

30 **Td** TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ
.yıl

TRD

YAZ  KULU

BİLDİRİ KİTABI

16 - 18
HAZİRAN 2023

**NOVOTEL
TRABZON**



İÇİNDEKİLER

KURULLAR

BİLİMSEL PROGRAM

POSTER SUNUMLAR

KURULLAR

Düzenleme Kurulu

Dr. Fatoş Önen
Dr. Servet Akar
Dr. Timuçin Kaşifoğlu
Dr. Gökhan Keser
Dr. İsmail Sarı

TRD Yönetim Kurulu

Dr. Sedat Kiraz
Yönetim Kurulu Başkanı

Dr. A. İhsan Ertenli
Başkan Yardımcısı

Dr. Umut Kalyoncu
Genel Sekreter

Dr. Abdulsamet Erden
Sayman

Dr. Ahmet Omma
Üye

Dr. Göksal Keskin
Üye

Dr. Ayten Yazıcı
Üye

BİLİMSEL PROGRAM

16 HAZİRAN 2023, CUMA		
15:00 – 15:30	AÇILIŞ	Sedat Kiraz, Fatoş Önen
15:30 – 17:00	OTURUM 1 Romatolojide Laboratuvar İncelemeleri Oturum Başkanı: Fatoş Önen	
15:30 – 16:00	Otoantikörleri ne zaman isteyelim, nasıl yorumlayalım?	Neslihan Yılmaz
16:00 – 16:30	Romatolojik hastalıklarda patolojik değerlendirme (Böbrek, cilt, tükrük bezi)	Fulya Çakaloğlu
16:30 – 17:00	İnflamasyon paneli ve MEFV mutasyonlarının yorumlanması	Ahmet Gül
17:00 – 17:30	KAHVE ARASI	
17:30 – 18:30	OTURUM 2 Romatolojik Hastalıklarda Akciğer Oturum Başkanı: İsmail Sarı	
17:30 – 17:50	İAH olan RA hastasında tedavi seçimi	Cemal Bes
17:50 – 18:10	İAH olan SSC hastasında tedavi; Ne zaman immünsupresif/modülatör, ne zaman anti – fibrotik ilaç kullanalım?	Yasemin Yalçınkaya (Online)
18:10 – 18:30	Pulmoner HT yönetimi	Ali Akdoğan
17 HAZİRAN 2023, CUMARTESİ		
09:00 – 10:00	OTURUM 3 Vaskülitler Oturum Başkanları: Gökhan Keser, İzzet Fresko	
09:00 – 09:20	Vaskülit taklitçileri	Gezmiş Kimyon
09:20 – 09:40	Kutanöz vaskülitik lezyonu olan hastalarda tanı ve tedavi	Veli Yazısız
09:40 – 10:00	Büyük damar vaskülitlerinde görüntüleme	Fatma Alibaz
10:00 – 10:20	KAHVE ARASI	
10:20 – 12:00	OTURUM 4 Romatolojide Diğerleri Oturum Başkanı: Servet Akar	
10:20 – 10:40	IgG4 ilişkili hastalık ve RPF; Ne kadar birlikte ne kadar farklı?	Hakan Babaoğlu
10:40 – 11:00	Sarkoidoz olguları eşliğinde hastalık yönetimi ve biyolojik seçimi	Hakan Emmüngil
11:00 – 11:20	Granülatöz mastit; Romatolojik yaklaşım	Mehmet Sayarlıoğlu
11:20 – 12:00	Fibromyalji tanı ve tedavisi	Ayşegül Ketenci
12:00 – 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30 – 15:00	OTURUM 5 Bağ Dokusu Hastalıkları Oturum Başkanı: Timuçin Kaşifoğlu	
13:30 – 13:50	İnflamatuvar miyozitlerde ayırıcı tanı (CK yüksekliğine yaklaşım)	Gökhan Keser
13:50 – 14:10	İnflamatuvar miyozitlerin tedavisi	Merih Birlik
14:10 – 14:30	Andiferansiye bağ dokusu hastalığı nedir ve nasıl yönetilir?	Duygu Temiz Karadağ
14:30 – 15:00	Sistemik skleroz ile karışabilecek durumlar var mı ?	Süleyman Serdar Koca
14:50 – 15:30	KAHVE ARASI	

BİLİMSEL PROGRAM

15:30 – 17:00	OTURUM 6 Romatoid Artrit	
	Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan	
15:30 – 16:00	Kombine konvansiyonel DMARD'lara dirençli hastada tedavi	<i>Berkan Armağan</i>
16:00 – 16:30	RA'ya eşlik eden komorbiditeler tedavi seçimimizi nasıl etkiler ?	<i>Şule Yaşar Bilge</i>
16:30 – 17:00	Geç başlangıçlı RA tedavisi	<i>Gökhan Sargın</i>
17:00 – 18:00	OTURUM 7 Behçet Hastalığı	
	Oturum Başkanı: Umut Kalyoncu	
17:00 – 18:00	Behçet hastalığı; Tedavi güncellemesi	<i>Gülen Hatemi</i>
18 HAZİRAN 2023, PAZAR		
08:30 – 10:00	OTURUM 8 Romatolojide Konsültasyon	
	Oturum Başkanı: Servet Akar	
08:30 – 09:00	Eritema nodosuma tanısız yaklaşım ve tedavi	<i>Dilek Solmaz</i>
09:00 – 09:30	Üveit/sklerit/retinal arter ve ven oklüzyonu/temporal arteritte göz bulguları ve romatologdan beklenenler	<i>Suzan Yılmaz</i>
09:30 – 10:00	MR'da santral sinir sistemi lezyonları; Ne zaman romatoloji görmeli ?	<i>Süleyman Men (Online)</i>
10:00 – 10:30	KAHVE ARASI	
10:30 – 12:00	OTURUM 9 Romatolojide Tedavi: Akılcı İlaç Oturumu	
	Oturum Başkanı: Fatoş Önen	
10:30 – 11:00	RA tedavisinin monitorizasyonunda nelere dikkat edelim ? Tedavi kesilebilir mi ?	<i>Nevsun İnanç</i>
11:00 – 11:30	SpA tedavisinin monitorizasyonunda nelere dikkat edelim ? Tedavi kesilebilir mi ?	<i>İsmail Sarı</i>
11:30 – 12:00	Glukokortikoid tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler	<i>Taşkın Şentürk</i>
12:00 – 12:45	ÖĞLE YEMEĞİ	
12:45 – 14:45	POSTER TURU-1	
	Poster Tartışmacısı: İsmail Sarı	
PP-01	İsotretinoin kullanımı sonrası sakroileit gelişen Sjögren vakası	<i>Ali Ekin</i>
PP-02	Relapsing Polikondrit ve multisistemik etkileri	<i>Alida Aliyeva</i>
PP-03	Gebe FMF Hastasında Atak Yönetimi	<i>Arif Babayigit</i>
PP-04	Romatoid Artrit Taklitçisi Olan Multipl Miyelom Vakası	<i>Ayten Özkan</i>
PP-05	Anti PM-Scl Pozitif Dermatomyozit Olgu Sunumu	<i>Burçak Karadeniz</i>
PP-06	Birinci basamak tedavilere dirençli tekrarlayan polikondrit olgusu	<i>Gizem Pire</i>
PP-07	Piyoderma Gangrenosum ile Prezente Olan Granülatöz Polianjitis: Olgu Sunumu	<i>Hakan Apaydın</i>
PP-08	Remisyonda Seyreden Romatoid Artrit Hastasında Fekal Mikrobiota Denemesi	<i>Halil İbrahim Yiğit Atlı</i>
PP-09	Vaskülit Taklitçisi Olarak Leptospira Vakası	<i>Hasan Kocaayan</i>
14:45-15:15	POSTER TURU-2	
	Poster Tartışmacısı: Servet Akar	
PP-10	Anti-tümör nekrozis faktör alfa tedavisi altında gelişen sistemik lupus eritematozus olgusu	<i>Merve Sungur</i>
PP-11	Bağ Dokusu Hastalığını Taklit Eden AIDS Olgusu	<i>Ömer Faruk Şahin</i>
PP-12	Crohn Hastalığını Taklit Eden Bir Entero-Behçet Vakası	<i>Özge Karakök</i>
PP-13	İzole İnferior Tiroid Arter Vaskülit: Nadir Bir Boyun Ağrısı Nedeni	<i>Rabia Deniz</i>
PP-14	İlk Başvurusunda Tek Taraflı Alt Ekstremitede Ağrı Dışında Ek Bulgusu Olmayan Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Herpes Zoster: Vaka Sunumu	<i>Salim Mısırcı</i>
PP-15	Hemorajik Bülleri Olan Taenia Saginata İle Mortal Seyreden Granülatöz Polianjitis Olgusu	<i>Tuğba Özbudak</i>
PP-16	Olgu sunumu: Lökositoklastik vaskülit etyolojisinde kronik hepatit B enfeksiyonu	<i>Yeşim Erez</i>
PP-17	Sapho sendromlu Hidradenitis süpurativa, Vaka Sunumu	<i>Zeynep Öztürk</i>

POSTER SUNUMLAR

Isotretinoin Kullanımı Sonrası Sakroileit Gelişen Sjögren Vakası

Ali Ekin¹, Belkıs Nihan Coşkun¹

Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

İzotretinoin inatçı nodülökistik akne için etkili ve yaygın olarak kullanılan bir tedavidir. Akne için en etkili tedavi olmasına rağmen literatürde kas-iskelet semptomları gibi birçok yan etki bildirilmiştir. İzotretinoin ile tedavi edilen hastaların %20'sinde kas-iskelet ağrısı ve artralji görülebilir. as-iskelet sistemi ağrısı esas olarak üst gövde, sırtın orta ve alt kısmı ile bacak kaslarını içerir. Bu semptomlar genellikle hafiftir ve tedaviye devam edilse bile kaybolabilir. Bununla birlikte, bazı hastalar sakroiliit ile başvurabilir. Bu hastalarda genellikle inflamatuvar kalça ağrısı vardır. İnatçı kalça ağrısı varlığında sakroiliit akılda tutulmalı ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bu hastalarda inflamasyonu saptamaya yardımcı olabilir. Baykal Selçuk ve ark. izotretinoin ile tedavi edilen hastalarda sakroiliit prevalansını değerlendirmiş ve izotretinoin alan 73 hastada sakroiliit sıklığını %8,2 olarak saptamıştır. Burada, izotretinoin tedavisi sonrası sakroiliit ve sjögren tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

