzyon reaksiyonuna doğru yanıtı veremedi.

Sonuç:

Anketimiz, dahiliye asistanları arasında biyolojik ajanlarla ilgili yan etkilerin farkındalığının tatmin edici olduğunu göstermektedir. JAK inhibitörlerine bağlı yan etkiler ve şiddetli infüzyon reaksiyonu yönetimi konusundaki görece düşük yanıtlar asistanların bu konudaki eğitim ihtiyacını işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: ilaç ilişkili yan etkiler ve advers reaksiyonlar

Şekil 1



Soruların konuları ve katılımcıların doğru yanıt oranları

[SS-06]

Romatoid artrit tanılı hastalarda serum ve tükürük kalprotektin düzeyi ile klinik ve laboratuvar olarak değerlendirilen hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Güneş Dorukhan Çavuşoğlu¹, Meltem Çakır², Gözde Ülfer³, Çağrı Çakıcı³, Meryem Can⁴

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA) tanılı hastalarda tükürükteki kalprotektin düzeyleriyle hastalık aktivitesinin ilişkisini gösteren bir çalışma şu ana dek literatürde bulunmamaktadır. Bu çalışmada amacımız RA tanılı hastalarda serum ve tükürük kalprotektin düzeyleriyle hastalık aktivitesini değerlendirmek, ikincil olarak da bu hastalarda periodontiti değerlendirerek serum ve tükürük kalprotektin düzeylerinin periodontitle ilişkisi olup olmadığını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Romatoloji polikliniğine başvuran, 2010 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerine göre RA tanısı almış 76 hasta (K/E: 59/17), hasta kontrol grubu olarak 2016 ACR-EULAR sınıflandırma kriterlerine göre Sjögren sendromu tanısı almış 24 hasta (K/E: 24/0) ve sağlıklı kontrol grubu olarak 40 yetişkin (K/E: 25/15) çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta takip formuna kaydedildi ve eş zamanlı olarak kalprotektin için serum ve tükürük örneği alındıktan sonra periodontit muayenesi yapıldı.

Bulgular: RA'lı hastalarda serum kalprotektin değeri, yüksek hastalık aktivitesi olan grupta, düşük hastalık aktivitesi olan gruba göre daha yüksek saptandı [YHA ve DHA: 11,5 (0,78-38,23); 8,3 (1,6-24,4) (p:0,02)]. Ortalama serum kalprotektin değerleri RA grubunda diğer iki gruba göre daha yüksek saptandı ve RA grubuyla SS grubu arasında istatistiksel fark saptanırken, RA grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel fark saptanmadı [RA, SS ve SK sırasıyla: 13,6 (9,8); 8,1 (7,5) ve 10,9 (6,02) (p:0,01)]. RA tanılı hastalarda ortanca tükürük kalprotektin düzeyleri, periodontiti olan hastalarda periodontiti olmayanlara göre daha yüksek saptandı [Periodontit evre I ve Periodontit evre II-IV sırasıyla: 27,3 (1,6-40,74); 31,7 (0,64-75,85) (p:0,04)] (Tablo 1). RA hasta grubunda serum kalprotektin değerleri sağlıklı ve hasta kontrol grubuna göre yüksek saptanmış ve hastalık aktivitesiyle korele bulunmuştur. Buna karşılık RA'lı hastalarda tükürük kalprotektin değerleri sağlıklı ve hasta kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır.

Sonuç: RA'lı hastalarda periodontal enflamasyon tükürük kalprotektin değerleri ile korele çıkarken, diğer iki grupta böyle bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışma diğer çalışmalara benzer şekilde serum kalprotektin düzeylerinin hastalık aktivite belirteçleriyle pozitif yönde korele olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Periodontit, Romatoid artrit, Serum/tükürük kalprotektin

Serum Kalprotektin ve Tükürük Kalprotektin Değerlerinin Periodontiti Olan ve Olmayan Hastalarda Karşılaştırılması

	Periodontit Evre I (n:58)	Periodontit Evre II-IV (n:68)	p değeri
Romatoid Artrit			
Serum kalprotektin [ortanca (min- maks)]	9,3 (2,3-33,9)	10,4 (0,7-38,23)	0,7
Tükürük kalprotektin [ortanca (min- maks)]	27,3 (1,6-40,74)	31,7 (0,64-75,85)	0,04
Sjögren Sendromu			
Serum kalprotektin [ortanca (min- maks)]	5,3 (0,7-36,7)	5,9 (3,76-9,81)	0,6
Tükürük kalprotektin [ortanca (min- maks)]	33,3 (4,21-43,5)	35,5 (14,1-39,4)	0,2
Sağlıklı Kontrol Grubu			
Serum kalprotektin [ortanca (min- maks)]	10,6 (3,7-30,56)	9,8 (2,27-25,38)	0,8
Tükürük kalprotektin [ortanca (min- maks)]	42,11 (10,37-60,11)	37,8 (4,62-66,85)	0,4

[SS-07]

IgG4-ilişkili hastalıkta SII, SIRI, NLR ve PLR indekslerinin hastalık aktivitesindeki rolü

Hazan Karadeniz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: IgG4 ile ilişkili hastalık (IgG4-RD), karakteristik histopatolojik özelliklere sahip tümefaktif lezyonlara neden olan immün aracılı, kronik, fibro-inflamatuar bir durumdur. Bu çalışmanın amacı IgG4-RD'da sistemik inflammatuar indeks (SII), sistemik inflammatuar yanıt indeksi (SIRI), nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ve platelet -lenfosit oranı (PLR) gibi indekslerin tanı anındaki hastalık aktivite prediktivitesini değerlendirmektir. Aynı zamanda bu indeksleri IgG4-RD ayırıcı tanısına giren sarkoidoz ve lokalize granülamatöz polianjitis (GPA) vakalarıyla karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2015 ile 10 Nisan 2022 tarihleri arasında Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi romatoloji bölümüne başvuran hastaların tanı esnasındaki değerlerinin incelendiği retrospektif bir çalışmadır. European League Against Rheumatism 2019 sınıflandırma kriterlerini karşılayan IgG4-RD (n=31) hastaları çalışmaya dahil edildi. Sarkoidoz (n=46) ve GPA (n=20) tanısı almış yaş ve cinsiyetle uyumlu hastalar kontrol grubu olarak dahil edildi. Hastaların laboratuvar değerleri, demografik ve klinik özellikleri sisteme kayıtlı dosyalarından temin edildi. Başvuru sırasındaki kan hücre sayımlarından sistemik inflamasyon belirteçleri olan NLR, PLR, SII ve SIRI kullanıldı.

Bulgular: IgG4-RD hastalarının %53,1 erkek ve yaş ortalamaları 55,87 (24-84) idi. Hastaların çoğunda öksürük, nefes darlığı ve yan ağrısı (%40,6) saptandı [Tablo 1]. Üçlü grup karşılaştırması sonucunda ortalama SII, SIRI, NLR ve PLR değerleri arasında istatistiksel fark izlendi. ($p < 0,05$) [Tablo 2]. İkili grup karşılaştırmasında sarkoidoz ve IgG4-RD arasında sarkoidozda istatistiksel daha yüksek NLR ($p: 0,024$) ve PLR ($p: 0,017$) değerleri saptanırken; GPA ve IgG4-RD arasında tüm parametrelerde GPA'lı hastalarda daha yüksek değerler izlendi. Yapılan korelasyon analizinde CRP değerlerinin IgG4-RD hastalarında NLR, SII ve SIRI ($r; 0,398$ $p; 0,032$) indeksleriyle korele olduğu saptandı.

Sonuç: Elde ettiğimiz sonuçlar neticesinde erken dönemde IgG4-RD hastalığının hem sarkoidoz hem lokalize GPA'ya göre daha az şiddette bir aktiviteye sahip olduğunu gözlemledik. IgG4-RD hastalığının günümüzde altın standart tanısı biyopsi ile konulmaktadır. Hastalığın mevcut lokalizasyonundan dolayı biyopsi her zaman yapılamamaktadır. Bu nedenle bu gibi indeksleri erken dönemde dikkate almak fibroze ilerleyen bir hastalık için morbiditeyi önlemede bize zaman kazandıracaktır.

Anahtar Kelimeler: IgG4-ilişkili hastalık, sistemik inflammatuar indeksler, nötrofil lenfosit oranı

IgG4-ilişkili hastalığın tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesi

Yaş min-maks (medyan)	24-84 (55,87)
Cinsiyet -Kadın -Erkek	14 (43,8) 17 (53,1)
Tutululum tipi Retroperitoneal fibrozis Akciğer Dakroadenit Sialoadenit Aortit Mastit Pankreatit Kemik ilği Lenfadenit Tiroidit Prostatit	11 (35,4) 7 (22,58) 6 (19,35) 7 (22,58) 4 (12,90) 1 (3,22) 5 (16,12) 3 (9,67) 2 (6,45)
Komorbidite Hipertansiyon Diabetes mellitus Kronik arter hastalığı Astım Malignite	19 (59,4) 10 (31,3) 6 (18,8) 4 (12,5) 3 (9,4)
Semptomlar Ateş Kilo kaybı Kserostomi Kseroftalmi Tükürük bezi şişliği Öksürük Dispne Yan ağrısı Görme azlığı Alt ekstremitede ödem	8 (25) 7 (21,9) 8 (25) 6 (18,8) 7 (21,9) 13 (40,6) 13 (40,6) 13 (40,6) 3 (9,4) 6 (18,8)
Tedavi Kortikosteroid Azatioprin Metotreksat Siklofosamid Rituksimab Siklosporin İlaçsız takip	25 (78,1) 7 (21,9) 16 (50) 2 (6,3) 5 (15,6) 2 (6,3) 9 (28,1)

Gruplara göre inflamatuvar indekslerin değerlendirilmesi

Gruplar		IgG4-RD (n=31)	GPA (n=20)	Sarkoidoz (n=46)	p
Yaş	Ort±Ss	55,87±13,98	48,10±11,06	53,22±12,38	0,134
SII	Min-Maks (Medyan)	1134,6 (101,6- 5583)	2363 (36,12- 7641)	1168,8 (223- 7102)	0,045*
SIRI	Min-Maks (Medyan)	2,16 (0,108-12,920)	5,10 (0,133- 21,41)	3,16 (0,56-27)	0,018*
NLR	Min-Maks (Medyan)	3,077 (0,04-11,71)	5,83 (0,25-18,30)	3,81 (1,04-14,75)	0,004*
PLR	Min-Maks (Medyan)	171 (56,79-546)	237 (50,17-500)	209 (63,17-388)	0,029*
MPV	Min-Maks (Medyan)	8,77 (6,30-11)	8,44 (6,70-11,44)	8,98 (6,20-14,10)	0,334
RDW	Min-Maks (Medyan)	16,16 (12,30-27,60)	14,85 (11,90-18)	14,32 (12-20,16)	0,073
Eozinofil	Min-Maks (Medyan)	0,54 (0-5,30)	0,11 (0-0,53)	0,19 (0-0,58)	0,016

SII;Sistemik inflamatuvar indeks, SIRI;Sistemik inflamatuvar response index, NLR;nötrofil lenfosit range, PLR;platelet lenfosit range,MPV;mean platelet volume, RDW; red blood cell distribution width

[SS-08]

Biyolojik Tedavi Alan COVID-19 Geçirmiş Spondiloartit Tanılı Hastaların Klinik Bulgularının ve Aşılama Durumunun Değerlendirilmesi

Yasemin Özden Eldemir¹, Senem Şaş², Abdurrahman Soner Şenel¹

¹Erciyes Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²Erciyes Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Covid-19 geçirmiş biyolojik tedavi alan Spondiloartrit (SpA) tanılı hastaların klinik durumunun ve aşılama durumunun değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: Romatoloji polikliniğinde Haziran 2020-Mart 2022 tarihleri arasında biyolojik ajan kullanan Covid-19 geçirmiş (PCR testi pozitif) SpA tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Klinik ve demografik verileri, kan ve görüntüleme tetkikleri değerlendirildi. Hastaların COVID-19 geçirme durumları ve aşı uygulamaları sorgulandı. Elde edilen veriler başvuru sırasında hastalık semptomları, hastaneye yatış, oksijen ihtiyacı, yoğun bakım gereksinimi, pnömoni durumu not edildi. Ayrıca aşı uygulamaları, doz sayısı ve yan etkileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 63 SpA tanılı hasta (19 erkek, 44 kadın) dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 46.03±11.32 olarak hesaplandı. Biyolojik ajan kullananların %1.6 anti-interlökin (IL)17, % 98.4 tümör nekroz faktör (TNF)inhibitörü olarak belirlendi.Hastaların %92.1'i en az iki doz aşı yaptırdığı saptandı.Covid-19'un ilk şikayeti % 79.4 artalji ve miyaljiydi. Hastaların %79.4'ü evde, %20.6 hastanede,%1.6 yoğun bakımda takip edilmişti. Hastaların % 20.6 oksijen ihtiyacı olduğu öğrenildi. Hastaların toraks bilgisayarlı tomografi (BT) raporları; %31.7'si Covid-19 ile uyumlu,% 14.3 normal olarak raporlandı, % 54'üne toraks BT çekilmemişti. Hastaların %12.7'sinde tat ve koku alamama,% 6.3'ünde halsizlik ve sırt ağrısı,%3.2 baş ağrısı, artralji ve öksürük,%1.6 oranında miyalji, efor dispnesi, göğüs ağrısı, nefes darlığı, unutkanlık saptandı. % 58.7'sinde Covid-19 sonrası geçemeyen şikayeti yoktu.

Sonuç: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak biyolojik tedavinin Covid-19 geçirme durumunu olumsuz olarak etkilemediği ortaya çıkmıştır. Bu durum aşılama oranının yüksek olması ile de ilişkili olabilir. Biyolojik tedavi kullanan hastaların aşılmasının yapılması mortalite ve morbidite üzerinde olumlu katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, COVID-19, Spondiloartrit

Tablo 1:Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri

		Ort.±ss	n	%
Yaş		46.03±11.32		
Cinsiyet	Kadın Erkek		44 19	69.8% 30.2%
Beden Kitle İndeksi(kg/m ²)		29.37±5.05		
Komorbidite	Var Yok		40 23	63.5% 36.5%
HT			16	25.4%
DM			16	25.4%
Sigara			8	12.7%
Alkol kullanımı			0	0.0%

Romatolojik Ek Hastalık	FMF	8	12.7%
	PSA	5	7.9%
	Ülseratif Kolit	4	6.3%
	Üveit	2	3.2%
	Chron	1	1.6%
	PSA+UVEIT	1	1.6%
	Yok	2	3.2%
Biyolojik Ajan Kullanımı	Anti IL-17A Sekukinumab	1	1.6%
	Anti-TNF	62	98.4%
	İnfliksımab	20	31.7%
	Adalimumab	19	30.2%
	Sertolizumab	10	15.9%
	Etanersept	9	14.3%
	Golimumab	4	6.3%
Kan Grubu	Bilgi Yok	9	14.3%
	O Rh-	5	7.9%
	O Rh+	17	27.0%
	A Rh+	17	27.0%
	AB Rh+	5	7.9%
	B Rh-	1	1.6%
	B Rh+	9	14.3%
Aşı Yaptırma Durumu	Var	58	92.1%
	Yok	5	7.9%
Sinovac	Yapılmadı	26	41.3%
	I Doz	3	4.8%
	II Doz	26	41.3%
	III Doz	8	12.7%
Biontech	Yapılmadı	23	36.5%
	I Doz	11	17.5%
	II Doz	24	38.1%
	III Doz	5	7.9%
Aşı Yan Etkisi	Yok	26	41.3%
	Var	42	66.7%
Tedavi Yeri	Evde Geçirme	50	79.4%
	Hastanede Yatış	13	20.6%
Yoğun Bakım Yatış Oksijen tedavisi Tromboz İşitme Kaybı		1	1.6%
		13	20.6%
		0	0.0%
		2	3.2%
X-Ray	Var	10	10
	Yok	53	53

Toraks BT	Covid Uyumlu Normal Bakılmadı		20 9 34	31.7% 14.3% 54.0%
VAS Ağrı		4.51±2.57		
VAS Yorgunluk		4.92±2.70		
Sedimentasyon		19.76±15.23		
CRP		11.31±14.97		
Pnomoni			12	19.0%
Sepsis			0	0 %
İlk Şikayet				
	Artralji		50	79.4%
	Miyalji		50	79.4
	Baş ağrısı		40	63.5%
	Tat-koku alamama		37	58.7%

[SS-09]

Transfüzyona bağımlı beta-talasemi hastalarında sinovit ve kondrokalsinozis sıklığı artmıştır; demir birikiminin etkisi?

Selime Ermurat¹, Koray Ayar¹, Vildan Gürsoy², Elif Güler Kazancı³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim dalı, Romatoloji Bölümü, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim dalı, Hematoloji Bölümü, Bursa

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Şehir Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Ana Bilim dalı, Çocuk Hematoloji Bölümü, Bursa

Amaç: Mevcut literatür verilerine göre beta-talasemi hastalarında inflamatuvar artrit sıklığı toplumdaki inflamatuvar artrit sıklığından fazladır. Beta talasemi hastalarında kondrokalsinosis birlikteliğine yönelik ise olgu bildirileri bulunmaktadır. Kalsiyum pirofosfat dehidrat birikimi (CPPD) çeşitli kas iskelet sistemi bozukluklarına neden olabilmektedir ve etyolojisindeki önemli faktörlerden bir tanesine de organlarda demir birikiminin görüldüğü hemokromositozdur. Beta talasemi hastalarının bir kısmı hayatlarına devam edebilmek için sürekli kan transfüzyonuna ihtiyaç duyarlar ve organlarında kalıcı demir birikimleri görülebilir. Biz bu çalışmada transfüzyon bağımlı (TD) beta-talasemi hastalarının el bileklerinde inflamatuvar artrit göstergesi olan sinovit sıklığını ve CPPD varlığını ultrasonografi (US) yardımı ile tespit etmeyi ve bu patolojilere etki eden öngörücüleri tespit etmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya 46'sı talasemi majör ve 41'i talasemi minör olmak üzere toplam 87 katılımcı dahil edildi. Hastalar, transfüzyon bağımlı (TD) ve bağımsız (TND) olarak gruplandırıldı. Tüm katılımcıların el bilekleri ultrasonografi (US) kullanılarak sinovial hipertrofi (SH), power doppler (PD), kombine sinovit (SH+PD) ve triangular fibrocartilaj kompleks (TFC) kondrokalsinosis varlığı yönünden incelendi. TD ve TND katılımcıları arasında US bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: TD katılımcılarda herhangi bir el bileğinde grade ≥ 2 SH, PD ve kombine sinovit saptanma oranları sırasıyla %34,8, %17,4 ve %34,8 iken TND katılımcılarının hiçbirinde grade ≥ 2 US bulgusu saptanmadı; ($p < 0.001$, $p = 0.006$, $p < 0.001$). Kondrokalsinosis ise TD katılımcılarda %32,6, TND katılımcılarda %2,4 saptandı ($p < 0.001$). TD katılımcılarda ferritin düzeyi ($1711,1 \pm 1043$ ng/mL) TND katılımcılarıyla karşılaştırıldığında ($63 \pm 56,9$ ng/mL) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,001$) (Tablo-1). Ferritin düzeyi (OR: 1,001; %95 CI: 1,000-1,002; $P < 0,001$) ve TFC kondrokalsinosis varlığı (OR: 25,048; %95 CI: 5,187-120,951; $P < 0,001$) grade ≥ 2 sinovit üzerine etkili olan bağımsız öngörücüler olarak tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada, TD talasemi hastalarının el bileklerinde TND hastalarına göre daha sık sinovit ve kondrokalsinosis saptandı. TD talasemi hastalarında vücuttaki demir yükünün tüm diğer organları etkilediği gibi kas iskelet sistemini de etkileyerek sinovite ve kondrokalsinozise neden olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Kondrokalsinozis, sinovit, Demir birikimi

Tablo-1: Transfüzyon bağımlı ve bağımsız beta-talasemi hastalarının klinik, laboratuvar ve US bulgularının karşılaştırılması

	TD talasemi (n=46)	TND talasemi (n=41)	p değeri
Yaş, mean±SD	19,5±9,2	30,1±14,6	<0,001
Tanı yaşı, mean± SD	5,1±9,2	23,3±12,2	<0,001
Cinsiyet, kadın, n, (%)	22 (47,8)	25 (61)	0,282
<i>Talasemi</i>			
Minör	0 (0)	41 (100)	
Majör	46 (100)	0 (0)	
<i>Tam kan sayımı</i>			
Beyaz küre, 10 ³ /µL	14±19,3	7,6±2,2	0,286
Hemoglobin, g/dl	9,4±1,2	11,6±1,8	<0,001
Trombosit, 10 ³ /µL	416,1±225,2	268,4±98,7	0,001
<i>Biyokimyasal parametreler</i>			
Kreatinin, mg/dl	0,5±0,2	0,6±0,2	<0,001
ALT, mg/dl	26,2±20,3	17,6±11,5	0,043
Ürik asit, mg/dl	4,2±1,8	4,1±1,3	0,858
Kalsiyum, mg/dl	9,5±0,5	9,3±0,4	0,003
Fosfor, mg/dl	4,1±0,6	3,5±0,9	<0,001
Parathormon, pg/ml	32,5±21,9	35,3±16,1	0,071
<i>Otoantikörler, n (%)</i>			
ANA	3 (6,5)	1 (2,4)	0,619
RF	0 (0)	0 (0)	
Anti-ccp	0 (0)	0 (0)	
<i>Demir parametreleri</i>			
Demir, ng/ml	218,1±67,4	90,2±40,3	<0,001
TDBK, ug/dL	218,4±198,9	260,8±111,3	0,070
Ferritin, ng/mL	1711,1±1043	63±56,9	<0,001
<i>US bulguları, n (%)</i>			
El bileği SH skoru≥2	16 (34,8)	0 (0)	<0,001
El bileği PD≥2	8 (17,4)	0 (0)	0,006
Kombine skor (SH+PD≥2)	16 (34,8)	0 (0)	<0,001
El TFC kondrokalsinozis	15 (32,6)	1 (2,4)	<0,001

TDBK: toplam demir bağlama kapasitesi, SH: sinovial hipertrofi, PD: power doppler sinyali, TFC: triangular fibrokartilaj kompleksi.

Tablo-2: Kombine sinovit skoru derece 2< olan talasemi hastalarını öngörebilecek değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi sonucu elde edilen bulgular

	Tek değişkenli analiz				Çok değişkenli analiz			
	OR	%95 CI		P	OR	%95 CI		P
		Alt	Üst			Alt	Üst	
Yaş, yıl	0,952	0,900	1,006	0,078				
Tanıda yaş, yıl	0,882	0,807	0,964	0,006				
Cinsiyet	1,219	0,411	3,610	0,721				
Toplam tx süresi	1,033	0,947	1,127	0,464				
Tx sayısı*	1,012	0,960	1,068	0,650				
Ferritin	1,001	1,000	1,002	<0,001	1,001	1,000	1,002	<0,001
Kardiyomegali	3,048	0,771	12,048	0,112				
Hepatomegali	4,250	1,364	13,243	0,013				
Splenomegali	6,222	1,948	19,878	0,002				
TFC kondrokalsinozis	29,040	7,202	117,091	<0,001	25,048	5,187	120,951	<0,001

Tx: Transfüzyon, *son 1 yıldaki transfüzyon sayısı, CI: güven aralığı, OR: Odds oranı, TFC: Triangular fibrocartilaj kompleksi.

[SS-10]

Hidroksiklorokin SLE hastalık aktivitesi üzerine etkisi ve retinal toksisite tanısında multimodal görüntüleme yöntemlerinin yeri

Burak İnce¹, Bedii Ogurel², Zeki Cebeci², Yavuz Burak Tor³, Hüseyin Burak Uçar⁴, Yasemin Şahinkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Bahar Artım Esen¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

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

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

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Antimalaryal ilaçlar, Sistemik Lupus Eritematozus'ta (SLE) ilk basamak tedavi seçeneklerinden biridir. Retinal toksisite düşünülerek hidroksiklorokin (HCQ) tedavisi kesilen SLE hastalarında oftalmolojik muayene tekrarı ve hastalık aktivite seyrinin değerlendirilmesi planlandı.

HASTALAR VE Metod: SLE kliniğimizde takip edilen, en az 3 yıl HCQ kullanmış ve retinal toksisite tanısıyla tedavisi kesilmiş hastalarda, tedavi kesilmeden önce ve sonra 36 aylık dönemde SLEDAI-2K skoru ortalaması, Lupus düşük hastalık aktivitesini (LLDAS) sağlayan vizit sayısı ve hastalık alevlenmeleri değerlendirildi. Hastalar iki retina uzmanı tarafından yeniden değerlendirildi. Değerlendirmede oftalmolojik muayene ve multimodal görüntüleme (Bilgisayarlı Görme Alanı (BİGA), Optik Koherens Tomografi (OKT), Fundus Otofloresans (FOF)) yöntemleri kullanıldı.

Bulgular: 61 hasta (ortalama yaş 48.7±12, K/E: 58/3) çalışmaya dahil edildi. Ortalama tanı yaşı 33.4±10.5 (10-57); ilaç kullanım süresi 122±85.9 (39-336), ilaç kesilmesi sonrası süre 74.6±48.3(36-239) aydı. Tedavi alınan dönemde, ortalama SLEDAI-2K skoru daha düşüktü (0.89±1.28 vs.1.3±1.6, p=0.02) ve LLDAS sağlanan vizit sayısı daha yüksekti (89.7±17.6 vs. 80.1±23.5, p=0.001). HCQ kesildikten sonra daha fazla hastanın alevlenme yaşadığı gözlemlendi (30(49.2%) vs. 18(29.5%) p=0.006). Bu periyotta daha fazla sayıda hastanın hafif – orta alevlenme yaşadığı saptandı (24(39.3) vs. 15(24.6%) p= 0.05).

Oftalmolojik muayene sonrası 40 (65.6%) hastaya HCQ yeniden başlandı. 5(8.2%) hastada gerçek ilaç toksisitesi saptandı. 17(27.9%) hastada ek maküler patoloji nedeniyle tedavi başlanmadı. Gerçek toksisiteli hastalarda, ortalama yaş (54.4±9.9 vs. 46.7±12.6 p=0.03) ve HCQ kullanım süresi (188.2 ± 109.1 vs. 108 ± 65 ay p=0.029) daha yüksek, hipertansiyon (5/5 vs 10/78 p<0.001) ve diyabet (4/10 vs. 10/78 p=0.03) daha sık saptandı. Hastaların multimodal görüntüleme sonuçları Tablo-1 de özetlenmiştir. FOF'ta hiperfloresan parafoveal halka varlığı, OKT'de elipsoid zon ve external limiting membran defekti ve maküler kalınlık azalması toksisite tanısında anlamlı saptandı.

TARTIŞMA: HCQ'nin SLE hastalık aktivitesi ve alevlenmeler üzerindeki bilinen etkinliği kohortumuzda da gösterilmiştir. HCQ kullanan hastaların periyodik oftalmolojik muayenesinde toksisite kararı için BİGA'ya ek olarak OKT ve FOF'un kullanılması spesifiteyi artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin, Sistemik lupus eritematozus, Retinal toksisite

Hidroksiklorokin toksisitesi tanılı hastalarda multimodal görüntüleme sonuçları

	HCQ tedavisine yeniden başlanan hastaların gözleri (n=80) (%)	Gerçek retinal toksisite saptanan gözler n=10) (%)	p	OR	%95 GA
Fundus Muayenesi					
RPE değişiklikleri	18 (22.5)	6 (60)	0.011	5.16	1.3-20.3
Drusen	4 (5.1)	0 (0)	NS		
RPE değişiklikleri + Drusen	0 (0)	2 (20)	<0.001	1.25	1.05-1.7
Maküler atrofi	0 (0)	2 (20)	<0.001	1.25	1.05-1.7
BGA defekti	34 (42.5)	10 (100)	0.001	5.75	1.1-37.3
Fundus Otofloresan					
Hipofloresan alanlar	1 (1.3)	0 (0)	NS		
Hiperotofloresan parafoveal halka	2 (2.5)	10 (100)	<0.001	35.1	29-470
OKT					
Elipsoid zon ve ELM defekti	0 (0)	10 (100)	<0.001	30.8	25-378
Maküler kalınlık	259±24.1	228.1±36.3	0.002		

BGA: Bilgisayarlı Görme Alanı Testi, ELM: Eksternal limiting membran, OKT: Optik koherens tomografi, RPE: Retina pigment epiteli

[SS-11]

Erişkin ailesel akdeniz ateşi tanılı hastalarda komorbiditeler

Özlem Pehlivan, Halise Hande Gezer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji, İstanbul

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), tekrarlayan ateş atakları ve serozal inflamasyonla karakterize, yüksek akut faz reaktanlarının da eşlik ettiği en yaygın periyodik ateş sendromudur. Sıklıkla genç popülasyonu etkilemekle birlikte olası komorbiditelerin analizi ve bunların hastalığa etkisi ortak bir etyolojik yolu paylaşmış paylaşılmadıklarını anlamak açısından önemlidir. Bu çalışmada, FMF nedeniyle takip edilen hastaların komorbiditelerini değerlendirmeyi amaçladık

Gereç-Yöntem: Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji kliniğinde son 6 ay içinde FMF tanısı ile takip edilen hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi, tanı anındaki semptomları, medikal tedavileri ve eşlik eden hastalıkları dosyalarından kayıt edildi. Komorbiditeleri (i) FMF ilişkili/ inflamatuvar ve (ii) insidental görülebilenler olarak 2 gruba ayrılarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 409 FMF (273 kadın, %66.7) hastasının yaş ortalaması 35.1±12.5 yıl ve ort. hastalık süresi 11.3±8.7 yıldır. Hastaların 408'i kolşisin kullanıyordu ve bunlardan 51 (%12.5)'i yurtdışı kolşisin tedavisi alıyordu, kolşisine direnç veya amiloidoz nedeniyle 20 (%4.9) hasta IL-1 inhibitörü, 13 (%3.2) hasta da ek romatolojik hastalıklar nedeniyle anti-TNF tedavisi alıyordu. Gen analizi mevcut olan 262 hastaların 180 (%44)'inde M694V, 41 (%10)'inde V726A, 38 (%9.3)'inde M680I, 51 (%12.5)'inde R202 ve 30 (%7.3)'ünde E148 allel pozitifliği vardı ve 17 hastanın gen analizi negatifti. M694V pozitif hastaların 57'sinin gen analizi homozigot pozitifti. Hastaların %47.7'sinin FMF ilişkili/inflamatuvar veya insidental eşlik eden bir hastalığı vardı. Yetmiş altı (%18.6) hastanın inflamatuvar bir komorbiditesi var iken 160 (%39.1) hastanın insidental komorbiditesi mevcuttu. En sık görülen inflamatuvar komorbidite spondiloartritken (%8.1), bunu amiloidoz (%5.9) takip ediyordu. Amiloidoz olan 24 hastanın 14 tanesinin gen analiz sonucu vardı, bunların da 13 tanesinde M694V alleli pozitif ve 8'i M694V homozigottu. İnsidental komorbiditelerdeyse %14.7'le HT ilk sıradayken sonrasında %8.8'le tiroid hastalıkları yer alıyordu.

Sonuç: FMF daha çok genç erişkinlerde görülmesine rağmen hastaların yaklaşık yarısında bir komorbidite bulunmaktadır. En sık eşlik eden komorbiditeler inflamatuvar grupta spondiloartritken insidental grupta hipertansiyondur. En korkulan komplikasyon olan amiloidoz hastalarında M694V allel pozitifliği sıklıkla bulunmaktadır

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, komorbidite

Erişkin Ailesel Akdeniz Ateşi hastalarında eşlik eden komorbiditeler

	FMF n (%)
-FMF ilişkili/ inflamatuvar komorbiditeler	76 (18.6)
SpA/sakroiliit	33 (8.1)
Sekonder amiloidoz	24 (5.9)
Romatoid artrit	9 (2.2)
Psoriasis	8 (2)
İnflamatuvar bağırsak hastalıkları	5 (1.2)
Psoriatik artrit	4 (1)
Hidraadenitis supurativa	3 (0.7)
Sistemik lupus eritematozus+antifosfolipid antikör sendromu	2 (0.4)
FMF ilişkili/ inflamatuvar komorbiditeler	2 (0.4)
Henoch schönlein purpurası, IgA vaskülit	2 (0.4)
Eritema nodozum	1 (0.2)
Juvenil idiyopatik artrit	1 (0.2)
Behçet hastalığı	1 (0.2)
Sistemik lupus eritematozus	1 (0.2)
-İnsidental komorbiditeler	160 (39.1)
Hipertansiyon	60 (14.7)
Tiroid hastalıkları	36 (8.8)
Diyabetes mellitus	27 (6.6)
KOAH/Astım	25 (6.1)
Psikiyatrik hastalıklar	24 (5.9)
Hiperlipidemi	19 (4.6)
Koroner arter hastalığı/Ritim bozukluğu/KKY	14 (3.4)
Karaciğer hastalıkları	12 (2.9)
Migren	11 (2.7)
Venöz yetmezlik	11 (2.7)
Vertigo	8 (2)
Kronik böbrek yetmezliği	8 (2)
Tromboz	7 (1.7)
Malignite	6 (1.5)
İnfertilite	6 (1.5)
İrritabile barsak sendromu	6 (1.5)
Göz hastalıkları	5 (1.2)
Diğer akciğer hastalıkları	4 (1)

Sonuçlardan sonra

[SS-12]

Erişkin başlangıçlı Still hastalarında serum prokalsitonin düzeyi alevlenme için bir belirteç olabilir mi?

Reşit Yıldırım, Sedanur Oğuzman, Mustafa Dinler, Döndü Üsküdar Cansu, Cengiz Korkmaz
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Serum prokalsitonin (PR) ölçümü ateşle başvuran bir hastada bakteriyel enfeksiyon varlığını desteklemede sık kullanılan önemli bir laboratuvar parametresidir. Ancak infeksiyöz patolojiler dışında bazı inflamatuvar romatolojik hastalıkların seyrinde de yükselebilir. Bu çalışmada erişkin başlangıçlı Still hastalığının tanı veya relapsı sırasında serum prokalsitonin yüksekliğinin infeksiyöz durumlar dışında hastalıkla da ilişkili olup olmadığı konusu araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: 2010-2022 yılları arasında yeni tanı veya relaps erişkin Still hastalığı olup serum prokalsitonin düzeyi çalışılmış toplam 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, infeksiyöz odak olup olmadığı, aldıkları tedaviler, serum prokalsitonin düzeyleri (normal referans aralığı 0 - 0,05 ng/mL) değerlendirildi.

Bulgular: 27 hastanın 4'ünde klinik ve/veya mikrobiyolojik olarak enfeksiyon odağı tespit edildi ve grup 1 (infeksiyöz grup) olarak isimlendirildi. Grup 1'de ortalama serum prokalsitonin düzeyi 20,8 ng/ml olarak hesaplandı (minimum:0,037 ve maksimum:74, ng/mL). Non-infeksiyöz olan (Grup 2) 23 hastanın 18'i yeni tanı erişkin Still hastalığı olan, 5'i eski tanılı olup relaps ile başvuran hastalardı. Bu hastaların 15'inde serum prokalsitonin düzeyi yüksek tespit edildi (ortalama: 1,9 ng/mL, minimum: 0,02 ve maksimum: 24,8, ng/mL). Her iki grup arasında serum prokalsitonin düzeyi açısından anlamlı bir fark var saptadı ($p<0,0001$). Korelasyon analizinde başvuru anındaki ferritin ve prokalsitonin arasında anlamlı ilişki bulundu (r değeri:0,652, $p<0,001$). Takipleri sırasında sadece infeksiyöz grupta 2 hastada ölüm gözlemlendi ($p:0,017$).

