

Romatolojide Hedef 2023 Sempozyumu

16 - 18 Mart 2023

Wyndham Kalamış Marina Hotel
İstanbul



BİLDİRİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

DAVET

DÜZENLEME KURULU

BİLİMSEL PROGRAM

SÖZLÜ SUNUMLAR

POSTER SUNUMLAR

DAVET

Değerli Meslektaşlarım,

Romatolojide Hedef 2023 sempozyumu **16-18 Mart 2023** tarihleri arasında Wyndham Kalamış Marina Hotel, İstanbul'da gerçekleştirilecektir.

2017 yılından beri düzenlenmekte olan "Romatolojide Hedef" sempozyumları İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi- İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim dalları öğretim üyeleri tarafından düzenlenmektedir.

"Romatolojide Hedef" sempozyumları, özellikle tedaviyi önceleyen ve romatizmal hastalıkların tedavisinde güncel yaklaşımları kapsamlı bir şekilde irdeleyen nitelikli bir bilimsel programı hedeflemektedir. İlk sempozyumdan itibaren göstermiş olduğunuz geniş ilgi ve geri bildirimler doğrultusunda geliştirilerek güncellenen bilimsel içeriği, İstanbul'da düzenlenen "Romatolojide Hedef" sempozyumunu ulusal romatoloji toplantıları arasında ayrıcalıklı bir konuma taşımıştır. Bu özellikleri önemsiyor, katkı ve destekleriniz için çok teşekkür ediyoruz.

Düzenleme Kurulu adına "Romatolojide Hedef 2023" sempozyumuna katılımınız için teşekkür ederiz.

"Romatolojide Hedef 2023' Düzenleme Kurulu adına"

Prof. Dr. M. Pamir Atagündüz
Sempozyum Başkanı

DÜZENLEME KURULU

Başkan

Dr. M. Pamir Atagündüz

Düzenleme Kurulu

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

Düzenleme kurulu soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

BİLİMSEL PROGRAM

16 Mart 2023, Perşembe

09:00:00	Açılış Konuşması	Pamir Atagündüz
09:00-10:30	Tedavi Hedefleri Güncellemesi: 2022 Özeti Moderatörler: Hasan Yazıcı, Yasemin Kabasakal	
09:00-09:30	Temel Bilimler	Haner Direskeneli
09:30-10:00	Klinik	Gökhan Keser
10:00-10:10	Tartışma	
10:10-10:30	Kahve Arası	
10:30-11:45	RA Moderatörler: Vedat Hamuryudan, Ahmet Gül, Nevsun İnanç	
10:30-11:00	How to use Glucocorticoids in RA	Marteen Boers
11:00-11:30	Jak inhibitors in RA	Kim Lauper
11:30-11:45	Tartışma	
11:45 - 12:30	Uydu Sempozyumu 1 Romatoid Artrit Tedavisinde Birçok Soruya Ortak Cevap Moderatör: Melike Melikoğlu Konuşmacılar: Prof. Dr. Ahmet Gül & Prof. Dr. Fulya Coşan	abbvie
12:30-13:30	Öğle Yemeği	
13:30-14:00	Moderatörler: Nevsun İnanç, Ediz Dalkılıç Current Recommendations and unmet needs in pSS treatment	Manuel Ramos Casals
14:00-15:00	Kristal Moderatörler: Yavuz Pehlivan, Hakan Emungil, Fulya Coşan	
14:00-14:20	Hipouüsemik tedavi	Eftal Yücel
14:20-14:40	CPPD artropatisi	İzzet Fresko
14:40-15:00	Tartışma	
15:00-15:45	Uydu Sempozyumu 2 Romatoid Artrit Tedavisinde Barisitinin Etkililik ve Güvenlilik Verileri Oturuş Başkanı: Ahmet Gül Konuşmacılar: Nevsun İnanç, Timuçin Kaşifoğlu	Lilly
15:45-16:05	Kahve Arası	
16:10-18:30	SLE/APS Moderatörler: Murat İnanç, Ayşe Çefle, Neslihan Yılmaz	
16:15-16:45	Insights from the treatment of SLE	Ronald F. Van Vollenhoven
16:45-17:00	Tartışma	
17:00-17:30	Treatment of lupus nephritis-Nephrology perspective	Hans-Joachim Anders
17:30-17:45	Tartışma	
17:45-18:15	Antifosfolipid sendromunda immünosupresif tedavinin yeri	Bahar Artım Esen
18:15-18:30	Tartışma	
18:30-19:00	Moderatörler: Ahmet Gül, Ender Terzioğlu Neutrophils in Autoimmune Diseases: Their potential role in the pathogenesis	Mariana Kaplan

BİLİMSEL PROGRAM

17 Mart 2023 Cuma

09:00-10:30		
AS		
Moderatörler:Fatoş Önen, Sedat Kiraz, Pamir Atagündüz		
09:00-09:20	Sınıflama, Tanımlama ve Tedavi	Martin Rudwaleit
09:20-09:40	SpA da Biyolojik Dışı Hedefe yönelik tedavi	Servet Akar
09:40-10:00	Aksiyal SpA'da NSAİİ kullanımı: Semptoma yönelik tedavi ve yapısal hasar	Murat Turgutalp
10:00-10:30	Tartışma	
10:30-11:00 Kahve Arası		
11:00-11:45	Sözel Bildiri Oturumu - Detaylar için tıklayınız	Timuçin Kaşifoğlu, Esen Kasapoğlu, Mehmet Soy
11:45 - 12:30	Uydu Sempozyumu 3 RA Tedavisinde Hasta Tercihi ve Günde Tek Doz Tofasitinib Çalışmaları Moderatör : Dr. Kenan Aksu Konuşmacılar : Dr.Haner Direskeneli, Dr. Cemal Bes	
12:30-13:30 Öğle Yemeği		
13:30 - 14:15	Uydu Sempozyumu 4 Verxant Her Adımda Yanında: Hekimlerin Güvendiği Tedavi 5. Yılında Oturum Başkanları: Murat Inanç, Ender Terzioğlu Konuşmacılar: Pamir Atagündüz, Gülen Hatemi	
14:15-15:00		
Vaskülit		
Moderatörler:Haner Direskeneli, Emire Seyahi, Nilüfer Alpay Kanitez		
14.15-14.35	EGPA'da yenilikler	Ömer Karadağ
14.35-14.55	IgA Vaskülit	Yaşar Çalışkan(ABD)
14.55-15.15	New advances in GCA Treatment	Maria Cid (İspanya)
15.15-15.30	Tartışma	
15:30-16:00 Kahve Arası		
16:00-16:45	Diagnosis and management of digital vasculitis	Philip Seo(ABD)
Moderatörler:Haner Direskeneli, Sevil Kamalı		
16:45-17:00 Kahve Arası		
17:00-18:30		
Behçet		
Moderatörler:Melike Melikoğlu, Duygu Ersözlü		
17:00-17:20	Cilt lezyonlarında ayırıcı tanı ve tedavi	Tülin Ergun
17:20-17:40	Vasküler Behçet Görüntüleme	Fatma Alibaz
17:40-18:00	Behçet Tedavisinde Yenilikler	Gülen Hatemi
18:00-18:30	BH Taklitçileri	Ahmet Gül
19:00-20:30	GENEL KURUL	

BİLİMSEL PROGRAM

18 Mart 2023 Cumartesi

09:00-10:30		
Bağ Dokusu		
Moderatörler: Süleyman Serdar Koca, Ayten Yazıcı, Veli Yazısız		
09:00-09:20	Raynaud Fenomeni ve Digital Ülser Tedavisi	Duygu Temiz Karadağ
09:20-09:40	Güncel PAH Kılavuzu ve Tedavi Yaklaşımı	Ali Akdoğan
09:40-10:00	Sistemik Sklreozda Hastalık Aktivitesi ve Immunsupresif Tedavi	Yasemin Yalçınkaya
10:00-10:30	Tartışma	
10:30-10:45		
Kahve Arası		
Moderatörler:Süleyman Özbek, Müge Bıçakçığıl		
10:45-11:30		
Osteoporoz Sempozyumu-Osteoporoz tedavisinde güncelleme		İhsan Ertenli
11:30-11:45	Tartışma	
12:00-13:00		
Öğle Yemeği		
13:00-14:30		
Otoimflamatuar		
Moderatörler:Huri Özdoğan, Nuray Aktay Ayaz, Taşkın Şentürk		
13:00-13:20	İdiopatik Tekrarlayan Perikardit	Özgür Kasapçopur
13:20-13:40	FMF Amiloidoz	Seza Özen
13:40-14:00	Still Hastalığı	Umut Kalyoncu
14:00-14:15	Tartışma	
14:15-15:00		
Aklı İlaç Oturumu		
Moderatörler: Meryem Can, Seval Pehlivan		
14:15-14:45	Opioid Analjeziklerin Romatolojideki Yeri	Engin Tezcan
14:45-15:00	Tartışma ve Kapanış	
15:00-19:00		
İstatistik Kursu*		Servet Akar, Pamir Atagündüz, Sabri Erdem, Dilek Solmaz

*Katılım kontenjanla sınırlıdır. Başvuru için organizasyon sekreteryası ile irtibata geçebilirsiniz.

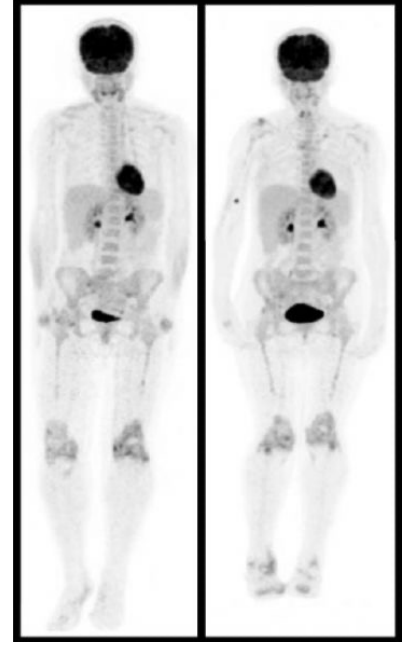
An aerial photograph of a city, likely Istanbul, featuring a dense urban landscape with numerous high-rise buildings. In the foreground, a large, leafy tree is visible on the left side. The city extends to a waterfront area with a marina containing several docks and boats. The overall scene is captured from an elevated perspective, looking down at the city and the water.

SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-01

Langerhans hücreli histiyositoz hastasında kas iskelet sistemi bulguları: Hastalık tutulumu mu, spondiloartrit mi?

PET BT görüntüsü



Muhammed Abdulkerim Şahin¹, Eda Nuhoğlu Kantarcı², Sinem Nihal Esatoğlu¹, Muhlis Cem Ar², Gülen Hatemi¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp.Fak., İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD,

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp.Fak., İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD, İstanbul

Amaç: Başlangıçta primer hastalık tutulumu gibi görünüp, kliniğin oturması ile spondiloartrit olarak değerlendirilen bir vaka sunmak

Olgu: Langerhans hücreli histiyositoz (LHH) anormal histiyosit birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır İskelet sistemi tutulumu litik kemik lezyonları şeklindedir.