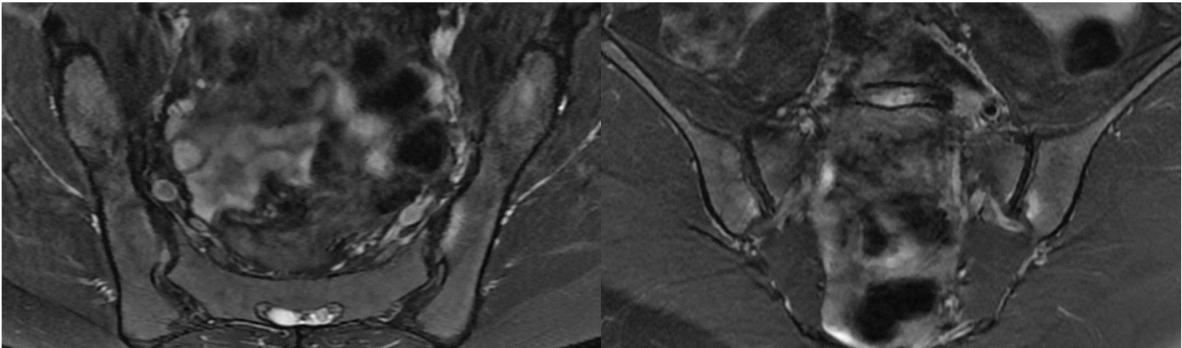
OLGU SUNUMU

27 yaşında kadın hasta 3 haftadır devam eden sakrum bölgesinde ağrı şikayetlerinin olması üzerinde tarafımıza başvurdu. Bilinen Hashimoto tiroiditi tanısı olan ve ailede romatolojik bir hastalık öyküsü olmayan hastanın, gözde ciddi kuruluk (Sağ sol göz Schirmer 3 mm) mevcuttu. Ailede psöriazis öyküsü olmayan, kendisinde psöriazis, inflamatuvar barsak hastalığı, üveit tanısı olmayan, romatolojik muayenesinde FABERE testi ve Sİ kompresyon testi pozitif olan hastanın, akne vulgaris tanısıyla 40 mg/ gün 2 aydır devam eden isotretinoin kullanımı mevcuttu. Hastanın inflamatuvar karakterde bel ağrısı ve göz kuruluğu olduğundan bazı tetkikleri istendi. ANA negatif olan hastanın, ANA profilinde Ro-52 ve SS-A pozitif. HLA-B27 si negatif olan, CRP, sedimentasyonu ve Brusella testleri negatif olan hastanın istenen sakroiliak eklem MR' ında her iki sakroiliak eklem orta-alt kesimlerde daha belirgin olmak üzere kemik yüzlerde T2A hiperintens T1A hipointens sinyal değişiklikleri izlendi. Sakral kanalda büyüğü 14x8 mm boyutlarında olmak üzere birkaç adet tarlov kisti ile uyumlu lezyonlar izlendi. Mevcut tablo ile ön planda isotretinoine sekonder sakroilit tanısı konarak isotretinoin tedavisi kesilip, indometzin başlandı. Şiddetli göz kuruluğu olan, Ro-52 ve SS-A pozitif olan hastanın tükruk bezi biopsisinde bir fokustan az infiltrasyon gözlemlendi. Şiddetli göz kuruluğu ve otoantikör pozitifliği olan hastaya Sjögren tanısıyla hidroksiklorokin 200 mg 1x1 başlandı. Bel ve sakral bölgedeki ağrısı NSAİ' a cevaplı olan hasta Sjögren hastalığı ve isotretinoine sekonder sakroileit tanılarıyla takip edilmektedir. Hastaya üçüncü ay vizitinde sakroiliak kontrol MR randevusu planlandı.

SONUÇ

İzotretinoin ile indüklenen sakroiliit tipik olarak kendi kendini sınırlar ve NSAİD tedavisi ile aylar içinde düzeler. Bununla birlikte, bazı hastalar için daha yoğun tedavi gerektirebilir. İzotretinoin ile indüklenen sakroileiti ve beraberinde sjögren tanısı konan literatür verisi görebildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır. Vakamız bu anlamda literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

Resim 1: STIR sekanslı sakroiliak MR



PP-02

Relapsing Polikondrit ve multisistemik etkileri

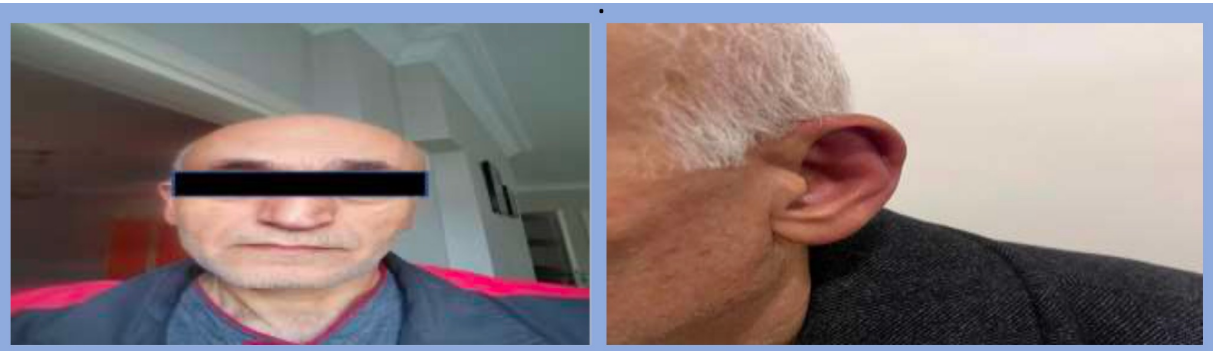
Alida Aliyeva, Fatma Alibaz, Rafi Haner Direskeneli

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-amaç: Relapsing Polikondrit (RP), kırıkdağı yapılarında ve özellikle kulaklar, burun, gözler, eklemler ve solunum yollarında inflamasyon ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Multisistemik etkileri nedeni ile ciddi komplikasyonlara ve mortaliteye neden olmaktadır.

Olgu: 64 yaşında bilinen hipofiz adenomu nedeniyle operasyon öyküsü olan hasta bir yıldır devam eden dizlerde, ayak bileklerinde, topuklarda, dirseklerde ağrı şişlik ve kızarıklık şikayetleri ile romatoloji polikliniğe başvurdu. Romatolojik sorgulamasında bağ doku tutulumu ve vaskülit açısından bulgu yoktu, artrit atakları dışında özellik saptanmadı. İstenen biyokimya tetkiklerinde ürik asit seviyesi referans değerini üst sınırında izlendi, laboratuvar incelemesinde ANA:-, RF:-, CCP:-, ENA:- olarak görüldü. Diz grafisinde subkondral skleroz görüldü, ön planda gut/psödogut düşünülerek kolşisin başlandı. Kolşisin ile ataklardan kısmi fayda gören hasta 4 gündür devam eden burunda şişlik, kızarıklık şikayeti ile polikliniğe tekrar başvurdu, yapılan fizik muayenesinde nazal kondrit görüldü, bakılan biyokimya tetkikinde crp:80mg/dl sedimentasyon:66mm/saat. Kondrit nedeniyle ayırıcı tanıda ANCA ilişkili vaskülit düşünülerek gönderilen ANCA: + MPO:- ve PR3: - saptandı. Nasal kondrit ile başvurusundan 4 gün sonra sağ gözde hiperemi şikayeti ile tekrar başvurdu, göz kliniğine yönlendirilen hastada muayenede episklerit izlendi. Hastanın tekrarlayan artrit atakları, nazal kondrit ve episklerit birlikteliği olması nedeniyle tanı Relapsing Polikondrit olarak düşünüldü, metilprednizolon 16 mg/gün başlandı. Sistemik bazı hastalıklar ile bir arada görülmesi (ANCA ilişkili vaskülit, aortit, Behçet, PAN, HCV) nedeni ile pozitron-emisyon tomografi(PET-CT), pulmoner tutulum değerlendirme için solunum fonksiyon testi (SFT) ve kardiyak değerlendirme için ekokardiyografi(EKO) istendi. Bir hafta sonra sol kulakta kulak memesinin korunduğu kızarıklık ve şişlik şikayeti ile tekrar başvurdu, aurikuler kondrit olarak değerlendirildi, çekilen PET-CT sonucunda asendan aorta'da aortit ile uyumlu tutulum görüldü. SFT ve EKO'da özellik saptanmadı. Hastanın steroid dozu tekrarlayan kondrit atakları ve aorta tutulumu nedeniyle 32 mg /gün'e çıkarılarak tedricen azaltma planı ile idame immünsupresif tedavi olarak azatiyoprin eklendi. Hastanın romatoloji poliklinikten takip ve tedavisi devam etmektedir.