Sonuç: Ateşle başvuran hastada serum prokalsitonin yüksekliği bakteriyel enfeksiyonu işaret etse de Still hastalığı'nda infeksiyöz etkenler olmadan da yükseklikler görülebilir. Hastalığın patogenezinde rol oynayan tümör nekrozis-alfa (TNF- α) ve interleükin (IL)-6 artışının prokalsitonin yüksekliğine neden olduğu düşünülmektedir. Literatürde bu konuda yeterli sayıda yapılmış çalışma bulunmamaktadır ve bu konudaki farkındalık düşüktür. Çalışmamızda erişkin başlangıçlı Still hastalık grubunun %65.2'sinde enfeksiyon olmaksızın prokalsitonin düzeyi yüksek bulundu. Bu veriler, erişkin Still hastalarında enfeksiyon olmaksızın da hastalık aktivasyonu sırasında yüksek prokalsitonin düzeyleri olabileceğini göstermiştir. Ayrıca bu sonuçlar gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçmesi açısından da kıymetli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, serum prokalsitonin, aktivasyon

Sistemik juvenil idiyopatik artrit hastalarında remisyon: Çok merkezli gerçek yaşam verisi

Ayşe Tanatar¹, Özlem Akgün¹, Şengül Çağlayan², Esra Bağlan³, Gülçin Otar Yener⁴, Kübra Öztürk⁵, Mustafa Çakan², Hafize Emine Sönmez⁶, Betül Sözeri², Nuray Aktay Ayaz¹

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

²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁴Şanlıurfa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁵Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Remisyon nedeniyle biyolojik tedavileri kesilen sistemik juvenil idiyopatik artrit (sJIA) tanılı hastaların alevlenme oranları ve alevlenme için risk faktörlerinin ortaya konulmasıdır.

Gereç-Yöntem: Türkiye’deki 6 çocuk romatoloji merkezinde, 2010-2021 yılları arasında JIA tanısıyla takip edilen 3527 çocuğun kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Etkisizlik, yan etki ve tedavi uyumsuzluğu nedeniyle tedavisi kesilenler çalışmadan çıkarılmış, remisyonadaki 101 hastadan 36 sJIA hastasının demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi verileri, JIA aktivite skorları dosyalarından alınmıştır. İnaktif hastalık tanımı Wallace kriterlerine göre yapılmıştır.

Bulgular: 36 hastanın 11 (%30,6)’i kız, 25 (%69,4)’i erkekti. Medyan semptom başlangıç yaşı ve tanı yaşı sırasıyla 6,7 (0,6-15,4) ve 6,9 (0,7-15,5) idi. Hastalık süresi median 4,9 (1,2-11,9) yıldır. Medyan 3,6 (0,6-11,7) yıllık takip süresinde, 4 (%11,1) hastada biyolojik tedavi kesildikten sonra alevlenme görüldü. Biyolojik tedavilerin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Medyan 1,5 (0,5-12) ayda klinik inaktif hastalığa ulaşıldı. 7 hasta biyolojik tedavi almaktayken medyan 3 (0,5-21) aylık süre sonrasında 3 (1-6) ayda bir ilaç aralıkları uzatılmaya başlandı ve biyolojik ajanın kesilmesinden sonra 3’ü 1 yıl içinde olmak üzere 4 hasta 9 (4-24) ay sonra alevlendi. Bu hastalara kesilen biyolojik tedavi tekrar başlandı.

Hastaların 19’u (%52,8) monosiklik, 8’i (%22,2) polisiklik ve 9’u (%25) poliartiküler seyirliydi.

Alevlenen 2 hasta polisiklik, 2’si poliartiküler seyirliydi. sJIA’lı hastaların 22 (%61)’i başvuruda olmak üzere 25 (%69,4) hasta makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) yaşamıştı.

Tanıdaki yüksek lökosit sayıları, 1. yıldaki inaktif hastalık oranı ile ilişkiliydi (p=0,004). Diğer laboratuvar parametrelerinde ilişki saptanmadı. Biyolojik tedavilerin kesilmesinden sonra alevlenme için anlamlı bir risk faktörü bulunamadı. Alevlenme süresi, tanıdaki laboratuvar parametrelerinden, tanıdaki aktif eklem sayısından ve tedavinin kesilmesinden önceki inaktif hastalık süresinden bağımsızdı.

Sonuç: Bu çalışma erken agresif tedavinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca literatüre benzer şekilde hastaların yaklaşık yarısı monosiklik gidişli de olsa literatüre göre oldukça yüksek oranda (%69,4 vs %30-40) MAS yaşayan hasta olması hastalığın seyri ağır da olsa tedavinin kesilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: biyolojik tedavi, sistemik juvenil idiyopatik artrit, remisyon

Tablo 1. Biyolojik tedavilerin dağılımı

	Alevlenen hastalar (n=4)	Alevlenmeyen hastalar (n=32)
Anakinra (n=9)	2	7
Kanakinumab (n=15)	1	14
Tosilizumab (n=11)	0	11
Etanersept (n=1)	1	0

[SS-14]

Karaciğer Amiloidoz Depolanmasını Göstermede Yeni Bir Non-invazif Tanı Yöntemi Olarak Transient Elastografi (Fibroscan)

Murat Bektaş¹, Bilger Çavuş², Besim Fazıl Ağargün⁶, Volkan Şenkal², Nevzat Koca¹, Burak İnce¹, Metban Mastanzade³, Pelin Özer Karaca⁴, Melek Büyük⁵, Yasemin Yalçinkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Mine Güllüoğlu⁵, Zehra Buğra⁴, Sevgi Beşışık³, Fatih Beşışık², Ahmet Gül¹

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

²İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı

³İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

⁴İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

⁵İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

⁶İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmamızda amiloidozlu hastalarda amiloid birikimine bağlı artan karaciğer sertliği(KS)yi saptamada fibroscanin kullanılabilirliğini incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu kesitsel çalışma 6 kategorideki hasta ve sağlıklı popülasyonu içermekte; AA amiloidozu(AA-a), AL amiloidozu(AL-a), Amiloidozu olmayan Ailevi Akdeniz Ateşi(FMF) hastaları, sirotik kronik karaciğer hastalığı, non-sirotik kronik hepatit B enfeksiyonu(KHB) ve sağlıklı kontroller (SK).Fibroscan ile KS değerlendirmesi kPa<7 için normal, kPa>=7 için anlamlı sertlik, kPa>=9,5 için ileri sertlik ve kPa>=12 F4 sertlik olarak kategorize edildi. Kronik karaciğer hastalığını gösteren FIB-4 ve APRI skorları, her hasta için hesaplandı.

Bulgular: Toplam 165 katılımcı(AA-a, n=65; AL-a,n=15;FMF,n=20;sirotik hasta, n=16; KHB,n=22;SK,n=27) çalışmaya dahil edildi. Medyan KS sirotik hastalarda en yüksek;FMF ve SK'ye kıyasla AA-a ve AL-a hastalarında daha yüksekti. Medyan KS SK'ye kıyasla FMF hastalarında daha yüksekti. ALP düzeyleri AA-a ve AL-a gruplarında FMF, KHB ve SK'ye göre daha yüksekti. FIB-4 ve APRI skorları, ALP ve GGT seviyeleri hem AA-a, AL-a hem de FMF-AA gruplarında KS ile koreleydi(tablo 2). Sertlik skorları, FMF-AA-a'ya kıyasla non-FMF-AA-a hastalarda daha yüksekti. FMF-AA-a grubunda ise tek MEFV varyantı olan hastalarda iki varyantı olanlara göre medyan KS, FIB-4 skoru, GGT, kreatinin, kardiyak septal duvar kalınlığı(KSDK) ve ileri sertlik sıklığı daha yüksekti. Diğer MEFV varyantlarına kıyasla M694V homozigotlularda ileri ve F4 sertlik, GIS tutulumu ve KSDK sıklığı daha düşüktü. Tek değişkenli analizde ileri yaş, amiloidoz tanı yaşı, FIB-4 ve KS skorları, ALP seviyeleri, non-FMF-AA biyopsi ile kanıtlanmış hastalarda karaciğer AA amiloidoz tutulumuyla ilişkili bulundu. KS'nin 12.05 kPa'lık eşik değeri, AA-a'lı hastalarda %100 duyarlılık ve %85.5 özgüllüğe (LR=6.9, EAA=0.901, %95 GA 0.81-0.99) sahipti.

Sonuç: Çalışmamızda, hem AL-a hem de AA-a hastalarında karaciğer sertliği KHB, FMF ve SK'ye kıyasla yüksek bulundu. Ayrıca FMF-AA-a'ya kıyasla non-FMF-AA-a hastalarında ve bir MEFV varyantı olan FMF-AA-a hastalarında, iki varyantı olanlara kıyasla daha yüksekti.Bu durum tek patojenik MEFV varyantı taşıyanlarda ilave genetik faktörlerin amiloidoz gelişimi ve yaygınlığını belirlemede rol oynayabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, fibroscan, MEFV

Tablo 1: Hastaların klinik karakterisitikleri ve laboratuvar bulguları

	AA Amiloidoz (n=65)	FMF hastaları (n=25)	AL amiloidoz (n=50)	Siroz (n=26)	Kronik Hepatit B (siroz dışı) (n=22)	Sağlıklı kontrol (n=27)	**	**	**	**	**	**
Yaş (ya) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	46.6±12.3 (46; 33)	43.4±11.7 (42.5; 32)	58.1±14.6 (58; 36)	46.8±16.8 (45; 35)	45.5±12 (45; 21)	44.5±16.4 (45; 23)	0.35	0.3	0.8	0.5	0.8	0.69
Cinsiyet (%)												
Erkek	38 (58.5)	32 (90)	6 (14)	30 (83.5)	13 (59.5)	17 (64.6)	0.5	0.8	0.85	0.7	0.7	0.3
Kadın	27 (41.5)	3 (9)	4 (8)	6 (16.5)	9 (40.5)	10 (37.2)						
Diabetes Mellitus (%)	5 (8.5)	3 (11.1)	2 (15.3)	3 (15)	2 (13.1)	3 (8.7)	0.7	0.6	0.6	0.8	0.9	0.6
Vücut Kütlesi İndeksi (kg/m ²) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	26.1±2.3 (25.7; 1.4)	26.8±3 (25.6; 5.4)	25.3±2.4 (24.8; 3.9)	27±3.7 (26.7; 4.7)	26.9±3.9 (25.5; 7.1)	26.6±6 (25.3; 5.2)	0.9	0.4	0.95	0.7	0.7	0.3
Karaciğer sertliği (kPa) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	10.9±12.9 (9.5; 5.2)	7.0±12.7 (7.2; 4.6)	14.0±12.7 (9.8; 11.4)	28.1±32 (26.7; 21.8)	6.4±5.5 (5.3; 2.8)	4.8±1.4 (4.3; 1.4)	<0.001*	<0.001*	0.02*	0.001*	<0.001*	0.16
Antrenin sertliği (kPa=7)	31 (47.7)	13 (55)	8 (17.5)	16 (100)	4 (18.2)	7 (6.5)	0.4	<0.002*	0.01*	<0.001*	<0.001*	0.6
Baer sertliği (kPa=0.5)	17 (26.2)	4 (20)	7 (15)	15 (100)	3 (13.6)	0	0.4	<0.007*	0.2	0.001*	0.02*	0.1
F4 sertliği (kPa=12.5)	10 (15.4)	0	3 (15.7)	18 (100)	2 (9.1)	0	0.027	<0.002*	0.4	0.014*		0.1
FIB-4 skoru [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	1.49±1.8 (0.97; 0.9)	0.8±0.4 (0.79; 0.5)	1.69±0.75 (1.3; 0.95)	3.5±2.4 (2.5; 1.4)	1.0±0.4 (0.85; 0.4)	0.8±0.17 (0.7; 0.47)	<0.001*	<0.001*	0.4*	0.001*	0.6	0.18
FIB-4 skoru (<1.4)	18 (27.7)	1 (4)	6 (14)	33 (100)	4 (20)	3 (11.3)	0.06	<0.001*	0.4*	0.001*	0.3*	0.3
FIB-4 skoru (>1.25)	8 (14)	0	0	6 (100)	0	1 (3.7)	0.5	0.001*	0.4	0.7	0.6	
APRI skoru [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	0.4±0.13 (0.25; 0.1)	0.3±0.14 (0.35; 0.18)	0.8±0.5 (0.34; 0.24)	1.3±1.2 (0.77; 0.35)	0.3±0.11 (0.22; 0.1)	0.2±0.11 (0.16; 0.09)	<0.001*	<0.001*	0.3	0.002*	0.001*	0.4
Trombosit (10 ⁹ /mm ³) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	332±83 (232; 305)	343±54 (234; 93)	309±89 (235; 77)	330±56 (317; 77)	346±58 (236; 96)	371±70 (275; 84)	0.6	<0.001*	0.5	0.001*	0.15	0.3
ALT (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	35.1±116.6 (18; 17)	36.4±12.7 (28.5; 26.5)	17.5±6.7 (25; 7)	48.3±94.5 (35; 60)	36.4±19.8 (36; 33.8)	22.2±16.2 (17; 12.5)	0.03*	0.008*	0.7	0.4	0.001*	0.15
AST (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	35.8±11.9 (20; 17)	34.8±12 (22.3; 17.5)	15.3±10 (8; 48)	53.3±93.1 (36; 36)	32±7.9 (20; 15.4)	20±6.4 (18.5; 7.75)	0.002*	0.008*	0.5	0.056	0.08*	0.08
ALP (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	117±61.3 (97; 45.9)	91.5±14.8 (79; 55)	130±61 (103; 54)	115.3±27.2 (75; 129)	78.4±27.8 (74; 38.5)	65.5±16.4 (67; 21; 20)	<0.001*	0.5	0.001*	<0.001*	<0.001*	0.7
GGT (U/L) [ortalama±SD (ortanca, IQR)]	40±91.3 (18; 18)	30.4±30.5 (17; 25.8)	72±113 (24; 61)	43±56.7 (34; 51)	30.7±19 (16; 13.5)	18.1±15.4 (14; 14)	0.074*	0.2	0.2	0.065	0.2	0.08

p1: amiloidoz ve FMF hastalarının karşılaştırılması p2: amiloidoz ve sirotik hastaların karşılaştırılması p3: amiloidoz ve kronik hepatit B hastalarının (non-sirotik) karşılaştırılması p4: amiloidoz ve sağlıklı kontrolün karşılaştırılması p5: FMF ve sağlıklı kontrolün karşılaştırılması p6: AA ve AL amiloidozunun karşılaştırılması * Mann Whitney U testi † Fischer's exact testi SD: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası mesafe, FMF: Ailevi Akdeniz Ateşi, kPa: Kilopaskal, FIB-4: Fibrozis-4 indeksi, APRI: AST - trombosit oranı indeksi, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalın fosfataz, GGT: Gama glutamil transferaz

Tablo 2: Klinik ve laboratuvar parametreler ile karaciğer sertliğinin korelasyon analizi

Değişkenler	AA amiloidoz (r, p)	AL amiloidoz (r, p)	FMF-AA (r, p)	Non-FMF-AA (r, p)
Yaş	0.354 (0.004)	0.075	0.374 (0.006)	0.24
BKI	NS	NS	NS	NS
FIB-4 skoru	0.504 (<0.001)	0.536 (0.048)	0.584 (<0.001)	NS
APRI skoru	0.485 (<0.001)	0.579 (0.03)	0.566 (<0.001)	NS
ALT	NS	NS	NS	NS
AST	0.341 (0.006)	0.542 (0.046)	0.329 (0.02)	NS
ALP	0.437 (<0.001)	0.645 (0.013)	0.322 (0.024)	0.799 (0.001)
GGT	0.506 (<0.001)	0.752 (0.002)	0.306 (0.033)	0.946 (<0.001)
Kardiyak septum duvar kalınlığı	0.319 (0.012)	0.383 (0.02)	0.314 (0.03)	NS

BKI: Beden kitle indeksi, r:korelasyon katsayısı, NS: Non-significant

POSTER SUNUMLAR

[PS-01]

Brusellozun neden olduğu mikst kriyoglobulinemi: Olgu sunumu

Özlem Kudaş

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Erzurum

Amaç: Kriyoglobulinler, lenfoproliferatif bozukluklar, otoimmün bozukluklar, çeşitli enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkilidir. Enfeksiyöz hastalıklarda kriyoglobulinlerin varlığı önemli bir role sahip olup visceral yaralanmaların oluşumunda doğrudan sorumlu olabilir. Brusella enfeksiyonu, immünolojik anormalliklerin bir sonucu olarak immunokompleks birikimlerinden kaynaklan glomerülonefrit, hepatit, artrit, kutanöz vaskülit gibi çeşitli klinik bulgulara yol açabilmektedir. Bununla birlikte, literatürde insan brusellozunda nadir kriyoglobulinemi vakası tanımlanmıştır. Burada, Brusella melitensis'in kandan izole edildiği, muhtemelen kriyoglobulinemik vaskülitte sekonder kutanöz-renal tutulumlu insan brusellozlu hastayı sunduk.

Olgu: 40 yaş, erkek, 1 ay önce başlayan, giderek artan bel-kalça-dizlerde-ayak bileklerinde ağrı-tutukluk, gece terlemesi, kilo kaybı, iştahsızlık, 1 hafta önce de bacaklarda gelişen ilerleyici döküntü, göz çevresinde şişlik şikayetleriyle başvurdu. Öz-soy geçmişi; İnşaat işçisiydi, hayvancılıkla uğraşıyordu. Ağrı'da yaşıyordu. Sigara 15 paket/yıl, alkol-ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik-muyene; genel durumu orta, vücut ısısı 37°C, kan basıncı 100/70 mmHg, nabız 95/dakika. Soluk görünümde, periorbital ödemi mevcuttu. Karaciğer, dalak kosta sınırının 1 cm altında palpe ediliyordu. Alt ekstremitelerde distalinde, nekroze-büllöz ülser lezyonların da olduğu palpabl purpura şeklinde simetrik deri döküntüleri (Şekil 1) ve gode bırakan 1+PTÖ mevcuttu. Schober 3 cm, sakroiliak kompresyon-FABER testi bilateral pozitif. Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 7230, HCT: 29.4, Plt: 254000/µL, kreatinin 1.62 mg/dl, albümin 2.7, ferritin 502 ng/ml, D-Dimer 10400 ng/ml, fibrinojen 200 mg/dl, prokalsitonin 1.62 ng/ml, CRP 114 mg/L, ESR 30 mm/h idi. TİT'de 3+ eritrosit, 2+ proteinüri; idrar sedimentinde morfik-dismorfik eritrosit ve eritrosit silendiri mevcuttu. 24 saatlik idrar proteinüri 1427 mg/gündü. Diğer kan parametreleri normaldi. Gaytada gizli kan negatifdi. Kan-idrar-gayta kültürlerinde üreme olmadı. Hepatit, T. Pallidum, TORCH serolojisi negatif. Covid 19 PCR negatif. ANA, anti-dsDNA, ENA, ANCA, AFA, anti-GBM, CCP negatif saptandı. Serum IgG 25.5 g/L, C3 0.89 g/L, C4 0.1 g/L, RF 41.3 IU/ml. Kriyoglobülin-kriyofibrinojen pozitif. EKO, HRCT, boyun-aksiller USG, alt ekstremitelerde a-v doppleri normaldi. Batın USG'de hepatosplenomegali mevcuttu. Cilt biyopsi lökositoklastik vaskülitte, böbrek biopsisi olası membranöz glomerülonefritle uyumluydu.

Eklem ağrıları olan, brusellanın endemik olduğu bölgede yaşayan, hayvancılıkla uğraşan hastanın Rose-Bengal testi pozitif, brusella IgG-IgM serolojisi pozitif, serum coombs aglütinasyon testi (SAT) 1/10240 idi. Kan kültüründe Brucella melitensis üredi. Hastaya; serum IgG, RF yüksekliği, C3-C4 düşüklüğü, kriyoglobülin pozitifliği, deri-böbrek biyopsi bulguları, Brucella melitensis'in kanda izolasyonu, muhtemelen kriyoglobulinemik vaskülitte sekonder kutanöz-renal tutulumlu bruselloz tanısı konuldu. Lomber-sakroiliak MR'ı normal olan hastaya, 6 haftalık rifampisin-tetrasiklin antibiyotik tedavisi, 1 mg/kg'dan metilprednisolon tedavisi başlandı. Tedaviye rağmen böbrek fonksiyon bozukluğu ilerleyen, akut faz reaktanları yükselen hastanın metilprednisolon tedavisi 2 mg/kg olacak şekilde artırıldı, toplam 8 seans plazmaferez uygulandı. Tedaviyle kutanöz lezyonları geriledi, böbrek fonksiyonu normale geldi. Tedavi öncesi-sonrası laboratuvar verileri tablo 1'de gösterilmektedir. Hastamız tamamen düzeldi, 6 haftalık antibiyotik tedavisi sonrası takipte nüks gözlenmedi.

Sonuç: Bruselloza sekonder mikst-kriyoglobulinemi sendromu, Brusella ile enfekte hastaların küçük bir oranını temsil etmesine rağmen, kriyoglobulinemisi olan hastalarda klinisyenler, hastalar endemik bölgede(n) yaşıyorsa/göç etmişse, bruselloz için risk faktörleri taşıyorsa, bruselloz olasılığını göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Brusella, mikst kriyoglobulinemi, plazma exchange tedavisi

Şekil1.



Şekil1. Bacaklarda nekroze ve büllöz ülserle lezyonların da olduğu purpurik lezyonlar.

Tablo1.Tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar verileri

	Tanı Anında	Tedavinin Bitiminde
Kreatinin (mg/dl)	1,62	1,09
Albümin (g/dl)	2,7	3,9
Ferritin 502 (ng/ml)	502	66
D-Dimer (ng/ml)	10400	737
Fibrinojen (mg/dl)	200	253
24 saatlik idrar proteinüri (mg/gün)	1427	300
CRP (mg/L)	114	4,2
ESR (mm/h)	30	16
C3 (g/L)	0,89	1,2
C4 (g/L)	0,1	0,3
Kriyoglobülin	2+	Negatif
Rose Bengal testi	Pozitif	Negatif
SAT	1/10240	Negatif

[PS-02]

Piyoderma gangrenosum ile prezente olan Granümatöz Polianjitis: Olgu sunumu

Zeynep Ay¹, Hakan Apaydın², Şükran Erten²

¹Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

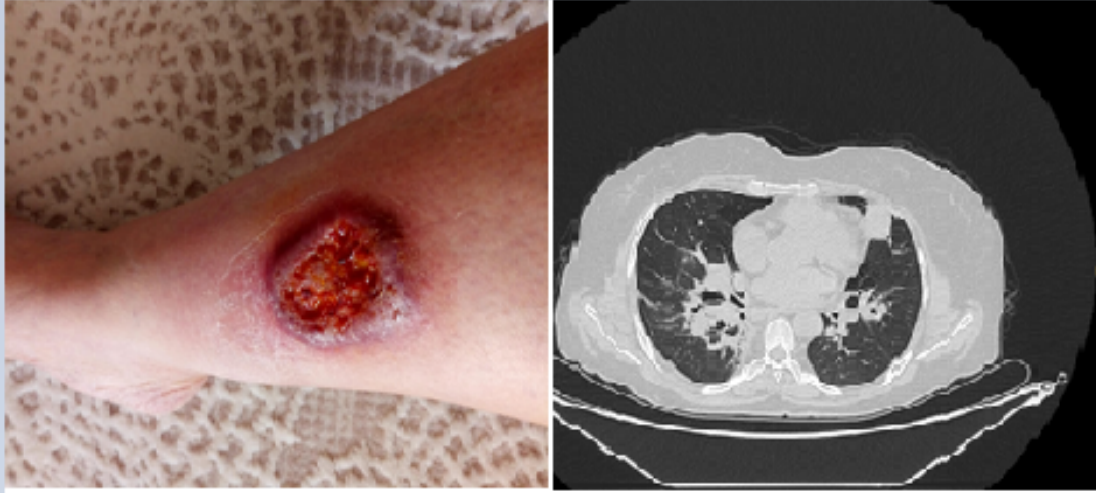
Amaç: Hemen hemen her organ veya dokudaki küçük kan damarları GPA' da tutulabilir, ancak en yaygın olarak üst ve alt solunum yolları ve böbrekler etkilenir (1). Bununla birlikte, hastalar cilt bulguları ile prezente olabilirler ve daha sonra başka organ tutulumları klinik seyirde gelişebilir.

Olgu: Bilinen hipotiroidisi ve 2,5 yıldır piyoderma gangrenosum tanısı olan 49 yaşında kadın hasta, acil servise 3 haftadır süren nefes darlığı, öksürük şikâyetleriyle başvuruyor. Hastaya acil serviste toraks BT çekiliyor ve görüntüleme akciğer parankim alanlarında aktif infiltrasyon bulgusu olmaksızın her iki akciğer alanlarında yaygın ve yer yer kavitasyonlar gösteren en büyüğü 34 mm çapında ölçülen nodüler görünüm izleniyor (Resim 1). Hastada PR3-ANCA >200 IU/mL pozitif saptanıyor. 3 aydır öksürük, 6 aydır yaklaşık 14 kg kadar kilo kaybı ve ateş öyküsü olan hastadan Romatoloji görüşü isteniyor. Romatoloji servisinde tarafımızca yapılan değerlendirmede, fizik muayenesinde sağ tibia anterior yüzde yaklaşık 3x4 cm boyutunda kuru görünümde piyoderma gangrenosum mevcuttu. Hastanın laboratuvar incelemesinde kreatinin: 1,95 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı: 140 mm/h, CRP:155 mg/dL, tam idrar tetkikinde 133 eritrosit ve +2 protein saptandı. Hastanın gönderilen idrar sedimentinde izomorfik eritrositler ve hiyalen silendirler görüldü. 24 saatlik idrarında 278 mg proteinüri saptandı. Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı, patoloji sonucu fokal segmental glomeruloskleroz ve akut tübüler hasar olarak raporlandı. Hastanın vaskülitik tutulum açısından istenen paranasal sinüs BT' sinde, vaskülite sekonder destrüksiyon saptandı. İzlemde oksijen ihtiyacı olan ve nefes darlığı gelişen hastaya GPA tanısıyla 250 mg metilprednizolon intravenöz olarak 3 gün boyunca verildi, sonrasında 1 mg/kg dozunda idameyle glukokortikoid tedavisine devam edildi. Hastanın oksijen ihtiyacı kalmadı ve şikâyetleri geriledi. Remisyon indüksiyonu olarak siklofosamid 1000 mg/ay ve mesna 800 mg/ay tedavisi başlandı. Hastanın medikal tedavisine kliniğimizde halen devam edilmektedir.

Sonuç: Piyoderma gangrenosum, GPA' da cilt tutulumu olarak nadiren bildirilmiştir (2). Klinisyenler, piyoderma gangrenosumun, GPA' nın klinikopatolojik spektrumunun bir parçası ve hatta bazen hastalığın ilk bulgusu olabileceğini akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: piyoderma gangrenosum, granülatöz polianjitis, Wegener

Resim 1



Resim 1: Piyoderma gangrenosum ve toraks BT' de akciğerde kaviteasyon içeren nodüler lezyonlar izlenmektedir.

[PS-03]

Spondiloartropati ayırıcı tanısında sakral yetmezlik kırığı: bir olgu sunumu

Nurdan Yılmaz

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Sakral yetmezlik kırığı, mineralizasyonu ve elastik direnci azalmış kemiğe normal bir stres uygulandığında oluşan kırıklardır. Sıklıkla postmenopozal osteoporozda, sekonder osteoporozda, gebelikte, postpartum dönemde ve spor aktiviteleri sonrasında gözlenebilmektedir. Spondiliartropati şüphesi ile tetkik edilirken sakral yetmezlik kırığı tanısı alan bir kadın hastayı sunmaktayız.

Olgu: 41 yaşında kadın hasta 4 aydır devam eden bel, sağ kalca ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Ağrısının sağ kasığına yayıldığını, yürümekle şiddetlenip istirahatle azaldığını belirtiyordu. Ancak gece ağrısı da mevcuttu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı yoktu, Yarım saatten kısa süren sabah tutukluğu vardı. Hastanın menometroraji nedeni, yıl 2 yıl önce histerektomi+ovarietomi operasyonu geçirdiği ve cerrahi olarak menopoza girdiği öğrenildi. Bilinen ek bir hastalığı yoktu. Lomber eklem hareket açıklığı tam ve ağırlı, düz bacak kaldırma testi 60 derecede pozitif. Sağda FABER pozitif. Sakroiliak kompresyon testi ağrı nedeniyle değerlendirilemedi. Sağ kalca hareketleri her yöne kısıtlı ve ağırlıydı. VAS skoru 9'du. Nörolojik muayenesi doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon 17 mm/h, CRP 1.73 mg/L, 25-OH D3:7.23 idi. PTH, TFT normaldi. Tarafımızca istenen MRI da sakrumda sağ yarıda boydan boya kırık hattı ile yoğun ödem saptandı. Hastamız istirahatle birlikte fizik tedavi programına alındı. Bel, sağ kalcaya TENS, ılık hotpack, kısa dalga diatermi verildi. Ayrıca ağrı kontrolü için etodolak 600 mg 2*1 verildi. DEXA da osteopeni saptanan hastaya D vitamini replasman tedavisi ve kalsiyum takviyesi planlandı. VAS skoru 6 hafta sonra 8 den 2'ye geriledi. **Sonuç:** İnflamatuvar ya da mekanik bel ağrısı ayırımı yapılmakta güçlük çekilen özellikle dirençli bel ağrısı olan hastalarda romatolojik hastalıklar dışında sakral yetmezlik kırığı da ayırıcı tanıları arasında yer almaktadır. Özellikle kemik kalitesini etkileyebilecek durumların varlığında klinik şüphe önemlidir. Tanı konulamayan olgularda BT, sintigrafi ve MRI kullanılmaktadır. Ağrı kontrolü için yatak istirahati, analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar ve fizik tedavi modaliteleri uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, osteoporoz, sakral yetmezlik kırığı

[PS-04]

COVID-19 enfeksiyonu sonrası alevlenme ile tanı alan Schnitzler sendromu

Rabia Deniz¹, Şenay Ağırööl², Elif Çetinkaya², Şevket Ali Ekmen³, Harbiye Dilek Canat², Zeynep Karaali³, Ahmet Gül⁴

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Romatoloji BD

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

³Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

⁴İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Romatoloji BD

Amaç: Schnitzler sendromu orta yaşta ve erkeklerde daha sık görülen, tekrarlayan ürtiker ve ateş atakları, artralji, hepatosplenomegali ve lenfadenomegali, ayrıca halsizlik, anemi ve akut faz artışı ile seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. Lenfoproliferatif hastalıklar, özellikle IgM monoklonal gammopati beklenenmekle beraber aşikar myelom değil MGUS ya da Waldenström makroglobulinemisi olarak seyreder. Burada COVID-19 enfeksiyonu sonrası klinik alevlenme ile tanı alan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Kronik hastalığı olmayan 56 yaşında erkek, 4 ay önce COVID-19 enfeksiyonu sonrası yoğunlaşan tüm vücutta yaygın döküntü ile başvurdu. Önceden ürtikeryal döküntülerin el sırtı ve kollarda olup geçtiğini ve artraljisinin de olduğunu belirten hastanın asetilsalisilik asit dışında ilaç kullanımı, seyahat, hayvan veya toksik madde teması yoktu. Muayenede hafif hepatosplenomegali ve aksilla ile inguinal bölgede lenfadenomegalisi vardı. Cilt biyopsisinde püstülleşen folikülit, nötrofil ve eozinofil lökositler, akantoz, spongioz, lenfosit ekzositozu, dermiste perivasküler lenfositler görülürken lenf nodu biyopsisinde matür ve transforme lenfoid hücreler, histiyositler saptandı.

Tetkiklerinde 151 mg/dl CRP ve 56 mm/sa sedimentasyona ek serum IgE ve IgM düzeyinde artış, serum immünfiksasyon elektroforezinde IgM kappa bandı izlenirken, serum serbest kappa/lambda oranı, periferik yayma ve kemik iliği analizi multiple myelom lehine değildi. Kostadaki kemik lezyonunun biyopsisinde plazmasitom dışlandı. Diğer viral/romatolojik seroloji ve rutin tetkikler olağandı.

Malignite tarama amacıyla gastroskopi, kolonoskopi ve PET/BT yapıp özellik saptanmadı.

Schnitzler sendromu düşünülerek 40 mg/gün metilprednizolon ve ardından biyopsiler sonuçlanana kadar 15 mg/hafta metotreksat başlandı ve 2. haftada lezyonlarda ve klinikte belirgin yanıt alındı. Takipte anakinra başlanması planlanırken fraktür sonrası vertebral abse ve komplike enfeksiyon gelişmesi nedeniyle hasta kaybedildi.

