

Ulusal ROMATOLOJİ Dergisi

ISSN: 2651-2653
Journal of Turkish Society for Rheumatology www.romatolojidergisi.org

Cilt / Volume: 16 • Ek Sayı / Supplement: 1 • Ocak / January 2025

Türkiye Romatoloji Derneği'nin (TRD) bilimsel yayın organıdır.
Official Publication of Turkish Society for Rheumatology

XXIV.

**ULUSAL
ROMATOLOJİ
KONGRESİ**

26-30 EKİM 2024
Liberty Hotel Lykia **Fethiye-MUĞLA**

BİLDİRİ KİTABI

TRD TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

www.romatoloji2024.org

Önceki adı: RAED Dergisi / Formerly RAED Journal
Türkiye Romatoloji Derneği'nin (TRD) bilimsel yayın organıdır.
Official Publication of Turkish Society for Rheumatology

Sahibi / Owner

**Türkiye Romatoloji Derneği adına / On behalf of the
Turkish Society for Rheumatology**
Sedat Kiraz

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Managing Editor
R. Haner Direskeneli

Editör / Editor

R. Haner Direskeneli

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2598-5806

Ömer Karadağ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3443-3117

Editör Yardımcıları / Associate Editors

Umut Kalyoncu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0001-7129-2109

Gülen Hatemi

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç
Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
ORCID ID: orcid.org/0000-0002-1952-1135

**Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) Yönetim Kurulu (2023-2025) /
Turkish Society for Rheumatology Executive Committee (2023-2025)**

Başkan / President

Sedat Kiraz, Ankara, Türkiye

Sayman / Treasurer

Abdulsamet Erden, Ankara, Türkiye

Başkan Yardımcısı / Vice President

Ali İhsan Ertenli, Ankara, Türkiye

Üyeler / Members

Ahmet Omma, Ankara, Türkiye

Genel Sekreter / Secretary General

Umut Kalyoncu, Ankara, Türkiye

Göksal Keskin, Ankara, Türkiye

Ayten Yazıcı, Kocaeli, Türkiye

**Bölüm editörleri /
Section editors**

Servet Akar, İzmir

Kenan Aksu, İzmir

Bahar Artım Esen,
İstanbul

Berna Göker, Ankara

Nevsun İnanc, İstanbul

Serdal Uğurlu, İstanbul

Eftal Yücel, Ankara

**İstatistik editörü /
Statistics editor**

Koray Taşçılar, Almanya

**İçerik editörleri /
Content editors**

Hakan Babaoğlu, Ankara

Murat Torgutalp, Almanya

**Yapım editörleri /
Production editors**

Emre Bilgin, Sakarya

Gerçek Can, İzmir

Sinem Nihal Esatoğlu,
İstanbul

**Bilimsel Danışma Kurulu /
Scientific Advisory Board**

Ali Akdoğan, Ankara

Sibel Aydın - Ottawa, Kanada

Müge Bıçakçığıl, İstanbul

Ayşe Çefle, Kocaeli

Ediz Dalkılıç, Bursa

Doruk Erkan, New York, ABD

Ali İhsan Ertenli, Ankara

Ahmet Gül, İstanbul

Vedat Hamuryudan, İstanbul

Murat İnanc, İstanbul

Yasemin Kabasakal, İzmir

Timuçin Kaşifoğlu, Eskişehir

Gökhan Keser, İzmir

Sedat Kiraz, Ankara

Süleyman Serdar Koca, Elazığ

Cengiz Korkmaz, Eskişehir

Melike Melikoğlu, İstanbul

Fatoş Önen, İzmir

Mehmet Akif Öztürk, Ankara

Salih Pay, Ankara

Nurhan Sutcliffe, Barts, İngiltere

İsmail Şimşek, San Diego, ABD

Ender Terzioğlu, Antalya

Abdurrahman Tufan, Ankara

Mehmet Tunca, İzmir

Murat Turgay, Ankara

Şule Yavuz, Maryland, ABD

Yusuf Yazıcı, New York, ABD

İsimler soyadı sırasına göre yazılmıştır.