Sonuç: Relapsing Polikondrit tekrarlayan artrit ve kondriti olan hastalarda akılda tutulması gereken bir tanıdır. Aortik tutulum RP'te %5-10 sıklıkta görülmektedir. Multisistemik etkileri bazen asemptomatik ilerler, bu nedenle tanı aldıktan sonra agresif tedavi ihtiyacını saptamak için kardiyak, trakeobronşial ve büyük arter tutulumu açısından araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: relapsing polikondrit, aortit

Gebe FMF Hastasında Atak Yönetimi**Arif Babayiğit 1, Ali Şahin 1****1.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, SIVAS**

GİRİŞ: Ailevi akdeniz ateşi(FMF) tekrarlayan ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı ve eklem ağrısı atakları ile seyreden, otozomal resesif geçişli genetik bir hastalıktır. Ataklar genellikle 24-48 saat sürer. Artrit ve artralji en sık ayak bileği ve dizlerde ortaya çıkar. Erizipel benzeri döküntü eşlik edebilir. Gebe hastalarda tedavide kolşisine devam edilmesi önerilir. Kolşisin kullanımının sitogenetik ve konjenital anomali riskinde artış oluşturmadığı gösterilmiştir (1, 2).

OLGU: Hastamız 22 yaşında kadın hasta 12 yıl önce karın ağrısı ve artrit nedeniyle araştırılırken FMF tanısı almış. FMF genetik sonucu M694V homozigot olarak gelmiş. Kolşisin tedavisi başlanmış. İlk zamanlarda düzenli kullanmış, sonrasında düzensiz kullanmaya başlamış. 5 yıl önce erişkin romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hasta takibimize alındı. Kolşisin tekrar başlandı. Takibimizde dirençli atakları olan hastaya anakinra tedavisi başlandı ancak ilacı tolere edememesi nedeniyle tedavi kesildi. Sonrasında canakinumab 150 mg/ay s.c. başlandı. 4 yıl kadar canakinumab düzenli kullandı, kullandığı dönemlerde ataksız seyretti. 1 yıl önce evlenen hasta gebelik planı olduğu için ilaçları tekrar bırakan hasta bir dönem takiplerine gelmedi. 4 ay önce kontrole gelen hasta 14 hafta gebeydi, karın ağrıları ve eklem ağrıları mevcuttu. Kolşisin tekrar başlandı. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile birlikte takip edilmesi planlandı. Karın ağrısı atağı tekrarlayan hasta yurtdışı kolşisin ile takibe alındı. Ancak ilaçları düzenli kullanmayan hasta gebeliğinin 24. haftasında sağ ayak bileği artrit, erizipel benzeri döküntü (Resim-1,2) ve karın ağrısı ile başvuran hastaya yatış yapıldı. Alınan kan tetkiklerinde CRP:187mg/dl, ESH:108mm/h, fibrinojen:540mg/dl olarak geldi. Metilprednizolon 1x40 mg iv, yurtdışı kolşisin tb 2x1, asetaminofen 1x1, hidrasyon ve destek tedavi başlandı. Kadın doğum bölümü ile konsülte edildi, gebelik ve fetüs ile ilgili patoloji olmadığı öğrenildi, tedavi açısından önerileri alındı. Hastaya anakinra 100 mg sc 1x1 başlandı, ancak hasta bebeğine zarar verebileceğini düşünerek 2 dozdan sonrasında ilacı kullanmak istemedi. Mevcut tedavi ile takipte döküntüleri geriledi, karın ve eklem ağrısı azaldı ve artrit bulguları geriledi. Yatışının 7. gününde akut faz reaktanları gerileyen kliniği düzelen hasta yurtdışı kolşisin tb 2x1, metilprednizolon azalan dozlarda ve asetaminofen gereklilik halinde kullanması önerilerek poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.



resim1, resim-2

TARTIŞMA: FMF tanısı olan gebe hastalarda kolşisin tedavisine mutlaka devam edilmelidir. Anakinra tedavisi gebe hastalarda kolşisin tedavisine eklenebilecek ikinci basamak tedavi seçeneğidir. Ancak hastalar yakınlarından, sosyal medyadan ve çeşitli yanlış haber kaynaklarından gebelikte ilaç kullanılmaması gerektiğini duyup ilaçları bırakabilmektedir. FMF gibi tedaviye gebelikte de devam edilmesi gereken hastalıklarda hastalar ilaç kullanımı, etki ve yan etki açısından mutlaka ayrıntılı bilgilendirilmeli ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından bu konuda destek alınmalıdır.

1. Ben-Chetrit E, Ben-Chetrit A, Berkun Y, Ben-Chetrit E. Pregnancy outcomes in women with familial Mediterranean fever receiving colchicine: is amniocentesis justified? Arthritis Care Res (Hoboken) 2010; 62:143
2. Diav-Citrin O, Shechtman S, Schwartz V, et al. Pregnancy outcome after in utero exposure to colchicine. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:144.e1.

Romatoid Artrit Taklitçisi Olan Multipl Miyelom Vakası**Ayten Özkan****IKÇU Atatürk EAH Romatoloji Kliniği, İzmir**

66 yas erkek hasta 2021 yılında her iki el parmakları, el bileği ve dizlerde ağrı şişlik yakınması ile başvurduğu dış merkezde seronegatif romatoid artrit tanısı konularak metotreksat 20 mg/hafta+ prednol+ plaquanil+ salazopirin tedavisi başlanmış. Tedaviye rağmen şikayetleri devam eden ve son 8 ayda 20 kg kadar kilo kaybı tarifleyen hasta Mayıs 2022 de polikliniğimize başvurdu. Otoimmün markırları (RF,CCP,ANA,ENA paneli) negatif, hiperkalsemi, hipoparatiroidi ve BFT yüksekliği saptanan hasta malignite? açısından ileri tetkik amaçlı servisimize interne edildi. Yatışındaki rutinlerinde kalsiyum değerleri normal görülen hasta yüksek doz D vitamini ve kalsiyum takviyesi aldığı belirtiltiğinden hiperkalsemisi bu duruma sekonder düşünöldü. Malignite? açısından yakın zamanlı dış merkez kontrastsız BT leri normal olarak raporlanmıştı. Pelvis BT sinde "Sol iliakus kasından rektus femorise doğru uzanan kuşukulu hipodansiteler. Hematom- apse ayrımı için MR ile değerlendirme önerilir. " raporu olması üzerine hastaya Kontrastlı Kalça MR planlandı. Dış merkez BT ler için radyolojiden yeniden sözel yorum alındığında sol femurda litik lezyon? olabileceği belirtildi. Hastaya çekilen Kontrastlı Kalça MR ı sözel yorumunda ön planda eklemdeki erozyona ve pannusa bağlı kontrast tutulumu düşünöldü, malignite ve litik lezyon açısından anlamlı lezyon görülmedi. Kalça MR resmi raporunda her iki iliopsoas kas fasiyal planından başlayarak uyluk düzeyine ilerleyen rektus femoris ve vastus intermedius kasları içindeki heterojen T2 sinyal artımı ve bu alanlardaki kontrast tutulumudur. Kemikteki bulgular yanı sıra kaslarda simetrik özellikli bu bulguların hastanın kliniği doğrultusunda değerlendirilmesi miyozit yanı sıra (öncelikli olarak simetrik ve bilateral olduğu için) posttravmatik bir süreç varsa sorgulanması önerilir dendi. CK:105, kas güçleri tam olan hastada miyozit düşünölmüdü. Endoskopi-Kolonoskopisi normal olarak değerlendirildi. Kullanmakta olduğu 10 mg steroide a rağmen yaygın artritleri olan hastaya 3 gün 40 mg/gün devamında da 2 gün 250 mg gün pulse steroid yapıldı. Steroid tedavisi sonrası yüksek hastalık aktivitesi devam eden hastada salazopirin tedavisi kesilerek leflunamid 10 mg +mtx 20 mg/hafta+ prednol 16 mg seklinde tedavi düzenlendi ve poliklinikten biyolojik tedavi başlanması planıyla externe edildi. Ağustos 2022 de sertolizumab başlanan hasta Ekim 2022 de tüm eklemlerde şiddetli artritler nedeniyle tekerlekli sandalye ile kontrole geldi. Tetkiklerinde BFT yüksekliği+ hiperkalsemi mevcudiyeti üzerine tekrar servisimize interne edildi. Kalsiyum:12 ve ABY saptanması üzerine hemodiyaliz desteğine başlandı. Immunfiksasyon elektroforezinde serbest kappa bandı + gözlenen hastaya hematoloji ile görüşölerek yapılan KIAS+KIBI sinde: hipersellüler ilik %75-80 plazmablast karakterinde bazıları binökleer atipik plazma hücreleri izlendi. 1) Multipl Miyelom 2) Plazmablastik lenfoma kemik iliği tutulumu şeklinde sonuçlandı. Eş zamanlı yapılan PET-CT de sol 2.kosta posteriorunda litik, hafif ekspansil görünömlü izlenen alanda ılımlı düzeyde artmış F-18 FDG tutulumu izlenmiştir. Olası myelom? tutulumu açısından klinik ve histopatolojik inceleme önerilir. Aksiyel iskelet sistemi kemiklerinde kemik iliğine uyan alanlarda diffüz nispeten artmış F-18 FDG tutulumu izleniyor olup, ilk planda artmış hemopoeze / hipersellülariteye sekonder bir bulgu olduğu düşünölmüştür şeklinde değerlendirildi. Hasta multiple miyelom ön tanısıyla tedavi düzenlenmesi amaçlı hematoloji kliniğine nakil verildi.