Sonuç: COVID-19 enfeksiyonu abartılı sitokin yanıtına neden olabildiği gibi birçok otoimmün/otoinflamatuvar tablo gelişimi ya da alevlenmesi ile de ilişkilendirilmektedir ve tedavide IL-1 ve IL-6 blokajı da yer almaktadır. Önceden selim döküntü ataklarıyla seyreden hastamızda persiste eden ciddi cilt bulguları ve akut faz yanıtı gelişmesi de bu yakınlıkla ilişkilendirilmiş olup hastanın komplikasyonlara bağlı kaybına kadar alınan tedavi yanıtı tanıyı desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Schnitzler sendromu, COVID-19 enfeksiyonu, monoklonal gammopati

Figür 1



Tedavi öncesi lezyonların görünümü

Figür 2



Tedavinin 2. haftasında lezyonların görünümü

[PS-05]

Hemofagositik sendrom ve kalp yetmezliği ile seyreden bir olgu: Erişkin Still hastalığı

Gizem Varkal, İpek Türk

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Adana

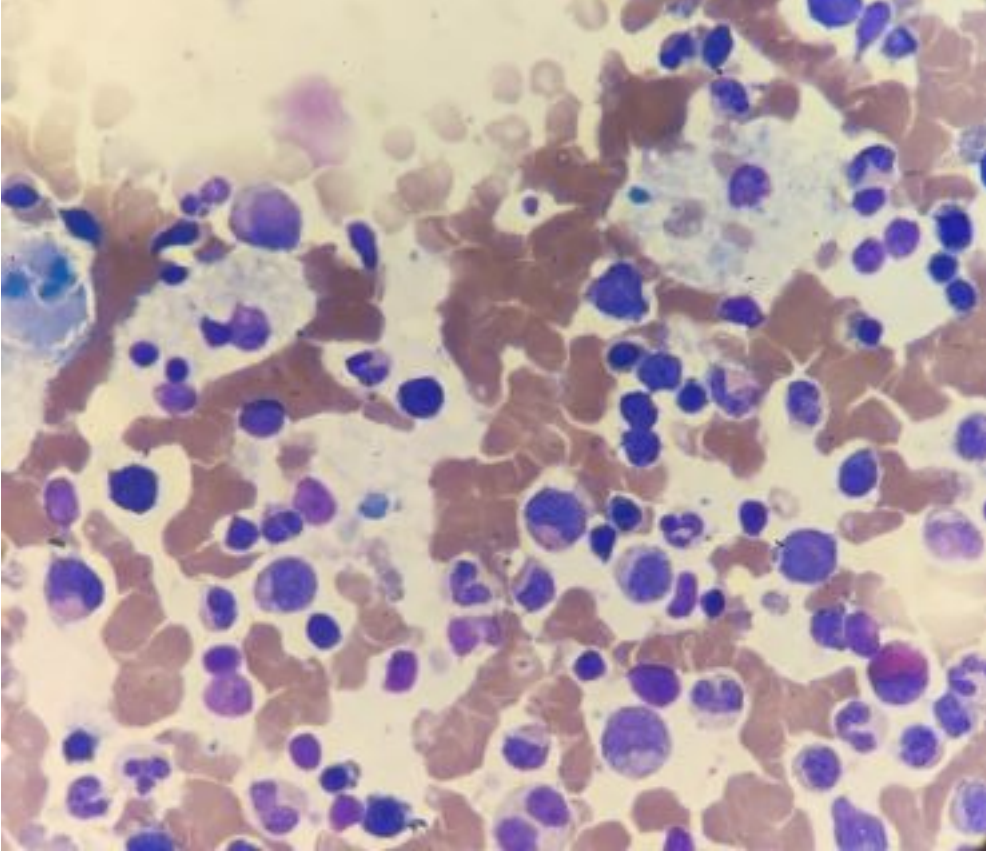
Amaç: Erişkin Still hastalığı sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Tanıda Yamaguchi tanı kriterleri kullanılmaktadır. Hemofagositik sendrom; yüksek ateş, sitopeni, hepatosplenomegali, karaciğer fonksiyon bozukluğu, hiperferritinemi, koagulopati ve kemik iliği ya da retiküloendotelial sistemde hemofagositoz ile karakterize klinik bir tablodur. Miyokardit, aritmi ve kalp yetmezliği hemofagositik sendromun nadir görölen komplikasyonudur. Bu yazıda kalp yetmezliği ve hemofagositik sendrom kliniği ile prezente olan erişkin Still hastalığı vakası sunduk.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta, diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları olup ateş yüksekliği, makulopapöler döküntü ve eklem ağrıları nedeniyle acil serviste tarafımızca değerlendirilip ileri tetkik ve tedavi için romatoloji kliniğine yatışı yapılmıştır. Hastada lenfadenopati, hepatosplenomegali, karaciğer enzim yüksekliği, ferritin yüksekliği ve c-reaktif protein (CRP) yüksekliği gözlenmiştir. Yamaguchi kriterleri ile Still hastalığı tanısı olarak steroid tedavisi başlanmıştır. Takiplerinde anemi, trombositopeni, koagülopati görölmüştür. Hemofagositik sendrom ön tanısı ile kemik iliği aspirasyonu yapılmıştır. Aynı dönemde nefes darlığı olan hastanın kalp sesleri derinden gelmekte bazalde solunum sesleri belirgin azalmıştı. Takipne ve taşikardisi olan hasta yoğun bakım koşullarında takibe alınmıştır. Akciğer görüntülemesinde yeni gelişen bilateral plevral effüzyon mevcuttu. Ekokardiyografisinde ise ejeksiyon fraksiyonu %25, perikardial effüzyon olarak değerlendirilmiştir. Akut kalp yetmezliği olan hastaya diüretik tedavisi başlanmıştır. Dekametazon 20 mg alan hasta hemofagositik sendrom tanısı ile 2*100 mg subkutan anakinra tedavisi başlanmıştır. Takipte hemoglobin ve trombosit değerleri normal sınırlara ulaştı. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta servis takibine alınmıştır. C-reaktif protein, prokalsitonin yüksekliği olan hastada enfeksiyon odağı yoktu. Kültür üremeleri olmadı. Klinik takiplerinde ateş yüksekliği devam etmedi, cilt döküntüleri kayboldu, eklem ağrıları geriledi. Kalp yetmezliği kliniği olmayan vitalleri stabil olan hasta steroid dozu azaltılarak, anakinra tedavisine 1*100 mg devam edecek şekilde taburcu edildi. Bir ay sonraki takipte mukayeseli olarak laboratuvar değerleri tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Romatolojik hastalıklara sekonder hemofagositik sendrom kalp yetmezliği kliniği ile de prezente olabilir. Hemofagositik sendrom tedavisinde steroid ve yüksek doz anakinra kombinasyonu etkin bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin still hastalığı, Hemofagositik sendrom, Kalp yetmezliği

Kemik iliği aspirasyonu



x100 büyütmede May Grünwald-Giemsa (MGG) ile boyanma sonrası eritrofagositozlu histiyositler izlenmektedir.

Tablo 1

	OCAK 2022	ŞUBAT 2022
Lökosit(103/ μ L)	21.1	10.3
Hemoglobin(g/ dl)	12	12
Trombosit(103/ μ L)	28	347
Bun/Kreatinin(mg/dl)	16/0.73	14/0.34
Ast/Alt (U/L)	88/70	27/45
Ldh (U/L)	951	243
D-dimer (mg/L)	9.8	2
Fibrinojen (mg/dl)	180	900
Ferritin (mg/dl)	28121	1990
Crp (mg/L)	234	58
Prokalsitonin (ng/ml)	2,4	0,8
Bnp (pg/ml)	2449	158
Kan kültürü	üreme olmadı	
Balgam kültürü	üreme olmadı	
İdrar kültürü	üreme olmadı	
EKO	EF:%25 Perikard efüzyonu	EF:%40

Ast(aspartat transaminaz), Alt(alanin transaminaz), Ldh(laktat dehidrogenaz), Crp(C-reaktif protein), BNP(B tipi natriüretik peptit)

[PS-06]

Takayasu Arteriti Taklitçisi Behçet Sendromu: Olgu Sunumu

Gamze Akkuzu, Duygu Özgür, Bilgin Karaalioğlu, Fatih Yıldırım, Cemal Bes
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

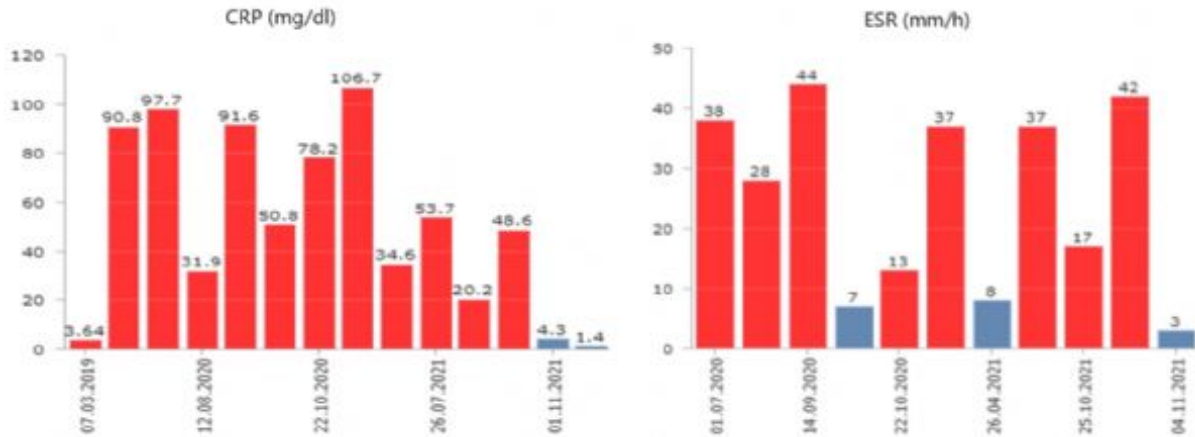
Amaç: Behçet sendromu (BS), tekrarlayan oral ve genital ülser ile çeşitli sistemik tutulumlara neden olabilen inflamatuvar bir hastalıktır. Venöz tutulum arteriyel tutulumdan daha sık görülür. Burada vasküler tutulum özellikleri nedeniyle Takayasu arteritini taklit eden bir BS hastasını sunuyoruz.

Olgu: Ayda 2-3 kez tekrarlayan oral aft, geçirilmiş sağ alt ekstremitte venöz trombozu, paterji testi ve HLA-B51 pozitifliği nedeniyle BS tanısı almış olan 44 yaşında erkek hasta, kollarda ağrı ve çabuk yorulma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede sağ kolda radyal nabız palpe edilemedi, sağ kolda kan basıncı 95/65 mmHg, sol kolda 154/75 mmHg'ydı. Uzun zamandır nedeni anlaşılamayan akut faz reaktan yüksekliği mevcuttu (Resim 1). Manyetik rezonans anjiyografik incelemede, sağ subklavian arter çıkımdan sonra oklüde, sağ vertebral arterde subklavian çalma sendromu ile uyumlu ters akım, sol renal arterde darlık mevcuttu (Resim 2). Arter lezyonları her ne kadar Takayasu arteritini düşündürse de geçmiş öykü nedeniyle BS ilişkili olarak düşünüldü. Hastaya IV pulse 1000 mg metilprednizolon ve aylık pulse siklofosamid tedavisi başlandı.

Sonuç: BS'unda arteriyel tutulum nadir görülür ancak önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Arteriyel tutulum sıklıkla pulmoner arter veya periferik arter anevrizması şeklinde görülür. Subklavian arter tutulumu BS'nda çok nadir görülür. Özellikle açıklanamayan akut faz reaktan yüksekliğinde vasküler tutulum araştırılması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet's syndrome, subclavian artery occlusion, magnetic resonance angiography

Resim 1. yüksek seyreden crp/esr, iv pluse glukokortikoid başlanmasından 3 gün sonra normal değerlere geriledi

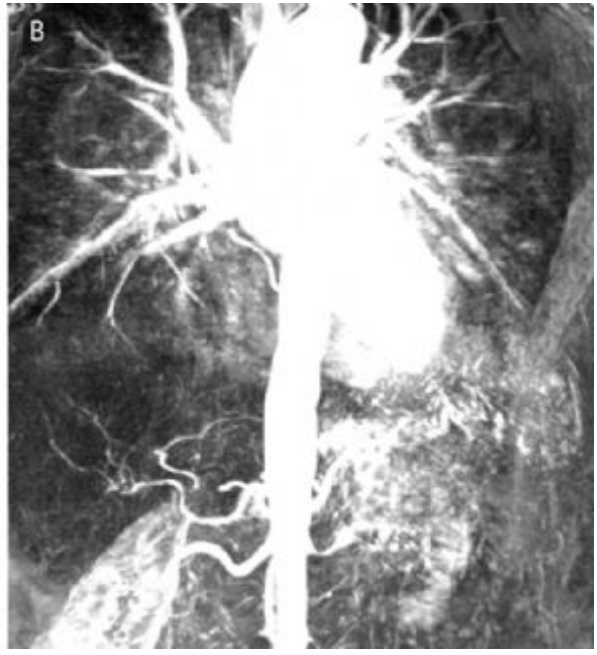


Resim 2. A, sağ subklavian ve sağ vertebral arterde oklüzyon. B, sol renal arterde darlık

A



B



[PS-07]

Adalimumaba sekonder ilaca bağılı interstisyel akciğer hastalığı olgusu, vaka sunumu

Zeynep Öztürk¹, Damla Karataş¹, Nilay Erdik¹, Sümeyye Merve Türk¹, Emre Uzun², Emel Gönüllü¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Adalimumabın neden olduğu interstisyel akciğer hastalığı (İAH) nadirdir. Psöriatik artrit tanısıyla adalimumab başlanan hastada gelişen İAH vakasını sunuyoruz.

Olgu: 52 yaşında erkek hastada psöriatik artrit tanısıyla adalimumab başladıktan 2 ay sonra giderek artan efor dispnesi, kuru öksürük, halsizlik gelişti. Sigara içmeyen hastada yakın zamanda seyahat, kilo kaybı, mesleki maruziyet, covid enfeksiyonu/teması öyküsü yoktu. Göğüs oskültasyonunda bilateral selofan ralleri vardı. Oksijen saturasyonları normaldi. Solunum fonksiyon testlerinde difüzyon kapasitesi azalmış, FEV1/FVC artmıştı. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (HRCT) santralden başlayıp perifere uzanan bilateral aralıklı hafif buzlu cam alanları, interlobüler septal kalınlaşmalar, retikülonodüler opasiteler, traksiyon bronşiektazileri görüldü (Resim 1). Bronkopskopi/bronkoalveolar lavaj sonucunda malignite ve enfeksiyonlar ekarte edildi. Ekokardiyogram normaldi. Semptomların önceden yokluğuna, ilaca başladıktan sonra hastalığın hızlı başlaması ve ilerlemesine, enfektif ve diğer patolojilerin ekartasyonuna ve ilaç kesilmesinden sonra semptomların iyileşmesine bağılı olarak hastada adalimumaba sekonder İAH düşünüldü. Adalimumab tedavisi kesildi. Takipte hastanın semptom ve bulguları, kontrol SFT, DLCO belirgin düzeldi. Kontrol HRCT çekilmesi planlanan hasta klinik takibe alındı.

Sonuç: Tümör nekroz faktör inhibitörleri pulmoner nodüller, pnömonit, fibrozis, otoimmün reaksiyonlar, altta yatan akciğer hastalığının alevlenmesi, hızlanmış akciğer nodüllerinin gelişimi, İAH, latent enfeksiyonların aktivasyonu, granülomatöz akciğer hastalığı, SLE benzeri reaksiyonlar ve vaskülit gibi pulmoner komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Adalimumab anti-TNF ilaçları arasında akciğer toksisitesine en az bağılı olanıdır.

Anti-TNF ile indüklenen İAH prevalansı %0.5-3'tür. Perez-Alvarez ve arkadaşlarının yaptığı metaanalizde 122 anti-TNF kaynaklı İAH vakalarının üçü adalimumab'a sekonderdi (1). Bizim vakamız da adalimumab alan hastalarda ilaca bağılı akciğer hastalığı olasılığının düşünülmesinin önemini vurgulamaktadır.

Kaynaklar:1-Interstitial lung disease induced or exacerbated by TNF-targeted therapies: analysis of 122 cases. Semin Arthritis Rheum. 2011 Oct;41(2):256-64.

Anahtar Kelimeler: interstisyel akciğer hastalığı, adalimumab

RESİM 1



HRCT bulguları

[PS-08]

Akroosteolizis ile seyreden bir sistemik skleroz olgusu

Hatice Ecem Konak¹, Kevser Gök¹, Şükran Erten²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), mikrovasküler bozukluk, immün disregülasyonu ve fibrozis ile karakterize otoimmün bir hastalıktır (1). Akroosteoliz (AO), SSc'li hastaların %6-65'inde meydana gelen, parmakların distal kısmının kemik rezorpsiyonu ile seyreden ağrı ve disabiliteye neden olan hastalığın tam araştırılmamış bir bulgusudur. Biz de akroosteolizis ile giden bir skleroderma olgusu sunmayı amaçladık

Olgu: 59 yaşında kadın hasta el parmaklarında ağrı, parmak uçlarında ülser yaralar, parmaklarda sertlik ve şekil bozukluğu şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Romatolojik sorguda, ellerde sabah tutukluğu, ağrı ve raynaud fenomeni tarifliyordu. Hastanın fizik muayenesinde tüm parmaklarda sklerodaktili, parmak uçlarında deprese skarlar, yüzünde telenjiektaziler, ağız açıklığında azalma, ağız kenarındaki çizgilerde artma ve burunda incelme vardı (Resim-1). Ayrıca kol ön yüzünde gövdede ve yüzde deride sertleşme bulunuyordu. Laboratuvar testlerinde C-reaktif protein:8 g/l, eritrosit sedimentasyon hızı:14 mm/s, beyaz küre sayısı:10260, hemoglobin:12.1 d/l idi. Hastanın çekilen el grafisinde akroosteolizis ile uyumluydu (Resim-2). Hastamıza sistemik skleroz tanısı konularak iç organ tutulumları açısından da ileri tetkik edildi. SSc tedavisi verilen hastamızın takibi sürmektedir. **Sonuç:** Akroosteolizisin patogenezi net olarak anlaşılamamıştır. Bununla birlikte SSc hastalarında görülen vasküler düzensizlikler ve artmış osteoklast aktivitesi bundan sorumlu tutulmaktadır. AO'nun şiddetli Raynaud fenomeni ile ilişkili olması, kan akımının bozulmasının ve ciltte sertleşmenin akroosteoliz patogeneziinde neden olabileceğini düşündürmektedir. AO hastaların öncelikle parmak ucunda başlayarak ilerleyen dönemlerde distal falanksların tamamen kaybına neden olabilmektedir. Bizde bu olguda distal falanksların tamamen kaybolduğu akroosteolizis ile prezente olan bir SSc vaka sunumu yaptık.

Anahtar Kelimeler: akroosteolizis, skleroderma

Resim 1:



Resim 2:



[PS-09]

Adalimumab tedavisi altında fulminan nekrotizan fasiit gelişen bir psöriatik artrit hastası: Olgu sunumu

Gül Güzelant Özköse, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Biyolojik ajanların günlük pratiğimize girmesiyle birlikte, birçok romatolojik hastalıkta remisyon sağlanabilir hale gelmiştir. Ancak bu ajanların ciddi enfeksiyonlara yatkınlık yaratması kullanımlarını sınırlayabilmektedir. Bu yazıda adalimumab tedavisi altında Fournier gangreni gelişen psöriatik artrit (PsA) hastası sunuyoruz.

Olgu: Bilinen diyabet, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve parkinson tanıları olan 65 yaşında kadın hasta yaklaşık 25 yıldır olan psöriazis lezyonları ve 2 yıldır olan eklem ağrıları ile romatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Fizik muayenesinde el küçük eklem artritleri, dirsek, saçlı deri ve gövdede psöriazis plakları saptanması üzerine poliartiküler simetrik tip PsA tanısı konularak oral metotreksat 15 mg/hafta tedavisi ile izleme alındı. Tedavinin 1. ayında metotreksata bağlı ciddi bulantı ve kusma yan etkisi olması üzerine haftalık subkutan metotreksat formuna geçildi. Aynı yan etkinin devam etmesi üzerine leflunomid 20 mg/gün tedavisi başlandı. 3 ay leflunomid kullanım sonrası eklem veya cilt yakınmalarında fark olmaması üzerine hastaya adalimumab 40 mg/2 hafta tedavisi başlandı. Bu tedavinin 3. ayında hastanın eklem bulguları ve psöriazis lezyonları tama yakın geriledi. Adalimumab tedavisinin 3. yılında PsA açısından remisyonda iken; ateş, perianal ve perineal bölgede ağrı, renk değişikliği ile acil birime başvurusu olan hastada klinik ve görüntülemeler sonucu Fournier gangreni tanısı düşünüldü (resim 1). Genel cerrahi kliniğinde yatırılarak öncelikle parenteral geniş spektrumlu antibiyotik ve seri cerrahi debridmanlar yapıldı (resim 2). Negatif basınçlı yara tedavisi (VAC) ile yara iyileşmesi hızlandırılmaya çalışıldı. Bu esnada enfeksiyonun lokal kontrolü, yara yerinin korunması ve süper-enfeksiyonun önlenmesi amacıyla koruyucu kolostomi açıldı. Hasta yaklaşık 4 aylık süreçte birçok kez operasyon geçirdi. Son kontrolde greft ile yara yerinin rekonstrükte edildiği ve aktif yakınmasının kalmadığı görüldü.

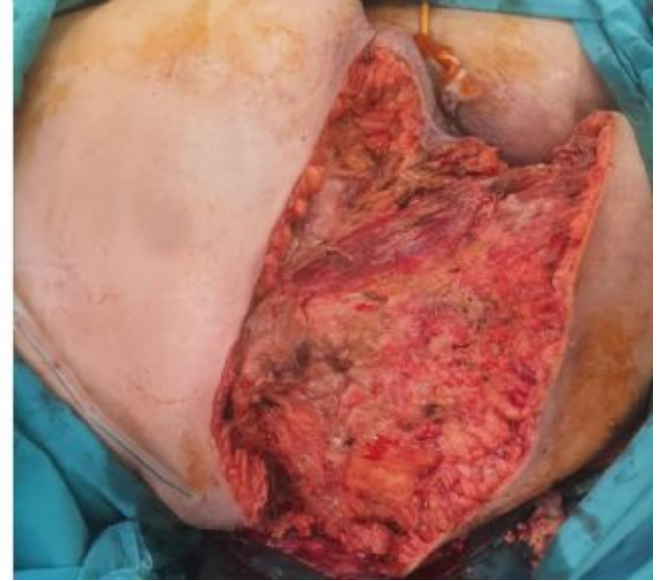
Tartışma: Fournier gangreni perianal ve perineal bölgeleri etkileyen, nadir görülen ve hızla ilerleyerek mortal seyredabilen bir tür nekrotizan fasiittir. Fournier gangreni için başlıca risk faktörleri diyabet, alkolizm, HIV, obezite ve immünsüpresyon yapan hastalık/ilâçlardır. Hastamızda diyabet hastalığının varlığı ve adalimumab kullanımının Fournier gangreni gelişimini kolaylaştırıcı faktörler olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: adalimumab, fournier gangreni, nekrotizan fasiit

Resim 1- Başvuru anındaki lezyonun görünümü



Resim 2- Cerrahi debridman sonrası görüntü



[PS-10]

Takayasu arteriti tanılı hastada konstitüsyonel semptom nedeni

Alida Aliyeva, Seda Kutluğ Ağaçkiran, Kerem Yiğit Abacar, Gizem Sevik, Güler Karimova, Taylan Kaplan, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti, aortu ve dallarını etkileyen, stenoz ve anevrizmalarla sonuçlanan granülomatoz vaskülitir. Sweet sendromu (akut febril nötrofilik dermatoz), deride ağrılı ödemli, eritematöz papül ve plakların ortaya çıkmasıyla karakterize, nadir görülen bir inflamatuvar hastalıktır. **Olgu:** 75 yaşında kadın hasta, 20 sene önce her iki kolda klaudikasyo, yüksek tansiyon nedeniyle başvurusunda yapılan görüntülemelerde sol subklavian, sağ ve sol karotis arter, sağ renal arterde oklüzyon ve stenoz görülmesi üzerine Takayasu arteriti tanısı almış, steroid, siklofosamid, azatioprin, metotreksat tedavisi almış, son 6 yıldır klinik ve radyolojik remisyon nedeniyle tedavisiz izlenmektedir. Ayrıca 7 sene önce meme kanseri tanısı almış, opere olmuş, kemoterapi almış, hormonal tedavi ile remisyonda izlenmektedir. Hasta kontrole halsizlik, güçsüzlük, iştahsızlık, ateş yüksekliği, akut faz yüksekliği ile başvurusunda öncelikle enfeksiyon odağı açısından değerlendirilmiş, enfeksiyon odağı bulunamamış. İleri yaş, meme CA öyküsü de olan hastaya nüks veya malignite tetkik amacıyla görüntülemeleri yapılmış, nüks veya solid tümör saptanmamış. Takipte sağ üst ekstremitede yeni gelişen püstüler lezyon nedeniyle dermatolojiye danışılmış, alınan cilt biyopsi sonucunda Sweet sendromu tanısı almış, steroid tedavisi uygulanmış. Döküntüleri gerileyen ancak akut faz yüksekliği ve semptomları devam eden, tam kan sayımında lökopeni ve anemisi derinleşmesi üzerine yapılan periferik yaymada blast izlenmiş, hematolojik malignite ön tanısı ile hematoloji bölümüne sevk edilmiştir.

Sonuç: Sweet sendromunun hematolojik malignitelerle ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Sweet sendromu bir maligniteden önce gelebilir, onu takip edebilir veya onunla birlikte ortaya çıkabilir. Takayasu arteritli ileri yaş hastada konstitüsyonel semptomlar hastalık aktivasyonu dışında olası maligniteyi de düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: konstitüsyonel, sweet, takayasu

[PS-11]

Entezit ilişkili artrit hastalarında eşlik eden subklinik gastrointestinal bulguların değerlendirilmesi

Büşra Kahraman¹, Nelgin Gerenli², Betül Sözeri¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye SUAM, Pediatrik Romatoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye SUAM, Pediatrik Gastroenteroloji Kliniği

Amaç: Entezit ilişkili artrit tanılı hastalarda eşlik eden gastrointestinal bulguların ve subklinik enflamasyonun araştırılmasıdır

Gereç-Yöntem: Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk romatoloji kliniğinde dahil etme kriterlerine uyan 30 hasta ve 43 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Gastrointestinal bulgular anket yolu ile değerlendirilip, eş zamanlı kalprotektin ölçümü için gaita örneği alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 73 kişi dahil edilmiştir. Hasta ve kontrollerde cinsiyet ve yaş ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanmadı (yaş ortanca 14 yıl ve 15 yıl, $p>0,05$). Başvuruda tüm hastalarda artrit gözlenmekle birlikte, 13 Hastada Oligoartrit, 17 hastada poliartrit saptanmıştır. En sık görülen klinik %63,3 ile ($n=19$) entezit olmuş, sakroiliit (%43,3), üveit (%10,0), ve psöriazis (%6,7)dir. HLA B27 pozitifliği %40 bulunmuştur. 19 (%63) hastada karın ağrısı, 5 (%17) hastada kronik ishal gözlenmiştir. Hastaların 25'inde (%83,3) izlemde DMARD ve biyolojik ajan kullanımı olmuş iken 5'inde (%16,7) NSAİİ ile izleme devam edilmiştir. Kalprotektin değeri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,037$). Kalprotektin düzeyi yüksek olan kolonoskopi yapılan 1 hasta mevcuttur. Hasta grubunda fekal kalprotektin değeri 50 nin üzerinde olan 13 (%43) kontrol grubunda 6 (%14) ($p=0,00$) kişi mevcuttur. 13 hastanın 9 tanesinde karın ağrısı vardır. 13 kişinin 12 tanesinde sakroiliit saptanmıştır ($p=0,03$) Kalprotektin ortanca değerleri NSAİD DMARD ve Biyolojik ajan kullanımına göre tamamen benzer bulunmuştur ve tüm gruplarda 50 ($\mu\text{g/g}$) olarak ölçülmüştür ($p>0,05$).

Sonuç: kalprotektin değeri kontrol grubuna göre hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Karın ağrısı semptomları olan ERA tanılı hastalarda kalprotektinin yüksek olması erken dönemde kalprotektinin tanısal bir belirteç olarak kullanılabilmesini düşündürmüştür. Çalışmamızdaki sonuçların daha fazla sayıda hastayı içeren çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmesine rağmen, ERA hastaları için tanı prosedürlerinin ve tedavi modalitelerinin planlanmasına katkıda bulunabilir, aynı zamanda Gastrointestinal sistem ve eklemler arasındaki ilişkinin araştırılmasını teşvik edebilir.

Anahtar Kelimeler: Entezit ilişkili artrit, Gastrointestinal bulgular, Fekal kalprotektin

[PS-12]

Spondilit ön tanısıyla yönlendirilen Dev Anevrizmal Kist olgusu

Sevil Yiğit, Sinem Sağ

istanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

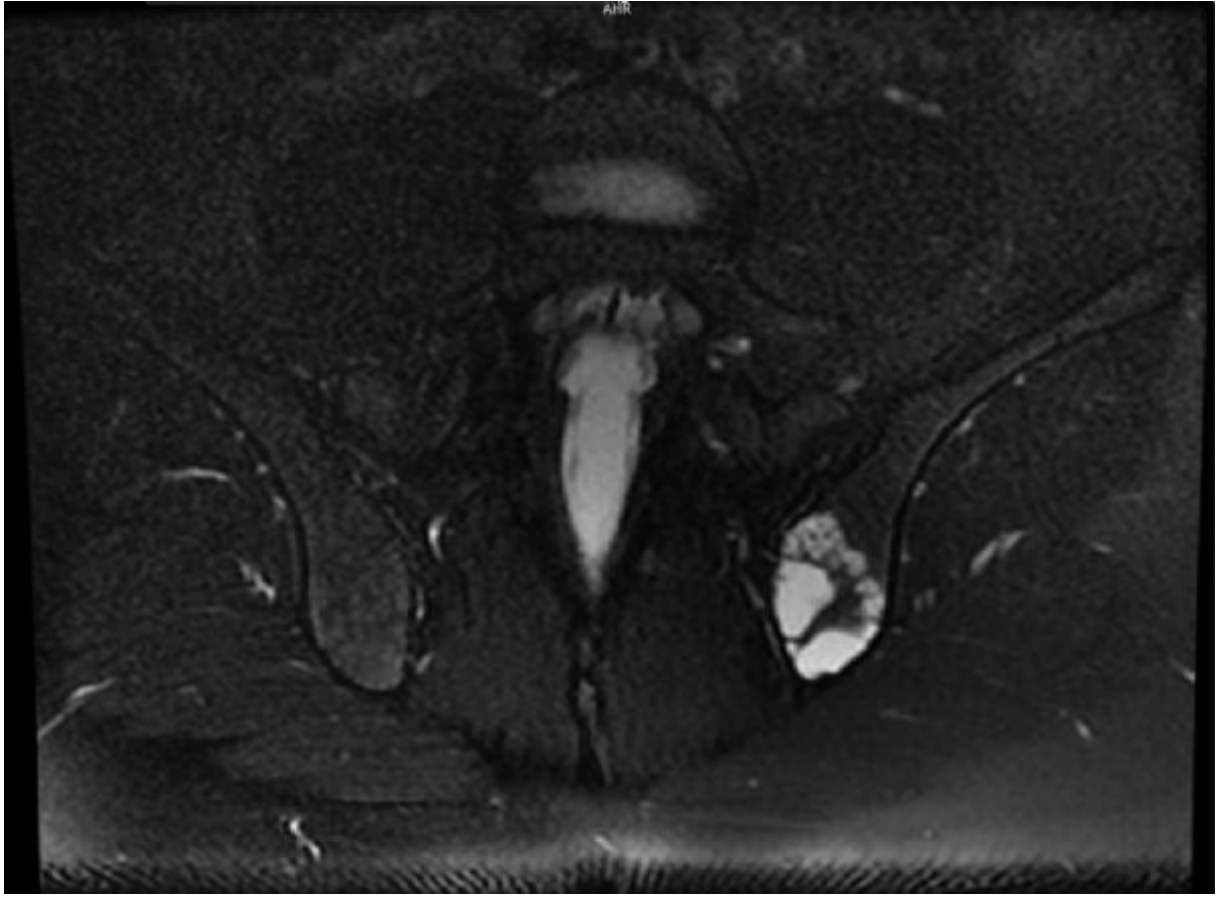
Sakroiliak eklem, omurgadan alt ekstremitelere yük aktarımını sağlayan vücuttaki en büyük aksiyel eklemdir. Sakroiliak eklem kaynaklı ağrı toplumda sık görülen bir klinik semptomdur. İliak kemiğin posteriorundaki sakroiliak eklem komşu bölgesi, selim kistik tümör veya tümör benzeri lezyonlar için beklenmedik ve nadir görülen bir yerleşim yeri olup, literatürde sakroiliak kaynaklı ağrı ayırıcı tanıları arasında tanımlanmamıştır. Bu çalışmada nadir görülen bir sakroiliak eklem kaynaklı ağrı nedeni olarak iliak kemiğin sakroiliak eklem komşuluğunu tutan kistik kemik lezyonlarını tanımlamayı amaçladık.

22 yaşında erkek hasta 3 yıldır olan aktivite ile artan ve ağrı kesicilerle geçmeyen bel ve sol kalça ağrısıyla polikliniğimize başvurdu. Mekanik karakterde olan ağrılarına eşlik eden nöropatik ve gece ağrıları yoktu. Bilinen kaza, ameliyat, travma, kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede sakroiliak bölge ve spina iliaca posterior superior üzerinde palpasyonla ağrı mevcuttu. Tek taraflı fleksiyon-abdüksiyon-dış rotasyon testiyle ağrıda artış bildirmekteydi. Nörolojik defisiti olmayan hastanın düz bacak kaldırma, femoral sinir germe testi, faber, fadir, mennel, gaenslan testleri negatifti. Öyküde istirahatle geçmeyen ağrısı ve muayenede palpasyonla kemik hassasiyeti vardı. Pelvis grafisinde sakroiliak eklem yakın şüpheli kitle görünümü tespit edilen hastanın, lezyon lokalizasyonu, boyutları ve çevre dokulara uzanımının değerlendirilmesi için manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Sol iliak kemikte sakroiliak eklemle bağlantılı kistik lezyon görünümü tespit edildi. Kemik sintigrafisi normaldi. Ortopedi konsülte edilen hasta için acil girişim düşünülmedi, kist takibi önerildi.

Pelvik tutulum gösteren kemik tümörleri çoğunlukla habis tümörlerdir. Zaten sık görülmeyen bu lezyonlar için pelvis bölgesi çok daha nadir görülen bir tutulum bölgesidir. İliak kemiğin sakroiliak eklem komşuluğu ise kistik kemik lezyonları açısından oldukça nadir görülen bir tutulum bölgesidir. Pelvisin üç boyutlu kompleks anatomisi, anatomik yapıların iki boyutlu radyografik görüntülemelerde üst üste binmesi, gibi nedenlerle pelvik yerleşimli kemik lezyonlarının tanısı zor olabilmektedir. Sonuç olarak, tek taraflı sakroiliak eklem kaynaklı ağrının ayırıcı tanısında selim kemik tümörleri ve tümör benzeri kistik kemik lezyonları göz önünde bulundurulmalıdır. Pelvisin kompleks anatomisi nedeniyle konvansiyonel radyografiler tanıda yetersiz kalabilir. Bu bölgedeki şüpheli kemik lezyonları mutlaka BT veya MRG gibi yöntemler ile incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spondilopati, Sacroileit, Anevrizmal Kemik Kisti

MRG



Dev aneurizmal kemik kisti

[PS-13]

SLE tanısında gecikme hala devam eden bir sorun: Olgu sunumu

Onur Şahin¹, Meryem Can²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), neredeyse tüm organ sistemlerini tutabilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Bu özelliğinden ötürü heterojen seyir gösteren ve karşımıza atipik semptomlarla gelebilecek hastalarda da SLE tanısının atlanmaması önemlidir. Olgumuzda polikliniğe nefes darlığı ile başvuran ve sonrasında böbrek tutulumuyla seyreden bir SLE hastasından bahsettik.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta ateş, terleme, kilo kaybı, göğüs ağrısı, sol tarafa yatmakla artan nefes darlığı şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Şikayetleri 4 aydır devam etmekteydi. Bilinen Hashimoto (kronik otoimmün tiroidit) hastasıydı. Fizik muayenesinde ciltte kuruluk, alopesi, eklemlerde şişlik ve ağrı, bilateral solunum seslerinde azalma saptandı. Lökosit: 3140/µL, hemogloblin: 8,1 g/dL, MCV: 72,5 fL, trombosit: 292000/µL idi. Spot idrarda 1 g/gün proteinüri mevcuttu. Dış merkezde çekilen düşük doz toraks BT’de bilateral plevral ve perikardiyal effüzyon izlenmişti. Poliseroziti olan hasta göğüs hastalıklarından tarafımıza danışıldı. Serolojik testler (HBV, HCV, HIV) ve quantiferon testi negatif çıkan hastadan immünolojik panel istendi. ANA (1:3200), Anti-ds DNA (ELISA): 753,4 U/mL (<100 U/mL), Anti-ENA SS-A (Ro), Anti Nükleozom, Anti Histon ve Anti RİB-P antikoru pozitif, kompleman C3: 29,2 mg/dL (90-180 mg/dL), kompleman C4: 4,4 mg/dL (10-40 mg/dL) saptandı. Proteinürisi olan hastanın yapılan böbrek biyopsisi patolojisi diffüz lupus nefriti (class IV) olarak sonuçlandı. Hem 1997 ACR (American College of Rheumatology) hem de 2012 SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) kriterlerini karşılayan hastaya SLE tanısı koyuldu. Bu süreçte hastanın şikayetleri için 3 günlük 1000 mg pulse metilprednizolon tedavisi başlandı ve sonrasında 1 mg/kg/gün dozunda devam edildi. İmmünsüpresan olarak mikofenolat mofetil tedaviye eklendi.