LHH tanılı 40 yaş kadın hasta Ağustos 2022 'de eklem ağrılarıyla kliniğimize başvurdu. Şikayetleri Nisan 2022 'de 2 kür kemoterapisinin(KT)(ARA C) 10 gününde sol dizde başlamış. Eklem sıvı aspiratında 1040 WBC/mm³ görülmüştü. Takibinde omuz, el ayak parmağı ve topukta da ağrıları başlamış ve KT'ye de devam edilmişti. Fizik muayenemizde sağ 2 ayak parmağında daktilit ve dizlerde ısı artışı olup bariz efüzyonu yoktu MR'da sol sakroiliak ekleme bakan iliak kemikte skleroz ve kemik iliği ödemi görüldü. HLA B 27 (+) bulundu. Spondiloartrit düşünülerek sulfasalazin ve NSAİİ başlandı. Başlangıçta yanıt alınmasına rağmen yakınmaları tekrarladı. Hematolojik kontrolündeki PET BT'deki sol iliak kemik ve sağ asetabulumda LHH için şüpheli görünüm sonrası spondiloartrit ve LHH kemik tutulumu ayırıcı tanısı için romatoloji servisine yatırıldı

Romatolojik sorgusunda artrit dışında özellik yoktu Fizik muayene ve ultrasonografide artrit tenosinovit ve entezit bulguları mevcuttu. Otoantikolar, ürik asit normaldi. CRP, fibrinojen yüksekliği ve hiperkalsemi mevcuttu. Tekrarlanan PET/BT'de akromioklaviküler, sternoklaviküler, diz, metatarsofalangeal ve ayak bileklerinde artrit ve aşıl enteziti bulguları saptandı. Diz sinoviyal tru cut biyopside LHH bulgusuna rastlanmadı. Daktilit entezit kliniği, litik kemik lezyonlarının bulunmayışı ve LHH açısından biyopsi negatifliği ile yakınmaları spondiloartrite bağlı olarak değerlendirildi ve sekukinumab başlandı. Tedavinin ikinci ayında yakınmalarında belirgin azalma mevcut. Sonuç: Spondiloartritler atipik prezentasyonlarla gelişebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositoz, skeletal tutulum, spondiloartrit

Böbrek Biyopsisinin Romatoloji Pratiğinde Kullanımı, Klinik Pratiğe Katkısı ve Güvenliliğinin Tek Merkez Deneyimiyle Retrospektif Değerlendirilmesi

Rabia Deniz¹, Nihan Güner², Şevket Ali Ekmen², İlhan Nahit Mutlu³, Duygu Sevinç Özgür¹, Bilgin Karaalioglu¹, Gamze Akkuzu¹, Fatih Yıldırım¹, Yasemin Özlük⁴, Işın Kılıçaslan⁴, Cemal Bes¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

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

Amaç: Romatolojide birçok hastalığın tetkik, takip ve tedavisinde böbrek biyopsisi kullanılırken, kimde ve ne zaman uygulanacağı, işlem öncesi ve sonrası takip için bir standart yoktur. Bu çalışmada, merkezimizdeki böbrek biyopsileri incelenerek tanı ve tedaviye katkısı, güvenlilik ve komplikasyonlarının analizi hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem: Haziran 2020-Aralık 2022 arasında merkezimizde yapılan tüm böbrek biyopsi verisi, hastaların demografik verileri, hastalık ön tanı-biyopsi ile elde edilen tanı uyumu, biyopsi öncesi laboratuvar ve alınan tedaviler, biyopsi öncesi-sonrası tedavi modifikasyonları, biyopsi yeterlilik ve komplikasyonları uygun parametrik ve non-parametrik testler ile retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Medyan yaşı 47 (18-78) olan, 33 erkek ve 38 kadın hasta (%46.5 vs 53.5) verisi analiz edilmiştir. Biyopsi öncesi 4 hastaya hemodiyaliz/ultrafiltrasyon uygulanmış, anti-agregan ve antikoagülan alan hastalardan ASA alan 1 hasta hariç, uygun süre önce ilacı atlanmış/kesilmiştir (12 DMAH, 9 ASA, 3 YOAK, 3 varfarin, 1 klopidogrel). Biyopsi sonrası 24 saatte, 8 hastada (%11.3) 1 gram ve üzeri hemogloblin düşüşü olurken, 39 hastada minör ya da major hematüri (%54.9) gelişmiş, 20 hastaya kontrol ultrasonografi yapılmış (%28.2) ve 4 hastada (%5.6) cerrahi müdahale gerekmeyen ve takipte kendini sınırlayan hematoma saptanmış, ek komplikasyon görülmemiştir. 7 hastada yeterli glomerül elde edilememişken (%9.9); glomerül sayısı yetersiz de olsa değerlendirilebilenler dahil 67 vakadan ön tanılardan biri ile uyumlu histopatolojik veri 55 hastada (%82.1) saptanmış, diğer 12 hastanın 3'ünde normal bulgular, 4'ünde membranöz glomerülo nefrit, 2'sinde trombotik mikroanjiyopati ve nefroskleroz, 1'inde hipertansiyona sekonder enfroskleroz, 1'inde lupus nefriti, 1'inde membranoproliferatif glomerülopati saptanmıştır. 5 hastada yeniden evreleme veya yetersiz biyopsi nedeniyle re-biyopsi yapılmıştır.

Sonuç: Özellikle karmaşık klinik ve laboratuvar bulguları olan veya renal tutulum varlığı, şiddeti ve tipine göre farklı tedavilerin verilebileceği hastalarda böbrek biyopsisi romatoloji pratiğine ciddi katkı sağlamaktadır. Yetersiz doku elde edilmesi ve takipte yeniden evreleme, re-biyopsi gerektirebilen durumlar olsa da, deneyimli bir uygulayıcı tarafından ve işlem öncesinde antikoagülan/antiagregan kullanımı düzenlenerek ve ihtiyaç halinde hemodiyaliz/ultrafiltrasyon uygulandığında komplikasyon gelişmesi beklenmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek biyopsisi, glomerülo nefrit, renal tutulum

DAPSA Skoru Remisyon veya Düşük Hastalık Aktivitesine Sahip Psöriatik Artrit Hastalarında MikroRNA-10b Ekspresyonu

Şevval Köksal¹, Zeynep Emeksiz Öztürk², Umut Alkurt¹, Damla Karataş², Gamze Güney Eskiler³, Asuman Deveci Özkan³, Erdem Çokluk⁴, Ünal Erkorkmaz⁵, Emel Gönüllü²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp fakültesi, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Sakarya

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Sakarya

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Sakarya

A. GİRİŞ-AMAÇ

Psöriatik artrit (PsA), psoriasis ile ilişkili heterojen inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. PsA'nın etiopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Hastaların takibinde aktivite skorları kullanılsa da güvenilir biyobelirteçler henüz mevcut değildir. MikroRNA'lar (miRNA), enflamatuvar ve otoimmün hastalıklarda hücrel ekspresyon seviyeleri değişen ve gen ekspresyon regülasyonu sağlayan kodlayıcı olmayan RNA oligonükleotitleridir. miRNA'lar, psöriatik artrit tanısı ve takibinde potansiyel biyobelirteç özellikleri açısından araştırılmaktadır.

Bu bağlamda, bu çalışmada DAPSA skoruna göre remisyon/düşük hastalık aktivitesine sahip PsA'lı hastalarda ve yaş-cinsiyet eşleştirilmiş sağlıklı popülasyonda miR-10b ekspresyon düzeyindeki değişikliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

C. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma için Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (E-71522473-050.01.04-15102135). DAPSA skoru remisyonunda veya hastalık aktivitesi düşük olan 30 PsA hastası (19 Kadın ve 11 Erkek) ve yaş/cinsiyet eşleştirilmiş kontrol grubunda (20 Kadın ve 11 Erkek) RNA izolasyonu, cDNA sentezi ve RT-PCR analizi uygulandı. Sakarya Üniversitesi Dahiliye Romatoloji Kliniği Ocak 2019 - 21 Şubat tarihleri arasında miR-10b ekspresyon seviyeleri. Dahili kontrol olarak U6 kullanıldı.

İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics 26 programı kullanıldı.

D. BULGULAR

Psöriatik artritli hastaların yaş ortalaması $47,4 \pm 13,4$, kontrol grubu $46,6 \pm 12,9$ idi ($p=0,78$). İki grup arasında cinsiyet farkı analiz edilmedi. ($p=0,92$). Ayrıca PsA hastalarında miR-10b ekspresyon seviyesinin kontrol grubuna göre 0,90 kat olduğu, kontrol grubuna göre ekspresyon seviyesinin anlamlı bir şekilde değişmediği analiz edildi ($p=0,53$).

E. SONUÇ

Çalışmamızda DAPSA remisyon-düşük hastalık aktivitesi olan PsA hastalarında miR-10b ekspresyonu açısından sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Orta ve yüksek aktiviteli psöriatik artritli hastalarda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

*Çalışma 2209-A Tübitak Öğrenci Projesi (1919B012101025) tarafından desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Biyobelirteçler, miRNA, Psöriatik Artrit

Üst solunum yolu enfeksiyonu taklitçisi; Kolesteatom, Otomastoidit ve Fasiyal Paralizi ile Tanı Alan Sıradışı Granülomatöz Polianjiitis Vakası

Özlem Doğan Ağbuğa¹, Zeynep Dursun Tüzün², Nur Tozluklu³, Ayşegül Özdoğan Bircan¹, Didem Arslan¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Amaç:

Granülomatöz Polianjiitis, etyolojisi bilinmeyen, üst ve alt solunum yollarının nekrotizan granülomatöz inflamasyonu ve nekrotizan glomerülofrit ile seyreden küçük orta damar vaskülitlerinden biridir. Hastaların birçoğunda otorinolaringolojik tutulum görülür. Hastalığa baş boyun bölgesinde çoğunlukla sinonazal tutulum eşlik etmektedir(1). Bu vakayı sunma nedenimiz vakaların daha nadir tutulumlar olan otomastoidit, kolesteatom ve fasiyal paralizi ile tanı alabileceğini göstermektedir.