Anti PM-Scl Pozitif Dermatomyozit Olgu Sunumu

Burçak Karadeniz Ramazanoğlu¹, Selda Çelik

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

Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Overlap sendromu olmadan, dermatomyozit ve polimiyozitte anti-PM/Scl otoantikoru düşük frekanstadır. Anti-PM/Scl pozitif hastalarda antisentetaz sendromu benzeri patern ve intestinal akciğer hastalığı görülmektedir (1,2). Burada Anti PM-Scl pozitif dermatomyozit olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta tarafımıza yürümede güçlük, çömelip kalkmakta zorlanma, nefes darlığı, göz kapaklarında ve el üstünde döküntü şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede heliotropik raş ve hiperkeratotik elleri mevcuttu; proksimal kas gücü alt ekstremitede 3/5 ve üst ekstremitede 4/5 idi. Laboratuvarında lökosit 8670/mm³, lenfosit 1830/mm³, hemoglobin 14.6 g/dl, hct 44%, AST 48 U/L, ALT 58 U/L, CK 656 U/L, LDH 556 U/L, CRP 15 mg/L, sedimentasyon 25 mm/saat, ANA 1/320 ince benekli pozitif, anti-SSA pozitif, RF <10 saptandı. Miyozit antikör panelinde anti PM-Scl pozitif, SSA pozitif sonuçlandı. Elektromiyografisinde subakut dönemde patolojik spontan aktivitenin eşlik ettiği miyojen tutulum mevcuttu. Uyluk mr ında bilateral uyluk kaslarında sinyal artışı mevcut olup, yapılan kas biyopsisi bulguları da dermatomyozit ile uyumlu idi. Çekilen toraks bt her iki akciğer parankiminde periferik kesimlerde ve bazallerde belirgin olmak üzere, kısmen santrale de uzanan yaygın subplevral retiküler dansiteler, fibrotik bantlar, peribronşial kalınlaşmalar, parankimal distorsiyon ve subplevral fibrotik çekintiler şeklinde raporlandı. Dermatomyozitin interstisyel akciğer tutulumu olarak yorumlandı. DLCO %45, FVC:%70 FEV1/FVC %76 idi. Çekilen pet sonucunda malignite lehine bulgu saptanmadı. Hastaya metilprednisolon 1 g/iv 3 gün, doz azaltma şeması ile 1mg/kg/gün prednisolon iv idame edildi. Siklofosfamid 1g/ay iv başlandı. Hastanın takiplerine romatoloji polikliniğinde devam edilmektedir.

Tartışma: PM-Scl antikoru pozitif olan dermatomyozit hastaları akciğer tutulumları açısından değerlendirilmeli ve yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: anti PM-Scl, dermatomyozit, interstisyel akciğer hastalığı

Referanslar: 1.MedicalExpress(SãoPaulo,online).2018;5:mo18002DOI:10.5935/MedicalExpress.2018
2.Front Med (Lausanne). 2022 Jan 18;8:778211. doi: 10.3389/fmed.2021.778211. eCollection 2021.

Birinci Basamak Tedavilere Dirençli Tekrarlayan Polikondrit Olgusu**Gizem Pire, Ali Şahin****Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas**

Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 39 yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıl önce romatoloji poliklinik başvurusunda birkaç ayda bir tekrar eden kulakta kızarıklık, şişme, yanma ve ağrı şikayetleri olduğunu belirtmiş. Kulak burun boğaz kontrolü de olan hasta antibiyoterapi tedavisinden yarar görmemiş. Gözlerde kuruluk ve dizlerde ağrı şikayeti de eşlik ediyormuş. Fizik muayenede sağ kulak kepçesi hassas ve eritemli görülmüş. Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, RF, ANA negatif bulunmuş. Direk grafide sakroiliak eklemleri bilateral düzensiz görülen hastanın sakroiliak MR görüntülemesi istenmiş. Göz kontrolünde sklerit, üveit görülmemiş. Nonsteroid antiinflamatuvar ve 1mg/kg dozunda metil prednizolon başlanan hastaya 1 ay sonra kontrol önerilmiş. Kontrolde Sakroiliak MR'ı sakroiliitle uyumlu görülmüş. Artralji ve elde ayakta kramp, boğazda ağrı, dilde şişme, nefes darlığı şikayetleri de olan kulak kepçesinde sekel iz görülen hastaya metotreksat 15mg/hafta subcutan, sulfasalazin 2x500mg, hidrosiklorokin 2x200 başlanmıştır. Metilprednizolon dozu kademeli olarak düşülmüş. Göğüs hastalıkları kontrolünde her iki akciğer parankiminde aktif lezyon izlenmemiş. Vaskülit eşlik etmesi açısından HLA-B51 istenmiş. Üç ay sonraki kontrolüne kulakta yanma, ağrı ve bel ağrısı şikayeti ile geldi. HLA-B51 negatif çıktı. Metotreksat kesilip adalimumab 40mg/2 haftada bir başlandı. Takibinde kulak ağrı ve yanma atakları azalan hastanın sedimentasyon ve CRP normal sınırlarda görüldü. Adalimumab tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Tekrarlayan polikondrit daha sık olarak kulak, eklemler, burun ve üst solunum yollarını etkileyen bir kıkırdak inflamasyonudur. Biyolojik ajanların yararına ilişkin bilgiler tekrarlayan polikondritin sık görülmemesi nedeniyle küçük serilerle sınırlıdır. Adalimumab, infliximab, etanercept, tocilizumab, abatacept, anakinra, rituximab ve tofasitinib ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir [1].

Kaynak: 1. Rovenský J, Sedlácková M. Relabujúca polychondritída [Relapsing polychondritis]. Cas Lek Cesk. 2012;151(2):64-8. Slovak. PMID: 22515011.

Anahtar kelimeler: adalimumab, polikondrit

Piyoderma Gangrenosum ile Prezente Olan Granülatöz Polianjitis: Olgu Sunumu**Hakan Apaydın¹****1Ankara Etlik 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 SUNUMU

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 görüntülemeye 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. 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. İzlemede 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, vaskülit

Kaynaklar

1. Jennette, John C., et al. "2012 revised international chapel hill consensus conference nomenclature of vasculitides." (2013).
2. Marzano, Angelo Valerio, et al. "Cutaneous manifestations of ANCA-associated small vessels vasculitis." Clinical reviews in allergy & immunology 53.3 (2017): 428-438.



Resim 1: Piyoderma gangrenosum ve toraks BT' de akciğerde kavitasyon içeren nodüler

lezyonlar izlenmektedir.

Remisyonda Seyreden Romatoid Artrid Hastasında Fekal Mikrobiota Denemesi**Halil İbrahim Yiğit ATLI1, Emre TEKGÖZ1, Muhammet ÇINAR2, Sedat YILMAZ2 1****Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, ANKARA****2Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara****GİRİŞ**

Romatoid artrit (RA), ilerleyici eklem yıkımına ve sakatlığa yol açan poliartrit ile karakterize kronik, sistemik, inflamatuvar bir otoimmün hastalıktır. Hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD), sinoviti ve aktif RA'nın diğer belirti ve semptomlarını inhibe etmek ve eklem/kemik erozyonunu ve eklem aralığının daralmasını önlemek için yaygın olarak kullanılır.

RA patogeneğinde hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol oynadığını destekleyen literatürler mevcuttur. Bugüne kadar, RA'nın duyarlılık, koruma, şiddet, aktivite ve tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu yaklaşık 100 gen tanımlanmıştır[1]. Sigara, hormonlar, mikrobiota ve enfeksiyonlar, RA'nın indüklenmesiyle ilişkili kritik çevresel faktörler olabilir.

Fekal mikrobiota transplantasyonunun (FMT) *Clostridium difficile* enfeksiyonu, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve idiyopatik trombositopenik purpura gibi otoimmün hastalıklar dahil olmak üzere çeşitli hastalıkları başarıyla tedavi ettiği bir dizi vaka bildirilmiştir[2- 3].

16 yıllık RA öyküsü olan ve tedavi amacıyla FMT kullanan bir vakayı sunuyoruz.

OLGU

51 yaşında kadın hasta 2003 yılından bu yana RA tanısı ile takip edilmekteydi. Ek hastalığı bulunmayan hastamız ilk olarak 2017 yılında hastanemizde takibe alındı. Ağustos 2018'e kadar çeşitli konvansiyonel DMARD tedavileri uygulanan hastamızda düşük aktivite skorları sağlanamaması üzerine adalimumab 40mg/2 hafta tedavisine başlandı. 6 ay sonucunda istenilen tedavi hedeflerine ulaşılamaması üzerine tedavisi abatacept 125mg/hafta olarak değiştirildi. Abatacept tedavisi ile tedavi hedeflerine ulaşılan hastamız remisyonda takip edilmekteyken kendi araştırmaları sonucunda FMT karar vermişti. FMT sonrası 30.gününde hastanın hassas eklem:2 şiş eklem:1 das28: 5.28 olarak hesaplanmış. 60.günde ise hassas eklem:1 şiş eklem:4 das28:4.14 cdai:13 sdai:23 olarak hesaplanmıştı. FMT öncesinde remisyonda seyreden, FMT sonrasında orta şiddetli hastalık aktivitesi saptanan hastaya tekrar abatacept 125mg/hafta tedavisi başlandı. Hastamız son olarak abatacept ve leflunamid 20mg tedavisi ile remisyonda seyretmektedir.

TARTIŞMA

Bizim vakamızda FMT başarısız sonuç verse de 2020 yılında Zeng ve ark. Çin'den yayımladığı olguda FMT başarı göstermiştir[4]. yapılan çalışmalarda RA hastalarında bağırsak mikrobiotasının değiştiği, bazı bakterilerin arttığı bazılarının azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca Dorea and Ruminococcus türü bakterilerin kandaki RF-IgA ve anti-ccp ile pozitif korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur[5]. Bu bulgular, bağırsak mikrobiyotasının, konakçı bağışıklık sistemi ile etkileşimler yoluyla RA gelişimine katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmaların, inflamasyonun azaltılmasına yardımcı olan mikrobiatanın yeniden yapılandırılması yoluyla RA'lı hastaların başarıyla tedavi edilebileceğinin belirtileri bulunmaktadır. Bu hipotezi doğrulamak için geniş örneklemli, yüksek kaliteli, prospektif, randomize kontrollü çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Romatoid artrit, Fekal transplantasyon, mikrobiota**REFERANSLAR**

- 1) Rodríguez-Eliás AK, Maldonado-Murillo K, López-Mendoza LF, Ramírez-Bello J. Genetics and genomics in rheumatoid arthritis (RA): An update. *Gaceta Méd México*. 2016;152(2):218.
- 2) Zhou Y, Xu H, Huang H, et al. Are There Potential Applications of Fecal Microbiota Transplantation beyond Intestinal Disorders? *BioMed Res Int*. 2019;2019:1-11.
- 3) Uygun, A., Ozturk, K., Demirci, H., Oger, C., Avci, I. Y., Turker, T., & Gulsen, M. (2017). Fecal microbiota transplantation is a rescue treatment modality for refractory ulcerative colitis. *Medicine*, 96(16), e6479. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006479>
- 4) Zeng, J., Peng, L., Zheng, W., Huang, F., Zhang, N., Wu, D., & Yang, Y. (2020). Fecal microbiota transplantation for rheumatoid arthritis: A case report. *Clinical case reports*, 9(2), 906-909. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3677>
- 5) Sun Y, Chen Q, Lin P, et al. Characteristics of gut microbiota in patients with rheumatoid arthritis in Shanghai, China. *Front Cell Infect Microbiol*. 2019;9:369.