Sonuç: SLE, elimizdeki laboratuvar imkanlarına rağmen hala tanı koyulmakta geç kalınan bir hastalıktır. SLE tanısını koyana kadar geçen süre hastalığın kötü seyretmesi ve sistemik organ tutulumu ile ilişkilendirilmiştir. Erken tanı konulması ve tedavi başlanması sistemik tutulumları önleyebilmektedir. Bu bağlamda hastalığa dair farkındalığın artırılması ve yeni erken tanı algoritmaları geliştirilmesi elzemdir.

Anahtar Kelimeler: lupus nefriti, poliserozit, sistemik lupus eritematozus

[PS-14]

Behçet Hastalığına Bağlı Dev Koroner Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Mustafa Erdoğan, Duygu Sevinç Özgür, Gamze Akkuzu, Cemal Bes
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

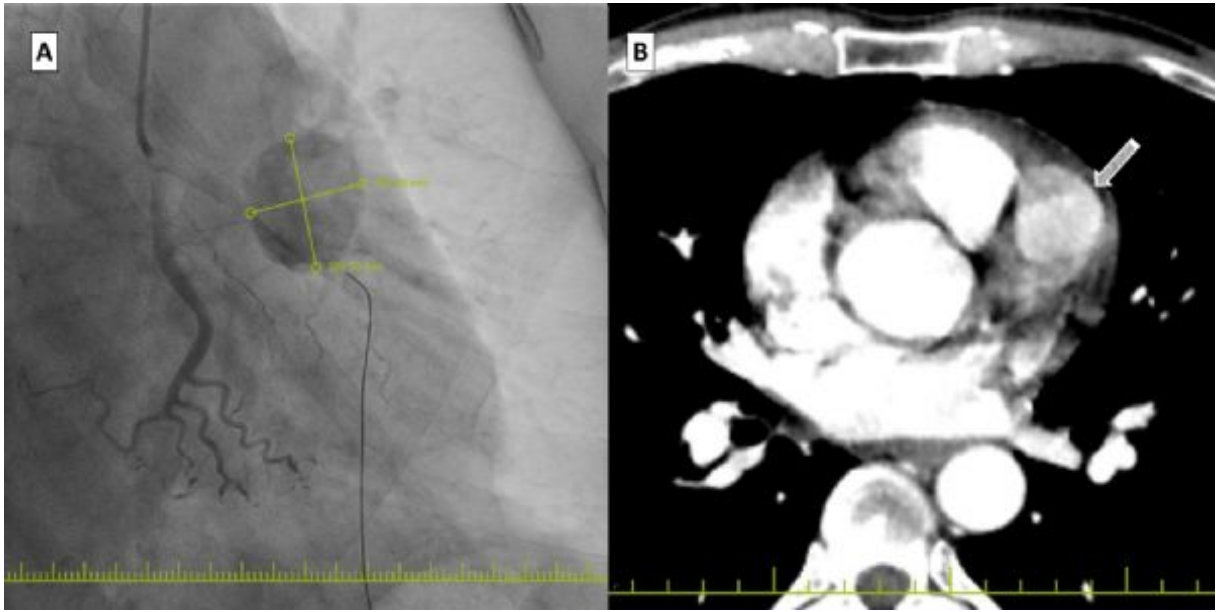
Amaç: Behçet hastalığı, genellikle tekrarlayan mukokutanöz lezyonlarla seyreden ancak her çapta damarı, arter ve/veya venleri de etkileyebilen sistemik bir hastalıktır. Behçet hastalığında koroner arter tutulumu bilinen ancak nadir görülen bir durumdur. Biz burada, göğüs ağrısı şikayeti ile acile başvuran, sorgulamasında derin ven trombozu, tekrarlayan oral aft öyküsü olan ve koroner arter anevrizması tespit ettiğimiz bir Behçet hastalığı olgusu sunuyoruz.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, 3 haftadır olan ve giderek artan göğüs ağrısı, sol kol ağrısı sebebi ile acil servise başvurdu. Anamnezinde tekrarlayan oral aftları olan, 3 sene önce iki kez derin ven trombozu geçiren, akut faz yüksekliği ve HLAB51 pozitifliği saptanan hasta Behçet hastalığı ön tanısıyla servise yatırıldı. Tetkiklerinde C-reaktif protein 105 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 35 mm/saat bulundu. Pulmoner ve abdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografi görüntülemesi normal bulundu. Alt ekstremiteler venöz sistem doppler ultrasonografide akut tromboz, Ekokardiyografide sol intrakardiyak trombus veya vejetasyon saptanmadı. Takibi sırasında göğüs ağrısı, nefes darlığı oldu ve hastanın hipotansiyonu gelişti. Akut koroner sendrom ön tanısıyla koroner anjiyografi yapılan hastanın sol anterior desenden arterde (LAD) 26 mm anevrizmatik dilatasyon saptandı (Resim 1). Hastaya pulse 1 gr/gün-3 gün boyunca intravenöz metilprednizolon tedavisi verildi; ardından 60 mg/gün metilprednisolon ile idame devam edildi. Hastaya ek immünsupresif tedavi olarak pulse 1 gr/ay intravenöz siklofosfamid verildi. Hastaya kalp damar cerrahisi tarafından psödoanevrizma onarımı ve LAD koroner arter by-pass greft operasyonu başarılı bir şekilde yapıldı.

Sonuç: Behçet hastalığında koroner arter tutulumu oldukça nadir görülür ve ölümcül seyredebilir. Göğüs ağrısıyla başvuran Behçet hastalarında koroner arter tutulumu akılda tutulmalıdır. Koroner arter tutulumunda öncelikle medikal tedavi olarak yüksek doz glukokortikoid ile birlikte siklofosfamid gibi immünsupresif ilaçlar verilerek hastalık aktivitesi baskılanmalı ve gerekli görülen hastalara ardından cerrahi onarım yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma, Behçet Sendromu

Resim 1. Koroner anjiyografi ve kontrastlı toraks tomografi ile tespit edilebilen koroner arter anevrizması



[PS-15]

İnflamatuar bel ağrısını taklit eden sakral perinöral kist

Aydan Köken Avşar

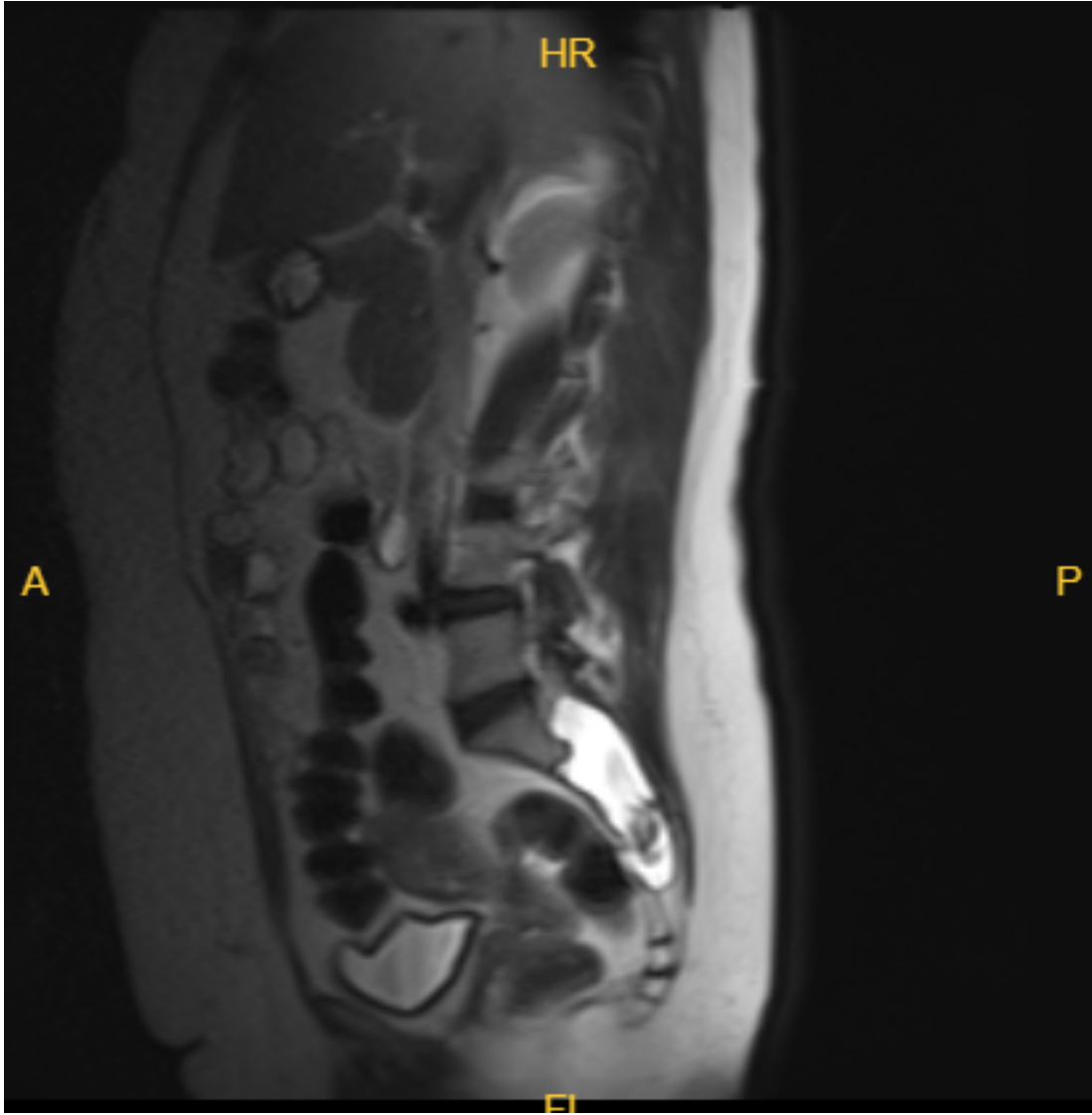
Kocaeli Devlet Hastanesi, Romatoloji

Amaç: Tarlov kisti olarak da bilinen sakral perinöral kistler, dorsal kök ganglionu ile sinir kökünün birleşme noktasından kaynaklanan, içi beyin omurilik sıvısı(BOS) ile dolu olan kistlerdir.Çoğunlukla asemptomatik ve lomber yerleşimli olup çekilen manyetik rezonans görüntülemelerde(MR) insidental olarak saptanır. Bu olguda inflammatuar bel ağrısı ile başvuran daha önce spondiloartrit tanısı alan semptomatik sakral yerleşimli Tarlov kistini sunmayı amaçladık.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta, 2 yıldır olan bel ve gluteal ağrı ile başvurdu. Ağrısı özellikle gece ve sabah olup sabah tutukluğu 1 saati bulmaktaydı, hasta özellikle oturma pozisyonunda zorlandığını ifade etmekteydi. Sorgulamada idrar ve gayta inkontinansı yoktu.Hasta bu şikayetlerle daha önce başka bir merkezde spondiloartrit tanısı almış ve 1 yıl kadar salazopryn 2*2 ve çeşitli non-steroid-antiinflammatuar (NSAİ) ilaçlar kullanmasına rağmen ağrısı devam etmekteydi. Yapılan laboratuvar değerlendirilmesinde eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/h ve C-reaktif protein (CRP) 10 mg/l, tam kan sayımı ve biyokimya testleri normal ve brucella tüp aglutinasyon testi negatif geldi. Yapılan fizik muayenede sakroiliak kompresyon testi negatif, düz bacak kaldırma testi pozitif idi. Hastanın radyolojik görüntülerinde lomber çift yön grafisi ve sakroilik eklem grafisinde patoloji saptanmadı. Hastanın ağrısına yönelik yapılan sakroilik MR da; S1-4 düzeyleri arasında sakral kanalda 75x42 mm boyutlarında Tarlov kisti saptandı. Kiste bağlı bir fraktür saptanmadı ve sakroiliak ekimler normal olarak görüldü. Hasta semptomatik sakral perinöral kisti nedeniyle beyin cerrahisine yönlendirildi. **Sonuç:** Tarlov kistleri çoğunlukla küçük ve asemptomatik olsa da; özellikle sakral yerleşimli büyük kistler semptoma yol açıp günlük pratikte inflammatuar bel ağrısını taklit edebilir hatta sakral yetmezlik fraktürlerine neden olabilir. Bu olgunun sunulma amacı romatoloji pratiğinde bu konu ile ilgili farkındalık oluşturmaktır.

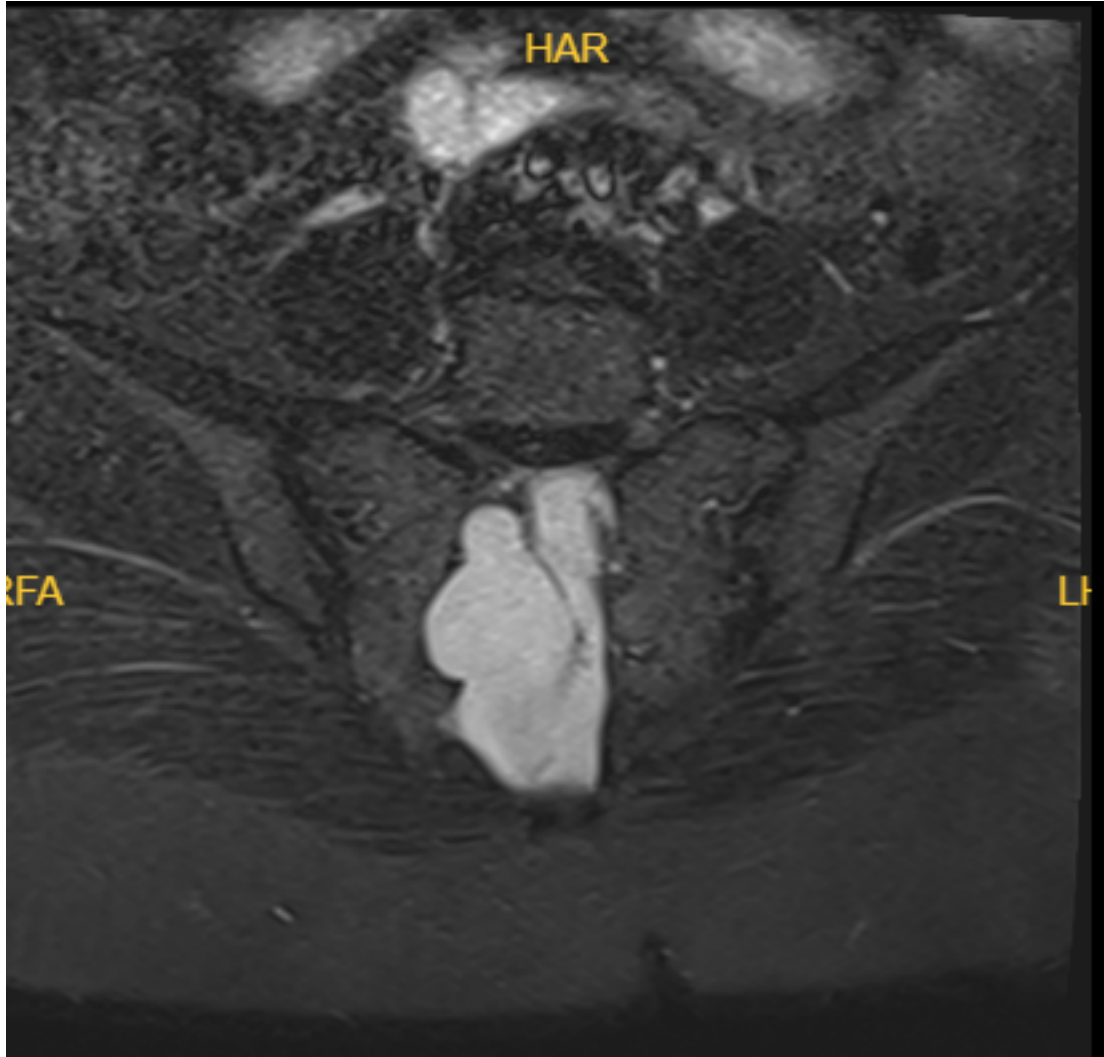
Anahtar Kelimeler: İnflamatuar bel ağrısı, Tarlov kisti

Figür 1



Sagittal kesitte T2 ağırlıklı Mr görüntüsü

Figür2



Aksiyel kesitte T2 ağırlıklı MR görüntüsü

[PS-16]

Nadir rastladığımız bir durum: mikrogeodik hastalık

Sinem Sağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Mikrogeodik hastalık, falanksalarda yumuşak dokuda şişme ve ağrıyla prezente olan, daha çok çocukluk çağında görülen bir hastalıktır. MR da yaygın yumuşak dokuda sinyal anormallikleri mevcuttur. Erişkinlerde raynaud benzeri tablo görülebilir. (1.2) Biz, polikliniğimize başvuran, incelemeler sonucunda mikrogeodik hastalık tanısı koyduğumuz olgumuzu, çok nadir görülmesi ve raynaud sendromunun ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir durum olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 20 yaşında, bayan hasta, 2 yıldır ellerde, özellikle soğukla artan morarma şikayeti ile başvurdu. Romatolojik sorgulamasında raynaud dışında özellik saptanmadı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde bilateral el bilek distali soğuk, soluk, yer yer siyanoz alanları mevcuttu. Parmaklarda diffüz ödem saptandı. Eklem hassasiyeti yoktu. Tırnakdibi videokapilleroskopisinde yaygın bushy ve ramified kapillerler saptandı. Tetkiklerinde akut faz reaktanları normaldi. RF, CCP, negatif di. ANA: 1/160 titrede homojen patern, ENA profili negatifti. AFAS antikorları negatifti. Yapılan kardiyolojik muayenesinde özellik yoktu. Çekilen kontrastlı sol el MR ında; Sol 2,3,4,5. parmak orta ve distal falanksalarda intramedüller kemik iliği ödemi, tüm distal ve orta falanks periferinde yumuşak dokuda ödem - enflamasyon saptandı. Hastaya pentoksifilin 400 1x1, asetilsalisilik asit 100 mg 1x1+ hidroklorokin 200 1x1 başlandı.

Sonuç: Mikrogeodik hastalık erişkin yaşta nadir görülen, raynaud sendromu ile karışabilecek bir durumdur. Ayırıcı tanıda tuberkuloz osteitisi, brucella ve sarkoidoz gibi granulomatöz reaksiyon yapabilecek hastalıkları, orak hücreli aneminin daktilini düşünmek gerekir.(3)

1. Maroteaux P (1970) Cinq observations d'une affection microgeodique des phalanges du nourisson d'etiology inconnue [Five cases of microgeodid disease of phalanges of unknown etiology in infants]. Ann Radiol 13:229–236

2. Smitaman E, Pereira BPG, Huang BK et al (2016) Abnormal bone marrow signal intensity in the phalanges of the foot as a manifestation of Raynaud phenomenon: a report of six patients. AJR Am J Roentgenol 30:1–5

3. Howard CB, Alkrinawi S, Gadalia A et al (1993) Bone infection resembling phalangeal microgeodid syndrome in children. A case report. J Hand Surg (Br) 18:491–493

Anahtar Kelimeler: mikrogeodik hastalık, raynaud sendromu

[PS-17]

Aksiyal spondiloartrit tanısı alan diffüz sistemik skleroz olgu sunumu

İpek Türk, Gizem Varkal, Süleyman Özbek

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) yaygın endotel disfonksiyonu, ilerleyici kutanöz ve iç organ fibrozisi ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Aksiyal spondiloartrit (axSpA) omurgayı ve/veya periferik eklemleri etkileyebilen seronegatif bir inflamatuvar artrittir. İnflamatuvar bel ağrısı ile kendini gösterir. İki hastalığın birlikteliği literatürde nadiren bildirilmiştir.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta 2 yıl önce nefes darlığı, güçsüzlük, el ve ayaklarda morarma ile kliniğimize başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucunda hastaya SSk tanısı konmuş. Hasta akciğer tutulumu nedeniyle 6 kür siklofosfamid tedavisi almış. Daha sonra mikofenolat mofetil (MMF) tedavisine geçilmiş. İzlemede hastanın akut faz reaktanlarında sebat eden yükseklik saptandı. Hastanın enfeksiyon açısından yapılan sorgulamasında anlamlı bir bulgu saptanmadı. Sistem sorgulaması yapıldığında hastanın inflamatuvar karakterde bel ağrısı olduğu görüldü. Yaklaşık 1 saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Periferik artrit mevcut değildi. Kendisinde ve ailesinde sedef öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sklerodaktili, her iki akciğer bazal-orta zonlarda krepitan ralleri mevcuttu. Modifiye rodnan cilt skoru 26 idi. Hastanın sakroiliak kompresyon ve faber testi pozitif. Laboratuvar tetkiklerinde ANA +++, anti scl 70 134 u/ml, antidsDNA, anti sentromer, anti SS-A ve anti SS-B negatif, CRP: 76,8 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 47 mm/saat, hb:11,4 g/dl, trombosit düzeyi: 140 000 beyaz küre:11,600 ALT:12 u/l, kreatinin: 0,37 mg/dl, HLA B27 pozitif olarak görüldü. Hastanın ön arka pelvis grafisinde sağ evre 2, sol evre 1 olarak değerlendirildi. Sakroiliak magnetik rezonans incelemesinde (MRI)'de sağ sakroiliak eklemden aktif kemik iliği ödemi saptandı. Hastanın brucella agglutinasyonu negatif olarak görüldü. BASDAI değeri 6,4 idi. Akciğer tutulumu mevcut olan hastanın MMF tedavisine nintedanib tedavisi eklendi. Spondiloartrit tanısı konan hastaya NSAİİ tedavisi başlandı.

Sonuç: SSk hastalarında spondiloartrit birlikteliği nadir de olsa görülebilmektedir. Özellikle inflamatuvar vasıfta bel ağrısı olan hastalarda açıklanamayan akut faz reaktanları varlığında, akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit, sistemik skleroz

[PS-18]

Covid-19 kliniği ile başvuran Anti- Sentetaz sendromlu olgu

Erdal Bodakçı

Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji, Eskişehir

Amaç: Covid-19 hastalığı, pulmoner tutulum, myopati, yaygın eklem ağrıları, ateş gibi klinikle başvurarak Anti-sentetaz sendromunu taklit edebilmektedir. Burada Covid -19 ön tanısıyla takip edilirken Anti-sentetaz sendromu tanısı alan hastayı sunacağız.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta 3 aydır olan güçsüzlük, kuru öksürük, ateş, yaygın eklem ağrıları, akut faz yüksekliği, hiperferritinemi ve kreatinin kinaz enzim yüksekliği ile 2 defa Covid-19 şüphesi ile Covid kliniğinde yatarak tedavi görmüş. Covid PCR testleri 10 defa çalışılmış ve hep negatif saptanmış. Covid pulmoner tutulum tanısıyla 10 günlük steroid tedavisi verilmiş. O dönemlerde klinik olarak daha iyi olan hasta steroid tedavisi kesildikten sonra tekrar güçsüzlük, yürüyememe, ateş, yaygın eklem ağrıları olması üzerine tarafımıza danışıldı. Sorgulamasında son 3 ay içerisinde 12 kilo kaybettiğini, yutma güçlüğü olduğunu, oturup kalkarken destek almak zorunda kaldığını ve el bileklerini ağrıdan dolayı kullanmadığını belirtti. Fizik muayenesinde her iki el bileğinde artrit vardı, kas gücü üst ekstremitede 3/5, altta 2/5 idi. Ciltte herhangi bir döküntü yoktu. Sedim 75 mm/saat, CRP 65 mg/dl, CK 1750 mg/dl, ferritin 1200, ANA +2 nükleolar, Anti-Jo1 pozitif, dsDNA ve RF negatifti. EMG' de tüm ekstremitede yaygın MÜP' ler saptandı. Kas biyopsisinde perimisyal inflamasyon, perifasiküler nekroz alanları görüldü. Akciğer tomografisinde bilateral alt loblarda ince retiküler görünüm ve yer yer fibrozis alanları olarak değerlendirildi. FVC 80, DLCO 78 idi. Malignite taramasında patoloji saptanmadı. Myopati, artrit, disfaji, pulmoner fibrozis ve Anti-Jo1 pozitifliği ile Anti-sentetaz sendromu düşünüldü. Disfajisi olması nedeniyle metilprednizolon 1000 mg 3 gün sonrasında 48 mg/gün verildi. 5.günden itibaren disfajisi tam olarak düzeldi. Steroid tedavisine ek olarak mikofenolat mofetil 1500 mg/gün başlandı. Tedavisinin 3. ayında kas gücü tam, pulmoner tutulum açısından stabil olarak takibi devam etmektedir.

Sonuç: Anti-sentetaz sendromu myopati, artrit, raynaud, interstisyel akciğer tutulumu ile karakterize bir hastalıktır. Covid PCR negatif hastalarda ayırıcı tanıda Covid dışı durumlar gözden geçirilmelidir. Özellikle akciğer tutulumu ile seyreden vaskülitler, myozitler, romatolojik hastalıklara eşlik eden akciğer tutulumları Covid-19 benzeri klinik ile prezente olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Anti-sentetaz sendromu

[PS-19]

Covid-19 enfeksiyonu sonrası gelişen Reaktif artrit olgusu

Erdal Bodakçı

Eskişehir Şehir Hastanesi, Romatoloji, Eskişehir

Amaç: Reaktif artrit(ReA) genellikle ürogenital veya gastrointestinal bir enfeksiyon sonrası gelişmekle beraber birçok viral enfeksiyon sonrası da görülebilmektedir. Covid-19 enfeksiyonu sonrasında gelişen olgular literatürde yer almaya başladı. Covid-19 enfeksiyonu sonrası kısa ve uzun süreli bağışıklık sisteminin etkileri henüz net bilinmemekle beraber vakaların bir kısmında gastrointestinal tutulumda görülebilmektedir. Burada Covid-19 enfeksiyonundan 3 hafta sonra artrit ve daktilit ile başvuran Covid-19 ilişkili reaktif artrit vakasını sunacağız.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta boğaz ağrısı, ateş ve yaygın vücut ağrısı ile yapılan Covid PCR testi pozitif saptanmış olup parasetamol tedavisi ile evde karantina sürecini tamamlamış. Hastanın 10.günde herhangi bir semptomu kalmamış olup iyileştikten 2 hafta sonra sağ el bileği ve sağ el 1. distal interfalangeal(DIF) eklemdede ağrı, şişlik ve 1 hafta sonra sağ ayak 3. parmakta ağrı, şişlik ve kızarıklık olması üzerine başvurdu. Yakın zamanda Covid-19 dışında bir enfeksiyon öyküsü yoktu. Konjunktivit veya üveiti düşündüren oküler belirti öyküsü ve inflamatuvar diyare, inflamatuvar barsak hastalığı, hastada ve ailesinde sedef hastalığı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sağ el ve sağ el 1.DIF'te artrit, sağ ayak 3.parmakta daktiliti vardı. Eklem dışı belirtileri yoktu. Laboratuvar testlerinde Crp 28 mg/dl (0-5), sedimantasyon 36 (< 20 mm/saat), ürik asit normal, RF ve anti-CCP, antinükleer antikor ve HLA-B27 testleri negatifti. Sakroiliak MR normal idi. Artrit ve daktilit ile ReA düşünüldü. Tarafımıza başvurmadan önce 10 günlük diklofenak tedavisi almasına rağmen yanıt alamayan hastaya prednizolon 20 mg/ gün tedavisi başlandı. Klinik yanıt alınan hastada tedavisinin 1. ayında artrit ve daktiliti tamamı ile geriledi. Prednizolon 5 mg/gün tedavisine 1 ay daha devam edildi. 2.ayın sonunca prednizolon tedavisi stoplandı. Takibinin 3. ayında ilaçsız takip edilmektedir.

Sonuç: Klasik ReA, bir spondiloartrit fenotipine sahiptir ve öncesinde semptomatik bağırsak veya ürogenital enfeksiyon vardır. COVID-19 sonrası-ReA' nın geçici bir fenotip olup literatürde bildirilen tüm vakalar kendi kendini sınırlar. Pandemi sürecinde artrit ayırıcı tanısında Covid ilişkili ReA akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 enfeksiyonu, Reaktif artrit

[PS-20]

Hipokalemi ile Prezente olan Primer Sjögren Sendromu Olgusu

Özlem Özdemir Işık, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Kocaeli

Amaç: Sjögren sendromu (SS), otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Primer SS (pSS) hastalarında böbrek tutulumu %2-67 arasında değişken oranlarda rapor edilmiştir. Burada hipokalemi ile prezente olan distal renal tübüler asidoz tespit edilen ve sonrasında pSS tanısı alan olgu sunulacaktır.

Olgu: 28 yaş kadın hasta. Halsizlik, yorgunluk, kas güçsüzlüğü yakınması ile başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde potasyum(K) 1,6 meq/L saptanmış. Muayenesinde alt extremitede kas gücü belirgin azalmış olan hastanın çekilen kranial ve spinal MR’da konus medullaris ve cauda eqına liflerinde zayıf homojen tutulum saptanmış. Hastaya Guillan Barre sendromu ön tanısı ile 100 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlanmış. Kan gazında metabolik asidozu olan hastaya bikarbonat ve potasyum replasmanı yapılmış. Yakınmalarında gerileme olmayan hasta ileri tetkik amaçlı üniversitemiz nefroloji servisine devredilmiş. Tetkiklerinde K:1,64 meq/L, Ca:8,3 mg/dl, P:0,7 mg/dl, kan gazında ph:7,24 HCO₃:11,8mmol/L saptanmış. İdrar ph:6,5 ve eser protein mevcutmuş. Hastada mevcut bulgularla distal renal tübüler asidoz (RTA) düşünülmüş, potasyum ve fosfor replasmanı yapılmış, diyeti düzenlenmiş. Replasmanlarla elektrolit bozukluğu düzelen hastanın kas güçsüzlüğü ve mevcut bulgularında gerileme saptanmış. Hastada guillan barre sendromu tanısından uzaklaşmış. 24 saatlik idrar tetkikinde 810 mg/gün proteinüri tespit edilen hastanın yapılan böbrek biyopsisinde tübülointerstisyel nefrit saptanmış. Etyoloji açısından sorgulanan hastanın ağız ve göz kuruluğu olması üzerine bakılan schirmer testi: 3 mm(bilateral) bulunmuş. Tetkiklerinde ANA granüler 2+, Anti-SSA 2+, Anti-SSB 2+ saptanmış. Sistem sorgusunda bağ doku hastalığına ait başka bir bulgusu olmayan hastada Anti-dsDNA negatif bulunmuş. Minör tükruk bezi biyopsisinde fokus skoru 3 olan hastaya pSS tanısı ile önerimiz üzerine 24 mg/ gün metilprednizolon, 200 mg/gün hidroklorokin ve 100 mg/gün azatioprin tedavisi başlanarak poliklinik takibimize alınmış. Hasta mevcut tedaviler altında yakınmasız olarak poliklinik takibine devam etmektedir.

Sonuç: PSS’de en sık görülen böbrek tutulumu distal RTA’dır. En sık görülen histopatolojik lezyon ise interstisyel nefrittir. Olgumuzda bu bulgular mevcut olup farklı prezentasyonu nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, hipokalemi, renal tübüler asidoz

[PS-21]

Sistemik Lupus Eritematozuslu Bir Hastada Hidroksiklorokin İle Gelişen Palmoplantar Püstüler Psoriasis Olgusu

Bilgin Karaalioğlu, Fatih Yıldırım, Melek Yalçın Mutlu, Gamze Akkuzu, Duygu Sevinç Özgür, Cemal Bes Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş:

Palmoplantar Püstüler Psoriasis (PPP), avuç içlerinde ve ayak tabanlarında tekrarlayan steril püstüller ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Bazı ilaçlara maruz kalma, PPP'nin indüklenmesine veya alevlenmesine yol açabilir.¹ Hidroksiklorokin (HCQ) birçok otoimmün romatizmal hastalıkta yaygın olarak kullanılmaktadır. Burada, sistemik lupus eritematozus (SLE) hastasında HCQ ile indüklenen bir PPP vakasını sunuyoruz.

Olgu:

49 yaşında kadın hasta, 20 yıl önce SLE tanısı almış. Son 10 yıldır SLE için herhangi bir ilaç kullanmıyormuş. Eklem ağrısı, fotosensitivite, halsizlik ve malar eritem yakınmaları ile başvurdu; antinükleer antikör pozitifliği, anti-dsDNA pozitifliği ve hipokomplementemi bulguları saptanan hastaya prednisolone 5mg/gün ve HCQ 400mg/gün tedavisi başlandı. Bu tedaviden 1 ay sonra her iki ayak tabanı ve avuç içinde papülopüstüler lezyonlar gelişmesi nedeniyle tekrar başvurdu (figür 1). Lezyonlardan biyopsi alındı ve püstüler psoriasis olarak raporlandı.HCQ durduruldu ve dermatoloji tarafından topikal tedavi ve ardından PUVA tedavisi başlandı. Prednisolon 5 mg olarak devam edildi. 1.5 ay sonra lezyonları geriledi. Bunun üzerine hastaya farklı bir HCQ preparatı başlandı. Yeni HCQ ilacı başladıktan 4 hafta sonra palmoplantar bölgede lezyonlar tekrarladı. Hastada PPP lezyonları 2 farklı HCQ preparatı kullanırken gelişmesi üzerine ilaç ilişkili deri lezyonları olduğuna kesin kanaat oluştu. HCQ tedavisi durduruldu.1 aylık takipte lezyonlarda azalma olmakla birlikte henüz tam iyileşmemiş olduğu görüldü (figür 2)

Tartışma:

PPP avuç içleri ve ayak tabanlarında küçük steril püstüler lezyonlar şeklinde prezente olan en yaygın püstüler psöriasis varyantıdır.² İlaçların psöriasis oluşumu veya alevlenmesi üzerindeki etkisi son yıllarda yapılan çalışmalarda netleştirilmeye çalışılmış, bazı ilaçların psöriasis hastalığı ile ilişkisi kanıtlanmıştır.¹ HCQ'nun psöriasis oluşturma mekanizması tam olarak anlaşılmasa da IL17 ve IL23'ü arttırdığı veya cilt için gerekli olan kolesterol metabolizmasını etkilemesinden dolayı olabilir.³

Sonuç:

İlaca bağlı psöriasisin tanınması, hastalığın optimal yönetimini sağlamak için hayati önem taşır. Biz bu olguda romatolojide sıklıkla kullanılan HCQ tedavisinin, yeni psöriasis oluşumuna veya mevcut lezyonların alevlenmesine neden olabileceğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin, Püstüler psöriasis, Sistemik lupus eritematozus

FIGÜR 1



Hidroksiklorokin başlandıktan 1 ay sonra her iki ayak tabanı ve avuç içindeki psöriyatik lezyonlar. Ancak hastaya dermatoloji tarafından tedavi de başlanmıştı

FIGÜR 2



Hidroksiklorokin tedavisi durdurulduktan 1 ay sonra lezyonların gerilediği görüldü

[PS-22]

Orbita ve kemik iliği tutulumu ile prezente olan IgG4 ilişkili hastalık olgusu

Belkıs Nihan Coşkun, Nihal Lermi, Zeynep Yılmaz Bozkurt, Ali Ekin, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: İmmünglobülin G4 (IgG4) ilişkili hastalık (IgG4-İH), artmış serum IgG4 düzeyleri ve tipik histopatolojik bulguları olan, steroide iyi yanıt vermesi ile bilinen sistemik bir hastalıktır. Birçok organ ve sistemi etkilemekle birlikte başlıca pankreas ve salgı bezlerini (gözyaşı bezleri ve tükürük bezleri) tutar. Bu yazıda orbita, parotis ve kemik iliği tutulumu olan IgG4-İH tanısı koyduğumuz hastamızı sunacağız.