Yönetim Yeri / Administrative Office

Esentepe Mah. Kore Şehitleri Cad. No: 35/6 Şişli 34394 İstanbul, Türkiye



Yayınevi İletişim/Publisher Contact

Adres/Address: Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No: 21/1

34093 İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 530 177 30 97

E-posta/E-mail: info@galenos.com.tr/yayin@galenos.com.tr

Web: www.galenos.com.tr Yayıncı Sertifika No: 14521

Basım Yeri/Printing at: Son Sürat Daktilo Dijital Baskı Merkezi

Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.

Gayrettepe Mahallesi, Yıldızposta Caddesi, Evren Sitesi A Blok

No: 32 D: 1 - D: 3 34349 Beşiktaş, İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 (212) 288 45 75

E-posta: info@sonsuratdaktilo.com

Basım Tarihi/Printing Date: Ocak 2025/January 2025

ISSN: 2651-2653 E-ISSN: 2651-2661

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.

International periodical journal published three times in a year.

Derginin "Yayın Etiđi" ve "Yazarlara Bilgi" konularında bilgi almak için lütfen web sayfasına (<https://www.raeddergisi.org/home>) başvurunuz.

Derginin editöryal ve yayın süreçleri ile etik kuralları ICMJE, WAME, CSE, COPE, EASE, ve NISO gibi uluslararası kuruluşların kurallarına uygun olarak şekillenmektedir. Ulusal Romatoloji Dergisi, **EBSCO, Gale, Türk Medline, Embase, J-Gate ve Tübitak Ulakbim TR Index** dizinlerde indekslenmiştir.

Dergi, asitsiz kağıda basılıp ayrıca çevrimiçi olarak yayınlanmaktadır.

Sahip: Türkiye Romatoloji Derneği

Sorumlu Yönetici: R. Haner Direskeneli

Please refer to the journal's webpage (<https://www.raeddergisi.org/>) for "Ethical Policy", "Instructions to Authors".

The editorial and publication process of the Journal of the Journal of Turkish Society for Rheumatology are shaped in accordance with the guidelines of ICMJE, WAME, CSE, COPE, EASE, and NISO. Journal of Turkish Society for Rheumatology is indexed in **EBSCO, Gale, Türk Medline, Embase, J-Gate** and **Tübitak Ulakbim TR Index**.

The journal is printed on an acid-free paper and published online.

Owner: Turkish Society for Rheumatology

Responsible Manager: R. Haner Direskeneli

XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri 26-30 Ekim 2024

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

SEDAT KIRAZ
İHSAN ERTENLİ
UMUT KALYONCU
ABDULSAMET ERDEN
AHMET OMMA
AYTEN YAZICI
GÖKSAL KESKİN

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANLARI

TİMUÇİN KAŞIFOĞLU, CEMAL BES

KONGRE GENEL SEKRETERİ

VELİ YAZISIZ

SAYMAN

ABDULSAMET ERDEN

ÜYE

AHMET OMMA

KONGRE BİLİMSEL KURULU

SERVET AKAR
ALİ AKDOĞAN
KENAN AKSU
FATMA ALİBAZPAMİR ATAGÜNDÜZ
MERİH BİRLİK
EDİZ DALKILIÇ
HANER DİRESKENELİ
İHSAN ERTENLİ
AHMET GÜL
VEDAT HAMURYUDAN
GÜLEN HATEMİ
MURAT İNANÇ
NEVSUN İNANÇ
YASEMİN KABASAKAL
UMUT KALYONCU
ÖZGÜR KASAPÇOPUR
GÖKHAN KESER
SEDAT KIRAZ
SÜLEYMAN SERDAR KOCA
FATOŞ ÖNEN
SEZA ÖZEN
İSMAİL SARI
TAŞKIN ŞENTÜRK
EMİNE FİGEN TARHAN
ENDER TERZİOĞLU
SERDAL UĞURLU
ABDULSAMET ERDEN
DİLEK SOLMAZ