Vaskülit Taklitçisi Olarak Leptospira Vakası

Hasan Kocaayan ,Esra Erpek, Ayten Özkan

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

GİRİŞ: Vaskülit; damar duvarının enflamasyonu ile karakterize olaylar bütünüdür, patolojik olarak damar duvarında lökositlerin varlığı ile tanımlanmaktadır. Vasküler hasar vasküler bütünlüğün bozulması ile birlikte hemoraji, iskemi ve dokuda nekroza yol açabilmektedir. Vaskülit hastaları klinikte karşımıza ateş , yorgunluk , kilo kaybı , nöropati , purpurik döküntü, hemoptizi, hematemez, hematokezya , akut böbrek yetmezliği gibi bulgularla karşımıza çıkabilmektedir. Vaskülit, primer bir süreç olarak ortaya çıkabilir veya altta yatan başka bir hastalığa sekonder olabilir. Vaskülit düşündüğümüz hastalarda, taklitçileri de akılda tutmamız ve ayırıcı tanı yapmamız gerekir. Dışlanması gereken en önemli hastalıklar arasında enfeksiyonlar ve maligniteler yer alır, çünkü immünosupresif tedavi bu durumları kötüleştirir ve teşhiste gecikme son derece tehlikeli olabilir.

VAKA: 66 yaşında bilinen ek bir hastalık ve sürekli ilaç kullanımı olmayan hasta; acil servise 1 haftadır olan halsizlik ,ateş , bulantı kusma , öksürük ve balgamda kan görme şikayeti ile başvurdu . Hasta hemoptizi ,akut böbrek yetmezliği , trombositopeni , idrarda proteinüri, hematüri, piyüri olması üzerine tarafımıza vaskülit açısından danışıldı. Romatolojik sorgulamada artralji dışında pozitif bulgu yoktu. Fizik muayenede pozitif bulgular; sklera ikterik, cilt rengi koyu, batında sağ alt kadranda minimal hassasiyet ve bilinç durumunda bozukluk olması idi. Hastanın laboratuvar sonuçları Tablo-1 de yer almaktadır. Trombositopeni, anemi, böbrek yetmezliği , bilirubin, ldh yüksekliği ve bilinç durumu bozukluğu olması üzerine mikroanjiyopatik hemolitik anemi (MAHA) açısından periferik yayma istendi. Olası pnömoni, akut batın tablosu ve nörolojik patolojiler açısından tüm vücut bilgisayarlı tomografisi(BT) çekildi. Kranial görüntüleme patoloji saptanmadı. Toraks BT' de her iki akciğer de amfizem bulguları ve periferik ağırlıklı buzlu cam görünümü saptandı. Abdomen BT'de patoloji saptanmadı. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın sigara ve esrar kullanımının olduğu ve belediyede kanalizasyon işçisi olarak çalıştığı öğrenildi. Mesleki olarak hayvan idrarı ile temas şüphesi olduğu için leptospiroz (Weil hastalığı) şüphesi için enfeksiyon hastalıkları kliniği ile görüşülerek mikroskopik aglutinasyon testi (MAT) istendi. Endokardit açısından ekokardiografisi, kan kültürleri ve CMV, EBV ,Tokso plazma, Sifiliz ,HIV ve hepatit seroloji ve covid 19 PCR istendi . Periferik yaymada eritrositer seride çok seyrek sistosit görülmesi üzerine ön tanı olarak MAHA' dan uzaklaşıldı. Hastanın klinik sunumu ile birlikte ön planda enfeksiyona sekonder kemik iliği baskılanması , böbrek yetmezliği , ateş ve bilirubin yükseliği düşünüldü. Enfeksiyon hastalıkları ile görüşülüp seftriakson ve doksisisiklin tedavisi başlandı . Literatürde şiddetli leptosipra vakalarında vaskülitik sürecin eşlik edebildiği gösterilmiş olup 0,5 mg/kg dan kortikosteroid tedaviside eklendi. Göğüs hastalıkları ile görüşülerek enfeksiyöz süreç ve alveolar hemoraji açısından bronkospisi yapıldı . Bronkospide hemoraji saptanmadı. Bronko alveolar lavaj sitoloji malignite yönünden negatif ve enfeksiyon ile uyumlu olarak saptandı. Ekokardiyografi , kan kültürleri ve serolojik tetiklerde patoloji saptanmadı .

TARTIŞMA: Hastamızda tedavi ile ateş geriledi, laboratuvar bulgularında düzelme görüldü. Tedavi sürecinde ateşi olmadı, istenilen MAK testi pozitif sonuçlandı ve hastaya leptospiroz (Weil hastalığı) tanısı konuldu . Leptospiroz leptospira cinsi spiroketlerin sebep olduğu zoonotik bir hastalıktır. Hastalık domuz çobanı hastalığı, pirinç tarlası hastalığı, bataklık ateşi ve Weil hastalığı olarak da bilinmektedir. Hastalığın klinik spektrumunda konjunktival

hiperemi ,üveit akut böbrek yetmezliği ,aseptik menenjit , myokardit , hepatit , ikter ve alveolar hemoraji gibi farklı sunumlar mevcuttur. Hastalık açısından riskli gruplar arasında pirinç tarlasında çalışanlar , mezbaha işçileri , madenciler, veterinerler ve kanalizasyon işçileri gibi enfekte olan fare gibi hayvanların idrarı ile temas edebilecek meslek grupları bulunmaktadır. Hastamız belediye işçisi ve kanalizasyonda çalışmaktaydı, akut gelişen bulgular ve laboratuvar bulguları ile MAHA ve vaskülitik süreçler açısından tipik bulguları olmayan hastada anamnez ile birlikte akla gelmesi gereken bir tanıydı . Hastalarda şiddetli tutulum ve vaskülitik benzeri tutulumlarda steroid tedavisi standart antibiyotik tedavisine ek olarak önerilmektedir. Hastamız; tedavi ile laboratuvar ve klinik bulguları düzelterek taburcu edilmiştir. Vaskülit taklitçileri açısından leptospiroz akılda tutulması gereken bir tanıdır.

PP-09

Tablo-1: Laboratuvar sonuçları

WBC	15670	ANA	Negatif
HGB	11,5 g/dl	P-ANCA	Negatif
PLT	21 000	C-ANCA	Negatif
BUN	76 mg/dl	ANTI- dsDNA	Negatif
KREATİNİN	3.99 mg/dl	SPIK	1.5 gr
AST/ALT	104/104 U/L	FERRİTİN	878 ug/L
T. BİLÜRİBİN	23.15 mg/dl	D-DİMER	339 ug/L
D. BİLÜRİBİN	13.99 mg/dl	FİBRİNOJEN	625 mg/dL
İ.BİLÜRİBİN	9.16 mg/dl	RF	2.9 IU/ml
LDH	541 U/L	ANTI-CCP	<0.5 U/L
ALP	159 U/L		
GGT	188 U/L		
CRP	217.7 mg/l		

Anti-tümör Nekrozis Faktör Alfa Tedavisi Altında Gelişen Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu**Merve Sungur Özgünen****SBU Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Giriş/Amaç: Romatoloji pratiğinde bazı hastalıkların birliktelikleri sık görülmektedir. Bazen de tedavi için kullanılan ajanların kendisi bazı romatolojik yakınmalar oluşturmaktadır. Anti-TNF ilişkili otoimmün hastalıklarla ilgili artan sayıda paradoksal olay bildirisi vardır. Ankilozan spondilit (AS) ve Behçet hastalığı (BH) tanısı ile anti-tümör nekrozis faktör (anti-TNF) alfa tedavisi kullanırken cilt yakınmaları ortaya çıkan ve otoantikor pozitifliği saptanan bu vaka ile sistemik lupus eritematozus (SLE) ve ilaç ilişkisine ayrıca romatizmal hastalıkların nadir birlikteliğine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 24 yaşında kadın hastada 4 yıl önce inflamatuvar karakterde bel ağrısı ve 1 saate ulaşan sabah tutukluğu yakınmaları başlamış. 3 yıl önce gözde kızarma nedeniyle başvurduğu göz hekimince ön üveit tanısı konulmuş. HLA-B27 pozitif saptanmış. Dedesinin AS hastası olduğunu bildiren hastaya AS tanısı ile non-steroid anti- inflamatuvar ilaç (NSAİİ) ve sülfasalazin tedavisi başlanmış. Hastanın takiplerinde sık tekrarlayan oral aftları, genital bölgesinde yeni gelişen ülsere lezyonu ve vücudunda yaygın akneiform lezyonları görülmüş. Yapılan paterji testi negatif bulunmuş. Hastaya BH tanısı konularak tedavisine kolşisin eklenmiş. Hastanın takiplerinde bel ağrısının ve sabah tutukluğunun NSAİİ tedavisine rağmen devam etmesi, sülfasalazin tedavisi altında iken her iki gözde ön üveit atağı geçirmesi sebebiyle 2 yıl önce anti-TNF (sertolizumab pegol) ilaç tedavisine geçilmiş ve hasta bu tedaviden fayda görmüş. Bu tedavi altında fotosensitivite ve malar raşı gelişen hastanın bakılan anti-nükleer antikor testi 1/100 homojen paternde pozitif saptandı. Anti-dsDNA antikor pozitif olarak saptanan hastada anti-histon, lupus antikogulan, antikardiyolipin IgM ve IgG, anti-beta2glikoprotein 1 IgM ve IgG ve direkt coombs testleri negatif saptandı. Tam kan sayımında sitopenisi yoktu. C3 ve C4 normal, kreatinin:0,75 mg/dl, spot idrar protein/kreatinin oranı 118 idi. Hastaya SLE tanısı kondu ve kullandığı anti-TNF ajan sertolizumab pegol ile ilişkilendirildi. Güncel tedavisi hidroklorik 2x200 mg, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, kolşisin 3x0.5 mg ve lüzum halinde NSAİİ olarak düzenlendi. Hastanın 3.ay kontrollerinde SLE bulguları geriledi.