Olgu: Altmış bir yaşında kadın hasta, altı sene önce sol gözde ağrı ve öne doğru büyüme şikayetiyle doktora başvurmuş ve üçüncü ventrikülde kordoid glioma ve sol orbitada kitle nedeniyle 2 kez opere olmuş. Patoloji sonucu plazma hücre infiltrasyonu olarak raporlanmış. Üç sene sonra nüks nedeniyle radyoterapi tedavisi uygulanmış ve sonrasında çekilen FDG-PET/BT görüntüleme, mediastende bilateral hipermetabolik lenf nodları (SUVmax:4,5), boyunda (SUVmax:7,3), bilateral parotis bezinde ve sağ iliak kemikte fokal metabolik aktivite artışı bulunmuş (SUVmax:10,4). Tarafımızca değerlendirilen hastada anemi, renal fonksiyon bozukluğu, elektrolit bozukluğu ya da monoklonal gamapati saptanmadı. ANA, ANA profil, ANCA, RF negatifti. Eritrosit sedimentasyon hızı 57 mm/h, C-reaktif protein negatif, serum IgG seviyeleri 44.2 g/L, IgG4 seviyesi ise 40.4 g/L saptandı. Kemik iliği biyopsisi yapıldı. Orbita biyopsisi ile birlikte değerlendirildi ve her iki biyopsi örneğinde de plazma hücrelerinde artmış IgG4 ekspresyonu (%80) gösterildi. Sistemik IgG4-İH tanısı doğrulandı. Azaltma şemasıyla 1 mg/kg/gün dozundan steroid, 3 kür 1000 mg siklofosamid tedavisi verildi. Sonrasında Ritüksimab (RTX) tedavisine geçildi. Hasta halen RTX kullanmakta olup klinik olarak yanıt alınmıştır. Takip ve tedavisi halen romatoloji polikliniğinde devam etmektedir.

Sonuç: IgG4-İH organ tutulumuna göre atipik klinik prezentasyonla seyredebilir ve tanıya giden süreçte bir gecikme olabilir. Hastamızın da ilk şikayetlerinin başladığı andan itibaren sitopenisinin olmaması kemik iliği tutulumunun saptanmasını geciktirmiş olabilir. FDG-PET taramaları tanı açısından faydalı olabilir. Orbitada kitle ile gelen hastada ayırıcı tanıda IgG4-İH düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İmmünglobülin G4 (IgG4) ilişkili hastalık, kemik iliği tutulumu, orbita tutulumu

[PS-23]

Primer Hiperparatiroidi ile İlişkili Artrit Olgusu

Enes Başaran, Özlem Özdemir Işık, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç:

Hiperparatiroidi kanda parathormon (PTH) düzeyi yüksekliğiyle seyreden bir durumdur. En sık renal bulgularla prezente olmakla birlikte, kas iskelet bulguları da %14-16 oranında eşlik edebilmektedir. Burada artrit ile prezente olan ve hiperparatiroidinin tedavi edilmesi ile gerileyen bir olguyu sunmak istedik.

Olgu:

Önceden bilinen HT dışında tanısı olmayan 58yaş kadın hastanın yaygın eklem ağrıları 3 yıldır mevcutmuş. Hastanın özellikle ayak bileklerinde şişlik oluyormuş. 13 yıl önce travma ve sonrasında sağ ayak bileğinden operasyon öyküsü olan hastanın, ağrıları bu duruma bağlanıyormuş. Verilen tedavilerden fayda görmeyen hastanın sağ ayak bileğinde şişlik olması üzerine tarafımıza başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ ayak bileği şiş ve ağrılı, sol ayak bileği ağrılıydı. Hastanın çekilen ayak grafisinde belirgin patoloji saptanmadı. Dış merkezde çekilen sol ayak MR'ında, sol ayak bileğinin çevresinde ödem lenf ödem?, selülit? ayak bileği kemiklerinde efüzyon, ayak bileğinde osteodejeneratif değişiklikler, fleksör hallucis longus tendonu etrafında ödem, fibula distal uçta operasyona sekonder post-op değişiklikler mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde ek patoloji saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanları normal aralıkta, oto-antikorları negatif, kalsiyum 12,4 mg/dl, fosfor 1.6 mg/dl saptandı. Bunun üzerine bakılan PTH değeri; 1014 ng/l (12-88), D vit 4 ng/ml'nin altında bulundu. Hastadan primer hiperparatiroidi ön tanısı ile istenen boyun tomografisinde, solda paratiroid lokalizasyonunda 20x27x36 mm boyutlu santrali hipodens periferi tiroid dokusu ile izodens kitlesel lezyon izlendi. Paratiroid sintigrafisinde paratiroid adenomu ile uyumlu görünüm saptandı. Hastaya mevcut kliniği ve kalsiyum yüksekliği, hipertansiyonu olması ve medikal tedavi ile kalsiyum yüksekliğinin gerilememesi nedeniyle operasyon planlandı. Paratiroidektomi sonrası Ca:8.6 mg/dl idi. Post-op üçüncü ayında hastanın ayak bileğinde şişlik şikayetleri gerilemiş olup ek tedavi gerektirmemiştir

Sonuç:

Hiperparatiroidide yaygın ağrı, kondrokalsinozis, artrit ve miyalji görülebilmektedir. Bundan dolayı hastalar değerlendirilirken ayırıcı tanıda hiperparatiroidinin göz önünde bulundurulması değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirilen hastalardan biyokimyasal tarama yapmak, tanı için oldukça önemlidir. Tedavi için ise genellikle altta yatan patolojinin ortadan kaldırılması yeterli olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: artrit, hiperparatiroidi

[PS-24]

Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası gelişen sistemik sklerozis vakası

Ezgi Çimen Güneş, Emre Tekgöz, Seda Çolak, Muhammed Çınar, Sedat Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,
Ankara

Amaç: Sistemik sklerozis (SSk), oto-antikor pozitifliği, vaskülopati, deride ve iç organlarda progresif fibrozis ile karakterize olan kronik otoimmün bir hastalıktır. Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu (HSCT) uygulanan hastalarda transplantasyon sonrasında gelişen inflamatuvar bir durum olan graft-versus-host hastalığında da (GVHH) sistemik sklerozis benzeri deri bulguları görülebilmektedir. Bu olguda Akut miyeloid lösemi (AML) tanılı bir hastada HSCT sonrası gelişen progresif cilt fibrozisi ile seyreden SSk hastası sunulmuştur.

Olgu: 47 yaşında kadın hastaya AML tanısı ile tam uyumlu donör kardeşi tarafından 5 yıl önce kemik iliği nakli yapıldı. Nakil sonrası ikinci yılda umbilikal bölgede ve dizlerinin altında ayak parmaklarının korunduğu sklerotik zeminde değişik boyutlarda hiperpigmente cilt lezyonları gelişti (Resim 1, 2). Muayenesinde parmak uçlarında ağrılı dijital ülserleri ve raynaud sendromu ile uyumlu el parmaklarında renk değişikliği mevcuttu. Bağ doku hastalığı ile uyumlu klinik bulgularının eşlik etmesinden dolayı GVHH dışlayabilmek adına mevcut cilt lezyonlarından biyopsi alındı. Alınan cilt biyopsisi GVHH ile uyumlu düşünülmedi. Seroloji testlerinde Anti-nükleer antikor sentromerik paternde pozitif. Kapilleroskopisinde aktif paternde kanamalı dev kapiller gözlemlendi. Cilt bulguları, Raynaud sendromu, eşlik eden dijital ülseri, kapilleroskopi değişikliği ve sentromerik paternde ANA pozitifliği olan hastaya SSk tanısı konuldu. Asetilsalik asit, metilprednizolon, hidrosiklorokin tedavileri başlanılan hastaya 5 gün ilioprost infüzyonu verildi. Takiplerinde cilt lezyonlarının progrese olmasından dolayı pentoksifilin, ruksolinitib ve mikofenolat mofetil tedavilerine eklendi.

Sonuç: Kronik GVHH'nın sklerodermatöz formu nadir görülen klinik bir durumdur. HSCT sonrası gelişen sklerotik cilt lezyonları GVHH'na bağlı olabileceği gibi nadirde olsa yeni gelişen otoimmüneye bağlı olarak sistemik sklerozis gibi bir bağ doku hastalığında bulgusu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu, Sistemik sklerozis

Resim 1



Resim 2



[PS-25]

Ailesel Akdeniz Ateşi Hastaları' nda Hasar ve İlişkili Faktörler

Sema Kaymaz Tahra

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan, kendini sınırlayan ateş yüksekliği ve serozit ataklarının görüldüğü bir otoinflamatuvar hastalıktır. AAA hastalarının bir kısmı ataklar arasında, hasara yol açabilen subklinik inflamasyona sahiptir. Bu çalışmada AAA hastalarında Otoinflamatuvar Hastalık Hasar İndeksi (OHHİ) ile hasar değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tel Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı alan hastalar çalışmaya kesitsel olarak dahil edildi. OHHİ, hasar değerlendirmesi için kullanıldı. Reprodüktif, renal, gelişimsel, serozal, nörolojik, kulak, oküler, kas-iskelet sistemi başlıkları OHHİ değerlendirmesinde kullanıldı. Ataklar arası dönemde kronik akut faz reaktanı (C reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı) yüksekliği olan hastalar persistan inflamasyona sahip olarak tanımlandı.

Bulgular: Toplam 66 (K/E:36/30) hasta çalışmaya kesitsel olarak dahil edildi. Ortalama yaş 28.3 ± 10.0 yıl ve ortalama hastalık süresi 9.0 ± 7.8 yıl idi. Yirmiüç (%35) hastada görülen kas-iskelet sistemi ağrısı en sık görülen hasar maddesi idi. Ortalama OHHİ 0.46 ± 0.74 puandı. Dokuz (%43) hastada persistan inflamasyon mevcuttu ve OHHİ skoru persistan inflamasyonu olan hastalarda daha yüksekti (1.2 ± 1.1 vs 0.4 ± 0.6 , $p=0.04$). OHHİ skoru güncel yaş ($r=0.158$, $p=0.20$) ve hastalık süresi ($r=0.056$, $p=0.65$) ile korele değildi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre persistan inflamasyon artmış hasar ile ilişkili idi. OHHİ skorunda en sık görülen hasar parametresi kas-iskelet sistemi ağrısı idi. Hasar gelişiminin önlenmesi FMF izleminde önlenmesi amaçlanan temel hedeflerden olup, OHHİ FMF ilişkili hasarı iyi yansıtan bir skorlama olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, Hasar, Otoinflamatuvar Hastalık Hasar İndeksi

Tablo. AAA hastalarında Otoinflamatuvar Hastalık Hasar İndeksi ile değerlendirilen hasar parametreleri

Başlık	Hasar parametresi		Puan	Hasar parametresi görülen hasta sayısı n (%)
Reproduktif	Sub/infertilite		2	1 (1.5)
	Amenore		1	0 (0)
Renal/amiloidoz	Amiloidoz	Limitli amiloidoz	2	1 (1.5)
		Yaygın amiloidoz	3	0 (0)
	Proteinüri		1	5 (7.6)
	Renal yetmezlik	Orta dereceli yetmezlik	2	1 (1.5)
		Ciddi yetmezlik	3	0 (0)
Gelişimsel	Büyüme yetersizliği		2	0 (0)
	Puberte gecikmesi		1	0 (0)
Serozal	Serozal skarlanma		1	1 (1.5)
Nörolojik	Gelişim gecikmesi		2	0 (0)
	Kognitif bozukluk		3	0 (0)
	Artmış kafa içi basıncı		2	0 (0)
	Santral sinir sistemi tutulumu		3	0 (0)
Kulaklar	İşitme kaybı	Orta işitme kaybı	1	0 (0)
		Ciddi işitme kaybı	2	0 (0)
Oküler	Hafif oküler tutulum		1	0 (0)
	Orta oküler tutulum		2	0 (0)
	Ciddi oküler tutulum		3	0 (0)
Kas-iskelet sistemi	Eklem kısıtlanması		2	1 (1.5)
	Kemik deformitesi		2	1 (1.5)
	Osteoporoz		1	0 (0)
	Kas iskelet ağrısı		1	23 (34.8)

[PS-26]

Merkezi sinir sistemi tutulumu ve periferik nöropatisi olan primer sjögren sendromu vakası

Meryem Can¹, Güneş Dorukhan Çavuşoğlu², Mahmut Bilal Doğan³

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

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

³Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sjögren sendromunda merkezi sistem tutulumu %2-25 ve periferik nöropati %11-60 oranlarında gözükmektedir. Saf duyuşal veya duyuşal ağırlıklı polinöropati sıklığı %50-60 oranında iken, ince lif nöropatisi daha nadir gözükmektedir. Biz de burada nörolojik yakınmalarla başvuran primer Sjögren sendromu (PSS) tanısı koyduğumuz bir vaka sunmaktayız.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta vücudunun çeşitli yerlerinde fasikülasyon şeklinde titreşimler, ayaklarda yanma, eklem ve kas ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın aynı zamanda 3 aydır el ve ayak bileği ve el parmak eklemlerinde ağrı yakınması varmış. Özellikle ayaklarda belirgin ağrıyla birlikte yanma, soğukta şikayetlerde artma, karıncalanma, uyuşma tarif ediyordu. Ara ara hissettiği gözlerde yanma ve batma yakınmaları mevcuttu. Fizik muayenede el-ayak eklemlerinde artralji saptandı.

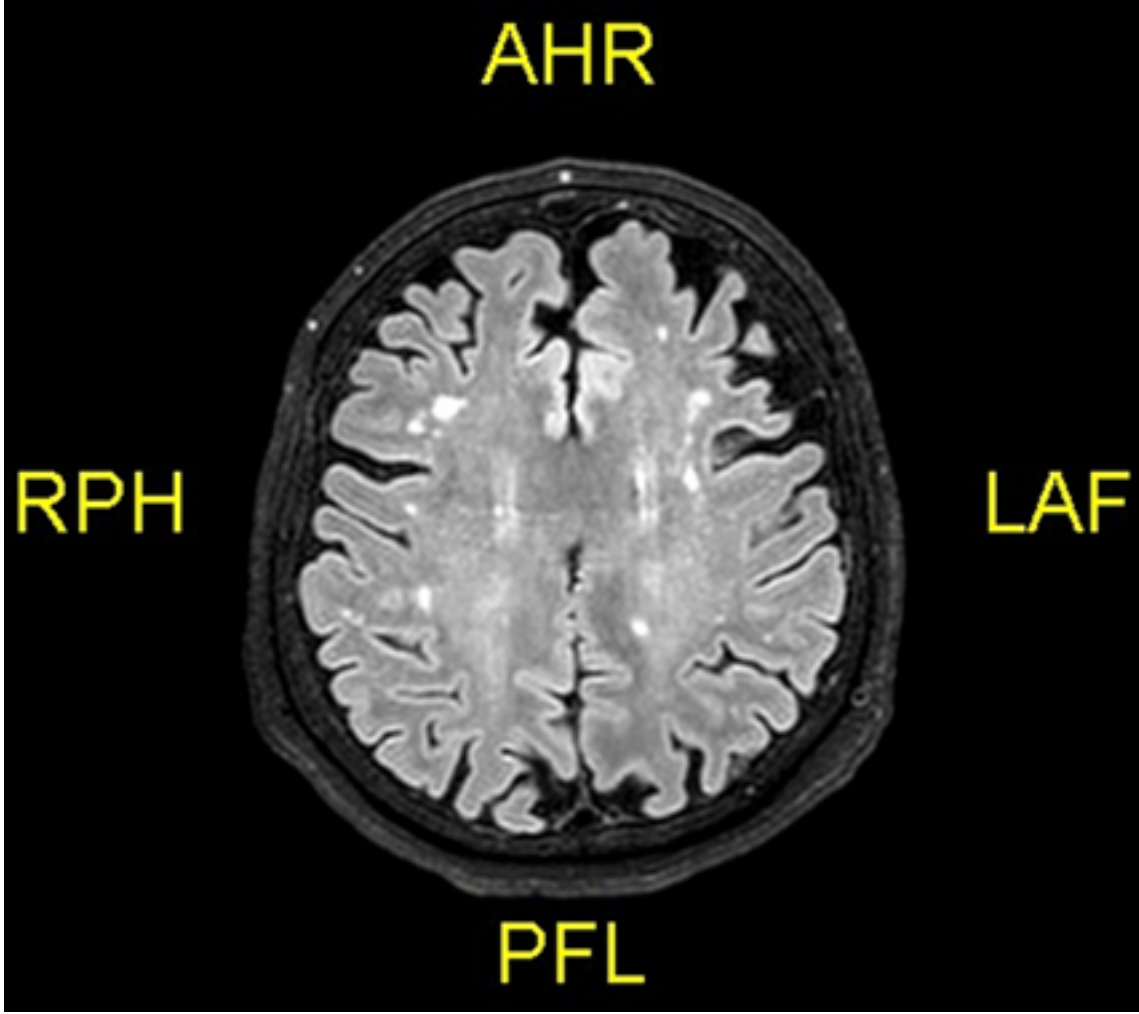
Sedimentasyon hızı: 30mm/saat; CRP normal; RF: 31,2; ANA (+++ benekli) pozitif saptanırken ENA profili negatif saptandı. Yapılan minör tükürük bezi biyopsisinde 2 odakta yaklaşık 50 lenfosit içeren lenfosit agregatları (Focus skoru:1) saptandı. Göz kuruluğu için yapılan tetkiklerde Schirmer testi 3 mm/3 mm olarak değerlendirildi. Bu sonuçlarla hastaya primer Sjögren sendromu tanısı kondu.

Hastada Sjögren sendromuna bağlı ince lif nöropatisi tanısı kondu. Hasta azatioprin 50 mg 2x1, metilprednizolon 4 mg 1x1 ve hidrosiklorokin tedavisi altında izlenirken, sağ temporalde daha şiddetli olmak üzere her iki temporalde yaklaşık bir aydır olan baş ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Kranial MR/MR anjiografide, bilateral sentrum semiovalelerde ve frontoparietal beyaz cevherde küçük odaklar şeklinde, dağınık, multifokal "atılmış pamuk" manzarası oluşturan gliotik lezyonlar izlenmektedir (Resim 1,2). Hastaya tedavi olarak metilprednizolon 48 mg/gün, azatioprin 150 mg/gün, hidrosiklorokin 200 mg 2x1 başlandı. Birinci ay kontrolünde şikayetleri %80 azalmıştı ve ek bir yakınması yoktu.

Sonuç: İnce lifli nöropati yaygın olarak PSS ile ilişkilidir. Kesin tanısı ince lif EMG'si ve deri biyopsisiyle konmaktadır. Terapötik stratejiler ve prognoz, nöropatinin tipine göre değiştiği için kesin teşhis önemlidir.

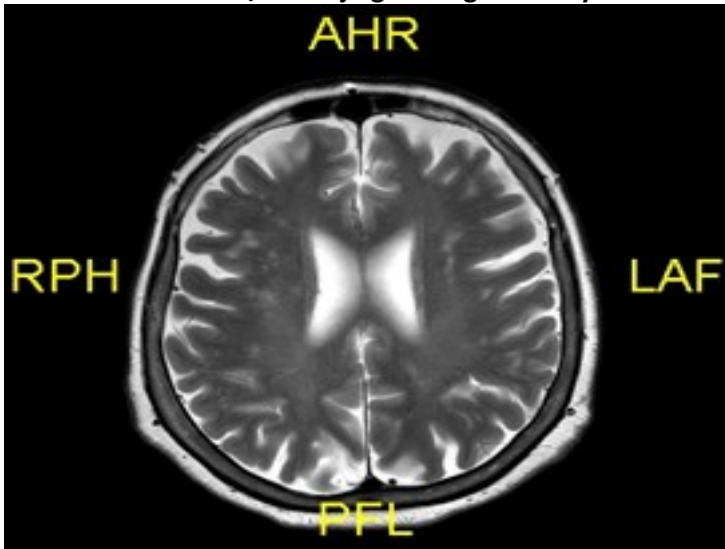
Anahtar Kelimeler: İnce lif nöropatisi, Sjögren sendromu

Resim 1: Kranial MR/MR anjiografide gliotik lezyonlar



Bilateral sentrum semiovalelerde ve frontoparietal beyaz cevherde küçük odaklar şeklinde, dağınık, multifokal "atılmış pamuk" manzarası oluşturan gliotik lezyonlar izlenmektedir.

Resim 2: Kranial MR/MR anjiografide gliotik lezyonlar



Bilateral sentrum semiovalelerde ve frontoparietal beyaz cevherde küçük odaklar şeklinde, dağınık, multifokal "atılmış pamuk" manzarası oluşturan gliotik lezyonlar izlenmektedir.

[PS-27]

Küçük Hücreli dışı Akciğer Kanseri ile ilişkili Paraneoplastik Polimiyozit

Ahmet Murat Genç¹, Sümeyye Memet²

¹Bursa şehir hastanesi Romatoloji

²Bursa şehir hastanesi Dahiliye

Amaç: Polimiyozitler, progresif seyirli proksimal kas güçsüzlüğü ile karakterize idiyopatik inflamatuvar bir miyopatidir. İdiyopatik miyozitler ile kanser ilişkisi iyi bilinmekle, en sık over, akciğer, meme, mide ve kolorektal kanserle ilişkilidir. Burada yassı epitel hücreli akciğer kanseri ile ilişkili miyopati olduğu saptanan hastayı değerlendirdik.

Olgu: 68 yaş erkek hasta, 1 aydır olan kas güçsüzlüğü ve ayağa kalkamama şikayeti ile başvurdu. 50paket/yıl sigara, 40 yıldır günlük 500 gr alkol alımı mevcut. Bilinen bir hastalığı yok. Soy geçmişinde özellik yok. Hastanın fizik muayenesinde TA:140/80 mm/hg nabız:106 ateş:36,8 C spo2:95 idi. üst ve alt ekstremitte proximal kaslarda 3/5 kas güçsüzlüğü mevcut idi. Tetkiklerinde; lökositoz, normositer anemi, CRP: 135,4 mg/L, AST:619 IU/L, ALT:166 U/L, LDH:1348 IU/L, CK:6830 IU/L, troponin T 147 ng/L, NtPro-BNP:638 µg/L, kütle CK-MB: 78 µg/L, miyogloblin:>30000,000 µg/L, ANA 1:2560 saptandı. BFT ve diğer tetkikleri normal sınırlarda idi. Covid PCR negatif saptandı. Toraks BT de; Sağ hemitoraks bazalinde 2 cm kalınlıkta plevral efüzyon, sağ hemitoraksta nonhomojen pnömonik infiltrasyon alanı izlendi. EKG nsr, ekokardiyografide ef %45-50. Hastada bakteriyel pnömoni düşünülüp piperasilin tazobactam tedavisi başlandı. Çekilen bilateral alt ve üst ekstremitte MR¹ da yaygın diffüz tutulum saptandı. EMG miyopati ile uyumluydu. Günlük 1mg/kg metilprednisolon tedavisi başlandı, tedaviye başladıktan sonra kas enzimlerinde gerileme görüldü. Paraneoplastik polimiyozit? hastada malignite araştırılması açısından PET-CT çekildi; Sağ akciğer üst lob bronşunu çevreleyerek daraltan yaklaşık 4.5x2.5 cm metabolik boyuta ulaşan primer maligniteyi temsil eder metabolik aktivite artışı gösteren kitlesel lezyon (SUVmax 5.2) izlenmiştir (Resim1). Kitleye yönelik göğüs hastalıkları tarafından bronkoskopi yapıp biyopsi alındı. Biyopsi sonucu yassı epitel hücreli akciğer kanseri ile uyumlu geldi. Hasta Malignite ile ilişkili miyosit tanısı konuldu. Prednol tedavisi ile kas güçsüzlüğü gerileyen, kas enzimleri normale dönen hasta onkoloji polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç: İnflamatuvar miyopatiler, immün aracılı kas hasarının ortak özelliğini paylaşan bir grup bozukluktur. Bu bozukluklardan en yaygın görülenleri; Dermatomyozit ve Polimiyozittir. Bu hastalarda malignite araştırılmasının yapılması hayati önemlidir.

Anahtar Kelimeler: paraneoplastik miyopati, yassı hücreli akciğer kanseri

Akciğerdeki kitle



akciğerdeki kitlenin PET-CT görüntüsü

[PS-28]

Kikuchi Fujimoto Hastalığı ile İlgili Bir Olgu

Merve Çelik, Özgül Soysal Gündüz

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji, Manisa

Nekrotizan Histiositik Lenfadenit olarak da bilinen Kikuchi Fujimoto Hastalığı (KFH) özellikle 40 yaşından genç kadınlarda görülen, multipl servikal lenfadenopati ve ateş ile seyreden, kendini sınırlayan ve 1-4 ayda gerileyen bir klinik tablodur. KFH tanısı daha çok eksizyonel lenf nodu biyopsisi ile konmaktadır. Lenf nodu histopatolojisinde tipik olarak nekroz, histiositik infiltrasyon, nötrofil ve eozinofilleri içermeyen karyorektik debris mevcuttur. KFH'nın kesin nedeni bilinmemekle birlikte, enfeksiyonlar ve otoimmün nedenler üzerinde durulmaktadır. Biz bu vakayı kliniğimize yönlendirilen genç bayan hastada SLE ayırıcı tanısında KFH olabileceğini göstermek için sunduk.

34 yaşında bayan hasta son 1 aydır halsizlik, eklem ağrısı, kilo kaybı, ateş, sol axillada ele gelen lenfadenopati şikâyeti ile iç hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastada sedim ve crp yüksekliği, anemi tespit edilmesi üzerine ileri tetkik edildi. Axiller USG'de; sol axillada 31x14 mm boyutunda, vaskülaritesi artmış, kortikal kalınlığı en geniş yerinde 4 mm olan multiple lenf nodları olduğu belirtildi. Hastanın sol axilladaki lenf nodundan ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu başta KFH, SLE olmak üzere otoimmün hastalıklar açısından araştırılması gerektiği yönündeydi. Otoimmün hastalıklar açısından romatoloji polikliniğine yönlendirilen hasta romatolojik açıdan tetkik edildi. ANA +, C3 ve C4 normaldi. ANA panelinde Anti-SM borderline olarak geldi. Ön planda KFH olarak kabul edilen hastaya prednol 16 mg tablet ve hidroklorokin 150 mg başlandı. 2 hafta sonra kontrole geldiğinde hastada klinik ve laboratuvar olarak anlamlı iyileşme görüldü. Sonraki 3 ayda prednol tedavisini azaltarak kestik, hidroklorokin tedavisine 6 ay süreyle devam ettik.

Klinik ve histopatolojik açıdan sistemik lupus eritematozis (SLE) ile karıştırılabilir. SLE 'ye bağlı LAP'ta lipid yüklü histiositlerle çevrili fokal veya parakortikal nekroz görülür. hematoksilin cisimciği, SLE ilişkili LAP 'ın en belirgin histopatolojik özelliğidir. Birden fazla enfeksiyöz etken de KFH'yi taklit edebilen nekrotizan lenfadenite neden olabilir. Serolojik ve moleküler çalışmalarla korelasyon tanıyı doğrulamak için genellikle gereklidir. KH, histopatolojik olarak değişik tipte lenfomalar ile de karıştırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kikuchi Fujimoto Hastalığı, sistemik lupus eritematozis

[PS-29]

Lokalize sklerodermadan sistemik forma dönüşüm gösteren bir olgu

Tolgahan Akca, İffet Merve Uçar Baytaroğlu, Gökhan Sargın, Songül Çildağ, Taşkın Şentürk
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,
Aydın

Amaç:

Skleroderma, ciltte sertlik ile karakterize, kronik, otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Sistemik ve lokalize skleroderma olmak üzere iki ayrı grupta sınıflandırılmaktadır. Bu vaka sunumunda lokalize skleroderma tanısı alıp sistemik forma geçiş izlenen bir olguyu paylaşmak istedik.

Olgu:

66 yaşında kadın hasta iki yıl önce sırtta ve karında cilt lezyonları nedeniyle dermatoloji bölümüne başvurmuş. Muayenesinde hipopigmente zeminde sklerotik hiperpigmente plaklar saptanan, cilt biyopsisinde “yüzeyel ve derin dermiste deri eklerini çevreleyen kaba kollojen demetlerde artış” rapor edilen hastaya morphea tanısı ile metoreksat tedavisi başlanmış. Bu dönemde hasta, Raynaud fenomeni de dahil olmak üzere başka bir semptom tarif etmemektedir. İlaçlarını 1 ay düzenli kullandıktan sonra bırakan hasta 2 yıl sonrasında cilt bulgularında artış şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın tüm gövdede, sırtta ve ekstremitelerde proksimallerinde yer yer pigmentasyon gösteren depigmente sklerotik plaklarının olduğu (Resim1-2), son 1 aydır Raynaud bulgularının eşlik ettiği, sağ ve sol el 3. parmak uçlarında yeni gelişen ülserlerin ve yüzde telenjektazilerinin olduğu görüldü. ANA testinde sentromer (3+) patern, alt grup incelemesinde ise anti-sentromer (3+) saptandı. Kontrol amaçlı çekilen bilgisayarlı tomografide her iki akciğer dependan alanlarda nonspesifik ince retiküler infiltrasyonlar izlendi. Solunum fonksiyon testi normaldi. DLCO hasta tolere edemediği için değerlendirilemedi. Transtorasik ekokardiyografide pulmoner arter basıncı normal değerdedi. Tırnak yatağı kapilleroskopik incelemesinde avasküler alanlar, dev kapillerler ve hemorajik alanlar izlendi.

Lokalize skleroderma tanısı ile takip edilen hastada cilt bulgularının artması, yeni gelişen dijital ülserler, Raynaud fenomeni ve telenjektazilerin eşlik etmesi, seroloji pozitifliği, akciğer tutulumunun ve anormal kapilleroskopik bulgularının saptanması sebebi ile sistemik skleroz tanısı koyuldu. Hastanın tedavisi metoreksat, nifedipin, asetilsalisik asit, metil prednizolon ve dijital ülserleri için intravenöz iloprost olarak düzenlendi.

Sonuç:

Lokalize ve sistemik skleroderma genellikle iki ayrı hastalık olarak değerlendirilir ve lokalize formdan sistemik forma geçiş literatürde nadiren bildirilmiştir. Lokalize skleroderma ile takipli hastalarda Raynaud fenomeni bulguları, serolojik testlerin pozitifliği veya anormal kapilleroskopik bulgular sistemik skleroz gelişimi açısından hekimi uyarmalıdır.

Anahtar Kelimeler: lokalize skleroderma, sistemik skleroderma

Resim-1



Resim-2



[PS-30]

KRESENTİK Ig A NEFROPATİLİ BİR OLGU

Kübra Erol Kalkan, Duygu Sevinç Özgür, Cemal Bes

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: IgA nefropatisi, genellikle yavaş seyirli bir hastalıktır. Biz burada, nadir görülen, hızlı ilerleyen glomerulonefrit tablosunda tarafımıza başvurmuş olan Ig A nefropatili bir olguyu sunacağız.

Olgu: 55 yaşında, daha önceden bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta, sağ yan ağrısıyla dış merkeze başvurmuş. Yapılan tetkiklerde serum kreatinin değeri 2.7 mg/dl, 24 saatlik idrarda total protein 440 mg/g ve idrar sedimentin her büyütme sahasında 400 eritrosit saptanması üzerine, hasta nefroloji kliniğine interne edilmiş. Yatışında akut faz reaktanları yüksek saptanan ve sağ diz artritisi tespit edilen hastaya septik artrit ön tanısı diz ponksiyonu yapılmış. Hücre sayımında:5000 mm³ lökosit,900 mm³ eritrosit saptanmış. Kültürde üreme olmaması üzerine septik artrit ekarte edilmiş. Akut renal yetersizliği ve hiperürisemisi olan hastada ön planda gut artritisi düşünülmüş. Renal biyopsisi yapıldıktan sonra hasta taburcu edilerek polikliniğimize yönlendirilmiş. Dış merkez taburculuğunda serum kreatinin değeri:2.9 mg/dl olan hastanın, taburculuğundan üç gün sonra polikliniğimize başvurusunda kreatinin değeri 5,9 mg/dl saptandı. ANA: negatif, ENA: negatif, C3/C4 normal seviyede saptandı. PR3 ANCA negatif, MPO ANCA negatif saptandı. Renal USG de, sağ böbrek boyutları107x55 mm, sol böbrek boyutları 108x44 mm, parenkim kalınlıkları normal saptandı. Paranasal sinüs BT ve Toraks BT de vaskulit lehine bulgu saptanmadı. Göz ve KBB muayenesinde vaskulit lehine bulgu saptanmadı. Hastaya 3 gün pulse 1 gram metilprednizolon tedavisi takiben metilprednizolon 60 mg/g tedavisi başlandı. Renal biyopsi sonucunda, kesitlerde 5 glomerul global sklerotik,1 glomerul segmental sklerotik,1 glomerulde fibrosellüler kresent, 1 glomerulde mezangial artış saptandı. İmmunflorasanda mezangial Ig A depolanması saptandı. Mevcut bulgularla Ig A nefropatisi düşünüldü. Glukokortikoid tedavi altında hastanın kreatinin değerleri geriledi. Kresentik Ig A nefropatisi tanısı konan hasta, idame tedavide mikofenolat mofetil başlanması planlanarak, nefroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi

Sonuç: Hızlı ilerleyen kresentik Ig A nefropatisi, sondönem böbrek yetersizliği gelişme riski yüksek olan nadir bir durumdur(<10%). Kresentik Ig A nefropatisinde, ANCA ilişkili küçük damar vaskulitlerinin tedavisine benzer şekilde agresif immunsupresif tedavi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hızlı ilerleyen glomerulonefrit, IgA nefropatisi, kresent

[PS-31]

Farklı Bir Prezantasyon Gösteren Takayasu Arteriti Vakası

Filiz Cemre Taşgöz

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Giriş

Takayasu arteriti aorta ve onun büyük dallarını etkileyen bir büyük damar vaskülitidir. %80-90 oranında kadınları etkiler, genellikle 10-40 yaşları arasında görülmektedir. Tipik semptom ve bulguları üst ve alt ekstremitelerde tansiyon ve nabız farkı, üst ve alt ekstremitelerde kladikasyon olması, baş ağrısı, yemek yedikten sonra karın ağrısı ve kusma olmasıdır. Ancak semptom ve bulgular tutulan damar bölgesine göre farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle hastalar çok farklı semptom ve bulgularla kliniğe başvurabilmektedir.

Vaka Sunumu

22 yaşında kadın hastanın halsizlik, bitkinlik, ateş, kuru öksürük, sırt ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Hastanın şikayetleri son 4 haftadır mevcutmuş ve şikayetlerine son 1 haftadır olan 39 dereceyi bulan ateş eşlik ediyormuş; ölçülen CRP değeri yüksek (CRP: 211mg/L) sapyanan hastaya 6 gün amoksisilin-klavulonat, 2 gün sefiksime ve 6 gün gemifloksasin, oseltamivir verilmiş. Antibiyoterapi sonrası şikayetlerinde gerileme olmayan hastanın akut faz cevabı kısmi olmuş (CRP: 150mg/L). Öksürük, sırt ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri artarak devam eden hastaya pulmoner tromboemboli ön tanısı ile toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi çektirilmiş; bunun sonucunda superior mezenterik arter ve çölyak turunkus orifisinde ileri derecede darlık saptanmış ve hasta Takayasu arteriti ön tanısı ile kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın yapılan fizik muayenesinde tansiyon nabız farkı mevcut değildi. Hastaya yeniden boyun, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi anjiyografi çektirdik ve Takayasu tanısını doğruladık. Hastaya 0,8mg/kg metilprednizolon başladık. Hasta tedaviye dramatik yanıt verdi.