Olgu:

28 yaşında, erkek hasta. 3 ay önce sol kulakta ağrı ve dolgunluk başlamış. Otitis media düşünülerek antibiyoterapi başlanmış. 2 ay süren kronik inflamasyon süreci sonrası otomastoidit nedeniyle opere edilmiş. Ardından klinik tabloya parotit ve fasiyal paralizi eklenmiş. Kombine antibiyoterapiye yanıt alınmamış. Otolarinoskopik bakısında dil kökünde kitle görülüp biyopsi alınmış. Biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz vaskülit ile uyumlu gelince hasta romatoloji servisine devralındı. Gelişinde kan tetkik sonuçları Hb:15.1 g/dL, wbc:14800 plt:341000, ALT:55 U/L, AST:34 U/L, kreatinin:0.68 mg/dL, CRP:293 mg/L, prokalsitonin:0.36 ng/ml, sedimentasyon:38/sa, ANA:negatif, ENA panel negatif, TIT:bol eritrosit, 3-4 wbc/her saha, 24 saatlik idrar protein:715 mgr geldi. İdrar sedimenti inaktifti. Hastanın çekilen maksillofasiyal MR görüntülemesi solda parotit, otomastoidit ve mastoid selülere dek uzanan kolesteatom ile uyumlu sinyal artışı olarak raporlandı. Hastanın kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. ARB, viral hepatitler ve TORCH panel negatif geldi. Akciğerde herhangi bir patoloji saptanmadı. PR3 ANCA pozitif saptandı. Hasta granülomatöz polianjiitis olarak değerlendirildi.3 gün 250 mgr, 2 gün 100 mgr metilprednizolon (iv) uygulandı, ardından 1 mgr/kg/gün oral doza düşüldü. Rituximab 700 mgr/hf (4 hafta) tedavisi ilk kür verildi. 3/7 trimetoprim-sülfometaksazol profilaksisi başlandı. Fasiyal paralizi için rehabilitasyon programına alındı.

Sonuç:

Granülomatöz Polianjiitis'te hastaların bir kısmı infeksiyöz düşünülerek başlanan antibiyoterapiye yanıt alınmayınca tanı almaktadır. Hastalıkta sinonazal tutulum dışında otit, nazofarengeal tutulum, otomastoidit ve fasiyal paralizi görülebilir(2). Kolesteatom keratinize squamöz epitelin çoğunlukla hasarlı kulak zarından orta kulağa doğru oluşturduğu benign koleksiyonlardır. Konjenital ve edinilmiş formu olup infeksiyonlar, granülomatöz reaksiyonlar en sık sebepleridir(3). Müdahale edilmediği takdirde mastoid kemiği erode edebilmekte ve fasiyal siniri etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolesteatom, Fasiyal paralizi, Granülomatöz Polianjiitis

Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı zemininde Psöriyatik Artrit: Olgu sunumu

Özkan Uruk¹, Semih Gülle², Ahmet Merih Birlik¹, Fatoş Önen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Batman

Amaç: Erişkin başlangıçlı still hastalığı(ESH) ve psöriyatik artrit birlikteliği dermatoloji ve iç hastalıkları uzmanları için hastalık yönetiminde zorluk teşkil etmektedir. Nadir görülen koinsidental hastalıklara multidisipliner yaklaşım ve uygun sitokin yolaklarına yönelik zamanında uygulanan tedavi bu nedenle önemlidir.

Olgu: 72 yaşında hipertansiyon (HT), tip 2 diyabetes mellitus (T2DM), hipotiroidi komorbiditeleri olan kadın hasta 10 yıl kadar önce ateş yüksekliği, artrit, plörit, cilt döküntüsü, akut faz reaktan yüksekliği (AFR) ve ferritin yüksekliği ile ESH tanısı almış. İdame tedavide beş yılı aşkın süre metotreksat (20 mg/hafta) ve metilprednizolon (4 mg/gün) tedavisi kullanmış.

İzleminin 6. yılındaki başvurusunda cildinde ortaya çıkan pullu endure eritem şeklinde ortaya çıkan lezyonlar nedeniyle kendisine cilt biyopsisi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmesinde psoriazis vulgaris tanısı konuldu.

ESH öyküsü olan hastanın psoriazis tırnak bulgularıyla birlikte sağ ayak 2. falanksta daktilit saptanması nedeniyle psöriyatik artrit geliştiği düşünüldü. Mevcut metotreksat tedavisi HT ve T2DM zemininde evre 3 kronik böbrek yetmezliği nedeniyle leflunomid ile değiştirildi. Aralıklı ateş yakınmaları olan, psoriazis yakınmaları artan ve ferritin seviyesi artış gösteren(23.500 mcg/L; N: 11-30 mcg/L) hastanın tedavisine ek olarak anti-IL-1 blokeri olan anakinra tedavisi (100 mg/gün, subkütan) eklendi. Hastada tedavi sonrası anlamlı klinik ve laboratuvar iyileşme gözlemlendi.

Sonuç: Otoimmün hastalıklarla birlikte seyreden psoriazis vakaları bildirilmiş olsa da, ESH'ye eşlik eden psoriazis artrit olgusu çok nadir görülür. Hastalarda takipte gelişebilecek koinsidental hastalıkları düşünmek ve mevcut otoimmün/otoinflamatuvar hastalıkların da alevlenebileceğini akılda tutmak bu nedenle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: anakinra, psöriyatik artrit, erişkin still hastalığı

Spondiloartrit tedavisinde alternatif yaklaşım: pamidronat vaka serisi

Zeynep Toker Dinçer, Ali Yağız Ayla, Buğra Han Egeli, Serdal Uğulu

İÜC-Cerrahpaşa Tıp fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Spondiloartrit (SpA) standart tedavisinde nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, TNF-alfa inhibitörleri ve IL-17 inhibitörleri yer alır. Bununla birlikte bazı hastalar bu tedavilere yanıt vermemektedir veya malignite, enfeksiyon gibi sebeplerle kullanımları kısıtlanmaktadır. Antiosteoklastik etkiye sahip bir bifosfonat olan pamidronatın SpA'da faydalı olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada merkezimizdeki SpA tanısıyla pamidronat kullanan hastalar değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: 2014-2019 yılları arasında standart tedaviye yanıt vermeyen veya standart tedavinin kontrendike olduğu hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Pamidronatın endikasyonu, etkinliği, klinik ve demografik özellikler hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Çalışmada dokuz erkek, iki kadın olmak üzere 11 hasta vardı. Dört hastanın nonradyografik axSpA tanısı vardı. Pamidronat 90 mg/ay dozunda kullanılmıştı. Ortalama hastalık süresi 29 ± 12 yıldır (12-49). Komorbid hastalıklara bakıldığında bir hastada diabetes mellitus ve hipertansiyon, 1 hastada koroner arter hastalığı, 1 hastada psoriasis, 1 hastada inflamatuvar bağırsak hastalığı, 1 hastada ailesel Akdeniz ateşi, 1 hastada sistemik lupus eritematozus ve iki hastada osteopeni saptandı. Hastaların üçünde malignite (mesane, rektum ve mide kanseri), 1 hastada kronik miyeloproliferatif bozukluk vardı. Dört hasta TNF-alfa inhibitörlerini hiç kullanamamıştı (1 rektum kanseri, 1 mesane kanseri, 1 sistemik lupus eritematozus, 1 esansiyel trombositemi). Pamidronat kullanımının medyan süresi 6 idi. Ortalama Hasta Global Değerlendirme Puanı (PGAS) pamidronat tedavisinden önce 8 ± 2 ve tedaviden sonra 4 ± 3 idi.

Sonuç: SpA tanılı hastalarda malignite ve tüberküloz nedeniyle biyolojik ajanların (antiTNF, IL-17 inhibitörleri) kontrendike olduğu durumlarda pamidronat gibi alternatif tedavi yöntemleri kullanılabilir.

Ahtar Kelimeler: axspa, pamidronat

SS-07

Nedeni belirlenemeyen çoklu elektrolit bozukluğu olan hastada Sjögren renal tutulum: Bir Olgu Sunumu

Mustafa Cem Bülbül¹, Nur İlayda Genç¹, Oğuz Çelebi¹, Elif Er Gülbezer²

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Sjögren sendromu, sıklıkla tükrük ve gözyaşı bezlerinde fonksiyon azalması ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Diğer glandüler dokuları da etkileyebileceği gibi ekstrasplandüler organ tutulumu da görülebilir. Böbreklerde nadir olarak tutulum yapmasına rağmen sıklıkla tübülointerstiyel nefrit veya diğer tübülopatilere neden olabilir. Çoklu elektrolit ve genel durum bozukluğu ile prezente olan Sjögren renal tutulumu olgusunu sunmayı planladık.

Olgu: Bilinen remisyonda opere meme kanseri, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı tanıları bulunan, tek böbrekli 80 yaş kadın hastanın halsizlik, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvurusunda ciddi hipokalemi (2.3mmol/L), ciddi hipomagnezemi

(0,35 mg/dL) ve hipokalsemi (6.9mmol/L) saptandı. Fizik muayenesinde uykuya meyilli olması dışında ek sistemik bulgu saptanmadı. Ayrıntılı sorgulamasında yaklaşık 3-4 yıldır süren aralıklı bulantı-kusma, terleme atakları ve akut faz yüksekliği nedeniyle tetkik edildiği öğrenildi. Sistemik sorgulamasında cilt kuruluğu, göz kuruluğu ve ağız kuruluğu olduğu, çok erken yaşta diş kaybı nedeniyle uzun zamandır diş protezi kullandığı öğrenildi. Hastanın romatolojik sorgulamasında ek bulgu saptanmadı. Bulantı-kusma nedeniyle yapılan üst endoskopide patoloji saptanmadı. Elektrolit bozukluğuna neden olabilecek etiyolojik bir neden bulunamadı ve replasmanlar sonrası elektrolitleri düzeldikçe genel durumunda iyileşme gözlemlendi. Bu sırada ANA 1/80 benekli ve antiSSa +++ POZİTİF saptandı. Schirmer ve BUT testleri kuru göz ile uyumlu olarak belirgin düşük saptanan hastaya, minor tükrük bezi biyopsisi planlandı ancak hasta işlemi kabul etmediği için yapılamadı. Steroid ve hidroklorokin tedavisi başlanan hastada elektrolit bozukluğu tekrarlamadı. Takibinde akut faz yanıtları gerileyen ve tekrarlayan elektrolit dengesizliği izlenmeyen hastada, tedaviye düşük doz steroid ile devam edilmektedir.

Sonuç: Sjögren sendromu tanısız ve tedavisiz kaldığında ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Tanı anında hastalar hem tüm glandüler hem de ekstrasplandüler tutulumlar açısından değerlendirilmelidir. Sistemik tutulumu zengin olan tüm hastalıklarda olduğu gibi, sjögren sendromu da komplike olgularda sistemik sorgulamanın bir parçası olarak mutlaka yer almalıdır.

Ahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, ekstrasplandüler tutulum, renal tübülopati

Tablo 1: Hastanın tetkik sonuçları

Tetkik	Sonuç	Referans aralık
C reaktif protein	181 mg/L	<5 mg/L
Sedimentasyon hızı, 1. Saat	86 mm/h	0-25 Mm/h
Lenfosit sayısı	2,4 K/uL	1,2-5,8 K/uL
Hemoglobin	9,8 g/dL	12,6-17,8 g/dL
Ortalama eritrosit hacmi (MCV)	87 fL	80-97 fL
Trombosit sayısı	402 K/uL	150-400 K/uL
Serum kreatinin	0,9 mg/dL	0,6-1,3 mg/dL
tGFH	60 mL/dak/1,73m ²	
pH, venöz	7,43	7,31-4,41
PCO ₂ , venöz	31,5 mmHg	41-51 mmHg
CHCO ₃ , venöz	20,4	
Laktat, venöz	1,7 mmol/L	0,5-2,2 mmol/L
Serum sodyum	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Serum potasyum	2,3 mmol/L	3,5-5,2 mmol/L
Serum magnezyum	0,35 mg/dL	1,6-2,5 mg/dL
Serum fosfor	2,7 mg/dL	2,5-4,5 mg/dL
Düzeltilmiş serum kalsiyum	6,2 mg/dL	8,2-9,5 mg/dL
Serum albümin	30,5 g/L	35-52 g/L
Total Protein	60,6 g/L	60-83 G/L
Laktat dehidrogenaz	467 U/L	135-225 U/L
Serum glukoz	115 mg/dL	80-110 mg/dL
Folik asit	5,1 ng/mL	
Vitamin B12	341 pg/mL	
25 OH VİTAMİN D	34 ng/mL	
TSH	0,5 µU/mL	0,3-4,2 µU/mL
PTH	46,5 pg/mL	15-65 pg/mL

Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonu olan Sistemik Sklerozlu Hastalarda Mortalite ve İlişkili Faktörler, Tek Merkezden 44 Hastanın Analizi

Shirkhan Amikishiyev¹, Yasemin Yalçinkaya¹, Konul Mammadova², Numune Aliyeva¹, Gorkem Durak³, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Ahmet Kaya Bilge⁴, Nigar Gülfer Okumuş², Murat Inanc¹

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

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

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

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Pulmoner arteriyel hipertansiyonun (PAH) sistemik skleroz (SSk) seyrinde yeni tedavi ve stratejilere rağmen prognozu yeteri kadar düzelmemiştir. Çalışmamızda merkezimizde takip edilen SSk-PAH hastalarının klinik ve tedavi özellikleri incelenmiştir

Yöntemler: Çalışmaya alınan SSk hastalarının PAH tanısı sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile doğrulanmıştır. Hastalar interstisyel akciğer hastalığı (İAH) olan ve olmayan olarak 2 gruba ayrılmıştır. İAH olan grup Goh ve ark.'nın önerdiği yöntemle göre sınırlı ve yaygın tutulum olarak değerlendirilmiştir. 1 Sınırlı İAH ve İAH olmayan grup ile yaygın İAH gruplarında tanı anında genel demografik özellikleri, transtorasik ekokardiyografide (TTE) sistolik PAB (sPAB), SSK'daki hemodinamik veriler, solunum fonksiyon testleri, PAH spesifik tedavi özellikleri değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Kliniğimizde 415 SSk'lı hastadan 44 (%10.6) hasta SSk-PAH nedeniyle 2008-2022 yıllarında izlenmiştir. Yaş ortalaması 56.6 ± 13.5 (aralık 34-82, 42 kadın/2 erkek) idi. Sınırlı İAH, İAH olmayan ve yaygın İAH olan grupların her birinde 22 hasta vardı (Tablo 1). Medyan izlem süresi 45 aydır ve 23 (52.3%) hasta ölmüştür. Yaygın İAH olan grupta bazal FVC, DLCO değerleri daha düşüktü ve ölüm (16/23) daha fazlaydı (Tablo 2, Figur 1, $p=0.007$). Sağkalım analizinde % 91'lik 1-yıl sağkalım, % 75'lik 2-yıl sağkalım, % 68'lik 3-yıl sağkalım ve % 43.1'lik 5-yıl sağkalım oranları saptanmıştır. Ölüm nedenleri arasında kardiyak-solunum yetmezliği 6 (% 26), bir hastada COVID olmak üzere enfeksiyon 6 (% 26), malignite 3 (%13) hastada saptanmıştır.

Tanı anında PAH spesifik ajanlardan monoterapi 31 (70.5%) ve ikili tedavi 11 (25%) hastada başlanmıştı. Takipde 15 (34%) hastada monoterapiden kombine (ikili veya üçlü) tedaviye geçilmişti. Bosentan (11.4%) monoterapide, ambrisentan ve tadalafil (9.1%) kombine tedavide daha fazla tercih edilmişti. Medyan sağkalım monoterapiye göre kombine tedavi grubunda daha iyiydi (44 ve 61 ay, $p=0.01$) (Figur 1).

Tartışma: SSk-PAH kohortumuzda İAH ilişkili PAH, anti-Scl-70 pozitifliği, azalmış bazal DLCO ölçümleri, monoterapi kötü prognozla ilişkilendirildi. Erken tanı, erken kombine tedavi, tedavide farklı immun yolakların kullanılması bu hasta grubunda sağkalımı olumlu yönde değiştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner arteriyel hipertansiyon, sistemik skleroz, PAH spesifik tedavi

Tablolar

Tablo 1: SSK-PAH hastalarının demografik özellikleri

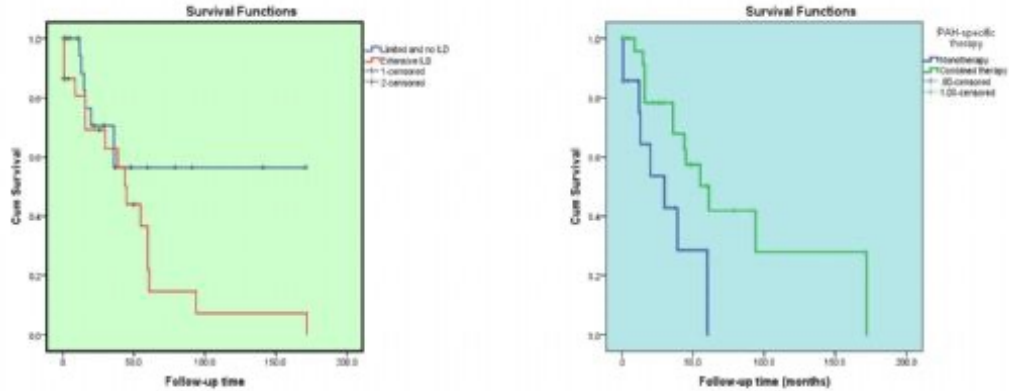
	Sınırlı İAH ve İAH yok (n=22)	Yaygın İAH (n=22)	P değeri
Kadın	22 (50)	20 (45.5)	0.24
Yaş, ortalama (n (%))	7 (15.9)	16 (36.4)	0.007
Ortalama yaş, yıl (ortalama±SD)	59.2±11.4	56.5±13.5	0.46
Klinik bulgular, n (%)			
Raynaud fenomenleri sıklığı ay (ortalama±SD)	227±116	191±109	0.28
Siklofosforil takip sıklığı ay (ortalama±SD)	173±106	163±97	0.74
PAH insidansı kadim geçiş sıklığı ay (ortalama±SD)	23±39	17±20	0.49
PAH takip sıklığı ay (ortalama±SD)	40.6±44	35.7±40	0.70
Lerov Kriterleri			
Diffüz bilateral SSK	18 (40.9)	16 (36.4)	0.35
MRSS score, n (%)			
>14	3 (6.8)	9 (20.5)	0.04
Dijital ulser	9 (20.5)	11 (25)	0.88
Telangiyez	19 (43.2)	17 (38.6)	0.34
Osseointegrasyon anormali	11 (25)	16 (36.4)	0.10
Sinüvit	4 (9.1)	2 (4.5)	0.50
Fleksiyon kontraktürü	2 (4.5)	7 (15.9)	0.06
Tendon rüptürüne atışı	0	2 (4.5)	0.24
Resal kılıfı	0	2 (4.5)	0.28
Ortaniflikler, n (%)			
Azül ortozoz	8 (18.2)	0	0.007
Azül-Scf-70	7 (15.9)	15 (34.1)	0.04
RNA Polimeraz III	0	2 (4.5)	0.54
Yüksek CRP	5 (11.4)	12 (27.3)	0.03

Tablo 2: SSK-PAH hastalarının transtorakik ekokardiyografide sistolik PAH ölçümü, sağ kalp kateterizasyonunda hemodinamik değerler, solunum fonksiyon testleri, fonksiyonel sınıf ve tedavi özellikleri

	Sınırlı İAH ve İAH yok	Yaygın İAH	P değeri
TTE			
sPAB, mmHg, (ortalama±SD)	54.5±19.3	61.4±25.4	0.34
SSK bulguları			
sPAH, mmHg, (ortalama±SD)	48.9±14.1	57.0±16.3	0.10
sPAH, mmHg, (ortalama±SD)	17.7±4.1	18.4±8.2	0.71
sPAH, mmHg, (ortalama±SD)	31.0±7.2	35.9±9.7	0.28
Sq PAH, mmHg, (ortalama±SD)	7.0±3.0	6.9±2.8	0.95
PVR, WU, (ortalama±SD)	5.0±4.1	5.0±2.2	0.99
PKUB, mmHg, (ortalama±SD)	11.5±3.1	11.3±3.4	0.85
KO. I.ik, (ortalama±SD)	4.7±1.2	4.4±1.4	0.49
KI, L/dk/m ² , (ortalama±SD)	2.4±0.5	2.7±0.8	0.37
Laboratuvar			
NT-proBNP, pg/ml, (ortalama±SD)	1095±1368	1632±3321	0.55
Fonksiyonel değerlendirme			
FVC, % (ortalama±SD)	91.0±16.2	61.9±13.2	<0.001
FVC, ml, (ortalama±SD)	2294±441	1744±237	<0.001
DLCO, %, (ortalama±SD)	54.1±26.7	29.7±12.3	0.01
6 DYM, metre, (ortalama±SD)	249±165	209±164	0.43
BOBO skoru, (ortalama±SD)	4.0±1.8	3.3±2.1	0.06
DSÖ FS, n (%)			
II	11 (25.8)	10 (22.7)	
III	9 (20.5)	12 (27.3)	0.29
IV	2 (4.5)	0	
PAH spesifik tedavi			
Mococicrop	6 (17)	8 (22.3)	0.25
Konabaz tedavi	14 (35)	11 (27.5)	

Figür

Figür 1: Sınırlı İAH olan, İAH olmayan grup ve yaygın İAH olan grupta genel ve PAH spesifik tedaviye göre Kaplan-Meier eğrileri



Kaynak:

1.Gök NS, Desai SR, Veeraraghavan S, et al. Interstitial lung disease in systemic sclerosis: a simple staging system. American journal of respiratory and critical care medicine 2008;177:1248-54.