Tartışma: Anti-TNF ajanlarla ilişkili SLE vakalarının çoğu, genel semptomlar, deri bulguları ve eklem tutulumu ile karakterizedir. Bu hastalarda, diğer ilaç ilişkili lupustan farklı olarak daha spesifik bir otoantikor olan anti- dsDNA pozitifliği anti-histon pozitifliğinden daha fazladır. Hastaların %90'dan fazlasında ilaç kesilince bulgular kontrol altına girer.

Anahtar Kelime: Anti-tümör nekrozis faktör alfa, sertolizumab pegol, sistemik lupus eritematozus

Kaynaklar:

1. Katz U, Zandman-Goddard G. Drug-induced lupus: an update. Autoimmun Rev. 2010 Nov;10(1):46-50.
2. Mudduluru BM, Shah S, Shamah S, Swaminath A. TNF-alpha antagonist induced lupus on three different agents. Postgrad Med. 2017 Mar;129(2):304-306.
3. Shovman O, Tamar S, Amital H, Watad A, Shoenfeld Y. Diverse patterns of anti-TNF- α -induced lupus: case series and review of the literature. Clin Rheumatol. 2018 Feb;37(2):563-568.
4. Aghdashi MA, Khadir M, Dinparasti-Saleh R. Antinuclear Antibodies and Lupus-like Manifestations in Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis Patients at 4 Months' Follow-up After Treatment with Infliximab and Etanercept. Curr Rheumatol Rev. 2020;16(1):61-66.

Bağ Dokusu Hastalığını Taklit Eden AIDS Olgusu

Ilyas Ercan Okatan¹, Ömer Faruk Şahin²

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

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

Giriş: Enfeksiyon Hastalıkları, Bağ Dokusu Hastalıklarını hem klinik hem de laboratuvar bulgularıyla taklit edebilmektedir. Burada Bağ Dokusu Hastalığını taklit eden bir AIDS olgusunu sunarak romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısında enfeksiyon hastalıklarının akılda tutulmasının önemini bir kez daha vurgulamak istedik.

Olgu: Dış merkezde astım tanısı konularak tedavi verilen, fakat tedaviden yeterli yanıt alınamayan 45 yaşında kadın hasta Anti Nötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) pozitifliği nedeniyle romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Hastada ateş, nefes darlığı, halsizlik ve kilo kaybı mevcuttu. Yapılan fizik muayenede alopesi (Resim 1), tırnak değişiklikleri (Resim 2) ve proksimal kas güçsüzlüğü saptandı. Kapilleroskopik incelemede kanama odakları izlendi. Hastanın laboratuvar incelemesinde CRP 23.7 mg/L (0-5 mg/L), Sedimentasyon 59 mm/saat (0-20 mm/saat), Anti-MPO 87.2 ünite (<20 ünite), PR3 ANCA 6.17 ünite (<20 ünite), Anti Nükleer Antikor (ANA) 1/100 pozitif benekli patern olarak saptandı. Hastada ayrıca poliklonal gammopati vardı. Anti ds-DNA ve ENA paneli negatifti. Toraks BT'sinde perikardiyal efüzyon ve her iki akciğer parankiminde periferik yerleşimli subplevral buzlu cam dansitesinde alanlar izlenen hasta ileri araştırma için romatoloji servisine yatırıldı. Burada yapılan tetkiklerde Anti-HIV pozitif olarak saptanan, takiplerinde HIV-1 RNA 114700 IU/ml gelen hasta AIDS tedavisi için Enfeksiyon Hastalıkları bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: AIDS; bağ dokusu hastalığı benzeri klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile prezente olabilir. Bağ dokusu hastalıklarında görülen otoantikor pozitifliklerinin AIDS'te de görülebilmesi tanı sürecinde karışıklığa neden olabilmektedir. Özellikle ateş, kilo kaybı gibi sistemik semptomların eşlik ettiği hastalarda AIDS de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, Bağ Dokusu Hastalığı, Anti Nükleer Antikor, Anti Nötrofil Sitoplazmik Antikor



Resim 1



Resim 2

Crohn Hastalığını Taklit Eden Bir Entero-Behçet Vakası

Özge Karakök, Rafi Haner Direskeneli, Fatma Alibaz Öner

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 2 yıl önce BH tanısı almış. O dönemde paterji testi 2/6 pozitif saptanmış. Hastaya kolşisin 0.5 mg 3x1 dozunda tedavi 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 entero 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.

Izole Inferior Tiroid Arter Vaskülit: Nadir Bir Boyun Ağrısı Nedeni

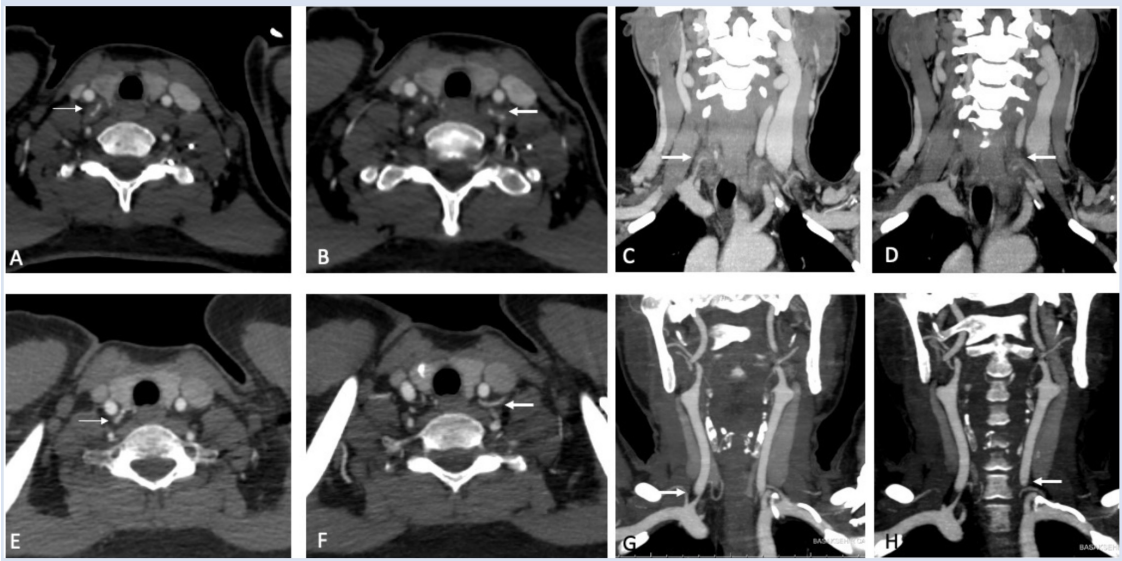
Rabia Deniz, Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioglu, Gamze Akkuzu, Fatih Yıldırım, Cemal Bes SBU Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

GİRİŞ

Uzamış febril miyalji sendromu (PFMS), uzamış miyalji ile karakterize, ailesel Akdeniz ateşinin (FMF) nadir görülen bir şeklidir. PFMS'nin süresi, tipik bir 2-5 günlük FMF atağından daha uzundur ve tedavi edilene kadar 2-6 hafta sürer. Kolşisin, PFMS atak kontrolünde etkili olmayıp kortikosteroid ve/veya IL-1 reseptör blokerleri ile düzelir. Burada, tipik FMFatak özellikleri olmayan, ancak atipik seyir ve ciddi asimetrik kas gücü kaybı ile başvuran genç bir erişkin hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

49 yaşında kadın hasta üç aydır devam eden boyun ağrısı ile çeşitli tetkikler yapıldıktan sonra boyun ultrasonografide bilateral inferior tiroidal arter duvarlarında mural kalınlık artışı saptanması üzerine başvurdu. Bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile de bilateral mural kalınlaşma ve vaskülitik değişiklikler saptanırken aort ve dallarında ek tutulum görülmemesi üzerine izole tiroid arter vaskülitisi olarak kabul edildi (Şekil 1). Hastanın başvuru sırasında akut faz, hemogram ve biyokimya belirteçleri ve teirodit açısından tirodi fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Glukokortikoid indüksiyonu 32 mg/gün olarak başlanıp azaltılmaya geçildiğinde tedaviye metotreksat eklendi ve klinik ve görüntüleme bulguları hızla geriledi. Hata halen stabil olarak izlemedir.



Figür1: Bilateral inferior tiroidal arterlerin tedavi öncesi ve sonrası bilgisayarlı tomografi anjiyografi görüntüleri. Bilateral inferior arterlerin aksiyel ve koronal görüntüleri tedaviden önce damar duvarında mural kalınlaşma gösterdi (sırasıyla sağ inferior tiroidal arter için A ve C, sol inferior tiroidal arter için B ve D). Tedavinin altıncı ayında bilateral inferior arterlerin aksiyel ve koronal görüntülerinde tedavi sonrası mural kalınlaşma ve vaskülitik değişikliklerde anlamlı gerileme görüldü (sırasıyla sağ inferior tiroidal arter için E ve G, sol inferior tiroidal arter için F ve H).