Tartışma

Takayasu aorta ve onun büyük dallarını tutması nedeni ile hastalar tutulan damara göre farklı semptom ve bulgularla kliniğe başvurabilmektedir. Bizim hastamızın 22 yaşında olması ve konstitusyonel semptomlarının olması Takayasu açısından tipiktir, ancak ekstremiteler arasında tansiyon nabız farkı olmaması ve solunum sistemi semptomlarının olması atipiktir; nitekim hasta öncesinde enfeksiyon ve pulmoner emboli gibi ön tanılarla tetkik ve tedavi edilmiştir. Bu durum bu tarz semptomlarla gelen genç kadın hastalarda ayırıcı tanıda Takayasu arteritini de göz önünde bulundurmaya gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, arterit, büyük damar vaskülit

[PS-32]

Foliküler Dendritik Hücreli Sarkom İlişkili Paraneoplastik Büyük Damar Vaskülit

Nilay Erdik, Damla Karataş, Zeynep Öztürk, Sümeyye Merve Türk, Emel Gönüllü
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: Foliküler dendritik hücreli sarkom(FDHS), çoğunlukla lenf nodlarında bazen ektranodal olarak da ortaya çıkabilen nadir bir tümördür. Tanısı genellikle immunohistokimyasal yöntemlerle konulmaktadır. Paraneoplastik vaskülitler genellikle solid tümörlerden daha çok hematolojik malignitelerle ilişkilidir. Paraneoplastik vaskülitler küçük, orta ve büyük boy damarlarda görülebilir. Olgu: 58 yaşında erkek hasta 1 yıldır olan halsizlik, kilo kaybı ve gece terlemesi şikayetlerine yeni başlayan alt ekstremiteye lokalize purpurik döküntü şikayeti eklenmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde döküntü dışında splenomegali saptandı. Tetkiklerinde üre/kreatinin:72/1,3 mg/dL, albümin:25 g/L, Lökosit:16.450 K/uL, hemoglobin:8 g/dL, CRP:69 mg/L, sedimentasyon:134 ve protein 1+ izlendi, servise yatırıldı. 24 saatlik idrarda 3,5 gram proteinüri saptandı. ANA 1+ granüler sitoplazmik, ANCA, anti dsDNA ve ENA negatif saptandı. Yapılan cilt biopsisinde lökositoklastik vaskülit izlendi. Proteinüri ve üre kreatin yüksekliği olan hastaya böbrek biopsisi de yapıldı, fokal segmental glomerüloskleroz(FSGS) saptandı. Çekilen batın tomografisinde splenomegali ve dalak posteriorunda yaklaşık 9 cm'lik hipodens lezyon saptandı. Yapılan PET-CT'de dalakta, kemik iliğinde, bilateral femoral ve politeal arter trasesinde FDG tutulumları görüldü. Hastaya splenektomi yapıldı. Splenektomi sonrası patolojisinde foliküler dendritik hücreli sarkom izlendi. Daha önce saptanan FSGS sekonder sebeplerle ilişkilendirildi. Postop kontrol PET-CT sinde femoral ve politeal arter trasesindeki tutulumu ek sağ subklavien arterde de tutulum izlenmesi üzerine tarafımıza tekrar yönlendirilen hastaya CRP:133 mg/dL, sedimentasyon:76 izlenmesi üzerine büyük damar vaskülit tanısı konuldu.

Sonuç: FDHS lenf nodları tutulumu ve daha nadir ektranodal tutulum olabilmektedir. Extranodal dalak tutulumu olan sınırlı sayıda olgu mevcuttur. Paraneoplastik vaskülitler, solid ve hematojen malignitelerle birlikte görülebilir. Paraneoplastik vaskülitler; saçlı hücreli lösemiyle birlikteliği sık görülürken kondrosarkom gibi daha nadir prezentasyonları da gösterilmiştir. Literatürde paraneoplastik vaskülit ile dalak tutulumlu FDHS birlikteliği bulunmaması açısından vakamız önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Foliküler dendritik hücreli sarkom, Paraneoplastik Büyük Damar Vaskülit

[PS-33]

Akut perimiyokardit ve iskemik serebrovasküler tutulum ile tanı alan eozinofilik granülatöz polianjitis olgusu

İlyas Ercan Okatan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, İç Hastalıkları İmmünoloji-Romatoloji Bilim Dalı, TRABZON

Amaç: Eozinofilik granülatöz polianjitis (EGPA) küçük ve orta çaplı damarların sistemik, nekrotizan nadir görülen bir vaskülitidir. Nörolojik tutulum bu hastalarda en sık periferik mononöropati şeklindedir (%60–70). Santral sinir sistemi (SSS) tutulumu %5–8 arasında görülebilir. SSS tutulumu kötü prognozla ilişkilidir. SSS tutulumu; iskemik serebrovasküler lezyonlar, intraserebral hemoraji, optik nörit, santral retinal arter oklüzyonu, kranial sinir nöropatileri şeklinde görülebilir. Hastaların % 40-60'ında c-ANCA pozitifliği görülmekte olup, eozinofili karakteristik olmasına rağmen, spesifik tanı testi yoktur. Bizde KVS, SSS ve PSS tutulumu ile başvuran ve EGPA tanısı alan bir olguyu burada sunduk.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta bacaklarda uyuşma, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hastanın bakılan Toraks BT'sinde nodüller, buzlu cam dansitesinde alanlar ve bilateral plevral effüzyon tespit edildi. EMG'de mikst tip sensorimotor polinoropati saptandı. EKO'da hipertrofik kardiyomiyopati ile uyumlu bulgular tespit edildi. Kardiyak MR'da akut perimiyokardit saptandı. Difüzyonlu Beyin MR'da her iki oksipital bölgede hemorajik transformasyon gösteren akut infarkt alanları gözlemlendi. Orbita MR'de bilateral bulbus okuli posteriorunda çift kontur görünümü, sklerit mevcuttur. Paranasal Sinüs BT'de sfenoid, sağ maksiller sinüste mukozal duvar kalınlaşmaları izlenmektedir. CRP: 67.9 mg/l, ESH:80 mm/saat, trombosit: $760 \times 10^3/\mu\text{l}$, Hb:7.5 g/dl, lökosit: $15.26 \times 10^3/\mu\text{l}$, kreatinin:0.95 mg/dl, alt:20 u/l, 24 saatlik idrarda protein atılımı:669 mg/gün, MPO ANCA ve PR3 ANCA: negatif. Hastada mevcut bulgularla EGPA düşünülerek 1 mg/kg/gün dozunda glukokortikoid ardından intravenöz siklofosfamid tedavisi başlandı. Tedavi ile nöropatik şikayetlerinde ve görme de düzelme gözlemlendi. MR ile BT kontrollerinde regresyon izlendi.

Sonuç: Bizim olgumuz SSS ve PSS semptomları ile prezente olması nedeniyle nadir bir olgudur. SSS ve PSS nöropatisi ile başvuran hastalarda eozinofilik granülatöz polianjitis ayrı tanıda düşünülmelidir. Bu hastalarda erken tanı ve tedavi mortalite ve morbidite için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: KVS tutulumu, SSS tutulumu, eozinofilik granülatöz polianjitis

[PS-34]

Post-Covid Miyozit Olgusu

Ebru Atalar¹, Bünyamin Polat¹, İsmail Doğan¹, Yüksel Maraş¹, Şükran Erten²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilimdalı, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilimdalı, Ankara

Amaç: İnflamatuar kas hastalıkları ilerleyici kas güçsüzlüğü ile karakterize sistemik otoimmün hastalıklardır. Bu hastalıklarda kas haricinde deri, eklem ve akciğer tutulumu da görülebilir. Otoimmünite dışında viral, bakteriyel enfeksiyonlar ve toksik etkenler etyolojide vardır. COVID-19 enfeksiyonu sıklıkla solunum semptomları yapmasının yanında, miyalji de yapabilir. İnflamatuar kas hastalıklarının enfektif etyolojileri arasında COVID-19 yerini almıştır.

Olgu: Bilinen kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı öyküsü olmayan 45 yaşında kadın hasta COVID-19 enfeksiyonundan 20 gün sonra, önce kollarda başlayarak, dört ekstremitenin tutulduğu ağrı ve kas gücü kaybı gelişmiş. Hasta şikayetlerinin giderek artması üzerine hastanemize başvurdu. Yapılan tetkiklerde kr:0,61 mg/dL, kreatinin kinaz:18810 U/L (33-211), miyogloblin > 1000 µg/L (<110), ast:585 U/L, alt:177 U/L, ldh: 895 U/L, crp: 36 g/L saptanması üzerine miyozit ön tanısı ile hasta interne edildi. Detaylı anamnezde miyozit yapabilecek herhangi ilaç veya toksik madde kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede ekstremite proksimallerinde kas gücünün 3/5 olduğu ve distallerde kas gücünün normal olduğu görüldü. İnflamatuar miyozit ön tanısı ile EMG yapıldı ve uyluk, torakolomber MR çekildi. EMG’de proksimal ağırlıklı, yaygın inflamatuvar sürecin eşlik ettiği miyopati ile uyumlu bulgular saptandı. Uyluk ve torakolomber MR’da kas yapılarında hiperintens sinyal değişikliği alanları ve heterojen kontrastlanmalar saptandı (şekil 1). Serolojik testler negatif saptandı. Miyozit düşünülen hastada malignite dışlanması ve tanı doğrulaması amacı ile PET-CT çekildi. PET-CT’ de malignite lehine bulgu saptanmaz iken tüm vücutta kas planlarında artmış 18-FDG tutulumu saptandı ve bulgular polimiyozit lehine yorumlandı (şekil2). Bu bulgular ile inflamatuvar miyozit düşünüldü ve glukokortikoid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın şikayetlerinde azalma görüldü, kas gücü artarak 5/5 oldu ve kreatinin kinaz seviyesi dramatik bir şekilde azalarak normale geldi. Hastanın tedavisine azatiopürin eklendi.

Sonuç: Bazı hiperinflamasyon sendromlarının COVID-19 enfeksiyonunun bir yan etkisi olduğu düşünülmektedir. Bizim hastamızda da olduğu gibi post-COVID miyozitler COVID-19'a bağlı hiperinflamasyon sendromlarından biri olabilir. COVID-19 enfeksiyonu birçok yerde olduğu gibi miyozit etyolojisinde de yerini almış gibi görünmektedir.

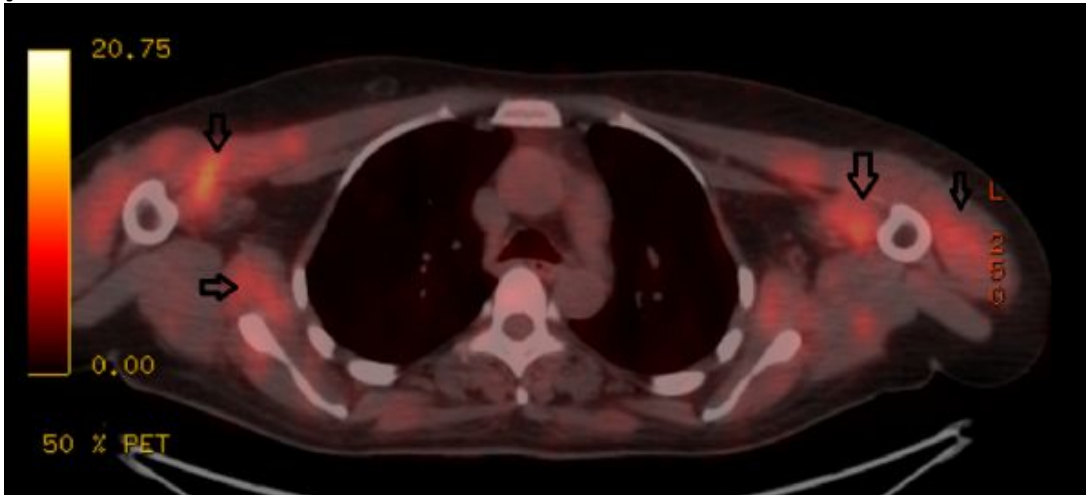
Anahtar Kelimeler: covid-19, miyozit

şekil 1



Paraspinal kaslardaki hiperintens görünüm

şekil 2



Pet-ct' de omuz kuşağı kaslarındaki FDG tutulumu

[PS-35]

Primer Sjögren Sendromu ve Bilateral Temporal Arterit Birlikteliği

Meriç Dökmetaş¹, Meryem Can²

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

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Temporal arterit(TA), Sjögren sendromu(SS) gibi diğer otoimmün hastalıklarla nadiren ilişkilidir. Bu vakada da bu nadir birlikteliği sizlere sunuyoruz.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta 3 haftadır başlayan baş ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Hastanın aynı zamanda 3 aydır el ve ayak bileği ve el parmak eklemlerinde ağrı yakınması varmış. Kısa süreli sabah tutukluğu tarif ediyordu. Ara ara hissettiği gözlerde yanma batma yakınmaları mevcuttu. Görme kaybı, bulanık görme, çift görme ve geçici görme kaybı tarif etmiyordu. Çene ve dil kladikasyonu yoktu. Ateş, kilo kaybı,oral aft, ağız kuruluğu, parotitis, disparoni, diş çürüğü, döküntü, fotosensitivite, üveit-sklerit yok. Fizik muayenede; her iki kol arasında kan basıncı farkı yoktu. Karotis, renal arter abdominal aorta lojlarında üfürüm duyulmadı.El-ayak eklemlerinde olan artralji. Laboratuvar tetkiklerinde; Sedimentasyon hızı: 75mm/ saat, CRP: 25, RF: 31,2, ANA (+++ benekli) ve ENA profili negatif saptandı. Tükürük bezi sintigrafisinde; her 2 submandibular tükürük bezinde ve her 2 parotiste ileri derecede azalmış tutulum ve normal drenaj ve yapılan minör tükürük bezi biyopsisinde 2 odakta yaklaşık 50 lenfosit içeren lenfosit agregatları (Focus skoru:1) (Chiscolm grade 3) saptandı. Göz kuruluğu için yapılan tetkiklerde;Schimer testi:3mm/3mm ve BUT 13sn/14sn olarak değerlendirildi. Temporal arter ultrasonografisinde bilateral sağda belirgin olmak üzere bilateral temporal arterit bulguları saptandı. Temporal arter biyopsisinde; damar duvarında inflamasyon, lumende daralma (Temporal arteritle uyumludur), yapılan göz muayenesi: normal, ve yapılan tüm vücut PET-CT incelemesinde vaskülit bulgusu saptanmadı. Hastaya primer sjögren sendromu ve temporal arterit tanısı konarak takip ve tedavisine başlandı.

Sonuç: TA, otoimmün mekanizmanın aracılık ettiği büyük arterlerin inflamatuvar bir vaskülitidir. SS, gözyaşı ve tükürük bezi inflamasyonu, göz ve ağız kuruluğu ile karakterize kronik, multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Nadir de olsa birlikteliği akılda tutulmalı ayırıcı tanı yaparken dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: temporal arterit, primer sjögren sendromu

[PS-36]

Lyme Artriti Olgu Sunumu

Feyza Şahan Gürpınar, Sinem Sağ, Zeynep Kaya, Eylem Atasoy Güner, Feyza Ak, Sevil Yiğit, Pelin Yazgan, Damla Baki Gedik
FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

Lyme hastalığı cilt, sinir sistemi, kalp ve eklemleri etkileyen multisistemik bir hastalıktır. Hastalık etkeni kene tarafından taşınan *Borrelia burgdorferi* adlı spirokettir. Hastalığın erken döneminde hastalar gezici tarzda eklem, kas ağrılarından yakınabilirler. Haftalar veya aylar sonra belirgin hücresel ve humoral cevabın oluşmasıyla tedavi edilmeyen hastalarda intermitan veya kronik monoartiküler veya oligoartiküler tutulum ortaya çıkabilir.

Olgu:

26 yaşında bilinen sistemik bir hastalığı olmayan kadın hasta yaklaşık 4 ay önce el küçük eklemlerinde başlayan gezici tarzda ağrı, şişlik ve döküntü şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ateş, kilo kaybı, sabah tutukluğu, Raynaud fenomeni yoktu. Aile öyküsünde özellik bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde sağ 4.DIF ekleminde hassasiyet ve ekimozun da eşlik ettiği hiperemik lezyonları mevcuttu (Resim 1ve 2). Tetkiklerinde hemogram,ve sedimentasyon değeri normal olup CRP değeri 1,6 mg/dL idi. ANA homojen paternde zayıf pozitif; RF,CCP, MPO-ANCA, PR3-ANCA ve ENA paneli negatif idi. Ekokardiyografisi eser triküspit yetmezliği haricinde normaldi. Periferik nabızları palpabl olan hastanın Boyun ve Toraks BT Anjiyografileri normal olarak raporlandı. Kapilleroskopik muayenesinde kapiller dansite ve morfoloji normaldi, sağ el 2. tırnak yatağında birkaç adet mikrohemoraji izlendi. Laboratuar incelemelerinde hepatit markerları, EBV, CMV, Parvovirüs, Brusella, Rubella negatif saptanmış olup *Borrelia* IgM yüksek titrede pozitif saptandı. Hastanın anamnezi tekrar sorgulandığında kene insidansı yüksek yerlere seyahati veya kırsal alanda bulunma öyküsü yok idi. Mevcut klinik ve laboratuar bulguları göz önünde bulundurularak Lyme artriti tanısı konularak antibiyoterapisi başlandı.

Tartışma:

Lyme artriti sıklıkla alt ekstremitte büyük eklem oligoartrit tablosu ile prezente olup en sık görülen cilt lezyonu eriteme migranstır. Vakaların çoğunda tedavi ile iyi yanıtlar alınırken tedavisiz olgularda kronik artrit tablosu gelişmektedir. Hastamızda akut başlangıçlı üst ekstremitte küçük eklem gezici artriti ve nonspesifik cilt lezyonları mevcuttu. Hastaya klinik ve laboratuar parametreleri ile Lyme artriti tanısı konuldu. Küçük eklem tutulumu ve nonspesifik cilt lezyonları varlığında da ayırıcı tanıda Lyme artriti akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lyme artriti

Resim-1



Resim-2



[PS-37]

Anakinra tedavisi ile takip edilen bir FMF hastasında gelişen çift taraflı piyomyozit olgusu

Koray Ayar¹, Mertcan Ay², Zeynep Nur Alim³, Selime Ermurat¹, Mediha Çavuşoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim dalı, Romatoloji Bölümü, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim dalı, Bursa

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim dalı, Bursa

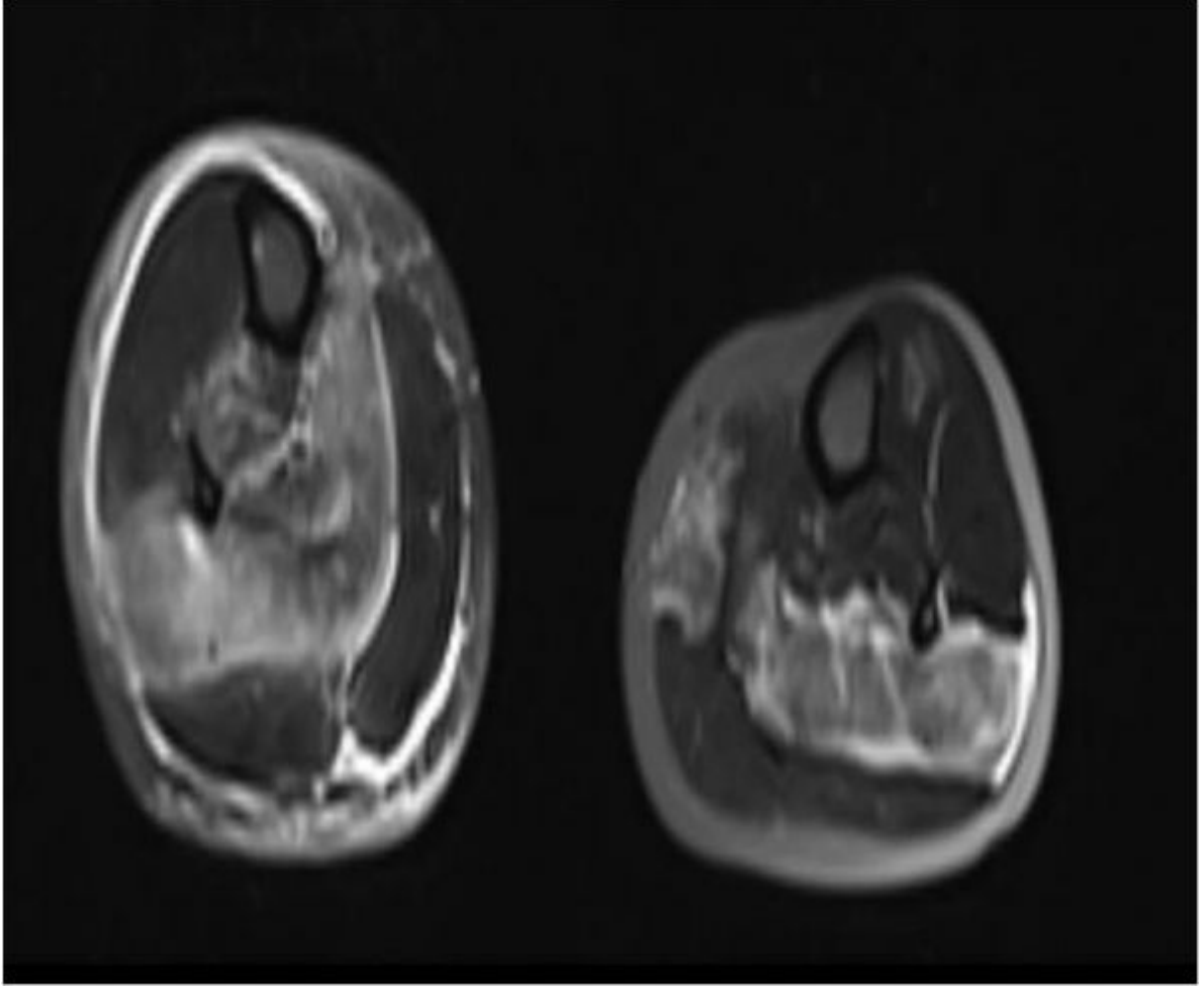
Amaç: Piyomyozit, genellikle apse oluşumuyla birlikte iskelet kasının nadir görülen pürülan bir enfeksiyonudur. Literatürde anakinra kullanımı altında piyomyozit gelişen şu ana kadar rapor edilmiş bir olgu bulunmaktadır. Biz burada anakinra ve kolşisin tedavisi almakta olan M694V homozigot mutasyonlu bir Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) hastasında çift taraflı alt ekstremitelerde piyomyozit gelişen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta 2005 yılından beri FMF ile takip edilmekte. Hasta 2019 yılından beri anakinra ve kolşisini beraber kullanmakta. Yaklaşık 10 gündür travma öyküsü olmadan sağ kruris lateralinde ağrı, sağ medial malleolde kızarıklık ve ısı artışı tarifleyen hasta son 5 gündür de sol kruris lateralinde ağrı tariflemekte. Hasta piyomyozit ön tanısıyla servise alındı. Laboratuvar tetkiklerinde; kreatin kinaz: 4149 u/l, CRP: 399 mg/l, sedimentasyon hızı: 177 mm/saat, beyaz küre: 15790 mcl bulundu. Kruris MR'da; sağ ve sol soleus kasında, sağ tibialis posterior kasında ve sol gastrokneimus kası lateral başı düzeylerinde ileri düzeyde ödem mevcuttu. Sağ soleus kasının distalinde en büyüğü 12x6 mm boyutunda, sol soleus kası içerisinde ise en büyüğü 12x4 mm boyutunda yoğun kontrast tutulumu saptanan lezyonlar izlendi. Anakinra kesildi. Kolşisin 2x2 devam önerildi. Hastanın tedavisi ampisilin/sulbaktam 4x1 gr/gün ve siprofloksasin 2X400 mg/gün şeklinde düzenlendi. Tedaviye başladıktan sonra 2. günde hastanın ağrısı azaldı ve 3. günde ağrısının kalmadığını belirtti. Medial malleoldeki kızarıklık kayboldu. Daha öncesinde ağrıdan kaynaklı yürüyemeyen hasta tedavinin 3. gününde mobilize oldu. 1 haftalık tedavinin ardından laboratuvar tetkiklerinde kreatin kinaz: 28 u/l, CRP: 44 mg/l, sedimentasyon hızı: 112 mm/saat, beyaz küre: 8590 mcl tespit edildi ve hasta taburcu edildi.

Sonuç: Sunduğumuz olgu anakinra tedavisi altında iki taraflı olarak alt ekstremitte distal bacak kaslarında piyomyozitin geliştiğinin rapor edilen ilk olgudur. Anakinra kullanımı FMF hastalarında nadir görülen enfeksiyöz patolojilere yatkınlık oluşturabilir. Klinisyenler bu konuda dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Anakinra, Piyomyozit

Şekil-1: Her 2 bacak distal kaslarının çevresinde kontrast tutan enfeksiyon ile uyumlu alanların MR ile görüntülenmesi



[PS-38]

Behçet hastalığı ile paroksizmal nokturnal hemoglobinüri birlikteliği olan aortik mural trombüsli hasta

Fatih Yıldırım, Melek Yalçın Mutlu, Mustafa Erdoğan, Cemal Bes
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Amaç: Behçet-panüveit tanısıyla takipli ve infliximab tedavisi almaktayken aortik mural trombüs tespit edilen ve ileri tetkiki sırasında PNH tanısı alan bir hastayı sunuyoruz.

Olgu: 35 yaşındaki erkek hasta kliniğimize Behçet tanısı olduğu ve güncel tetkiklerinde aortik mural trombüs saptandığı için yönlendirilmişti. Abdomen bt-anjiyografisinde " Abdominal aortada renal arterleri verdikten sonra iliak arter bifürkasyon düzeyine dek uzanımlı en kalın yerinde 10 mm olarak ölçülen mural trombüs mevcuttur. İzlenen mural trombüs sağ iliak arter proksimaline doğru uzanmıştır " şeklinde bulgular vardı. Muayenesinde gövdede ve sırtta papülopüstüler deri lezyonları, skrotal ülser skarı hariç bulgu yoktu. Bu bulgular ile hastaya Behçet-vasküler tutulum ön tanısıyla 500 mg/gün pulse metilprednizolon başlandı. Öyküsünden hastanın 5 yıl önce tekrarlayan oral aftlar, genital yaralar, panüveit, ülserle deri lezyonları ve paterji pozitifliği üzerine behçet tanısı aldığı dirençli üveit nedeniyle son 1 yıldır infliximab aldığını öğrendik. Hemogramda wbc: 8400, lenfosit:900, plt:42.000, mcv:109 saptandı. Periferik yayma ile trombositopeni doğrulandı, yaymada makrositoz da göze çarpmaktaydı. Hastanın geçmiş epikrizlerinde tanı aldığı dönemdeki ülserle cilt lezyonlarının biyopsisinin purpura fulmimans ile uyumlu olduğu ve bisitopenisi olduğu saptandı. Hastanın ileri tetkiklerinde retikülositoz, LDH artışı, haptoglobulin düşüklüğü saptadık. Coombs testi negatifti. Geçmişte purpura fulmimans öyküsü olması, aortik trombüsü olması, kronik coombs negatif hemolitik anemisi, trombositopenisi ve lenfopenisi olması sebebiyle hastadan PNH klonu çalıştık. PNH klonu pozitif saptanan hastaya PNH tanısı kondu. Pulse steroid sonrası hastanın sitopenilerinde bir düzelme yoktu. Hastaya eculizumab başlandı. Behçet üveit açısından bir yıldır remisyonunda olan hastanın infliximab tedavisine de ara verildi. Hasta şu an Behçet-mukokutanöz bulguları için sadece kolşisin ve PNH için eculizumab almakta. Son 1 yıldır bu tedavi altında üveit atağı olmadı, yeni gelişen vasküler hadisesi olmadı, cilt bulguları geriledi ve sitopenileri kısmen düzelmekle birlikte hala devam ediyor.

Sonuç: Klinisyenler, tanı ve mevcut tanısı için beklenen majör bir hadiseyle başvuran hastaları ayırıcı tanıya girebilecek diğer hastalıklar açısından bütüncül yaklaşımla tekrar tekrar değerlendirmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Behçet, Tromboz, PNH

Bt anjiografide aortik mural trombüs görüntüsü



[PS-39]

Gluteal Ağrı Semptomu ile Başvuran Hastada Kemik Tümörü

Yeliz Zahiroğlu

Özel Samsun Medicana Hastanesi

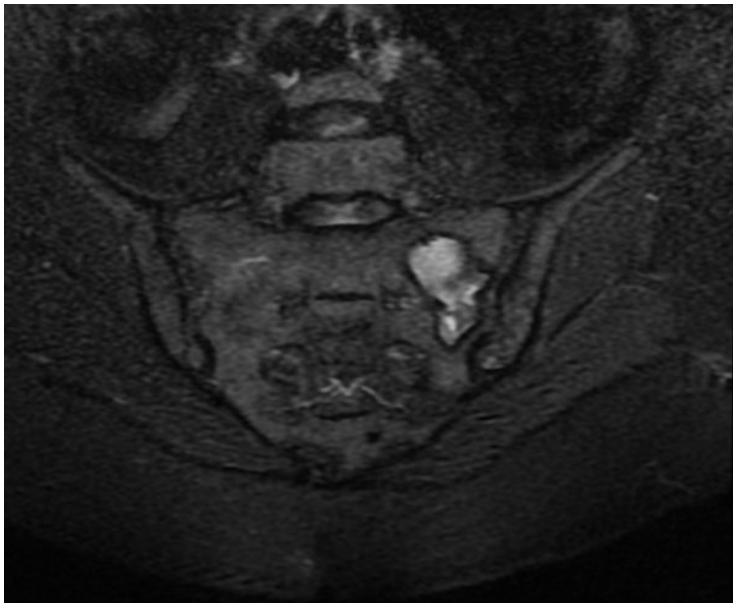
Amaç: Gluteal ağrı, inflamatuvar bel ağrısı, inflamatuvar artrit, gece ağrısı yakınmaları olan hastalarda spondiloartritler öncelikle düşünülen romatolojik tanılardır. Bu semptomlar romatolojik hastalıklardan daha az oranda, neoplastik hastalıklarda da gerek neoplazinin lokalizasyonu gerekse paraneoplastik olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Olgu: Kırk yaşında kadın hasta yaklaşık 5 aydır artan şekilde devam eden sol gluteal ağrı şikayeti ile başvurdu. Yaygın vücut ağrısı, kemik ağrıları, bir saat sabah tutukluğu, halsizlik, yorgunluk ve gece ağrısı tarifledi. İştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemesi yoktu. Diğer romatolojik sorgu negatifti. Aile öyküsünde romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenede: El bileklerde ayak bileklerde hassasiyet mevcut, şişlik yoktu. Bel hareketleri ağrılı açık, entezit bulsu yoktu. Sakroiliak eklem kompresyon testi solda pozitif. Fibromiyalji noktalarının tamamı hassastı. Diğer sistemik muayene doğaldı. Poliklinikte hassas eklemlere, hassas yönelik yapılan Ultrasonografide(USG) ve Power Doppler USG 'de artrit ve entezit bulgusuna rastlanmadı. Çekilen Sakroiliak eklem MRG 'da sol sakroiliak eklem komşu iliak ve subkondral yüzde, sakral yüzde ~18x13 mm ebatta, subkondral yüzden başlayıp süperiordan sakrum sola doğru devam eden, T1 serilerde hipo, yağ baskılı serilerde hiperintens, periferinde T1 ve yağ baskılı seride sklerotik rim bulunan, iç yapısı heterojen, yağ baskılı serilerde düşük sinyalli alanların izlendiği, ~38x27 mm ebatta kitle lezyonu izlendi(Resim 1). Sedimentasyon ve C-reaktif protein değerleri normaldi. Hasta tanısız girişimsel işlem açısından Ortopedi ve Radyolojiye yönlendirildi. Biyopsi önerisini kabul etmedi. PET BT'de başka bir odak tespit edilmedi. Naproksen 500 mg 2x1 ve duloksetin 30 mg 1x1 verildi. Takibe alınan hastanın ağrıları azaldı. 3 ve 6. Aylarda çekilen Sakroiliak eklem MRG 'de kitle boyutlarının artmadığı çevresindeki ödemin azaldığı izlendi.

Sonuç: Romatolojik belirtileri ön planda olan hastalarda eşlik eden veya zeminde yatan neoplastik hastalıklar olabilir. Tanı aşamasında diğer hastalıklar da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kemik Tümörü, Sakroiliak eklem, Spondilit

Resim 1



[PS-40]

Servikal Omurga Tutulumu ile Seyreden Psöriatik Artrit: Olgu Sunumu

Nurbanu Hindioğlu Dođan¹, Meryem Can²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç:

Psöriatik artrit(PsA); distal eklem tutulumu, oligoartrit, poliartrit, artrit mutilans ve aksiyal tutulum gibi farklı klinik prezentasyonlara yol açabilen kronik inflamatuvar bir artropatidir(1). Aksiyal tutulum prevalansı hastalık süresiyle ilişkili olup erken vakalarda %5-28, yerleşik vakalarda %25-70 aralığında bildirilmiştir(2). Burada servikal omurga tutulumunun eşlik ettiği bir PsA olgusunu sunmaktayız.

Olgu:

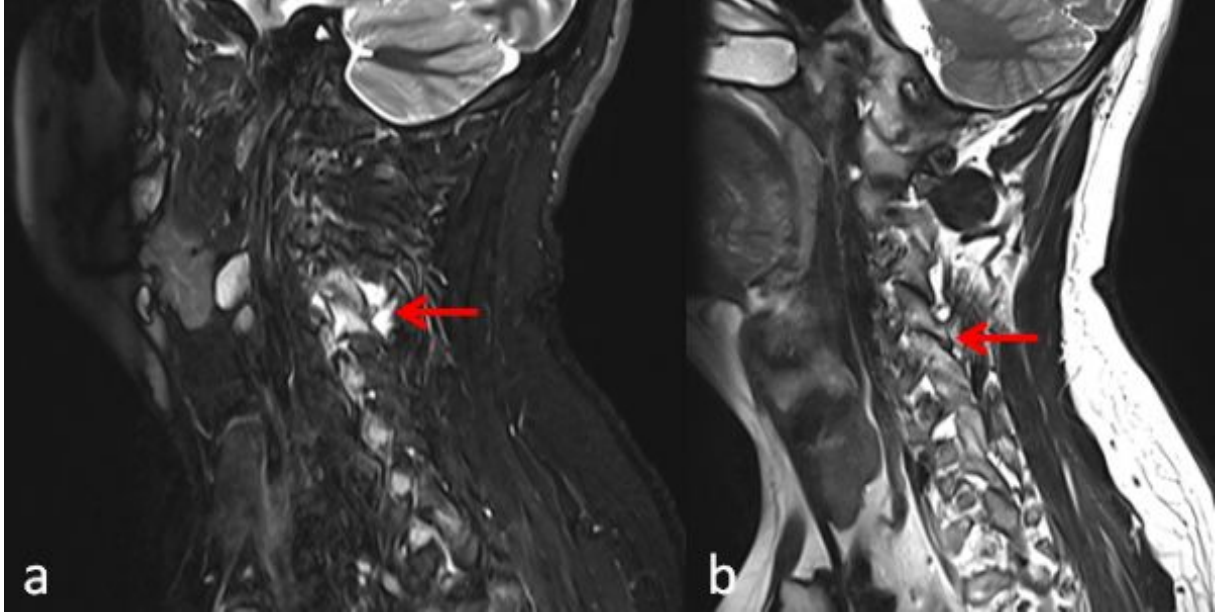
30 yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ gözde görme bozukluğu ve boyun ağrısı şikayeti ile başvurdu. Boyun ağrısının kronik olduğu ve 30 dakika süren sabah tutukluğunun eşlik ettiği öğrenildi. Özgeçmiş sorgulamasında; psöriazis(6 yıl önce) ve sağ gözde ön üveit(2 yıl önce) tanıları mevcuttu. Fizik muayenede; servikal eklem hareket açıklılığında her yöne ağrı ve kısıtlılık, FABER-FADIR testlerinde bilateral pozitiflik tespit edildi. Bilateral dirsek ekstensör yüzde psöriatik döküntüler mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; CRP:67 mg/L, ESR:53 mm/sa, HLA-B27:(-), ANA:(-), RF:(-), anti-CCP:(-) ve diğer biyokimyasal parametreler normal tespit edildi. Sakroiliyak eklem MRG'de; bilateral sakroiliak eklemlerde akut ve kronik sakroiliit ile uyumlu enflamasyon lehine bulgular saptandı. Servikal vertebra MRG'de; sol C3-4 faset ekleminde akut artrit (Resim 1), servikal vertebralarda akut ve kronik Romanus lezyonları (Resim 2), C4-5 bilateral faset eklem ankilozu, sternum ve sağ üst kostovertebral kemik iliği ödemi ve kondrit tespit edildi. Yapılan göz hastalıkları konsültasyonu sonucunda sağ gözde tekrarlayan ön üveit bulunan hastanın tedavisi; metotreksat 15 mg/hafta, metilprednizolon 24 mg/gün, diklofenak 150 mg/gün olarak düzenlendi. İki haftalık tedavi sonrası; psöriatik lezyonlarda, boyun ağrısı ve sabah tutukluğunda azalma gözlenen ve CRP:10 mg/L tespit edilen hastanın takip ve tedavisine devam ediliyor.