**Bilimsel kurul listesi soyadına göre alfabetik olarak düzenlenmiştir.*

XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri **26-30 Ekim 2024**

A-V Bilimsel Program / Program Schedule

Özetler / Abstracts


- 1** Sözlü Sunumlar (SS-001 — SS-028)
43 Poster Sunumları (PS-001 — PS-182)
273 Poster Turu Sunumları (PT-001 — PT-018)
303 E-bildiri Poster Sunumları (EP-001 — EP-047)

Dizin / Index

- 341** Yazar Dizini

26 EKİM 2024, CUMARTESİ	
KURSLAR	
Salon B	
13.00-17.00	Kurs 1 / İnterstisyel akciğer hastalıkları ve HRCT kursu <i>Kurs Koordinatörleri: Veli Yazısız, Cemal Bes</i>
13.00 - 13.15	Açılış
13.15 - 13.45	Romatizmal hastalıklarda akciğer tutulumu <i>Cemal Bes</i>
13.45 - 14.15	Solunum fonksiyon testlerinin yorumlanması <i>Gülfer Okumuş</i>
14.15 - 14.45	HRCT görüntülerinin değerlendirilmesi <i>Recep Savaş</i>
14.45 - 15.15	Kahve Arası
15.15 - 16.00	İnterstitiel akciğer hastalıklarında HRCT paternleri <i>Recep Savaş</i>
16.00 - 16.45	Gerçek olgu örnekleri ile HRCT lezyonları <i>Veli Yazısız, Gülfer Okumuş</i>
16.45 - 17.00	Değerlendirme ve kapanış
ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI	
19:00-20:00	Çalışma Grubu Adı
Salon B	Anadolu Romatoloji Çalışma Grubu
Salon C	
13.00-17.00	Kurs 2 / SMART Spine MRG Kursu <i>Kurs Koordinatörü: Mehmet Pamir Atagündüz</i>
13:00-13:15	Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Spondiloartrit MRG Endikasyonları <i>Mehmet Pamir Atagündüz</i>
13:15-14:15	Radyolojik Anatomi; Spinal MRG, Kesitler, Artefaktlar ve Üç Boyutlu Hayal Gücümüz <i>Gazanfer Ekinci</i>
14:15-15:15	Spondiloartrit Spinal Manyetik Rezonans ile Saptanabilecek Lezyonların Tanımlanması <i>Servet Akar</i>
15:15-15:30	Kahve Arası
15:30-17:00	Vakalarla Spondiloartritli Olgularda Spinal MRG Değerlendirilmesi ve Ayırıcı Tanısı <i>Ömer Karadağ, Servet Akar, Gazanfer Ekinci, Mehmet Pamir Atagündüz</i>
Not: Kurs spinal manyetik rezonans görüntüleme odaklı olacaktır. Kursa kayıt olan katılımcıların daha önce SMART kursuna katılmış olması gerekmektedir.	
Salon D	
13.00-17.00	Kurs 3 / Makale yazımı <i>Kurs Koordinatörleri: Gülen Hatemi, Nihal Esatoğlu</i>
13:00-13:15	Açılış
13:15-14:15	Bilimsel makale nasıl yazılır?
14:15-14:30	Kahve Arası