TARTIŞMA

Lokalize vaskülit formları daha nadirdir ve etkilenen alanın sınırlı boyutu teşhis araştırmalarını ve yönetimi daha karmaşık hale getirir ve sistemik bulgular ve akut faz yanıtının belirgin artmaması tanısal zorluklardır. Konvansiyonel anjiyografi yerine non-invaziv görüntüleme yöntemleri yararlı bilgileri daha güvenli ve kolay bir şekilde verir. Tiroidal arterlerin izole vaskülitisi daha önce bildirilmemiş olup, açıklanamayan boyun ağrısı durumunda, normal laboratuvar incelemeleri olsa bile akılda tutulmalıdır.

İlk Başvurusunda Tek Taraflı Alt Ekstremitede Ağrı Dışında Ek Bulgusu Olmayan Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Herpes Zoster: Vaka Sunumu

Salim MISIRCI, Belkıs Nihan COŞKUN, Yavuz PEHLIVAN Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

1. Giriş

Sistemik lupus eritematozus (SLE), vücudun hemen hemen her organını etkileyebilen, kronik otoimmün bir hastalıktır. Varisella-zoster virüsü (VZV) ile birincil enfeksiyon sonucunda su çiçeği gelişmekte ve bu dönemde duyu ganglionlara yerleşen gizli VZV'nin yeniden aktivasyonu ile zona olarak da ifade edilen herpes zoster (HZ) enfeksiyonu ortaya çıkabilmektedir.

2. Vaka sunumu

29 yaşında kadın hasta, 6 yıldır SLE nefriti ve hipertansiyon tanılarıyla romatolojide takip edilmekte ve rituksimab, prednizolon 10 mg, mikofenolat mofetil 2g, hidroklorokin 400 mg, anti-fosfat, olmesartan, nifedipin tedavilerini almaktaydı. Hasta tarafımıza 3 gündür devam eden sol kasıktan diz altına yayılan şiddetli ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde kas güçleri tam, kalça hareketleri açık ve ağrısızdı. Duyu muayenesinde sol alt ekstremitede L2, L3, L4 ve L5 dermatomlarında hiperestezi mevcuttu. Ciltte herhangi bir döküntü yoktu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; tam kan sayımında lenfosit:280, platelet:154.000, hemoglobin:9.6 ve MCV:86 olup SLE tutulumu ve kronik hastalık anemisi ile uyumlu bulgular mevcuttu. Kreatinin:3.21 mg/dl olup SLE nefriti ile uyumluydu. Sedimentasyon:41 mm/saat, CRP: 5.6 mg/L (N:0-5) olarak saptanmış olup laboratuvar değerleri önceki takipleriyle benzerdi. Hastaya tramadol başlanarak 1 hafta sonra kontrole çağrıldı. Hastanın şikayetlerinin başlangıcından 10 gün sonraki muayenesinde sol alt ekstremitede HZ ile uyumlu döküntüler saptandı ve hasta dermatolojiye tedavi için yönlendirildi.



3. Sonuç

HZ, hastaların yaklaşık %75'inde etkilenen dermatomda döküntüden 2-3 gün önce prodromal ağrı ile ortaya çıkabilmekte ancak bu aralık bazen bizim vakamızda da görüldüğü gibi daha uzun olabilir (1,2). SLE'li hastalarda HZ riski normal topluma göre daha yüksek olup, hastamızdaki gibi çoklu immünsupresif alanlarda bu risk daha da artmaktadır (3). Özellikle dermatomal yayılım gösteren immünsupresif tedavi alan SLE hastalarında HZ açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: herpes zoster, immünsupresif, sistemik lupus eritematozus

Kaynaklar:

Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 1:S1.

Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia—pathogenesis, treatment, and prevention. N Engl J Med 1996; 335:32.

3. Chakravarty EF, Michaud K, Katz R, Wolfe F. Increased incidence of herpes zoster among patients with systemic lupus erythematosus. Lupus. 2013 Mar;22(3):238-44. doi: 10.1177/0961203312470186. Epub 2012 Dec 20. PMID: 23257402.

Hemorajik Bülleri Olan Taenia Saginata Ile Mortal Seyreden Granüloatozisli Polianjitis Olgusu

Tuğba Ocak, Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş:

Granüloatozisli polianjitis (GPA) nedeni bilinmeyen multisistemik, nekrotizan vaskülitir. Burada karın ağrısı, ishal yakınmalarıyla başvuran, hemorajik bülleri olan taenia saginata saptanan GPA vakasını sunduk

Olgu :

45 yaşında erkek. 20 gündür olan ateş, halsizlik, yaygın vücut ağrısı, siyah dışkılama, karın ağrısı ve döküntü ile dahiliye uzmanına başvurmuş. Böbrek fonksiyon testleri normal, idrar sedimenti zengin, RF: 20 IU/mL saptanmış. Sağ akciğer üst zonda opasite saptanınca göğüs hastalıklarına konsülte edilmiş. İzleminde palpabl purpuralardan hemorajik büller gelişmesi ve kreatininde artış saptanınca tarafımıza sevk edilmiş. Ateş: 38,4, genel durumu düşküdü. Her iki ayakta, bacaklarda, ellerde, dirseklerde, ağız içinde yaygın hemorajik bülleri mevcuttu. Bilateral el sıkma testi pozitif. Bilateral pretibial ödemi vardı. Rektal tuşede normaldi. Üre: 124

mg/dL, kreatinin: 2,6 mg/dL, albumin: 1,8 g/dL, CRP: 26 mg/dL, sedimentasyon: 81 mm/saat, WBC: 21420/uL, Hb: 8,9 g/dL, PLT: 583000/uL, idrarda; + protein, 24 eritrosit, 14 lökosit saptandı. Sağ akciğer apex üst zondaki opasiteden biyopsi yapıldı. Biyopsi nekrotizan doku parçaları geldi. Bronkoskopiden gönderilen bronkoalveloler lavaj örneklerinde tüberküloz PCR negatif. CANCA: 1/32+, PR3: + saptandı. Akciğer patolojisinin nekrotizan doku parçası gelmesi, üre ve kreatinin değerlerinde progresif artış, idrar sedimentinin zengin olması, antikor pozitifliği nedeniyle hasta GPA kabul edildi. 6 gün 500 mg metilprednisolon uygulandı. Ateşi öncelikle vaskülit aktivasyonuna bağlı düşünöldü. Hemorajik vasıftaki büllerden akıntı nedeniyle antibiyotik başlandı. Akut batın gelişti. ADBG de karaciğer altında serbest hava saptandı. Genel cerrahi tarafından perforasyon düşünölererek opere edildi. 2 metre taenia saginata çıkarıldı. Çekumun 50 cm proximalinde ince barsakta tam kat nekroz ve perforasyon alanı, bundan 10 cm ileride vaskülitte bağlı olabilecek lezyonlar mevcuttu. GPA gastrointestinal tutulumu dışlanamadığından 1 mg/kg metilprednisolon devam edilip 3 seans plazmaferez uygulandı. Operasyondan sonra yoğun bakımda entübe takip edilirken çoklu organ yetmezliği gelişti. Hematokezyası, melenası devam eden, kanaması durdurulamayan hasta ex oldu.



Tartışma:

GPA da en sık cilt lezyonu palpabl purpuralardır. Cilt tutulumu olan 66 GPA'nın incelendiği bir çalışmada 3 hastada hemorajik bül saptanmış. Literatürde hemorajik bül ve GIS tutulumu baskın olan bir GPA vakası fulminan seyir göstermiştir. Literatürde taenia saginata-hemorajik bül birlikteliğine rastlanmamıştır. Karın ağrısı, ishal melena, hematokezya bulguları olan GPA hastasında aklımıza ön planda gastrointestinal tutulum gelse de, taenia saginata gibi atipik bir enfeksiyon etkeni de bu duruma neden olabilir. İmmüsupresyonun yoğun kullanıldığı bu gibi durumlarda enfeksiyon etkenleri her zaman düşünölmelidir

2012 Dec 20. PMID: 23257402.

Olgu sunumu: Lökositoklastik vaskülit etyolojisinde kronik hepatit B enfeksiyonu**¹Yeşim Erez****¹Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İzmir**

Giriş: Lökositoklastik vaskülit, inflamatuvar infiltratın nötrofillerden oluştuğu küçük damarların vaskülitini tanımlayan histopatolojik bir terimdir. Başlıca klinik bulgu basmakla solmayan palpable purpura ve/veya peteşidir. Birçok vaskülitin deri bulgusu olarak görülebilir. Vakaların yaklaşık yarısı idiopatik olmakla birlikte etyolojide ilaçlar, enfeksiyon, malignite ve romatolojik hastalıklar en sık saptanan durumlardır (1).