Sonuç:

Servikal aksiyal PsA, uzun süreli ve ağır hastalık aktivitesi olan vakalarda daha sık görölmektedir. Ayrıca HLA-B27 pozitifliğinin aksiyal kemik iliği ödemi için yatkınlık oluşturduğu düşünölmektedir(2). Bir çalışmada, PsA hastalarında inflamatuvar servikal omurga değişiklikleri %41 oranında bulunmuş olup gözden kaçabileceği vurgulanmıştır. En sık görölen değişiklikler, faset eklem ankilozu(%11) ve anterior atlantoaksiyal subluksasyon(%5) olarak tespit edilmiştir(1). Tedavide; NSAİİ, TNF-α inhibitörleri ve IL-17 inhibitörleri önerilmektedir(3).

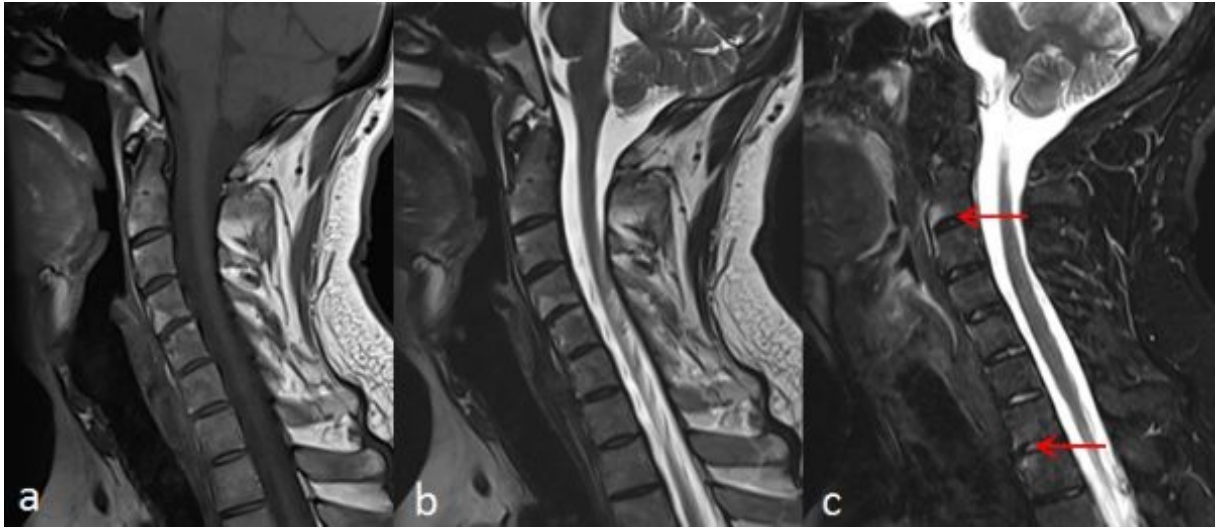
Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, Servikal Omurga, Üveit

Resim 1



Resim 1: Sol C3-4 faset ekleminde STIR(a) ve T2(b) sekanslarda akut artrit

Resim 2



Resim 2: Servikal vertebralarda T1(a), T2(b) ve STIR(c) sekanslarda akut ve kronik Romanus lezyonları

[PS-41]

Postpartum dönemde hastalık aktivitesi yüksek seyreden romatoid artritli gebe olgu

Özkan Uruk, Fatma Başbüyük, Tuba Demirci Yıldırım
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Romatoid artrit gebelikte hastaların %60'ında yatışma eğiliminde olup postpartum dönemde ise %46,7 hastada alevlenme görülür. Gebelikte terapötik etkinin yanında fetal toksisite de gözlemlenerek kullanılmalıdır. Bu sebeple hastalığının gebelik süresince aktivasyon durumunu bilmek önem arz etmektedir.

Olgu: 35 yaşında eklemlerde yaygın ağrı ve tutukluk şikayetiyle başvuran hastanın dış merkezde romatoid artrit tanısıyla takip edildiği ve 9 ay önce gebelik isteği nedeniyle metotreksat, 2 ay önce de tosilizumab tedavisinin kesildiği öğrenildi. Muayenesinde her iki el metakarpofalangeal eklemler, her iki el bilek, sağ dirsek şişlik ve hassasiyet saptandı. Hemogram ve biyokimya tetkikleri olağandı.

Eritrosit sedimentasyon hızı: 73mm/sa, CRP: 87,7mg/L, romatoid faktör: 245 IU/ml, ANA: negatif, Anti-CCP: 60,5 RU/ml olarak ölçüldü. Hastanın el-el bilek grafisinde(Resim.1) her iki el bilekte karpal koalisyonla uyumlu görünüm mevcuttu. Hastanın mevcut durumu ve özgeçmişi sorgulandığında ayırıcı tanıda erişkin still hastalığıyla uyumlu olabilecek bu görüntü dahilinde döküntü, ateş, boğaz ağrısı ve karaciğer enzimlerinde yükseklik olmaması nedeniyle romatoid artrit olarak kabul edildi.

Gebelik isteği olan hasta biyolojik ilaçların kullanımı konusunda bilgilendirildi. Hastanın kabul etmemesi nedeniyle hidrosiklorokin 200mg/gün ve metilprednizolon 20 mg/gün dozda takibi planlandı. Gebeliğinin 3.ay kontrolünde şikayetlerinde artış olan CRP: 89 mg/L ölçülen ve DAS-28 skoru 5.3 olarak hesaplanan hasta bilgilendirilerek sertolizumab tedavisi başlandı. Gebeliğin 6. ay kontrolünde klinik yanıt alındı(DAS-28: 3.2, CRP: 25 mg/L). Postpartum 45.gün kontrolünde DAS-28 skoru: 3.6, CRP: 28mg/L olduğu görüldü ve romatoid artrit postpartum alevlenmesi olarak kabul edilerek izleme ve değişiklik yapılmadı. Postpartum 5.ayda DAS-28 skoru(4.3) ve CRP(44mg/L)'de yeterli gerileme olmayan ve emzirmeyen hasta için tosilizumab tedavisine geçilmesi uygun görüldü. 3.ay kontrolünde hastadan klinik yanıt alındı ve ilacın devamı uygun görüldü.

Sonuç: Romatoid artrit gebelikte sıklıkla yatışmasının aksine hastamızda hastalık aktif seyretmiştir. Postpartum dönemde de alevlenme görülmüş ve ilaç değişikliği gerekmiştir. Gebelikte kullanılacak ilaç çeşitliliğinin kısıtlıdır. Gebelik süresince romatoid artrit yatışıp, doğum sonrası alevlenmelerin olabileceğinin akılda tutulması hasta yönetiminde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Romatoid Artrit, Postpartum Alevlenme

El-el bilek grafisi



Bilateral el bileklerinde karpal koalisyon görünümü

[PS-42]

Eozinofilik Fasiit ve Sistemik Lupus Eritematozus Birlikteliği Olan Olgu Sunumu

Feyza Ak, Sinem Sağ, Zeynep Kaya, Eylem Atasoy Güner, Sevil Yiğit, Feyza Şahan Gürpınar, Pelin Yazgan, Damla Baki Gedik

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Giriş: Eozinofilik fasiit (EF), fasyada inflamasyona ve fibrozise neden olan, ağrı ve motor fonksiyon bozukluğuna neden olan nadir bir bağ dokusu hastalığıdır. Ödem, eritem, sertlik, portakal rengi görünüm ve oluk işareti gibi karakteristik cilt belirtileri tanısız öneme sahiptir ve EF'li hastaların çoğunda gözlenir

Olgu: 29 yaşında kadın hasta polikliniğimize takip amaçlı başvurdu. 10 yaşında iken her iki bacakta şişlik ve portakal kabuğu şeklinde görüntü olması üzerine Çocuk Hastalıkları tarafından Çocuk Romatolojiye yönlendirilmiş ve Eozinofilik Fasiit tanısı almış. (Resim 1 de Groove Sign bulgusu sunulmuştur.) Metotreksat ve Prednol tedavisi başlanmış. 8 yıl kadar tedavisine devam edildikten sonra remisyondan dolayı ilaçları kesilmiş. 3 yıl sonra ani gelişen bir görme bulanıklığı olmuş ve hastaya Otoimmün Retinopati teşhisi konulmuş. Pulse steroid tedavisinden sonra vizyon düzelmiş. 2020 yılında el eklemlerinde ağrı, şişlik olmuş. Tetkiklerinde RF(-), CCP(-), ANA(+), ds DNA (+), C3,C4 normal, ENA (-), Antifosfolipid antikorlar (-) olarak saptanmış. SLE tanısıyla tedavisine Hidroksiklorokin 200 mg/gün eklenmiş. Tedavisini düzenli kullanan hasta 2021 yılında gebe kalmış ve komplikasyonsuz doğum sürecini tamamlamış. Emzirme döneminde ilacını kesmiş. Polikliniğimize başvurusu sırasında artralji dışında yakınması yoktu. Hastanın fizik muayanesinde aktif artriti yoktu. Raynaud, malar rash, alopesi, oral-nazal ülseri yoktu. Tetkiklerinde CCP(-), RF (-), ANA (+4) benekli patern, ds DNA (-), SSA(+), anti Sm(-), C3,C4 normal, CRP: 0.9 mg/L, Sedim: 5 mm/saat, WBC:5300, Neu:3100, Lym:1600, Hb:12.7, Plt:252000, Tam idrar tahlilinde proteinüri ve aktif sedimenti yoktu. Schirmer-BUT normaldi. Hastanın tedavisi Hidroksiklorokin 200 mg/gün olarak düzenlendi.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Fasiit, Sistemik Lupus Eritematozus

Resim 1



Groove Sign

[PS-43]

Behçet Hastalarında Serum Follistatin-Like Protein 1 Düzeyi ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişkinin

Mesut Demir¹, İbrahim Batmaz²

¹Silopi Devlet Hastanesi, FTR Kliniği, Şırnak

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Mezenkimal kökenli bir glikoprotein olan Follistatin-Like Protein 1 (FSTL-1)'in, inflamatuvar bir vaskülit olan BH'nda serum düzeylerini saptamak ve hastalık aktivasyonu ile olan ilişkisini araştırmak amaçlandı

Gereç-Yöntem: Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran 1990 Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu Kriterlerini karşılayan yeni tanı ve takipli 45 hasta dahil edildi. Kontrol grubu olarak, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile uyumlu olan 36 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Hasta ve kontrollerden periferik kan örnekleri alındı ve serum FSTL-1 düzeyleri ELİSA yöntemiyle ölçüldü.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubunun serum FSTL-1 düzeyi karşılaştırıldığında, hasta grubunda anlamlı yüksek saptandı (p=0.000). Kadın hastalarda serum FSTL-1 düzeyleri erkek hastalara göre anlamlı yüksek saptandı (p=0.029). Kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığında, Behçet Hastalığı Anlık Aktivite Form (BHAAF) skoru kadın hastalarda anlamlı yüksek bulundu (p=0.008). Ayrıca ESH ile serum FSTL-1 düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptandı (p=0.006).

Sonuç: FSTL-1, BH'nın patogenezinde rol alabilir ve hastalık aktivasyonunun belirteçlerinden biri olabilir.

Anahtar Kelimeler: Follistatin-Like Protein 1, Behçet Hastalığı, Hastalık aktivitesi

[PS-44]

Eozinofilik Granüloamatöz Polanjitis Tanılı Olguda Bir Yıllık Mepolizumab Deneyimi

Kadir Ulu¹, Şengül Çağlayan¹, Ayşen Çetemen², Taliha Öner³, Betül Sözeri¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmunoloji ve Alerji, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, İstanbul

Amaç: Eozinofilik granüloamatöz polanjitis (EGPA) astım ve rinosinüzit ile birlikte görülen, hipereozinofili ve sistemik vaskülitte karakterize nadir bir hastalıktır. Dokuda eozinofil infiltrasyonu ile seyreden bu hastalıkta eozinofil farklılaşması interlökin 5 (IL5) bağımlıdır, bu da tedaviye dirençli hastalarda tedavi hedefleri arasında yer alır. Yapılan erişkin çalışmalarında anti-IL5 monoklonal antikoru olan mepolizumabın EGPA hastalarında etkinliği gösterilmiştir. ANCA negatif EGPA tanılı çocuk hastada bir yıllık mepolizumab deneyiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: On yedi yaş kız hasta, ayaklarda peteşiyal döküntü ve damakta ülser yakınması ile başvurdu. İki yıldır solunum semptomları nedeniyle astım ve allerjik pulmoner aspergillozis tanısı aldığı, inhaler ve sistemik steroid tedavileri kullandığı öğrenildi. Yapılan incelemelerde, beyin manyetik rezonans görüntüleme paranazal sinüzit bulguları ve tam kan sayımlarında eozinofil oranının %60'a kadar yükseldiği saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) buzlu cam görünümü ve hastanın damağındaki lezyondan alınan biyopside eozinofilik infiltrasyon ve siyalometaplazi tespit edildi. PR3-ANCA ve MPO-ANCA negatif saptandı. ACR kriterlerine göre EGPA tanısı düşünülen hastaya bolus steroid ve intravenöz immunglobulin tedavileri uygulandı ve metotreksat başlandı. Bu tedavi altında iken senkop yakınması olması üzerine yapılan değerlendirmede, miyoperkardit ve 14 mm perikardiyal efüzyon saptandı. Hastaya siklofosamid (CYC) tedavisi başlandı. Üçüncü doz CYC sonrası tekrar miyoperkardit saptanan hastanın hipereozinoflisi de geliştiğinden ritüksimab tedavisine geçildi. Bu aşamada hastanın kemik iliği değerlendirmesinde eozinofilik seride artış saptandı. Ritüksimab tedavisi altında eozinofil sayısı yüksek seyreden perikardiyal efüzyonları gerilemeyen hastaya mepolizumab tedavisi başlandı. Mepolizumab tedavisi sonrası eozinofil sayısı normal aralıklarda seyretti, perikardiyal efüzyon saptanmadı. Son bir yılda hastane yatış öyküsü bulunmayan hastada mepolizumab ilişkili yan etki gözlenmedi.

Sonuç: Mortalite ile sonuçlanabilen direçli miyokardit atakları ve ağır perikardiyal efüzyon ile seyreden EGPA'nın patogeneğinde eozinofilik IL5 sitokini rol oynadığından mepolizumab tedavisinin etkinliği gösterilmiştir. Mepolizumab relapslarla seyreden çocuk olgularda steroid ve immunsupresan kullanımını ve bununla birlikte hastane yatışlarını azaltan etkili bir seçenek olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: eozinofilik granüloamatöz polanjitis, EGPA, mepolizumab

[PS-45]

Ankilozan Spondilit Hastasında Sekukinumab Tedavisi altında Gelişen İnflamatuvar Barsak Hastalığı: Olgu Sunumu

Burçak Karadeniz, Yıldız Akbal Engin, Muhammet Emin Kutu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:

Ankilozan spondilit (AS) başlıca sakroiliak eklemler ve omurgayı etkileyen kronik, inflamatuvar bir romatizmal hastalıktır (1). IL-17, T helper 17 hücrelerinden salınan proinflamatuvar sitokin olup IL-17 blokajının inflamatuvar süreci geri çevirdiği, epidermal hiperproliferasyonunu baskıladığı çalışmalarda gösterilmiştir (2). inflamatuvar barsak hastalığı psöriazis hastalarında sık görülmekle birlikte bu ilaçların de novo inflamatuvar barsak hastalığına neden olup olmadığı bilinmemektedir (3).

OLGU

50 yaşında erkek hasta 4 yıldır olan inflamatuvar bel ağrısı ve bir saati bulan sabah tutukluğu şikayetleri ile başvurduğu romatoloji kliniği tarafından ankilozan spondilit tanısı aldığı ve tedavisinde 8 ay önce sertolizumab altında parapsöriazis gelişmesi üzerine sekukinumab 300mg/ay subkutana geçildiği öğrenildi. Fizik muayenede kalça eklem hareketlerinde kısıtlılık dışında pozitif muayene bulgusuna rastlanılmadı. Laboratuvar sonuçları ise lökosit 7700 u/L, hemoglobulin 12.7 g/dL, Htc:39%, trombosit sayısı 313.000/mm³, CRP 6 mg/L, sedimentasyon 2 mm/sa, kreatinin 0,9 mg/dL olarak saptandı. Otoantikorlarından HLA B27 pozitif idi. Pelvis grafisinde sakroiliak eklemlerde bilateral grade 3 değişiklikler mevcuttu. Son bir aydır başlayan karın ağrısı ve kanlı ishal tariflemesi üzerine yapılan kolonoskopisinde ileum ağzı dar ve deforme, ileum ağzında ve komşu çekumda büyüğü 8mm olan ülserler mevcut olup; biyopsi sonucu da inflamatuvar barsak hastalığından crohnu desteklemekteydi. Hastanın sekukinumab tedavisi kesildi, adalimumab 40mg/2 hafta subkutan başlandı.

Sonuç:

Ankilozan spondilit tedavisinde kullanılan IL-17 inhibitörü altındayken klinik yönden dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: sekukinumab, ankilozan spondilit, crohn

[PS-46]

Tedavilerinde biyolojik ajan kullanılan erişkin başlangıçlı still hastalığı tanılı hastalarımızın başvuru özellikleri

Nihal Lermi, Belkıs Nihan Coşkun, Yavuz Pehlivan

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

Amaç: Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı (EBSH), ateş, artrit ve döküntü ile karakterize, nadir görülen, multisistemik, oto-inflamatuar bir hastalıktır. EBSH tanısıyla biyolojik ajan tedavisi alan hastalarımızın başvuru özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tek merkezli olan bu çalışmaya polikliniğimizde takipli olan, Yamaguchi kriterlerine göre EBSH tanısı olan 14 hasta dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik özellikleri, başvurularındaki klinik ve laboratuvar özellikleri ve tedavi seçimleri kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların yarısı kadındı. Tanı yaşı ortalaması 32.5 yıl (max:72, min:19) saptandı. Hastalarımızın ikisinin daha önce JRA tanısı mevcuttu. Tüm hastalar ateş yakınması ile başvurmuştu. Başvurudaki diğer klinik özellikler tablo 1’de gösterilmiştir. Hastaların tanı anında ferritin ortalaması 9322 µg/L (min:336, max:40000), C-Reaktif Protein (CRP) ortalaması 86 mg/dL (min:5, max:225), Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ortalaması 62 mm/saat (min:20, max:105), Nötrofil ortalaması 13337 K/µL (min:3700, max:21200), Aspartat Aminotransferaz (AST) ortalaması 36 U/L (min:17, max:79), Alanin aminotransferaz (ALT) ortalaması 28 U/L (min:11, max:44) idi. Hastaların Romatoid Faktör (RF) ve Anti-Nükleer Antikor (ANA) antikorları negatif saptandı. Hastaların tanı anında ve takiplerinde tedavi seçimleri Tablo-2 de gösterilmiştir. Tanı anında Anakinra başlanan iki hastamız vardı.

Sonuç

EBSH nadir görülen, multisistemik tutulumları olabilen, prezentasyon şekli ve hastalık tutulumlarının şiddetine göre tedavisinde biyolojik ajan kullanılabilen bir hastalıktır. Konvansiyonel hastalık modifiye edici ilaçlar (csDMARD) ile kontrol altına alınamayan hastalıkta biyolojik ilaç ihtiyacı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedavi, erişkin başlangıçlı still hastalığı

Tablo:1 Hastaların demografik ve klinik özellikleri (n= 14)

Hasta	Cinsiyet	Tanı yaşı	Ateş	Döküntü	Artrit/Artralji	Boğaz ağrısı	Serozit	SMG/HMG	LAP
1	Erkek	23	+	+	+	-	-	-	-
2	Erkek	39	+	-	+	-	-	-	-
3	Kadın	28	+	+	+	-	-	-	-
4	Erkek	30	+	+	+	-	-	-	-
5	Erkek	30	+	+	+	+	-	-	+
6	Kadın	22	+	+	+	-	-	-	-
7	Erkek	19	+	-	+	-	-	-	-
8	Erkek	29	+	-	+	-	+	+	-
9	Kadın	47	+	+	+	-	-	-	-

10	Kadın	37	+	+	+	-	-	+	-
11	Kadın	20	+	-	+	+	-	-	-
12	Erkek	38	+	+	+	-	-	+	+
13	Kadın	72	+	-	-	-	-	-	+
14	Kadın	21	+	+	+	+	-	-	-

SMG: Splenomegali, HMG: Hepatomegali, LAP: Lenfadenopati

Tablo:2 Hastaların başvuruındaki tedavi seçimleri (n= 14)

Hasta	Başlangıç Tedavileri	Takipteki Tedaviler
1	NSAİİ, Cs, Mtx	Etanercept, Tosilizumab
2	NSAİİ, Mtx, Htc	Tosilizumab
3	NSAİİ, Htc, Mtx	Etanercept, Tofasitinib, Tosilizumab, Anakinra
4	NSAİİ, Cs, Htc, Mtx	Adalimumab, Etanercept, Tofasitinib, Sertolizumab, Tosilizumab, Abatacept
5	NSAİİ, Cs, Mtx, Htc	Anakinra, Kanakinumab
6	NSAİİ, Mtx, Htc	Tosilizumab, Sertolizumab
7	NSAİİ, Mtx, Htc	Anakinra, Tosilizumab, Etanercept, Sertolizumab
8	NSAİİ, Cs, Mtx, Htc	Anakinra
9	NSAİİ, Cs, Mtx, Htc	Anakinra
10	NSAİİ, Cs, Mtx, Htc	Kanakinumab
11	NSAİİ, Cs, Mtx, Htc	Kanakinumab, Abatacept
12	NSAİİ, Cs, Mtx, Anakinra	
13	NSAİİ, Cs, Mtx, Htc	Tosilizumab, Anakinra
14	NSAİİ, Cs, Mtx, Anakinra	

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflatuar İlaç, CS: Kortikosteroid, Mtx: Metotreksat, Htc: Hidroksiklorokin

[PS-47]

Elektrolit Bozukluğu ile Tanı Alan Sjögren Overlap Sendromu

Canan Albayrak Yaşar, Uğur Karasu

Pamukkale Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Denizli

Amaç: Sjögren sendromu(SJS)ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır.Extraglanduler tutulum olarak böbrek tutulumu %5 oranında görülebilir.SJSda böbrek tutulumu tanısı zor olabilir,çünkü klinik semptomlar genellikle sinsidiv ve sicca semptomlarından önce görülebilir.(1)Kliniğimizde seropozitif romatoid artrit tanısı ile izlediğimiz ve elektrolit bozukluğundan yola çıkarak SJS tanısı koyduğumuz olgunun sunulması amaçlandı.
Olgu: Bilinen seropozitif romatoid artrit hastalığı olan 72 yaş bayan hasta halsizlik,yorgunluk, yaygın ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.Metotreksat 10 mg/hafta/sc, folbıol tablet 2/7 gün tedavisi almaktaydı.Fizik muayenesinde genel durum iyi,bilinç açık,koopere ve oryanteydi.Orofarinxe mukozit,aft görülmedi,dil nemliydi.Solunum,kardiyovasküler ve batın muayenesi doğaldı.Hassas ve şiş eklemi yoktu.Sistem sorgusunda döküntü,kanama,kas güçsüzlüğü ve ağız,göz kuruluğu tariflemiyordu.Laboratuvar tetkiklerinde üre:44 mg/dL kreatinin:1,02 mg/dL,AST/ALT:21/17 IU/L,Na:133 mmol/L,K:3,0 mmol/L,D.Ca:8,0 mg/L Mg:1,49 mg/dL,albumin:22,3 g/L,CRP:10 mg/L,sedim:30 mm/sa,wbc:7,34 K/uL,Hgb:10,9 g/dL,Plt:323,000,TİT:Normal,ANA ve ENA negatifti.PTH:97 ng/L,Dvit:31 ug/L,TSH:2,86 Mu/L bulundu.Nefroloji bölümüne danışıldı,d vitamini,potasyum,kalsiyum ve magnezyum replasmanı önerildi.İstenen 24 saatlik idrarda proteinüri yoktu ve glukoz,elektrolit atılım problemi saptanmadı,kan gazında asidoz izlenmedi.Romatoid artrite eşlik edebilecek sekonder sjögren sendromuna yönelik schirmer testi 5/5 mm ölçüldü,tükrük bezi biopsisinde grade 4 siyalodenit saptandı.Tedavisine prednizolon 5 mg/gün ve hidroklorokin 200 mg eklendi. Takiplerinde elektrolit bozukluğunun tamamen düzeldiği görüldü,prednizolon azaltılarak kesildi.

Sonuç: SJS,renal tubullerde lenfositik infiltrasyon veya immün kompleks birikimine yol açarak böbreği etkiler.Tubulointerstisyel nefrit en sık görülen histolojik böbrek hastalığı paternidir. Diğer böbrek tutulumları hipokalemi ile birlikte renal tübüler asidoz,Fanconi sendromu ve diyabet insipiti içerir.Glomerüler hastalık daha az görülür ve tipik olarak immün kompleks aracılıdır.Böbrek hastalıkları için optimal tedavi belirlenmemiştir ve tedavi hastalık paterni tarafından yönlendirilir.Tubulointerstisyel nefrit için tedavi elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi ve steroidler dahil olmak üzere immünosupresif kullanımını içerir.Glomerüler hastalığın tedavisi histolojik paterne yöneliktir ve sıklıkla immünosupresif ajanların kombinasyonunu gerektirir.Son dönem böbrek hastalığına ilerleme riski düşük olsa da böbrek hastalığı olanlarda yaşam kalitesi önemli ölçüde azalmıştır.SJSda böbrek fonksiyonu, kan basıncı,idrar tahlili ve idrar protein/kreatinin oranı bakılması düzenli taramanın parçası haline gelmelidir.SJS'da böbrek tutulumunun erken belirlenmesi sonucu izlem ve tedavinin erken başlatılması prognozu iyileştirecektir

Anahtar Kelimeler: Sjögren Sendromu, Elektrolit Bozukluğu

[PS-48]

Sjögren Hastalığı ile İlişkili Fibriler Glomerulonefrit: Olgu sunumu

Duygu Sevinç Özgür, Gamze Akkuzu, Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Bilgin Karaalioğlu, Mustafa Erdoğan, Burak İnce, Cemal Bes
Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Sjögren hastalığında en sık görülen renal tutulum şekli tübülointertisyel nefrittir. Fibriler glomerulonefrit nadir görülen bir nefropatidir. Otoimmun hastalıklar, diyabetes mellitus veya malignite seyrinde fibriler glomerulonefrit görülebilir. Sjögren hastalığına bağlı fibriler glomerulonefrit ise tek bir vakada bildirilmiştir. Burada, fibriler glomerulonefrit tespit ettiğimiz Sjögren hastalığı tanılı 38 yaşında bir kadın hasta sunuyoruz.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta, el bileği, ayak bileği ve dizlerde ağrı yakınmasıyla başvurdu. Hastanın bilinen sjögren hastalığı tanısı vardı ve 6 yıl önce proteinüri saptanması üzerine renal biyopsi yapılmış ve C3 glomerulopatisi, fibriler glomerulonefrit tanısı konulmuştu. Ağız ve göz kuruluğu yakınması olan hastanın ANA granüler paternede 4+, Anti SSA ve Anti SSB pozitif görülmüş. Hasta Sjögren hastalığı ve fibriler glomerulonefrit olarak değerlendirilerek hidrosiklorokin 400 mg/gün ve mikofenolat mofetil 2 gr/gün tedavileri başlanmış. Hasta verilen ilaçları 1 yıl kadar kullanıp kesmiş. 1 ay önce kreatinin 1.7 mg/dl saptanan hastanın 24 saatlik idrarda 4219 mg/L proteinüri saptanmış. Bu dönemde sedim CRP 63 mg/L (0-5 mg/L), sedimantasyon 70 mm/h saptanmış. Tekrarlanan renal biyopsi immunfloresan incelemesinde mezangiyal alanda fibriler tarzda belirgin genişlemiş ve fibriler glomerulonefrit ile uyumluydu. Hastaya metilprednisolon 40 mg/gün tedavisi başlanmış ve kliniğimize ileri inceleme için yönlendirilmişti. Kliniğimizde bakılan ANA 1/10000 benekli pozitif, Anti SSA ve Anti SSB pozitif, Anti dsDNA negatif, C3 0.086 gr/L (N: 0.9-1.8), C4 düzeyi normal, CRP 1 mg/L, sedimantasyon 16 mm/h tespit edildi. Kriyoglobulin negatifti. Hastaya Sjögren hastalığı ile ilişkili fibriler glomerulonefrit tanısı ile 32 mg/gün metilprednisolon, hidrosiklorokin 200 mg/gün ve mikofenolat mofetil 2 gr/gün tedavisi başlandı.

Sonuç: Fibriler glomerulonefrit insidansı <1'dir. Ortalama 20 nanometre çapında dallanmayan fibrillerin mezangiyum ve glomerüler bazal membranda birikmesi ile oluşur. Fibriler glomerulonefritin prognozu kötüdür, olguların yarısı 2-4 yıl içinde son dönem böbrek yetersizliğine ilerler. Glukokortikoid monoterapisi ya da rituksimab, siklofosfamid gibi ilaçlarla kombine verildiğinde farklı tedavi yanıtları olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren hastalığı, glomerulonefrit, fibriler glomerulonefrit

[PS-49]

İgG4 -ilişkili hastalık ve Hipereozinofilik sendrom: olgu sunumu

Gular Karimova

Marmara Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Nadir görülen İgG4-ilişkili hastalık ve Hipereozinofilik sendrom ile prezente olan olgu sunumu
Olgu: 62 yaş erkek hasta, bilinen KOAH, pulmoner tromboemboli ve Hipertansyon tanılı, kaşıntı, gece terlemesi, periferik kanda hipereozinofili nedeni ile hematoloji tarafından tetkik edilirken çekilen PET/CT'de mezenterik yağlı planlarda üst batında, peripankreatik alanda hafif hipermetabolizma gösteren şüpheli nodüler görünüm saptanması üzerine romatoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Romatolojik sorgulamada sadece sicca semptomları bulunan hastanın tükrük sintigrafisinde patoloji saptanmadı. Orbita MR'ında lakrimal gland boyutlarında artış görüldü. ANA/ENA/RF/CCP normal bulundu. ESR-86mm/sa, İgG4-140mg/dL, İgE-1500mg/dL, eozinofil-10500/ μ L olarak yüksek saptandı.

Hematolojik açıdan tetkikleri devam eden hastanın Kemik iliği biyopsisinde İgG4 pozitif hücreler %1 saptanarak anlamlı bulunmadı, eozinofil/lökosit oranında artış görüldü. PDGF α mutasyonu pozitif saptanan hastaya primer Hipereozinofilik sendrom tanısı ile tirozinkinaz inhibitörü olan İmatinib tedavisi başlandı. Tedaviye yanıtız olan hastanın kontrol PET/CT'sinde bilateral lakrimal gland boyutlarında artış, submandibular bezlerde hafif heterojen karakterde FDG tutulumu, peritoneal, mezenterik yağlı planlarda ve paraaortakaval mesafede önceki çalışmaya göre artmış yoğunluk artışları ve şüpheli nodüler görünümler İgG4-ilişkili hastalık açısından anlamlı olabileceği düşünöldü. Tükrük Bezi Biyopsisinde İgG4/ İgG plazma hücre oranı %40'ın üzerinde saptandı.

Bu süreçte hematolojik açıdan tedavisi imatinibden 2.kuşak tirozinkinaz inhibitörü olan nilotinibe değıştirilen hasta gözde kemozis ile başvurdu. Güncel eosinofil-0/mL, İgG4-94mg/dL, ESR-70mm/sa. İgG4-ilişkili hastalık alevlenmesi? Nilotinib ilişkili yan etki? şüphesi ile hastaya acil olarak 3 gün 500mg Metilprednizolon, sonra 1mg/kg/gün steroid tedavisine başlandı. Ayırıcı tanı yapılması için hastadan korneal Biyopsi alındı. Göz bulguları gerileyen hastada tükrük bezi biyopsisinde İgG4 lehine tutulumu, kanda İgG4 yüksekliği ve PET/CT bulguları göz önüne alınarak İmmunsupressif tedavi olarak Azatioprine başlandı.