Aksiyel Spondiloartrit Hastalarında Skolyoz Sıklığı

Duygu Sevinç Özgür¹, Sena Tolu², Gamze Akkuzu¹, Melek Yalçın Mutlu¹, Fatih Yıldırım¹, Bilgin Karaalioğlu¹, Rabia Deniz¹, Mustafa Erdoğan¹, Burak İnce¹, Gül Güzelant Özköse¹, Kübra Kalkan¹, Cemal Bes¹

¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Skolyoz torakal veya lomber vertebraların koronal planda $\geq 10^\circ$ eğriliği olarak tanımlanır. İdiyopatik skolyoz prevalansı çeşitli yayınlarda %2-4 olarak bildirilmiştir. Aksiyel spondiloartrit hastalarında sakroiliak eklem ve torakolomber tutulumu bağlı değişikliklerden dolayı torasik kifozun artmış olduğu bilinmektedir. Yine sakroiliak eklem ve torakolomber tutulumu bağlı olarak skolyozun artmış olabileceği hipotezine dayanarak kliniğimizde takipli olan aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz sıklığını inceledik.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya ASAS 2011 Spondiloartrit sınıflama kriterlerine göre aksiyel spondiloartrit (Ankilozan spondilit veya non-radyografik aksiyel spondiloartrit) tanısı almış olan 44 hasta alındı. 2 hasta veri eksikliği sebebi nedeniyle, 4 hasta da geçirilmiş vertebral cerrahi sebebiyle çalışma dışı bırakıldı. 38 hastanın skolyoz grafisi değerlendirildi. Hastaların torakal Cobb açısı, lomber Cobb açısı ve sagittal parametreler değerlendirildi. Cobb açısı $\geq 10^\circ$ olması skolyoz olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $41,37 \pm 11,054$, takip süresi $10,4 \pm 8,49$ idi. %89,5'i ankilozan spondilit, %10,5'i non-radyografik aksiyel spondiloartrit idi. Sakroileiti olan hastaların %17,6'sında grade 2 sakroileit, %52,9'unda grade 3 sakroileit, %29,4'ünde grade 4 sakroileit mevcuttu. Hastaların %52,6'sında eğrilik, %42,1 inde skolyoz tespit edildi. Skolyoz tespit edilen hastaların 12'sinde torakal, 3'ünde lomber, 1'inde hem torakal hem lomber skolyoz tespit edildi. Skolyoz sebebi ile gelişebilecek mekanik bel ağrılarının hastalık aktivite skorlarını etkileyip etkilemediğini görmek amacı ile skolyozu olan ve olmayan hastaların BASDAI skorları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmedi ($3,49$ vs $3,61$, $p=0,47$). Sakroileit grade'i ile skolyoz arasında anlamlı bir ilişki görülmedi. Skolyozu olan ve olmayan hastalar arasında hastalık süresi ortalaması açısından fark görülmedi.

Sonuç: Çalışmamızdaki aksiyel spondiloartrit tanılı hastalarda %42,1 oranında skolyoz tespit edildi. Daha önceki çalışmalarda sağlıklı adolesanlarda skolyoz oranı %2-4 oranında bildirilmişti. Bu sonuçlar aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz oranının, sağlıklı insanlara göre artmış olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda örneklem sıklığının az olması nedeniyle pilot çalışma olarak tasarlandı. Ancak literatürde aksiyel spondiloartrit hastalarında skolyoz sıklığını araştıran yeterli çalışma olmaması sebebi ile bu pilot çalışmanın değerli olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: spondiloartrit, ankilozan spondilit, skolyoz

An aerial photograph of a city, likely Istanbul, featuring a large marina with numerous boats and a prominent tree in the foreground. The city skyline is visible in the background. The image is overlaid with a semi-transparent geometric shape, possibly a stylized letter 'A', which frames the text.

POSTER SUNUMLAR

Gebe Hastada Gelişen Makrofaj Aktivasyon Sendromu Olgusu Sunumu

Burçak Karadeniz¹, Muhammet Emin Kutu¹, Onur Mert Bender², Selda Çelik¹, Cemal Bes³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Makrofaj aktivasyon sendromu, sistemik juvenil idiyopatik artrit ve erişkin başlangıçlı still hastalığında daha sık olmak üzere çeşitli romatizmal hastalıkların ciddi, hayatı tehdit eden bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilmektedir. Burada, gebe erişkin başlangıçlı still hastasında gelişen makrofaj aktivasyon sendromu olgusu sunulmuştur.

Olgu:

34 yaş 12 haftalık gebe hasta acil servise 3 gündür devam eden 39 dereceyi bulan ateş ataklarıyla acil servise başvurmuş. Özgeçmişinde 2017 yılında erişkin başlangıçlı still hastalığı tanısı alıp steroid tedavisi gördüğü öğrenildi. Fizik muayene bulgularında 39 derece ateş dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 2340/mm³, nötrofil 1900, lenfosit 400, hemoglobin 9.9 g/dl, hct 29,2%, trombosit sayısı 66 bin/mm³, C reaktif protein 105 mg/L, sedimentasyon 9 mm/saat, prokalsitonin 1,06 ng/mL, ALT 291 IU/L, AST 356 IU/L, LDH 697 U/L, trigliserit 228 mg/dl, ferritin 1840 µg/L saptandı. Kan ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. Çekilen batın usg sinde karaciğer ve dalak normal boyutlarda saptandı. Kemik iliği biyopsisi hafif retikülin lif artışı, her üç seride hiperplazi seyrek hemafagositik aktivite izlenen hipersellüler kemik iliği şeklinde raporlandı. Yapılan tetkikler sonucunda erişkin başlangıçlı still hastalığına bağlı gelişen makrofaj aktivasyon sendromu düşünüldü. Hastaya 3 gün 500 mg/gün pulse steroid iv, doz azaltma şeması ile 1mg/kg/gün prednisolon iv, anakinra 100 mg/gün subkutan 10 gün ve ivig 0,4g/kg/gün iv beş gün tedavileri verildi. Takiplerinde ALT 74 IU/L AST 28 IU/L, LDH 200 U/L, CRP 0 mg/L a geriledi. Kontrol hemogramında tüm seriler normal sınırlardaydı. Taburculuğunda kortikosteroid tedavisine siklosporin 100mg/gün eklendi. Romatoloji polikliniğinde takibe alındı.

Sonuç: Erişkin başlangıçlı still hastalığı ve buna bağlı gelişen makrofaj aktivasyon sendromu çok nadir ancak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur bu sebepten erken tanınip uygun tedavinin başlanması önemlidir. Lökosit, hemoglobin ve trombosit değerlerinde giderek düşme ve karaciğer enzim anormallikleri, kemik iliğinde kan elemanlarını fagosite etmiş makrofajların saptanması makrofaj aktivasyon sendromunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı, Hiperferritinemi, Makrofaj Aktivasyon Sendromu

Statin İlişkili Nekrozitan Miyopati Olgusu

Yıldız Akbal Engin, Selda Çelik

Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İdiyopatik inflamatuvar miyopatiler, iskelet kaslarında kuvvet kaybı ile seyreden bir grup hastalıktır.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta 3 aydır olan merdiven çıkmakta ve saçını taramakta zorluk şikayeti ile başvurdu. Ayrıca 1 aydır katı gıdalara karşı yutma güçlüğü vardı. Hastanın hiperlipidemi tanısı ile atorvastatin kullanımı mevcuttu. Üst ve alt ekstremitelerde proksimal kas gücü 4/5 idi. Hastanın deri bulgusu yoktu. Yapılan tetkiklerde AST 458 U/L, ALT 413 IU/L, CK 14894 U/L, LDH 602 U/L saptandı. ANA (-), ENA paneli (-) ve miyozit paneli (-) sonuçlandı. Uyluk MRG'de uyluk posterior ve medial kas gruplarında T2'de hiperintens sinyal artışı mevcuttu. EMG aktif miyopatiye işaret etmekteydi. Hastaya malignite taraması nedeniyle yapılan tetkikler normaldi. 3 gün 1 gram pulse steroid sonrasında 60 mg prednol başlandı ve 15 mg metotreksat eklendi. Yutma güçlüğü nedeniyle 5 gün IVIG verildi. Kas biyopsisi statin ilişkili miyozit ile uyumlu olabilecek nitelikteydi.

Sonuç: Kas güçsüzlüğü ile gelen hastalarda ilaçların sorgulanması önemlidir.

Referanslar

Pinal-Fernandez I, Curr Rheumatol Rep. 2018

Anahtar Kelimeler: inflamatuvar miyopati, nekrozitan miyopati, statin

Tüm tedavilere dirençli ailesel akdeniz ateşi ve ankilozan spondilit birlikteğinde böbrek yetmezliğine neden olan sekonder amiloidoz vakası

Zehra Özsoy, Levent Kılıç, Sedat Kiraz

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

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), ateş ve seröz zarların inflamasyonu ile karakterizedir. Prognozu etkileyen komplikasyonu amiloidozdur (1). Renal yetmezliğe yol açabilmektedir (2). Bu bildiri FMF ve Ankilozan Spondilit (AS) tanılarıyla izlediğimiz anakinra, kanakinumab, adalimumab, etanercept ve tosilizumabla remisyona girmeyen, iki hastalığın aynı hastada görülmesinden dolayı inflamasyonun kontrolünün zor olduğu ve renal transplant adayı olması ile sonuçlanan dirençli bir amiloidoz vakasını sunmayı hedefledik.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta uykuya meyil ve her iki bacakta şişlik nedeniyle başvurdu. 5 yaşında iken karın ağrısı, ateş ile tetkik edilmiş, MEFV heterozigot gen mutasyon saptanarak FMF tanısı konulmuş. Maksimum kolşisin tedavisi altında iken atak sıklığı ve şiddeti artması üzerine anakinra eklenmiş. 10 yıl sonra bel, kalça ağrıları, 30 dakikadan fazla süren sabah tutukluğu şikayetleri ile ankilozan spondilit tanısı konulmuş ve Salazopyrin başlanmış. Bu tedavilere yanıt alınmaması üzerine anakinra kesilerek canakinumaba geçilmiş. Hasta ilaçlarını kullanmayı bırakmış ve 5 yıl sonra FMF'e bağlı renal amiloidoz gelişmiş. Adalimumab ve etanercept tedavilerinin ikisinden de fayda görmemiş. Proteinüri miktarının artması sebebiyle tosilizumab başlandı ve 24 saatlik idrar protein 33 gr'dan 14 gr'a geriledi. Glomerüler filtrasyon hızı: 13,99 ml/dk/1.73 m² olan hasta renal transplantasyon listesine kaydedildi.

Sonuç: Kolşisin ile remisyona sağlanamayan hastalara anakinra, kanakinumab, anti-tnf, tosilizumab tedavileri verilebilir (3). Bizim vakamızda tüm tedaviler denenmesine rağmen progresif amiloidoz, proteinüri ve renal fonksiyon kaybı sonucu hasta renal transplant nakil aday hastası olmuştur. Renal amiloidoza yol açan romatizmal hastalıkların dağılımı ve renal tutulumun klinik görüntüsü içerisinde FMF özel bir konuma sahiptir. Tabloda böbrek fonksiyon bozukluğu saptanan romatolojik hastalığı bulunan 39 olguda renal biyopsi sonrası etiyolojik olarak romatizmal hastalıkların dağılımı ve renal tutulumun klinik görüntüsü özetlenmiştir (4). FMF-AS birlikte olması inflamasyonun kontrolünü zorlaştırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, Ankilozan Spondilit, Amiloidoz

Plevral Efüzyon Etyolojisinde İki Hastalık, Bir Hasta: Olgu Sunumu

Gül Güzelant Özköse, Cemal Bes

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bağ doku hastalıkları ve periyodik ateş sendromları, romatoloji pratiğinde plevral efüzyon etyolojisinde akla ilk gelmesi gereken hastalıklardır. Bu yazıda her 2 hastalığın saptandığı orta yaş bir olgu sunuyoruz.