Olgu: Hipertansiyon dışında bilinen komorbiditesi olmayan 39 yaşında erkek hasta bir hafta önce başlayan döküntü nedeniyle başvurdu. Hastanın ilk etapta alt bacakta başlayan döküntülerin üst bacak ve gövdeye yayıldığı ve döküntülerin birleşme eğiliminde olduğu öğrenildi. Hasta başta vaskülitik süreçler olmak üzere ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Fizik bakısında her iki bacak ve gövdede parpabla purpurik döküntüleri olduğu görüldü (Şekil 1.). Sağ ayak bileği ve sol diz artritisi saptandı. Enfeksiyon odağı saptanmadı. Hastanın yakın zamanlı enfeksiyon öyküsü, yeni ilaç kullanımı ve herbal kullanımı yoktu. Romatolojik sorgulamasında özellik yoktu. Hasta hemoptizi, epistaksis, dispne, nöropatik yakınma, melena-hematemez, koyu renkli idrar tarifilemedi. Rutin kan tetkikleri, immunolojik markerları, hepatit serolojisi ve idrar tetkiki gönderildi. EKO'da infektif endokardit lehine bulgu yoktu. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografi olağandı. Kulak burun boğaz bakısında vaskülit tutulumu ile uyumlu bulgu saptanmadı. Hastanın aktif eklem bulgusu da olması üzerine 0.5 mg/kg /gün metilprednizolon oral tedavisi başlandı. Steroid tedavisi öncesi aktif deri lezyonlarından biyopsi alındı. Deri biyopsisinde immunfloresan boyanma saptanmaz iken patoloji lökositoklastik vaskülit ile uyumlu olarak neticelendi. ANA, ANCA, RF, anti-CCP, Anti-ds DNA negatif saptandı. İmmunglobulin ve kompleman düzeyleri olağan geldi (Tablo 1). Kryoglobulin testi gönderilemedi. Hepatit serolojisinde Hbs-Ag pozitif saptanan hastadan HBV DNA gönderildi. HBV-DNA pozitif (**405 IU/mL**) saptandı. Hepatit B enfeksiyonu ilişkili poliarteritis nodoza (PAN) açısından değerlendirildiğinde PAN ile uyumlu klinik bulgu saptanmadı. Batın BT ve doppler USG'de mikroanevrizma/anevrizma ile uyumlu görünüm olmaması nedeniyle anjiyografik işlem planlanmadı. Hasta kronik hepatit B enfeksiyonu ilişkili lökositoklastik vaskülit olarak kabul edildi. Hastaya gastroenteroloji tarafından antiviral tedavi (tenofovir) başlandı ve steroid tedavisine devam edildi. Bu tedaviler altında hastanın döküntüleri ve eklem bulguları geriledi.

Tartışma- sonuç: Hepatit B enfeksiyonu seyrinde PAN, kryoglobulinemik vaskülit ve lökositoklastik vaskülit gelişebilmektedir. Hepatit B enfeksiyonu ilişkili lökositoklastik vaskülit nadir görülüp literatürde az sayıda vaka bildirimi bulunmaktadır. Kanıta dayalı tedavi önerisi bulunmamakla birlikte tedavide hepatit B enfeksiyonunun tedavisi ve vaskülit şiddetine ve organ tutulumuna göre steroidler başta olmak üzere immunsupresif tedavi önerilmektedir (2).

PP-16

Kaynakça:

1. Goeser MR, Laniosz V, Wetter DAJAjocd. A practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. 2014;15(4):299-306
2. Singh H, Tanwar VS, Sukhija G, Kaur P, Govil N. Vasculitis as a Presenting Manifestation of Chronic Hepatitis B Virus Infection: A Case Report. J Clin Diagn Res. 2016 Feb;10(2):OD25-6. doi: 10.7860/JCDR/2016/17384.7304. Epub 2016 Feb 1. PMID: 27042512; PMCID: PMC4800578.

Tablo 1. Laboratuvar	
WBC/Neu	10500($10^3/\mu\text{L}$)/ 6750 ($10^3/\mu\text{L}$)
Hb/Plt	15.5 g / dL /283 ($10^3/\mu\text{L}$)
Üre azotu (BUN)	25 (mg/dL)
Kreatinin	0.89 (mg/dL)
ALT/AST	19/24 (U/L)
Ferritin	Olağan
ESH	87 mm/sa
CRP	54 mg/L
RF, Anti-CCP	Neg
ANA,ENA	Neg
C3-C4	Olağan
ANCA	Neg
IgG, IgM, IgA	Olağan
Hepatit serolojisi	Hbs- Ag pozitif, Anti- Hbctotal pozitif Anti-HCV neg, Delta antikor neg
Anti-HIV	Neg
HBV DNA	405 IU/mL
Kan, idrar kültürü	Üreme olmadı
Tam idrar tetkiki	Protein, eritrosit neg.
Spot idrar protein	Neg

Sapho sendromlu Hidradenitis süpürativa, Vaka Sunumu

Zeynep Öztürk¹, Berkay Anıl², Rabia Derya Kibar²

ANKARA ATATÜRK SANATORYUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sinovit-Akne-Püstüloz-Hiperostoz-Osteit (SAPHO) sendromu birçok hastalığı kapsayan, nadir görülen, relapslarla seyreden ve az bilinen spondiloartropati grubu inflamatuvar osteoartiküler hastalıklardan biridir. Osteit, sinovit ve hiperostoz gibi kas-iskelet belirtileri SAPHO sendromunun ayırt edici özellikleridir ve vücudun çeşitli bölgelerini etkiler. Hidradenitis süpürativa (HS) özellikle koltuk altı ve kasıkta ağrılı nodüllerle karakterize kronik, süpüratif bir deri hastalığıdır. Her ikisi de sıklıkla birden fazla komorbidite ile ortaya çıksa da, tek hastada birlikte sunum nadirdir. HS tanısı ile izotretinoin kullanırken sol diz ekleminde ve el bileğinde şişlik ile başvuran ve Sapho tanısı koyduğumuz olgumuzu sunuyoruz.

35 yaşında erkek hasta sol diz ekleminde şişlik, bel ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. 2010 yılında tek diz ekleminde artrit nedeni tetkik edilip artrosentez yapılmış. Seronegatif romatoid artrit öntanısı ile steroid kullanım öyküsü olan hastanın ilaçları takipte kesilmiş. 2020 yılında ise yaygın akne ve artralji nedeni başvurduğu diğer merkezde behçet hastalığı öntanısı prednol ve kolşisin başlanmış, 2 ay kullanmış. 2014' ten beri ilaç kullanmayan hastaya 5 ay önce HS tanısı ile cildiye tarafınca izoretinoin başlanmış.

Romatolojik sorgusunda oral aft, genital ülser, sigara kullanımı, üveit, tromboz, eritema nodozum öyküsü yoktu. İzotretinoin kullanımından önce de inflamatuvar karakterde bel ağrısı olan hastanın entezit, daktilit, üveit, psöriazis, geçirilmiş enfeksiyon, travma ve ailede romatizmal hastalık öyküsü yoktu. Son 3 yıldır devam eden bel ağrısı nedeniyle lomber diskopati tanısı ile 6 ay fizyoterapi almış ancak ağrıları artmış.

Fizik muayenede sırtta ve göğüs ön duvarında yaygın palmoplantar püstüler lezyon ve akneler (resim 1. ve 2.), sağ dizde efuzyon ve sol el bileğinde artrit mevcuttu. Sol el metakarpal sıkma testi pozitif. Özellikle 3. Ve 4. proksimal interfalangial eklemler (PIF) hassas ve dokunmakla ağrılıydı. Sternoklavikular eklemler şiş, palpasyonla hassas ve ağrılıydı. Paterji, diğer romatolojik serolojik testler ve HLA-B27 negatifti. Akut faz reaktanları yüksek olan hastanın sol diz ekleminde yapılan artrosentezden 40 cc inflamatuvar vasıfta sıvı geldi. Enfeksiyon ekartasyonu için gönderilen artrosentez kültür, yayma ve tüberküloz taraması negatifti. Çekilen sakroiliak MR'da sağ sakroiliak ekleminde subkortikal alanda çoklu kesitlerde kemik iliği ödemi izlendi (resim 3). **Sol el grafisinde yumuşak doku şişmesi ile 4. proksimal interfalangial ekleminde erozyonlar ve periosteal reaksiyon mevcuttu.**

PP-17

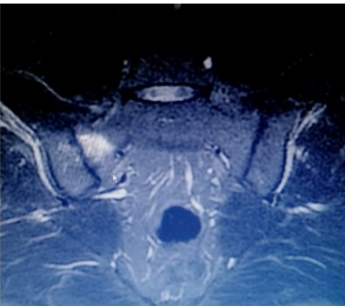
Kullanmakta olduğu izotretinoinin ilaca bağlı sakroileit dahil olmak üzere romatizmal yan etkiler yaptığı bilindiğinden ilaç - klinik zaman ilişkisi ayrıntılı sorgulandı. İlaçtan çok daha önceleri de inflamatuvar bel ağrısının olması, ilaç öncesi çoklu inflamatuvar artrit atakları, belirgin osteoit düşündüren fokal kemik ağrıları, tipik cilt lezyonları, eşlik eden sakroileiti ve görüntüleme sonuçları ile SAPHO sendromu kabul edildi. Takipte nonsteroid antiinflamatuvar tedaviye cevap vermeyen hastaya adalimumab tedavisine geçildi. Hasta klinik takibimizde olup tedavi yanıtı değerlendirilecektir.

HS romatizmal hastalıklarla birliktelik gösterebilir. Bu nedenle HS tanısı ile izlenen hastalarda romatolojik yakınmalar olduğunda tetkik edilerek ayırıcı tanı yapılmalıdır. Başta obezite ve metabolik sendrom olmak üzere, spondiloartrit, otoinflamatuvar hastalıklar ve bazı otoimmün hastalıklar HS hastalarında daha sık görülür. Ayrıca HS ile SAPHO sendromunun ortak klinik özelliklerle seyredebileceği, HS tedavisinde verilen izotretinoinin de sakroileit yapabileceği için ayırıcı tanıda akılda bulunması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu vaka birbirini taklit eden karışık klinik durumlarda fizik muayene ve anamnezin önemini de vurgulamaktadır.

Resim 1 ve 2



Resim 3.





TRD

YAZ OKULU

16 - 18
HAZİRAN 2023

NOVOTEL
TRABZON



Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon

İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5/25

Bay Plaza Kat:12 34752 Ataşehir / İstanbul

Tel: 0216 573 18 36 • E-posta: istanbul1@devent.com.tr

www.devent.com.tr