Sonuç: İgG4-ilişkili hastalıkta hipereozinofili görölse de, genellikle orta düzeylerde saptanır. Literatüre göre, Eozinofili hastalığının daha çok organ tutulumu, daha sık relapslar ile ilişkilidir. Olgumuzda primer Hipereozinofilik sendrom tanısını destekleyen PDGF α mutasyonu saptansa da, tirozinkinaz inhibitörleri tedavisine yanıt alınamadı. Her iki antitenin efektif tedavisi için bu birlikteliğinin patogenetik mekanizmalarının öğrenilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofilik sendrom, İgG4-ilişkili hastalık

[PS-50]

Temporal Arterit Olgusu

Yıldız Akbal Engin, Selda Çelik

Bakıköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

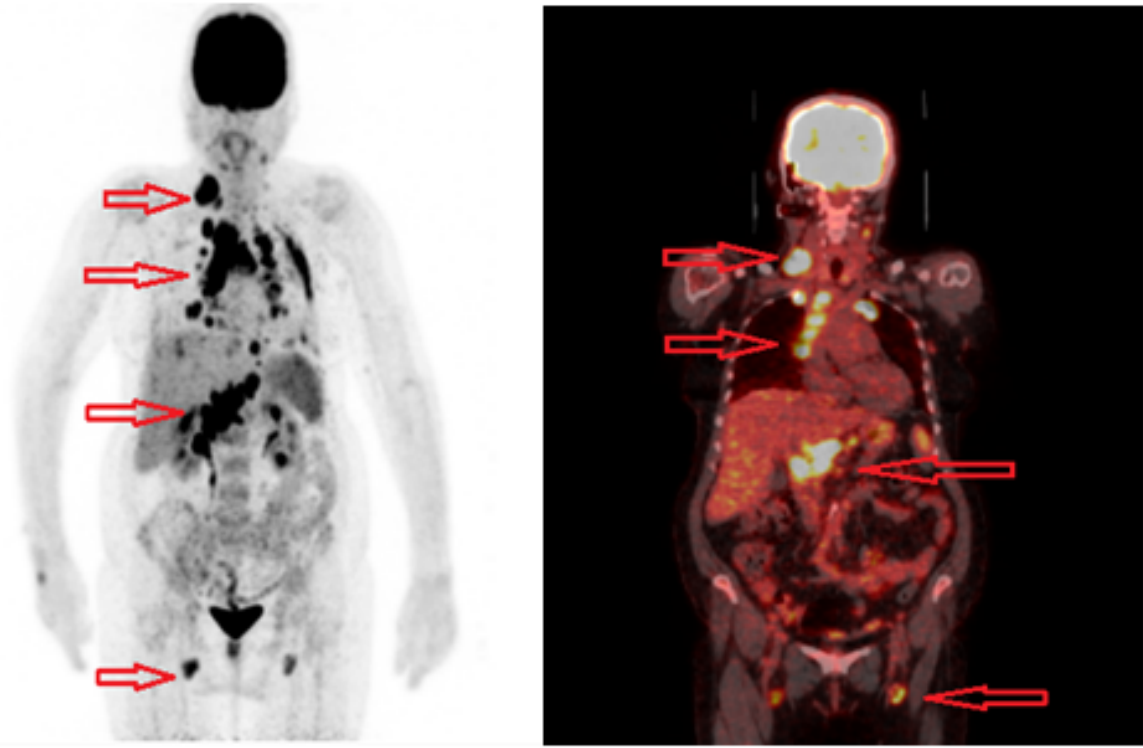
Amaç: Temporal arterit büyük çaplı damarları tutan kronik granülomatöz bir vaskülitir. Burada sol transvers sinüs trombozu eşlik eden temporal arterit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 86 yaşında erkek hasta baş ağrısı, çift görme, yüzde şişlik şikayeti ile acil servise başvurdu, çekilen kranial MRG' de akut serebrovasküler olay saptanmayan hasta DHA şüphesi ile dahiliye servisine interne edildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde CRP:272 mg/L, sedimentasyon:105 mm/sa, prokalsitonin:0.09, lökosit 9 bin/ mm³, nötrofil 6600/ mm³, lenfosit 870/ mm³, hemoglobin 9,3 g/dL, MCV: 92, trombosit 280 bin x 10³/µL idi. Temporal arter doppler USG'de bilateral süperfisyal temporal arter karşılaştırılmalı değerlendirilmesinde solda sağa göre artmış duvar kalınlığı görüldü. DHA ön tanısı ile 40 mg prednizolon başlanan hastanın CRP değeri steroid sonrası 272 mg/L'den 65 mg/L'ye geriledi. Tümör markerları ve protein elektroforezi normal idi, kan kültürlerinde üreme olmadı. Periferik yaymada atipik hücre ve blast saptanmadı. Çift görme şikayeti olan hastanın göz hastalıkları konsültasyonunda optik nörit ve vaskülitik tutulum saptanmadı. Behçet hastalığı kliniği olmayan ve Kranial MRG venografide sol transvers sinüste tromboz saptanması üzerine nörolojiye danışılan hastaya DMAH başlandı ve çekilen kranial ve boyun MRG anjiografide oklüzyon izlenmedi. Karotis, portal ven ve alt ekstremitte renkli doppler USG'de tromboz saptanmadı ve trombofili paneli normal olarak sonuçlandı. Temporal arter biyopsisinde bulgular temporal arterit ile uyumluydu. Çekilen PET'de sağda daha belirgin olmak üzere bilateral süperfisyal temporal arter trasesine uyan alanda hafifçe hipermetabolik tutulumlar izlenmekteydi(SUVmax:4,91). CRP değeri 9 mg/L'ye kadar gerileyen hasta 15 mg metotreksat/ hafta, 300 mg asetilsalisilik asit, 1 aya tamamlandıktan sonra azaltma şeması verilmek üzere 40 mg prednizolon ile taburcu edildi.

Sonuç: Temporal arterit sıklıkla 50 yaş üzeri kişileri etkileyen, akut baş ağrısı, saçlı deri hassasiyeti, çene kaldikasyonu ve görme bozukluğu eşlik eden bir vaskülitir. Tanı kesin olarak konulana veya ekarte edilene kadar acilen yüksek doz steroidlerle tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: temporal arterit, transvers sinüs trombozu

Şekil 1



Hastanın PET-BT görüntüsü

Tablo 1

Parametreler	Mayıs21	Haziran21	Temmuz21	Ağustos21	Eylül21	Nisan22
Lökosit (cells/ml)	5,800	9,700	6,800	9,300	13000	8,800
Hemoglobin(gr/dl)	13	13	11	11	13,5	13
MCV	85	89	85	84	82	93
ESH (mm/h) (N:0-30)	34	56	64	82	17	16
CRP (mg/dl) (N:0-5)	17	10	20	39	2	1

Hastanın tanı ve tedavi süresince laboratuvar değerleri

[PS-52]

COVID 19 Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Seropozitif Romatoid Artrit

Mustafa Gür, Aylin Dolu Karaca, İbrahim Gündüz, Mesude Seda Aydoğdu, Rabia Pişkin Sağır, Ahmet Karataş, Süleyman Serdar Koca

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

Amaç: Yeni koronavirüs hastalığı (COVID 19) SARS-CoV-2'nin neden olduğu viral bir enfeksiyondur. Proinflamatuvar sitokinlerin artışıyla karakterize hiperinflamatuvar sendrom COVID 19 seyri boyunca gözlenebilir. COVID 19 enfeksiyonu sonrası ortaya çıkan çeşitli otoimmün hastalıklar literatürde bildirilmiştir. Bu vaka örneğinde SARS-CoV-2 enfeksiyonu sonrası yeni tanı konulan seropozitif romatoid artrit (RA) hastası sunulacaktır.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 aydır her iki üst ve alt ekstremitte eklemlerinde ağrı ve şişlik ile romatoloji kliniğine başvurdu. Özgeçmişinde astım öyküsü bulunan hasta yaklaşık 1 ay önce COVID 19 enfeksiyonu geçirmiş ve tanı SARS-CoV-2 PCR ile doğrulanmış. COVID 19 seyri sırasında yaygın eklem ağrısı, tat-koku kaybı ve yaklaşık 10 gün süren ateşi olmuş. Ateş ve tat-koku kaybı düzelen hastanın eklem ağrıları devam etmiş ve ilk olarak bilateral ayak bileğinde şişlik, devam eden günlerde diz ve el bileklerinde de şişlik oluşmuş. Muayenede her iki ayak metatarsofalangeal eklemlerde, sağ dizde ve her iki el bileği ve metakarpofalangeal eklemlerde şişlik saptanan hastanın sistemik diğer muayenesinde özellik saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon 6 mm/saat, CRP 3,39 mg/L, CCP >200 u/mL, RF >536 IU/mL ve ANA homojen zayıf titrede pozitif olarak saptandı. Brusella, hepatit ve diğer viral tetkikler negatif saptandı. Hastaya düşük-orta doz metilprednizolon ve non-steroid anti-inflamatuvar ilaç tedavisi başlandı ve 2 hafta sonra kontrole çağrıldı. Kontrolde artritleri ve artraljileri gerileyen hastada seropozitif RA düşünülerek tedavisine metotreksat 10 mg/hafta ve folik asit 5 mg/hafta tedavisi eklendi. Birinci ay ve 3. ay kontrollerinde hastanın artritleri saptanmadı, sağ ayak bileği ve sağ el metakarpofalangeal eklemlerde minimal hassasiyeti mevcuttu.

Sonuç: RA, genetik yatkınlıkla birlikte sigara, hormonal faktörler ve enfeksiyonlar gibi çevresel faktörlerin etyopatogeneizde rol oynadığı otoimmün bir hastalıktır. Çeşitli çalışmalarda, özellikle parainfluenza ve koronavirüs gibi viral enfeksiyonlarla RA arasında ilişki tanımlanmıştır. Literatürde COVID19 enfeksiyonu sonrası gelişen seropozitif RA vakası çok azdır. Bu vaka, COVID 19 enfeksiyonunun çeşitli otoimmün hadiseleri tetikleyebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, romatoid artrit, otoimmünite

[PS-53]

Dirençli myalji ile seyreden fmf hastalık olgusu

Taylan Kaplan

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

Amaç: Ailevi akdeniz ateşi(fmf) tekrarlayan sistemik ve lokal inflamasyon epizodlarıyla karakterize otoinflamatuvar hastalıktır. Hastalığın seyrinde ateş, serozit atakları görülmekle birlikte nadiren kolşisin ve non-steroidal antinflamatuar tedaviye refrakter, yüksek sedimentasyon düzeyi ile seyreden, steroide dramatik yanıt veren uzamış febril myalji görülmektedir. Bu olguda steroid tedaviye yanıt vermeyen ateş ve myaljisi olan vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 20 yaşında, bilinen ailevi akdeniz ateşi(fmf) dışında hastalığı olmayan erkek hasta, 2 gün süren tekrarlayan ateş, karın ağrısı atakları, fmf aile öyküsü, ayak bileği monoartrit, alt ekstremitede eritem ve MEFV geninde M680I/V726A heterozigot mutasyon saptanarak fmf tanısı alıp, kolşisin başlanmış. Kolşisin tedavi sonrası atak sıklığı ve şiddeti azalmış. Takibinde 1,5 yıl öncesinde başlayan myalji olması nedeniyle opac kolşisine geçilip, ibuprofen eklenmiş. Tekrarlayan ishal nedeniyle yapılan kolonoskopide terminal ileit ve 4-5 adet aftöz ülserasyonlar saptanmış, patolojide amiloidoz, granülom saptanmamış, gastroenterolojide ibh yada tüberküloz düşünülmeyip nsaid ilişkili ülser düşünölmüş. Hastanın fmf ataklarının seyrinden farklı özellikte aralıklı devam eden ateş, karın ağrısı myalji, afr yüksekliği uzamış febril myalji ilişkili düşünölmüş. Steroid almış ancak şikayetleri devam etmiş. Tetkiklerinde hemogram, renal ve kcft, ck normal, crp:95 mg/dl sedimentasyon: 12 mm/saat, ANA, ENA, RF, ANCA, viral seroloji, idrar analizi normal saptandı. EMG' de polinöropati, myopati saptanmadı. Abdominal BT hepatosplenomegali, lenfadenomegali ve dalakta enfarkt izlendi. Vaskülit şüphesiyle çekilen abdominal bt anjiyografide sağ renal arter dallarında <5 mm iki adet sakküler anevrizma, sağ renal ve hepatik arterde luminal düzensizlikler izlendi. PAN tanısı konularak, pulse metilprednizolon ve siklofosamid başlandı. Tedavinin 1. ayında hastanın semptomları düzeliş, akut faz reaktanları gerilemesi üzerine steroid doz azaltılması planlandı.

Sonuç: PAN ile ilişkili bildirilen otoinflamatuvar hastalıklardan en sık göröleni fmf hastalığıdır. Fmf de görölen mutasyonların ve proinflamatuvar sitokinlerin vaskülit gelişiminde rol oynayabileceği düşünölmektedir. Klasik tedavilere dirençli vaskülitik süreçlerle ilişkili olabilecek klinik bulguları olan hastalarda otoinflamatuvar hastalıkla birlikte vaskülit olabileceği akla gelmelidir

Anahtar Kelimeler: febril myalji, vaskülit, poliarteritis nodosa

[PS-54]

Livedo retikularis ayırıcı tanısına giren nadir bir durum; Eritema Ab İgne

Derya Kaşkari¹, Hamdi Özcan²

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

²Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bilim Dalı

Amaç: Eritema ab igne (EAI) yanık oluşturmayacak şiddette ısıya uzun süre maruz kalma sonucu gelişen retikuler telenjektatik pigmente bir dermatozdur. Burada, livedo retikularis benzeri cilt lezyonu ile başvuran romatolojik hastalıkların ayırıcı tanılarının yapılması sonrası dermatoloji bölümünce EAI tanısı alan iki vaka sunulmuştur.

Olgu sunumu 1: 37 yaşında kadın hasta. Bir aydır olan alt bacaklarda önce kızarıklık sonra morarma şikayetinin geliştiği kaşıntısız alacalı döküntüsü olmuş. Romatolojik sorguda; güneş hassasiyeti, ağız ve göz kuruluğu, raynaud fenomeni; abortus- ölü doğum, oro-genital aftöz lezyon ve alopesi öyküsü yoktu. Fizik muayenede: iki taraflı alt bacaklarda ancak sol alt bacakta daha fazla olan eritematöz ağsı döküntüsü vardı. Solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve batin muayenesi; normal sınırdı idi. Romatolojik muayenede; herhangi bir eklem kızarıklık, şişliği ve hassasiyeti mevcut değildi.

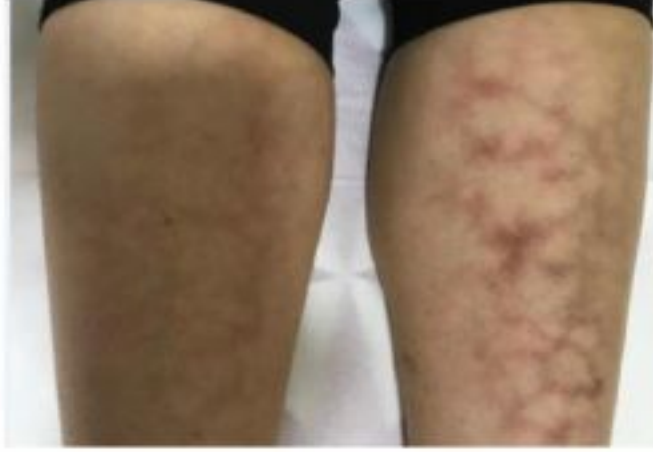
Laboratuvar: CRP, sedimentasyon, kreatinin, AST/ALT, tam kan sayımı; normal sınırdı idi. RF: 0, C3/C4: 0,88(N: 0,83-1,93)//0,22 (N: 0,15- 0,57 g/L), p- ANCA: ve c-ANCA:Negatif, ANA: negatif, Tam idrar tetkiki normal sınırdı idi. Olgu sunumu 2 = 40 yaşında kadın hasta. Aralık 2021’de benzer şikayet ile polikliniğimize başvuran hastamızın şikayetleri benzer şeklide sol bacakta daha fazla idi.

Laboratuvar: CRP, sedimentasyon, kreatinin, AST/ALT, tam kan sayımı; normal sınırdı idi. RF:7,2 IU/mL, C3/C4:0,9 (N:0,9-1,8)/0,27 (N:0,1-0,4 g/L), Tam idrar tetkiki normal sınırdı idi. p-ANCA ve c-ANCA: negatif, ANA: negatif, lupus antikaogulan: negatif Antikardiyolipin Ig M ve Ig G:<2/<2 Dermatoloji bölümü konsültasyonu sonucunda lezyonların “Eritema ab igne” ile uyumlu olduğu belirtildi. Hastalarımızın soğukta çalıştığı yerde masa altında ısıtıcı kullandığı öğrenildi. Bu lezyonlar maruziyetten uzaklaştırılmasından ve kligman formülü lokal tedavisinden ilk vaka iki hafta sonra, ikinci vakanın yaklaşık altı hafta sonra lezyonlarında belirgin olarak azalma görüldü.

Sonuç: Livedo retkularis benzeri lezyonlar ile romatoloji polikliğine başvuran hastalarda Eritema ab igne ayırıcı tanıda olmalı ve hastaların hikayelerinin alınmasında ısıya maruziyet de sorulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Livedo retikularis benzeri döküntü, Eritema ab igne

Resim 1. Pretibial bölgede livedo retikularis benzeri döküntüsü olan ilk hastanın başvuru anındaki görüntüsü



Resim 1. Pretibial bölgede livedo retikularis benzeri döküntüsü olan ilk hastanın başvuru anındaki görüntüsü

Resim 2. Pretibial bölgede livedo retikularis benzeri döküntüsü olan ikinci hastanın başvuru anındaki görüntüsü



Resim 2. Pretibial bölgede livedo retikularis benzeri döküntüsü olan ikinci hastanın başvuru anındaki görüntüsü.

[PS-55]

Bilateral Sklerit ile Prezente Olan Bir Tekrarlayan Polikondrit Olgusu

Seda Kutluğ Ağaçkiran, Kerem Yiğit Abacar, Gizem Sevik, Alida Aliyeva, Taylan Kaplan, Güler Karimova, Fatma Alibaz Öner, Rafi Haner Direskeneli
Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tekrarlayan polikondrit, kıkırdak dokunun inflamasyonu 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 vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 44 yaşında, primer hipotirodi 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, etyoloji araştırma amaçlı Romatoloji Polikliniği'ne yönlendirilmişti. Hastanın sorgusunda 1 yıldır bilateral el bileği, DIF ve PIF eklemlerinde inflamatuvar 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, albumin, serum ACE düzeyi, 24 saatlik idrar kalsiyum normal saptandı. Schirmer testi bilateral <5 mmd. 3 boşluk BT, torakoabdominal BT anjiyografi, EKO, SFT/DLCO, mamografi, jinekolojik muayenesi normaldi. Hastaya primer relapsing polikondrit tanısıyla 64 mg metilprednisolon 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 konjunktivitle 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 laringotrakeobronşial 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: fasial paralizi, sklerit, tekrarlayan polikondrit

RESİM 1



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

[PS-56]

Sjogren tubulopatisi ve Nutcracker Sendromu birlikteliği

Damla Karataş, Nilay Erdik, Zeynep Öztürk, Sümeyye Merve Türk, Emel Gönüllü
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ

Nutcracker sendromu [sol renal ven (LRV) tuzak sendromu], LRV'nin en yaygın olarak abdominal aort ve superior mezenterik arter arasında sıkışmasını ifade eder. Semptomlar asemptomatik hematüriden şiddetli pelvik konjesyona kadar değişir.

Primer Sjögren sendromu, ekzokrin (tükürük ve gözyaşı) bezlerinin lenfoplazmasitik infiltrasyonu ile karakterize, sikka semptomlarına yol açan otoimmün bir hastalıktır. Primer Sjögren sendromunda sistemik komplikasyonlar ortaya çıkabilir, ancak böbrek tutulumu nadirdir ve <%10 hastayı etkiler. En sık görülen nefropati formu, böbreğin plazma hücreleri tarafından infiltrasyonunun olduğu tubulointerstitial nefrittir.

OLGU SUNUMU

29 yaşında kadın hasta, 6 yıl önce halsizlik, kas güçsüzlüğü ile başvurusunda hipopotasemi (potasyum (K): 3 mmol/L) saptanan ve tetkik edilen hastada, altta yatan sebep bulunamamış ve genetik test negatif olmasına rağmen hipokalemik alkalozu olduğundan Gitelman Sendromu? ile takip edilmiş. Takiplerinde semptomatik tedavi almış fakat hastanın ayda bir kez hipopotasemi nedenli hastane yatışı oluyormuş. Aralıklı makroskobik hematüri atakları olması üzerine yapılan görüntülemelerinde sol renal ven şiş olarak saptanmış ve Nutcracker Sendromu tanısı almış. O dönemde yapılan romatolojik incelemede özellikli saptanmamış, tükürük bezi biyopsisi normal olarak raporlanmış. Hasta tarafımıza yeniden başvurdu. Sorgulamasında göz kuruluğu hafif, ağız kuruluğu yok, eklem ağrıları yoktu. Parotis bezlerinin ara ara şiştiğini söylüyordu. Son başvurusunda: sedimentasyon (ESH): 11mm/sa, C-reaktif protein (CRP): 2.3 mg/L, K:3.6 mmol/L, sodyum: 140 mmol/L, kalsiyum:9 mg/dL idi. Kronik hastalık anemisi uyumlu bulguları vardı. İdrar tetkikinde pH:6 dansite: 1016, proteinüri yoktu. Antinükleer antikor negatif, anti SS-a ve SS-B negatif olarak sonuçlandı. Schirmer: 5/5 mm, BUT: 4/4 sn olarak ölçüldü. Kuru göz saptanan hastaya tükürük bezi biyopsisi yapıldı. Patoloji: fokus skoru: 1 olarak geldi. Hastaya Sjogren Sendromu (SS) tanısı konuldu. Tübülopatisi SS'a bağlandı. Hastaya hidroklorokin 2*200 mg ve nefrolojinin de önerisi ile 0.5mg/kg steroid başlandı.

SONUÇ

Sjogren Sendromu böbrek tutulumu nadir görülür. Literatürü incelediğimizde Sjogren tubulopatisi ile Nutcracker Sendromu birlikteliğine rastlamadık.

Anahtar Kelimeler: hipopotasemi, nutcracker sendromu, sjogren sendromu

[PS-57]

Ailevi Akdeniz ateşi olan kişilerde mizaç özellikleri, anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi

İrem Şahinoğlu¹, Gözde Yıldırım Çetin²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) yaşam boyu tedavi gerektiren otoinflamatuar bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı AAA olgularında en sık görülen baskın mizaç tipini belirlemek, mizaç özelliklerini sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslamak ve hem anksiyete hem de depresyon sıklığını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 73 AAA hastası (51 kadın, 22 erkek) ve 30 sağlıklı gönüllü (21 kadın, 9 erkek) dahil edildi. Hastaların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi amacıyla hastane anksiyete ve depresyon (HAD) ölçeği ve mizaç özelliklerini belirleme amaçlı Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego –Autoquestionnaire (TEMPS-A) mizaç ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Hasta grubundaki olguların yaş ortalaması 32.3 ± 10.3 (dağılımı 17-67 yıl) ve kontrol grubundaki olguların yaş ortalaması $32.7 \pm 4,0$ (dağılımı 27-40 yıl) olarak saptandı. Hasta ile kontrol grupları karşılaştırıldığında, anksiyete saptanan olgu sayısı hasta grubunda 33 (%45,2) kontrol grubunda 5 (%16,6) kişi olarak belirlendi. Depresyon saptanan olgu sayısı hasta grubunda 23 (%31,5) kontrol grubunda 2 (%6,6) kişi olarak belirlendi. Hem anksiyete hem de depresyon görülme sıklığı hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksekti (sırası ile p değerleri $p=0,02$ ve $p=0,002$). Mizaç özellikleri incelendiğinde ise AAA hastalarında en sık baskın mizaç depresif mizaç (%20,5) ve anksiyöz mizaç (%20,5) olarak belirlendi. AAA hastalarında baskın mizaç olarak depresif mizaç görülme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,02$). Tedavi süresi, gen mutasyonu varlığı, kolşisin düzenli kullanımı, cinsiyet ve atak tipi ile depresyon, anksiyete ve mizaç özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada AAA hastalarında sağlıklı kişilere göre hem depresyon hem anksiyete sıklığının arttığı belirlenmiştir. Buna ilaveten AAA hastalarında en sık görülen baskın mizaç tiplerinin anksiyöz ve depresif mizaç olduğu ve depresif mizaç görülme sıklığının sağlıklı kişilere kıyasla arttığı gösterilmiştir. Bu nedenle AAA hastalarında tedavi sürecinde hastaların eşlik eden psikiyatrik şikayetlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Anksiyete, Depresyon

[PS-58]

Konjenital iktiyozis hipotiroidizm ve juvenil idiyopatik artrit birlikteliği: olgu sunumu

Taner Coşkuner, Kadir Ulu, Şengül Çağlayan, Ramazan Emre Yiğit, Betül Sözeri
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği

Amaç: Konjenital iktiyozis, otozomal resesif kalıtılan heterojen bir keratinizasyon bozukluğudur. İnsidansı 1/300.000'dir. Yaygın cilt kuruluğu, ciltte soyulmalar ve tüm vücudu saran eritemli, pullu hiperkeratotik lezyonlar ile karakterizedir. Ekstrapion, eklabium, burun anomalileri, rudimenter kulak, bozulmuş termoregülasyon ve eklem kontraktürleri hastalığa eşlik edebilen diğer bulgulardır. Konjenital iktiyozis, hipotiroidizm ve juvenil idiyopatik artrit (JİA) tanıları olan bir hastanın tanı, takip ve tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Konjenital iktiyozis ve hipotiroidizm tanılarıyla dış merkezden takip edilen 3 yaşındaki erkek hasta, alt ve üst ekstremitte eklemlerinde şişlik, hareket kısıtlılığı ve ateş şikayetleri nedeniyle dış merkezde 3 ay hospitalizasyon öyküsü mevcut. Septik artrit ön tanısıyla çoklu antimikrobiyal tedavi almış ve artroskopi yapılmış. Hasta artrit ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ciltte yaygın eritem, pullu deri, fissürler, rudimenter kulak, ektropion, bilateral dirseklerde, dizlerde el ve ayak bilek eklemlerinde hareketler kısıtlı ve şişlikler mevcut, inguinal bölge, aksiller bölge ve sağ submandibular bölgelerde lenfadenopatileri mevcut, el parmakları rudimente ve fleksiyon kontraktürü mevcut idi. Öyküsünde doğumda konjenital iktiyozis tanısı alan hastanın, 18 aylıktan itibaren tiroid hormon replasmanı aldığı görülmüştür. Kliniğimizde yapılan tetkiklerinde tam kan sayımı normal, crp:146mg/L, sedimentasyon:86 mm/h (yüksek), ANA negatif, RF negatif, ACE normal, lenfosit alt grupları normal olarak sonuçlandı. IL-1RN ve IL-36RN genetik analizinde patojen mutasyon saptanmadı. Tüm vücut koronal stır mr'da bilateral üst ve alt ekstremitte proksimal ve distal eklemlerinde eklem sıvısında artış izlendi. Bilateral dirsek ve el bileği eklemleri düzeyinde fleksiyon deformiteleri gözlemlendi. LAP eksizyonel biyopsisi reaktif lenfoid hiperplazi lehine değerlendirildi. Hastaya RF negatif poli jia tanısı koyuldu. Hastaya metilprednizolon, metotreksat, etanercept tedavileri başlandı. Hasta 3.ay vizitinde yürüyebiliyor, desteksiz ayakta durabiliyor, basamak kullanarak sedyeye desteksiz çıkabiliyordu.

Sonuç: Gelişen artrit JİA'nın belirtisi olarak mı yoksa iktiyozis bağı bir antite olarak mı meydana geldiği netlik kazanmamıştır. Konjenital iktiyozis, hipotiroidi ve juvenil idiyopatik artrit birlikteliğine literatürde rastlanmamıştır. Bu vakanın literatürdeki ilk olgu olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: artrit, hipotiroidizm, iktiyozis

[PS-59]

Eş zamanlı SLE ve AIDS tanısı alan bir olgu

Muhammet Emin Kutu, Selda Çelik
Bakırköy Dr Sadi Konuk EAH, Romatoloji Kliniği

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematosus (SLE) ve AIDS birçok ortak klinik ve laboratuvar bulguları paylaşabilmektedir. Bu nedenle bir hastada eş zamanlı iki hastalığın tanısını koymak zor olabilmektedir ve literatürde de bu şekilde çok az vaka bildirilmiştir. Burada aynı zamanda SLE ve HIV enfeksiyonu tanısı alan bir hastamızı sunuyoruz.

Vaka: 53 yaşında erkek hasta 6 aydır aralıklı olan ateş, halsizlik, kilo kaybı, artralji şikayetleri ile hastanemiz aciline başvurdu. Fizik muayenede ateş 37.5 C, diğer vital bulguları normaldi. Saçlarda diffüz bir inceltme mevcuttu.İnguinal bölgede palpabl lenf nodları vardı. Solunum sistemi ve kardiyak muayenede özellik yoktu.Eklem muayenesi doğaldı.

Laboratuvar testlerinde hafif düzeyde lökopeni, lenfopeni, normokrom normositer anemi ve sınırdaki akut faz yüksekliği vardı. Karaciğer, böbrek fonksiyonları normaldi. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. c-ANCA ve p-ANCA negatifti. C3 düşük, C4 alt sınırdaki idi. ANA testi 1/1000 titrede homojen saptandı. Bunun üzerine bakılan anti-dsDNA 161 IU/ml titresinde pozitif bulundu. Anti-dsDNA IFA yöntemi ile de pozitif. Direk coombs IGG testi pozitif. Otoimmün hemolitik anemi için diğer bulgular yoktu. Öyküde 10 yıl önce şüpheli bir cinsel ilişki maruziyeti olduğu öğrenildi. İstenilen anti-HIV testi pozitif geldi. Western blot yöntemiyle doğrulaması yapıldı ve tekrar pozitif olarak bulundu. Diğer viral seroloji ve hepatit markerları negatifti. Malignite ve vaskülit tetkik için yapılan PET-CT de, bu yönde bulgu yoktu. İnguinaldeki lenf nodu eksizyonel biyopsisinde özellik saptanmadı. Endoskopi, kolonoskopisi normaldi. Ekokardiyografide perikardiyal effüzyonu vardı. Mevcut bulgularla ACR/EULAR SLE kriterlerine göre, SLE tanısı konuldu. Hidroksiklorakin ve prednizolon tedavisi başlandı. Aynı zamanda HIV enfeksiyonu saptanan hastamıza AIDS tanısı konularak enfeksiyon hastalıkları tarafından antiretroviral tedavi başlandı. Takipte hastanın klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme oldu.

TARTIŞMA: HIV enfeksiyonunun oluşan immün disregülasyon nedeniyle çeşitli otoimmün hastalıklarla birlikteliği sıktır.

Bununla birlikte SLE ile birlikteliği literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Benzer klinik ve laboratuvar bulgulara yol açabilmesi nedeniyle hem ayırıcı tanıda düşünülmeli, hem de birlikte olma olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: SLE ve AIDS

[PS-61]

Pulmoner Arter Tutulumlu Behçet Hastaları ile Hughes Stovin Sendromlu Hastaların Demografik ve Klinik Açısından Karşılaştırılması

Baver Ordu, Muhammed Şamil Aslan, Emire Seyahi
İ.Ü.-C., Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Hughes-Stovin sendromu ile Behçet hastalığına bağlı pulmoner arter tutulumunun aynı hastalıklar olduğu düşünülmektedir. Literatürde şimdiye kadar bildirilen HSS olguları ile pulmoner arter tutulumu olan Behçet sendromu hastalarını demografik, klinik, radyolojik, laboratuvar, tedavi ve prognoz açısından karşılaştırmak istedik.

Gereç-Yöntem: Sistematik literatür taraması yapılarak 1980-2020 yılları arasında, Pubmed, Scopus ve Web of Science veri tabanları 'Hughes Stovin syndrome' anahtar kelimesiyle araştırıldı. Toplam 54 (40 E/14 K) HSS olgu bildirisi incelemeye alındı.

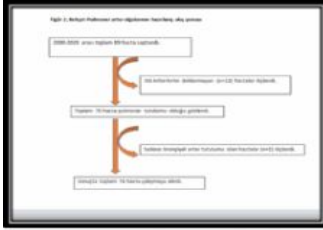
2000-2020 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesi tarafından Behçet sendromuna bağlı pulmoner arter tutulumu tanısıyla izlenen 89 hasta dosyası tarandı.

Bulgular: HSS ve BS tanılı hastalar başvuru yaşı, erkek hasta oranı, akut faz yüksekliği ve birçok başvuru semptomu açısından benzer bulundular. HSS olgularında Behçet'e kıyasla daha az oranda göğüs ağrısı ve nefes darlığı bildirilmişti. HSS hastalarında pulmoner arter anevrizması daha fazla oranda görülürken, izole pulmoner arter trombozu daha seyrekti. Pulmoner arter tutulumunun anatomik lokalizasyonu, anevrizma boyutu ve tutulan arter sayısı her iki grupta benzerdi. HSS ve Behçet hastaları, sistemik venöz tromboz ve periferik arteriyel tutulum oranları açısından da farklı bulunmadı. Histopatolojik inceleme 14 HSS olgusunda ve 8 Behçet olgusunda mevcuttu. Her iki grupta benzer şekilde, akciğer dokusunda enfarkt, organize pnömoni, intravasküler organize trombüs ve vazo vazorum çevresinde lenfositik infiltrasyon ile karakterize obliteratif vaskülit ile uyumlu lezyonlar izlenmişti. HSS olguları, Behçet hastaları ile karşılaştırıldığında daha az oranda glukokortikoid ve immünsüpresif ajanlar ile tedavi edilmişlerdi. Buna karşılık antikoagülan tedavi, vasküler veya cerrahi girişim HSS hastalarına Behçet'e kıyasla daha fazla oranda uygulanmıştı. Ölümcüllük, Behçet hastalarında HSS olgularına göre daha fazla oranda izlenmesine rağmen gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

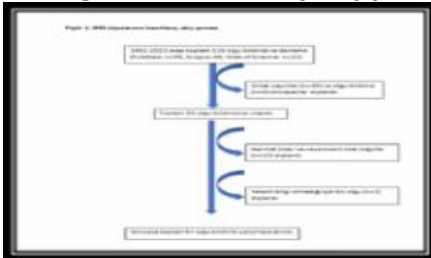
Sonuç: Çalışmamızda metodolojik olarak iki farklı kohort karşılaştırıldığı için standardizasyon eksikliği gibi bazı kısıtlamalar kaçınılmaz olarak mevcuttur. Bu ayrıntı dışında, HSS ve Behçet pulmoner arter hastaları demografik, klinik ve histopatolojik açıdan birbirlerine oldukça benzemektedirler. Çalışmamız HSS'unun, inkomplet Behçet sendromu olduğu kanısını doğrulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet Sendromu, Hughes Stovin Sendromu, Pulmoner Arter Tutulumu

Behçet-Pulmoner arter olgularının hazırlanış akış şeması



HSS olgularının hazırlanış akış şeması



Pulmoner arter tutulum tipi ve dağılım yerleri

	HSS*, n= 54	Behçet-Pulmoner tutulum, n= 74	P
Pulmoner arter tutulum tipi			
Pulmoner arter anevrizması	52 (96.3)	49 (66.2)	<0.001
İzole pulmoner trombüs	2 (3.7)	25 (33.8)	
Tutulan pulmoner arter sayısı, n (%)			
1 arter	25 (46.4)	23 (31.0)	0.166
2 arter	8 (14.8)	16 (21.6)	
>=3 arter	21 (38.8)	35 (47.4)	
Pulmoner arter anatomik lokalizasyon	21 hasta	74 hasta	
Ana	4 (12.5)	28 (36.9)	0.663
Üst	8 (25.0)	31 (17.7)	
Orta	1 (3.1)	12 (6.8)	
Alt	19 (59.4)	105 (59.6)	
Toplam lezyon	32	176	
Anevrizma boyutu Medyan (IQR) Minimum-maksimum	2 (1,75-3,25) cm 1-9 cm	2.4 (2.0-3.0) cm 0.5-7 cm	0.515

*HSS=Hughes Stovin Sendromu

Tedavi

	HSS*, n=54	Behçet-pulmoner arter, n=74	P
Glukokortikoid, n (%)	43 (79.6)	74 (100)	<0.001
Azatioprin, n (%)	14 (25.9)	57 (77.0)	<0.001
Siklofosfamid, n (%)	23 (42.6)	65 (87.8)	<0.001
Anti-TNF ajanlar, n (%)	3 (5.6)	21 (28.4)	<0.001
Kolşisin, n (%)	2 (3.7)	26 (35.1)	<0001
Anti-koagulan tedavi, n (%)	23 (42.6)	11 (14.9)	<0.001
Anti-agregan	3 (5.6)	9 (12.2)	0.205
VCI filtresi	4 (7.4)	0	0.030
Vasküler girişim veya embolizasyon	12 (22.2)	7 (9.5)	0.045
Cerrahi girişim	15 (27.8)	6 (8.1)	0.001

*HSS=Hughes Stovin Sendromu

Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon Hizmetleri
Kolektif House, Barbaros Mah. Begonya Sk.
NidaKule Batı No:1/2 34746 Ataşehir – İstanbul
Tel: +90 216 573 18 36 Faks: +90 216 573 83 18
E-posta: istanbul1@devent.com.tr
Web: www.devent.com.tr