Olgu: Herhangi bir hastalığı olmayan 49 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden plevral efüzyonun araştırılması için romatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Öksürük, nefes darlığı ve yan ağrısı ile ilk başvurusunda sol akciğerde 1 cm'e varan plevral sıvı saptanması üzerine göğüs hastalıkları polikliniğinde tetkik edilerek malignite, enfeksiyon, tüberküloz ön tanıları ile sıvı örneklenmiş, bu ön tanılar ekarte edilerek tarafımıza yönlendirilmişti. Hasta 2 aylık sürede yeni gelişen el küçük eklemlerinde ağrıdan yakınmaktaydı. Periyodik ateş sendromu düşünmek için geç sayılabilecek bir yaş grubunda olmasına rağmen, 20-25 yaşlarından beri, bazen ateşin eşlik ettiği, 2-3 gün süren tekrarlayıcı karın ağrısı ataklarının ve kırmızı ayak bileği artritlerinin olduğunu ifade etmekteydi. Ayrıca 2 öğlunda FMF tanısı varolup biri kolşisin, diğeri kanakinumab kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde her 2 elde MKF ve PİF eklemlerinde aktif artritleri vardı, diğeri sistem muayeneleri doğaldı. Göğüs hastalıkları tarafından torasentez yapıldıktan sonra rahatlayan hastada kısa süre sonra efüzyon tekrar gelişmişti. Laboratuvar testlerinde alt sınırdaki bir lenfopeni (980 /ml), akut faz yüksekliği (CRP: 35 mg/lt, sedimentasyon: 45 mm/saat) vardı. Biyokimyasal parametreler normal aralıktaydı. Otoantikordardan ANA 1/10000 homojen, Anti-Sm 3+, Anti-Sm/RNP 3+ saptandı. C3 ve C4 normal sınırlardaydı. Tam idrar tahlilinde patoloji yoktu. MEFV mutasyonu M680I heterozigot saptandı. Hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile SLE ve FMF düşünülerek 3x0.5 mg/gün kolşisin, orta doz (0.5 mg/kg/gün) prednizolon ve 200 mg/gün hidroklorokin başlandı. Üç aylık takip sonrasında hastanın eklem yakınmaları tama yakın gerilemişti, klinik ve radyolojik olarak serozit bulgusu kalmamıştı, bu süreçte hasta FMF atağı geçirmemişti.

Tartışma: Serozit etyolojisinde düşünülmesi gereken 2 romatizmal hastalığın aynı anda tanısının konulduğu bu olguda FMF'in ve SLE'nin mevcut plevral efüzyonun oluşumundaki payları net bilinmese de ileri yaş olgularda bile ülkemizde periyodik ateş sendromları akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: serozit, FMF, SLE

Sistemik Lupus Eritematozuslu Bir Hastada Mukor Mikoz ile Karışan High Flow Oksijen Yanığı

Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Esra Erpek, İdil Kurut Aysin, Dilek Solmaz, Servet Akar

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

Bilinen hastalığı olmayan 25 yaş kadın hasta Kasım 2022 de öksürük, nefes darlığı ve ateş şikayetiyle dış merkezde kardiyolojiye başvurmuş. Hastada ciddi MY saptanmış, enfektif endokardit ön tanısıyla hastanemize sevk edilerek kardiyoloji yoğun bakıma yatırılmış. I.V antibiyoterapi başlanan hastanın EKO'sunda EF: %55, ciddi MY, TY 2. derece, Sistolik PAB: 70 mmHG, EVRE 2 LVDD, TEE de enfektif endokardit olarak değerlendirilmemiş. Takiplerinde BFT yüksekliği olan hasta tarafımıza romatizmal patolojiler açısından danışıldı. Türkçe bilmediğinden romatizmal sorgulaması yapılamayan hastanın lab: WBC: 4,81, LYM: 1,06, MONO: 0,19, Hb: 9,3, PLT: 238.000, üre: 45, kreatinin: 2,46, GFR: 27, CRP: 84, sed: 67, CCP: negatif, 21/10/2022 tarihli ANA: 1/1000 pozitif granüler, ENA paneli: anti-histon++, ribozomal P protein: +, ds DNA: +++, Sm: +++, TİT: +3 proteinüri, aktif idrar sedimenti, SİPK: 2252 mg, 24 saatlik idrarda protein: 4233 mg, C3 ve C4: düşük saptandı. Renal biyopsi yapılan hasta hemodiyalize alınmaya başlandı ve 2 gün 500 mg I.V pulse steroid verildi. Böbrek biyopsisi sonrası hemodinamisi bozulan hipotansif ve Hb düşüklüğü gelişen hastada abdomen BTde sol böbrek ve pararenal alanda 15x10 cm çapında kanama odakları içeren renal hematoma saptanmış ve hasta yoğun bakım izlemine alınmış. İzlemede hipoksik ve hipotansif seyreden hastaya high flow cihazı ile O2 desteğine başlanmış. Renal biyopsi ön raporunda öncelikle lupus nefriti düşünülmüş. Tarafımıza tedavi için danışılan hastanın pulse steroid tedavisinin 3 güne tamamlanması, sonrasında 1 mg/kg/gün steroid ile devamı önerildi. Yaklaşık 10 gün yoğun bakımda izlenen hasta sonrasında servisimize nakil alındı. Yatışında 1 hafta önce oluşan sol burun deliği ve çevresinde 2*2 cm siyah kurutlu nekroze lezyon için dermatolojiye danışıldı. Mukor Mikoz düşünülerek biyopsi alındı. Amfoterisin b başlandı. Böbrek biyopsisi %30 sellüler /fibrosellüler kresent, diffüz proliferatif glomerülo nefrit, class IV lupus nefriti olarak yorumlandı. Hastaya 5 kez plazmaferez uygulandı. Siyah kurutlu lezyondan alınan biyopsi raporunda mantar hif ve sporları görülmediği, yangısal inflamasyonla uyumlu olduğu bildirildi. Mevcut lezyonun yoğun bakım süresince aldığı high flow O2 tedavisi sonrası gelişen yanık olduğu düşünüldü ve aldığı amfoterisin b tedavisi stoplandı. Takiplerde lezyon küçüldü. BFT regresyonu sağlanan ve hemodiyaliz ihtiyacı kalmayan hastaya plazmaferez sonrası MMF 2*500 mg başlanarak idame prednol tedavisi ile kontrol önerilerek externe edildi.

Anahtar Kelimeler: SLE, Mukor Mikoz, High Flow Oksijen Yanığı

Romatizmal Hastalıklarda İntravenöz İmmünglobulin Tedavisi: Yeni Kurulan Bir Romatoloji Kliniğinin 2 Yıllık Deneyimi

Gamze Akkuzu¹, Muhammed Mahsum Yıldız², Rabia Deniz¹, Duygu Sevinç Özgür¹, Bilgin Karaalioğlu¹, Fatih Yıldırım¹, Cemal Bes¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Donör plazmalarından elde edilen immünglobulin; immün yetmezlikler, otoimmün/inflamatuar bozukluklar olmak üzere bir dizi hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Romatolojide intravenöz immünglobulin (IVIg) tedavisine; sıklıkla ağır seyirli, konvansiyonel tedavilere dirençli hastalık tablosu olduğunda veya enfeksiyon varlığında başvurulmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde son 2 yılda IVIg tedavisi almış hastaları gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem ve Metod: Ağustos 2020-Temmuz 2022 tarihleri arasında IVIg tedavisi almış 27 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 14'ü kadın, ortalama yaş $47 \pm 14,5$ 'ti. Tanıları; 12'si inflamatuvar miyopati (10 dermatomyozit, 2 polimiyozit (PM)), 7'si ANCA ilişkili vaskülit (AAV), 5'i sistemik lupus eritematozus (SLE), biri hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit sendromu (HUVS), biri poliarteritis nodosa (PAN), biri Sjögren sendromu (SjS) ilişkili kriyoglobulinemik vaskülit şeklindeydi (Tablo 1).

Sonuçlar: Tüm hastalara IVIg tedavisi öncesi parasetamol, metilprednizolon, feniraminle premedikasyon uygulanmıştı. %50'sinde prehidrasyon uygulanmıştı. Doz çoğunlukla 0,4 gr/kg/gün'den 5 gün şeklindeydi. Hiçbir hastada allerjik reaksiyon gözlenmemişti. Dermatomyozit tanılı 58 yaşında bir erkek hastada ilk IVIg uygulamasından 5 gün sonra miyokard infarktüsü gelişti. İnflamatuar miyopati tanılı 12 hastanın 10'unda yutma güçlüğü mevcuttu, bu hastalarda tedavinin esas endikasyonu buydu.

AAV hastalarına IVIg tedavisi genellikle hipogamaglobulinemi nedeniyle verilmişti. Bir hastaya sık enfeksiyon ve yetersiz hastalık kontrolü ve başka bir hastaya hastalık alevlenmesi nedeniyle verilmişti.

SLE hastalarından 2'si ritüximab öncesi hipogamaglobulinemi nedeniyle, biri transvers miyelit nedeniyle IVIg tedavisi almışlardı. Bir diğer hasta enfeksiyon/makrofaj aktivasyon sendromu ön tanılarıyla ve bir diğeri de enfeksiyon nedeniyle immünsüpresif tedavisine devam edilemediği dönemlerde IVIg tedavisi almıştı. HUVS tanılı hastaya immünsüpresif tedavi altında yetersiz hastalık kontrolü nedeniyle, SjS/kriyoglobulinemik vaskülit tanılı hastaya CMV koliti (hipogamaglobulinemi) ve hemolitik anemi nedeniyle IVIg tedavisi verilmişti.

Tartışma: IVIg tedavisi, romatizmal hastalıklarda çeşitli potansiyel antiinflamatuvar ve immünomodülatör etkileriyle inflamatuvar/otoimmün süreçlerin baskılanması amacıyla verilmektedir. Etki mekanizması ve tedavinin etkinliği konusunda net bir fikir birliği olmamasına karşın IVIg romatologların aralıklı başvurduğu bir tedavi türüdür. Tedavi kararı verilirken endikasyonun doğru konması ve yüksek maliyetinin dikkate alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İntravenöz immünglobulin, hipogamaglobulinemi, otoimmün romatizmal hastalıklar

Tablo 1: Hastaların klinik özellikleri ve IVIG tedavi bilgileri

Hasta	Yaş/Cinsiyet	Tanı	Tanı zamanı	Tedavi	Komorbidite	IgG (g/L)	Toplam siklus	Siklus aralığı
1.	41/E	PM	2020	2022de mtx'den mmf'e geçildi	yok		8	1 ay
2.	42/K	DM	2021		nazofarenks CA		1	
3.	49/K	DM	2018	mtx, rtx, mmf, 2020de tofa, 2021de abatacept ve son olarak siklosporin ile devam edilmekte	yok		6	1 ay
4.	72/K	DM	2019	mmf	HT, AF		5	1 ay
5.	57/E	DM	2021	mtx	epilepsi		6	1 ay
6.	61/E	PM	2014	2021'de mtx'den mmf'e geçildi	diyabet, HT, KAH		6	1 ay
7.	72/E	DM	2021	Aza ile başlanıp mmf'e geçildi	diyabet, HT		6	1 ay
8.	58/K	DM	2021		over CA		3	1 ay
9.	31/E	DM	2021	Mtx ile başlanıp rtx verildi	yok		3	1 ay
10.	55/K	DM	2021	mtx	HT		3	1 ay
11.	26/E	DM	2022	mtx	kronik HBV		1	
12.	58/E	DM	2022	Mmf (tek doz mtx ile pansitopeni)	yok		3	1 ay
13.	40/E	GPA	2019	Siklofosfamid/rtx	yok	4,6-5,3-5,5	3	6 ay
14.	35/E	GPA	2018	Siklofosfamid/rtx	yok	4,7-4,3-4,5	3	6 ay
15.	54/E	GPA	2019	Siklofosfamid/rtx	yok	5,6	1	
16.	67/K	MPA	2005	Siklofosfamid/rtx	HT	5,2	1	
17.	60/K	PAN	2020	Siklofosfamid/aza	diyabet, HT		3	1 ay
18.	34/E	GPA	2022	Pulse/siklofosfamid/plazmaferez/ivig ardından rtx idame	yok		3	1 ay
19.	64/E	GPA	2022	Siklofosfamid/rtx	diyabet		1	
20.	40/K	GPA	2022	Siklofosfamid/rtx	yok		2	1 ay
21.	24/K	SLE/APS	2011	Mmf, rtx	yok	2-3,8<1,9	3	6 ay
22.	28/K	SLE	2014	Siklofosfamid/mmfrtx	avasküler nekroz	5,1-4,6	2	6 ay
23.	50/K	SLE (transvers miyelit)	2021	Siklofosfamid/mmfrtx	yok		6	1 ay
24.	48/K	SLE (visseral leishmaniazis)	2001	mmf	yok		1	
25.	46/K	SLE	2022	Tek doz siklofosfamid sonrasında mmf	avasküler nekroz		2	3 ay
26.	21/E	SLE/HUVS	2019	Mtx/mmfrtx/siklosporin+rtx/aza+rtx	yok		1	
27.	45/K	SJS (kriyoglobulinemik vaskülit)	2012	Mtx/mmfrtx	yok	2,9	2	1 ay

Crohn hastalığını taklit eden bir entero-Behçet vakası

Özge Karakök, Rafi Haner Direskeneli, Fatma Alibaz Öner

MARMARA ÜNİVERSİTESİ, İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ROMATOLOJİ BİLİM DALI

Giriş: Behçet hastalığı (BH), multisistemik organ tutulumu ile karakterize bir vaskülitir. Tekrarlayan oral aft, genital ülser, göz, cilt, eklem, merkezi sinir sistemi, gastrointestinal sistem tutulumları görülebilir. İntestinal BH nadir görülmektedir. Semptomları karın ağrısı, kilo kaybı, ishal, kanamadır. Klinik belirtilerin benzer olmasından dolayı intestinal BH ve inflamatuvar barsak hastalığını (İBH) ayırt etmek güç olabilir.

Crohn hastalığı (CH) ile benzeyen intestinal BH vakası sunuyoruz.

Olgu: 29 yaşında erkek hasta, tekrarlayan oral aft, genital ülser ve eritema nodosum şikayetleri ile BH tanısı almış. Paterji testi 2/6 pozitif saptanmış. Hastaya kolşisin 0.5 mg 3x1 başlanarak izleme alınmış. Hasta takip sırasında ara ara tekrarlayan ishal şikayetleri ile başvurdu. Sorgulamasında ateş, karın ağrısı, kanlı dışkılama tariflemiyordu. Günde 2-3 kez mukuslu dışkılama tarifliyordu. Laboratuvarında hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, crp: 12 mg/L, sedimentasyon: 3 mm/saat idi. Hasta gastroenteroloji hekimi tarafından değerlendirildi. Gaita kültürlerinde üreme olmadı. Fekal kalprotektin negatif görüldü. Kolonoskopide terminal ileumda aftöz ülserler, kolonda peteşial alanlar ve aftöz ülserler görülerek CH? açısından biyopsiler alındı. MR enterografi normal görüldü. Perianal MR' da intersfinkterik uzanımlı fistül hattı izlendi. Kontrast tutulumu olmamasından dolayı inaktif fistül düşünüldü. Kolon ve terminal ileumdan alınan biyopsilerin patoloji incelemesinde lenfoplazmositer hücre artışı görüldü, granülom yoktu. Fistül BH için nadir bir durum olsa da biyopside granülom olmaması nedeni ile intestinal BH düşünüldü. Organ taramalarında nörolojik, göz, vasküler tutulum saptanmadı. Hastanın oral aftları kolşisin yanıtıydı, haftada 3-4 adet oral aft tarifliyordu. Kolşisin kesildi, sulfasalazin 500 mg 2x2 başlandı. Takiplerinde oral aftları ve ishali devam etmesi üzerine sulfasalazin kesilerek azatioprin 50 mg 3x1 başlandı. Bu tedavi sonrasında hasta halen stabil olarak izlenmektedir.

Tartışma: BH ve İBH ayırt etmek zor olabilir. BH'da gastrointestinal ülserler, perforasyonlar, fistüller görülebilir. En sık tutulum ileoçekal bölgededir. Ülserler büyük, derin, volkan şeklindedir. Transmural inflamasyon görülür. Bu bulgular CH ile benzerdir. Longitudinal ülserler, parke taşı görünümü ve granülom intestinal BH'da çok nadir görülen bulgulardır.

Anahtar Kelimeler: enterobehçet, intestinal behçet hastalığı, crohn hastalığı

Anti tümör nekroz faktör ilişkili lupus ve paradoksik psöriazis birlikteliği

Zeliha Ademoğlu, Yelin Koçak Ünsal, Elif Güngör, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

GİRİŞ: Anti tümör nekroz faktör (anti-TNF) ilaçlar birçok inflamatuvar-romatizmal hastalığın tedavisinde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavide etkili bir şekilde kullanılan bu ajanların immun sistem üzerine geniş kapsamlı etkileri vardır ve buna bağlı olarak hastaların küçük bir kısmında potansiyel paradoksik ve advers etkiler gelişebilir. Burada adalimumab tedavisi alırken hem paradoksik psöriazis hem de ilaç ilişkili lupus gelişen bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 15 yıldır ankilozan spondilit tanısıyla takip edilen ve 2 yıldır adalimumab tedavisi alan 53 yaşında kadın hasta avuç içlerinde ve ayak tabanlarında döküntü şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral palmoplantar bölgede hiperemik zemin üzerinde hiperkeratotik kalın skuamlar ve püstüler lezyonları mevcuttu. Vücudun diğer alanlarında başka lezyon olmayan hasta adalimumab ilişkili paradoksik palmoplantar püstüler psöriazis olarak değerlendirildi ve topikal kortikosteroid tedavisi başlandı. Lezyonlarında kısmen düzelmeye başlayan hastanın adalimumab tedavisine devam edildi. Sonraki takiplerinde el küçük eklemlerinde simetrik poliartrit gelişen hastanın romatoid faktör, anti-siklik sitriline peptid (anti-CCP) antikoru negatifti. Anti nükleer antijen (ANA) antikoru nükleer speckled paternde pozitif saptandı. ENA profilinde anti SM/RNP, anti SM ve anti-SSA antikoru pozitifti. Sistem sorgusunda fotosensitivite ve sikka semptomları tarifleyen hastanın schirmer testi göz kuruluğu ile uyumluydu. Hastanın önceki tıbbi kayıtları incelendiğinde ANA testinin negatif olduğu görüldü. Hasta mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla anti-TNF ilişkili lupus hastalığı olarak değerlendirildi ve adalimumab tedavisi kesildi. Periferik artriti olan hastaya metotreksat ve nonsteroid antiinflamatuvar tedavi başlandı. Takiplerinde psöriatik lezyonları regrese olan ve artrit kliniği düzelen hasta remisyonda izlenmektedir.

TARTIŞMA-Sonuç: Anti-TNF ilaçlar romatoloji pratiğinde önemli yer tutmasına rağmen bazı hastalarda psöriazis gibi paradoksik etkiler ve ilaç ilişkili lupus gibi otoimmun advers etkiler görülebilir. Genellikle ilaç kesilmesinden sonra klinik düzelmeye görülmesine rağmen bazen ek tedavi gereksinimi olabilir. Bu vakada olduğu gibi nadiren paradoksik ve otoimmun advers etki bir arada olabilir. Klinisyenler, anti-TNF tedavisi alan hastalarda hem paradoksik olayların hem de sistemik belirtileri olan lupus kliniğinin gelişebilmesi açısından dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti tümör nekroz faktör ilaçlar, lupus, paradoksik psöriazis

Granülomatöz polianjiit olgusunda ekstansif tutulumlu kolit: Olgu sunumu

Sevilay Batıbay, Elif Dinçses Nas

Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi,
Romatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: PR3 ANCA pozitifliği, lökositoklastik vaskülit ve paranazal sinüs tutulumu olan limitli-GPA vakasında eşlik eden inflamatuvar bağırsak hastalığı tutulumunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta, polikliniğe karın ağrısı, rektal kanama, bacaklarda döküntü şikayetleri ile başvurdu. Rektal kanama son 1 yıldır aralıklı olmakla birlikte son iki aydır sıklığı ve miktarı artmış, taze kanama şeklinde idi. Fizik muayenede hastanın bilateral alt ekstremitiesinde keskin sınırlı purpurik lezyonları mevcuttu. Lezyondan alınan biyopsi lökositoklastik vaskülit ile uyumlu saptandı. Laboratuvar parametrelerinde PR3 ANCA pozitif, CRP 46 mg/l, ESR 83 mm/s, Hb 11.9 g/dl, MCV 77 fL olup böbrek fonksiyon testleri ve tam idrar tetkiki normal sınırlarda idi. Paranazal sinüs BT'sinde septonazal deformite ve kemik destrüksiyonları saptandı. Toraks BT'de patoloji saptanmadı. Rektal kanama nedeni ile yapılan kolonoskopik incelemede rektumdan çıkan kolona kadar yaygın, çok sayıda ülserler saptandı. Rektumdan alınan biyopsi patolojisi lenfoplazmositer hücre artışı, bazal lenfoid agregat oluşumu, eozinofilik kriptit odakları, eozinofil kript apsesi, kript düzensizliği ve immunhistokimyasal panelinde treponema pallidum immunekspresyonu izlendi. Hastadan gönderilen VDRL-RPR negatif, kantitatif TPHA ve FTA-ABS testleri negatif saptandı. Fakat immunohistokimyasal olarak spiroket antijeni gösterildiği için serolojik olarak doğrulanamasa da enfeksiyon hastalıkları tarafından depo penisilin ve doksisisiklin tedavisi düzenlendi. Bu süreçte rektal kanaması devam eden hastanın kolonoskopik bulguları Gastroenteroloji ve Patoloji konseyinde ekstansif tutulumlu ülseratif kolit olarak değerlendirildi. Hastaya Romatoloji ve Gastroenteroloji ortak kararı ile 40 mg/gün metil prednizolon ve azatioprin 150 mg/gün tedavisi

başlandı. Tedavinin 1. ayında hastanın rektal kanaması azalmış, döküntüleri kaybolmuş, akut faz reaktanları gerilemişti.

Sonuç: ANCA ile ilişkili vaskülit olan hastaların yaklaşık %20-30'unda GİS tutulumu, %10'unda kolon ülserasyonları görülebileceği bildirilmiştir.

Ayrıca inflamatuvar bağırsak hastalıklarında ekstraintestinal tutulum olarak özellikle p-ANCA pozitifliği saptanabilir. İki hastalığın birbirini taklit eden özellikleri olabileceği gibi, literatürde birlikte de olabilecekleri vaka sunumları mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: granülomatöz polianjiit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kolit

Lökositoklastik vaskülit



Romatoid Artrit Hastalarında Komorbiditeler ile Klinik ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

Hatice Şule Baklacioğlu

SB Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

Amaç: Romatoid artrit (RA) etiyolojisi bilinmeyen, kronik, inflamatuvar, sistemik bir hastalıktır. RA hastaları kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalık için artmış risk altındadır. Bu çalışmanın amacı RA hastalarında görülen komorbiditeleri belirlemek ve bunların demografik ve klinik parametreler ile ilişkisini saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya RA tanısı olan 84 kadın ve 26 erkek olmak üzere toplam 110 hasta alındı. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri, hastalık süreleri, kullandıkları ilaçlar ve komorbid hastalıkları kaydedildi. Hastalık aktivitesi DAS-28 ile, fonksiyonel durum sağlık değerlendirme anketi (HAQ) ile değerlendirildi. Komorbidite sayısı ile hastalık aktivitesi, hastalık süresi ve fonksiyonel durum karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53.06 ± 10.99 idi. Ortalama hastalık süresi 7.46 ± 6.18 yıldır. DAS-28 ortalaması 2.69 ± 0.74 , HAQ ortalaması 0.59 ± 0.55 idi. Hastaların %89.1'inde en az bir komorbidite vardı. Hastaların ortalama komorbidite sayısı 2.89 ± 2.02 idi. En sık görülen komorbiditeler sırasıyla hipertansiyon (%43.6), diabetes mellitus (%21.8), peptik ülser/gastrit (%20.9), koroner arter hastalığı (%19.1), fibromiyalji (%18.2), anemi (%18.2), psikiyatrik hastalık (%16.4), kronik pulmoner hastalık (%16.4), hipotiroidi (%15.5) ve nefrolitiazis (%15.5) olarak saptandı. Kadın hastalarda komorbidite sayısı erkeklerden anlamlı oranda daha yüksekti ($p=0.033$). Komorbidite sayısı ile hastalık süresi, HAQ, DAS-28 arasında anlamlı korelasyon vardı ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda RA hastalarında komorbidite sayısı, yüksek hastalık aktivitesi ve kötü fonksiyonel durum ile korele bulunmuştur. Bu nedenle RA hastaları komorbid hastalıklar yönünden düzenli takip edilmeli ve tedavileri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, hastalık aktivitesi, komorbidite

Kaposi sarkomu tanılı hastada Eozinofilik Granülomatozis Polianjitis vakasının Mepolizumab ile başarılı tedavisi

Alida Aliyeva, Fatma Alibaz, Rafi Haner Direskeneli

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

Amaç: Eozinofilik Granülomatozis Polianjitis(EGPA) astım, eozinofili, eozinofilik doku infiltrasyonu ve granülomlarla karakterize, birçok organı tutan nekrotizan bir vaskülitir. Kaposi sarkomu ciltte morumsu veya kahverengi maküller plak ve nodüler görünümü ile karakterize, Human herpes virüsü 8 (HHV-8) ile ilişkilendirilen anjiyoproliferatif hastalıktır. Burada, mepolizumab (IL-5 inhibitörü) ile başarılı bir şekilde tedavi edilen Kaposi sarkomlu EGPA vakasını sunuyoruz.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta, el ve ayaklarda güçsüzlük, yürüme ve denge bozukluğu, kilo kaybı, gece terlemesi şikayetleri ile dış merkeze başvurusunda yapılan elektromiyografi(EMG)'de diffuz aksonal sensorimotor polinöropati saptanmış, pulse metilprednizolon, ardından 1mg/kg ile devam edilmiş, tetkik için tarafımıza sağ düşük el ve ayak ile başvurdu. Bilinen benign prostat hiperplazisi, 2 senedir Kaposi sarkomu, 1.5 senedir astım-KOAH tanısı vardı. Fizik muayenesinde pretibial ödem, sol ayak dorsumunda ve sağ bacakta posteriora uzanan Kaposi sarkomu olarak değerlendirilen morumsu, nodüler lezyon ve lezyon çevresinde ödem mevcuttu. Biyokimya tetkiklerinde eozinofil mutlak sayısı 6000/ml, lökosit 12600, hemoglobin 12.6g/dl, trombosit 267000, kreatinin ve ALT normal, tam idrar tetkikinde 2+ protein saptandı. 24 saatlik idrarında 1.2 gr/gün protein bulundu. Hepatik serolojisi negatif geldi. Eozinofilisi nedeniyle hematolojik maligniteler açısından yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinde patoloji saptanmadı, PDGFR mutasyon gönderildi, paraziter ve alerjik nedenler ekarte edildi. Proteinürisi olan hastaya nefroloji önerisi ile renal biyopsi yapıldı, kısmi sellüler kresent izlendi. Biyopsi preparatlarında HHV-8 negatif geldi. Toraks görüntülemesinde infiltrasyon izlenmedi. Astım hikayesi, eozinofili, nöropati, nefrit ve p-ANCA pozitifliği olan hasta EGPA olarak takibe alındı, kortikosteroid tedavisi devam edildi. Tedavi sonrası eozinofil normal sınırlara geldi. Kaposi sarkomu tanısı ile kriyoterapi öyküsü olan hasta için dermatoloji ve onkoloji görüşü alındı, paklitaksel kemoterapi(KT) kararı verildi. Major organ tutulumu olan EGPA'lı hastaya malignitesi ve KT planı nedeniyle endoksan veya rituksimab tedavileri uygun görülmedi, steroid ayırıcı ajan olarak idamede mepolizumab 300mg/ay tedavisi başlandı. Takipte eozinofil sayısı normal, proteinürisi geriledi, yeni nörolojik olay yaşamadı ve inhaler kortikosteroid tedavisi ile astımı kontrol altında izlendi.

Sonuç: Kaposi sarkomu ve EGPA'lı vakamız eşzamanlı her ikisinin tedavi endikasyonu olması açısından literatürde zor vaka olarak önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: EGPA, Kaposi, mepolizumab

Masif plevral efüzyon ve palmoplantar hiperkeratotik lezyonlarla başvuran bir romatoid artrit olgusu

Seda Kutluğ Ağaçoğru, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli

Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit ekstremiteler tutulumları erkek cinsiyet, ciddi hastalık aktivitesi ve yüksek romatoid faktör titresi pozitifliği olan hastalarda sık görülmektedir. Bu olguda plevra tutulumuna eşlik eden ve nadir görülen, atipik cilt lezyonları ile seyreden bir romatoid artrit vakasını sunmayı planladık.

Olgu: 38 yaşında bilinen bir hastalık öyküsü olmayan, erkek hasta, 3 ay önce başlayan bilateral el küçük eklem, ayak bileği, diz ve metatarsofalangial eklemlerde ağrı, şişlik ve 1 saati aşan sabah tutukluğu yakınması mevcutken, eklem yakınmalarına 1 ay önce eklenen nefes darlığı, el ve ayaklarda kaşıntısız, hiperkeratotik görünümde lezyonlar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Sistem sorgusunda 25 paket/ yıl sigara öyküsü dışında, malignite, enfeksiyon lehine özellik yoktu. Cilt lezyonları dermatoloji tarafından değerlendirilen malignite ya da palmoplantar hiperkeratotik egzema ön planda düşünülen hastaya malignite ekartasyonu açısından çekilen 3 boşluk BT' de sol akciğerde masif plevral efüzyon ve plevral kalınlaşma saptandı. Yapılan torasentezde mononükleer hücre hakimiyetinde, eksuda vasfında, glukoz <5 mg /dL, LDH:5944 IU, Ph:7.1 olan hastaya göğüs tüpü takıldı. Tetkiklerinde hemogram, ANA, ENA, hepatit markerları, cinsel yolla bulaşan hastalık paneli, brusella, quantiferon, balgam piyogen ve ARB boyama negatif. RF 840 IU/ml, anti CCP >200 U/mL, transferrin saturasyonu %6, ferritin 364 ng/ml, vitamin B12 111 pg/ml, CRP: 232 mg /L, sedimentasyon 110 mm/sa, prokalsitonin negatif saptandı. Sıvı piyogen kültüründe Moraxella catarrhalis üremesi olması üzerine seftriakson 1*2 gr iv tedavisi ile takip edilen hastanın sıvı sitolojisinde özellik saptanmadı. Gastroskopi ve kolonoskopi normal olan, plevral biyopsisinde özellik saptanmayan hastanın tedavi neticesinde plevral sıvısı geriledi. Eklem ve deri yakınmalarında gerileme olmaması üzerine, seroloji ve plevral sıvı bulguları da göz önüne alınarak romatoid artrit olarak kabul edilerek 10 mg prednisolon ve 15 mg / hafta metotreksat tedavisi başlandı. Eklem ve deri bulguları belirgin gerileyen, plevral sıvısı tekrarlamayan hasta takibine devam etmektedir.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda otopsi serilerinde plevral tutulum %50 - 70 olarak bildirilmiştir. Cilt tutulumu ise genellikle ilaç yan etkisi olarak bildirilmiştir. Hastamızdaki gibi romatoid artrit, çoğunlukla dermatomyozit ile ilişkilendirilebilecek hiperkeratozun ve tedavi gerektiren komplike plevral efüzyon birlikteliği hastalığın ilginç prezentasyonlarla ortaya çıkabileceğini işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: palmoplantar keratoderma, romatoid artrit, plevral efüzyon



Dijital Dönüşüme Hazır mısınız?

İstanbul

İçerenköy Mahallesi Çayır Caddesi
No:5 Bay Plaza Kat:12 Ataşehir / İstanbul
+90 216 573 18 36

Ankara

Güzeltepe Mahallesi Özvatan Caddesi
No:33/3 06690 Çankaya / Ankara
+90 312 438 10 39



www.devent.com.tr



info@devent.com.tr



#deventsocial