14:30-17:00	Makale yazma pratiği
Not: Makale Yazım Kursu'na katılacak kişilerin yanlarına kendi bilgisayarlarını getirmeleri gerekmektedir. *Kurslara katılım ücretli ve kontenjan ile sınırlıdır. Kurs kayıt talepleriniz için organizasyon sekreteryasına e-mail ile ulaşabilirsiniz. (romatoloji@devent.com.tr)	
BİLİMSEL PROGRAM	
Selda Çelik Salonu (Ana Salon)	
17.15-17.30	Açılış Oturumu
	Sedat Kiraz-Türkiye Romatoloji Derneği Başkanı
	Timuçin Kaşifoğlu - Kongre Başkanı
	Cemal Bes - Kongre Başkanı
17.30-18.00	Açılış Konferansı
	Oturum Başkanları: İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu
	Romatolojinin dünü, bugünü ve yarını
	Sedat Kiraz
27 EKİM 2024, PAZAR	
UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI	
Salon B	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 1
	Vaskülit taklitçilerini nasıl tanıyalım?
	Sevil Kamalı
Salon C	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 2
	Erişkin başlangıçlı Still hastalığı
	Mehmet Engin Tezcan
Salon D	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 3
	DMARD'ların perioperatif kullanımında nelere dikkat edilmelidir?
	Şükran Erten
Salon E	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 4
	Sarkoidoz hastasının yönetimi nasıl olmalıdır?
	Mehmet Soy
BİLİMSEL PROGRAM	
Selda Çelik Salonu (Ana Salon)	
08.30-10.00	Panel - Romatoid artrit
Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Süleyman Özbek, Yasemin Kabasakal	
08.30-08.55	Tedavisi zor romatoid artritte komorbiditeler ve eklem dışı bulgular: Aynı madalyonun farklı yüzleri mi?
Gökhan Keser	
08.55-09.20	Romatoid Artritte csDMARD'ları veya gelişmiş tedavileri kimlerde azaltabiliriz? İlaçsız remisyona ulaşmak mümkün mü?
İhsan Ertenli	
09.20-09.45	Artraljiden artrite geçişin önlenmesi-Mit mi gerçek mi?
Ediz Dalkılıç	


09.45-10.00	Tartışma
10.00-10.30	Kahve Arası
10.30-11.15	 Uydu Sempozyumu - 1 Ankilozan Spondilit ve Romatoid Artritte Xeljanz Moderatör: Ahmet Gül Konuşmacılar: Umut Kalyoncu, Pedro Machado
11.15-12.00	Konferans-Behçet hastalığı patogenezi
	Oturum Başkanları: Ahmet Gül, Melike Melikoğlu
11.15-11.30	Behçet hastalığı patogenezinde HLA Yeşim Özgüler
11.30-11.45	Behçet hastalığı patogenezinde HLA ötesi Ahmet Gül
11.45-11.53	Tartışma
11.53-12.00	Sözlü Sunum Behçet Hastalığı Ayırıcı Tanısında Nörofilament Orta Serolojik İmmünoaktivitenin Duyarlılığı ve Özgüllüğünün Araştırılması Umut Kalyoncu
12.00-12.45	Sözlü Bildiriler -1
	Oturum Başkanları: Murat İnanç, Gerçek Şen, Hasan Satış
12:00-12:07	Aksiyel Spondiloartrit'e Eşlik Eden Kronik Böbrek Hastalığı Varlığında Aksiyel Omurgada Entezyal Değişikliklerin Değerlendirilmesi Gül Sandal Uzun
12:07-12:14	Ailesel Behçet Hastalığının klinik özellikleri ve aile içi fenotipik benzerlikler Kerem Abacar
12:14-12:21	Bambu omurgası ve klasik Ankilozan Spondilit için genetik bir arka plan tanımlanması Kerem Abacar
12:21-12:28	İdiyopatik İnflamatuvar Miyozitlerde Tedavi Direnci ve Relaps Gözlenen Hastaların Özellikleri Mustafa Ekici
12:28-12:35	Behçet hastalığının immün haritalaması hücreye özgü TNFAIP3 yanıtı ve artmış interferon ilişkili endotip ile yaygın bir NF-kB aracılı aşırı aktivasyon modeli göstermektedir Yeşim Özgüler
12:35-12:42	Türkiye'de sistemik skleroz prevalans, insidans ve mortalitesi- Ulusal sağlık sistemi verileri Alper Sarı
12:42-12:45	Tartışma
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-15.00	Panel-Büyük damar vasküliti
	Oturum Başkanları: Haner Direskeneli, Kenan Aksu, Meryem Can
13.30-14.00	Current advances in the diagnosis and treatment of Polymyalgia Rheumatica Bhaskar Dasgupta
14.00-14.20	Takayasu arteriti tanı ve tedavisinde güncel gelişmeler Haner Direskeneli
14.20-14.40	Takayasu arteriti hastalarında ateroskleroz Emire Seyahi
14.40-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası

15.15-16.00	Uydu Sempozyumu - 2  Ankilozan Spondilit Tedavisine HUMIRA ile Multidisipliner Yaklaşım Moderatör: Sedat Kiraz Ankilozan Spondilit Tedavisi ve HUMIRA Etkililiği - Yusuf Karabulut Ankilozan Spondilite Eşlik Eden Üveit Tedavisi ve HUMIRA Etkililiği - İlnur Tuğal Tutkun Ankilozan Spondilite Eşlik Eden İnflamatuar Bağırsak Hastalığı Tedavisi ve HUMIRA Etkililiği - Filiz Akyüz
16.00-17.00	Konferans-Sistemik lupus eritematozus
	Oturum Başkanları: Bahar Artım Esen, Mehmet Soy
16.00-16.25	SLE patogenezi anlamak; riskler, mekanizmalar ve tedavi hedefleri
	Murat İnanç
16.25-16.50	SLE de CAR-T hücre tedavileri: yeni bir çağın başlangıcında mıyız?
	İsmail Şimşek
16.50-17.00	Tartışma
17.00-17.45	Uydu Sempozyumu - 3  EULAR 2024'ten Öne Çıkanlar Eşliğinde RA Tedavisine Yön Veren Stratejiler Oturum Başkanları: Ali İhsan Ertenli ve Nevsun İnanç Konuşmacılar: Adem Küçük, Emrah Koç, Sercan Gücenmez
B Salonu	
11.15-12.10	Konferans-Romatolojik hastalıklar ve interstisyel akciğer hastalığı
	Oturum Başkanları: Murat Turgay, Veliz Yazısız
11.15-11.35	Bağ dokusu hastalıklarına bağlı interstisyel akciğer hastalığında patogenezi ve tanı yenilikleri
	Süleyman Serdar Koca
11.35-11.55	Bağ dokusu hastalıklarında interstisyel akciğer hastalığının yönetimi: ACR tedavi kılavuzu
	Ali Akdoğan
11.55-12.02	Sözlü Sunum Otoimmün özellikler gösteren interstisyel pnömoninin tanı ve yönetimindeki zorluklar: Tek romatoloji merkezi deneyimi
	Bilgin Karaalioglu
12.02-12.10	Tartışma
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu
13.30-15.00	Panel-Biyolojik DMARD ve hedefe yönelik küçük molekül tedavilerinde dikkat edilmesi gerekenler
	Oturum Başkanları: Emel Gönüllü, Mehmet Engin Tezcan, İpek Türk
13.30-13.50	Tüberküloz (rutin tarama, aile öyküsü varsa, tedavi sırasında geliştirse)
	Gezmiş Kimyon
13.50-14.10	Hepatit (hangi hastayı nasıl tarayalım, kime profilaksi verelim?)
	Duygu Ersözlu
14.10-14.30	Malignite (tedavi öncesinde varsa veya ilaç kullanımında ortaya çıktıysa, premalign lezyon varlığında ne yapalım?)
	Emre Tekgöz
14.30-14.50	Demyelinizan hastalık, CIDP, Herpes zoster, inflamatuvar barsak hastalığı, kalp yetersizliği
	Hakan Emmungil
14.50-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
16.00-17.05	Konferans-Romatoloji uzmanının çözmesi beklenen konsültasyonlar


	<i>Oturum Başkanları: Hakan Erdem, Ali Taylan</i>
16.00-16.17	Tekrarlayan perikardit
	<i>Mustafa Özmen</i>
16.17-16.25	Sözlü Sunum İdiyopatik Rekürren Perikardit ve COVID-19 Pandemisi Arasında İlişki
	<i>Shirkhan Amikishiyev</i>
16.25-16.45	İmmün aracılı işitme kaybı
	<i>Rıdvan Mercan</i>
16.45-17.05	Periorbital inflamatuvar hastalıklar
	<i>Sibel Yılmaz Öner</i>
C Salonu	
11.15-12.00	Konferans-Pediatriden erişkine geçiş polikliniği ve otoinflamatuvar hastalıklar
	<i>Oturum Başkanları: Balahan Bora, Yüksel Maraş</i>
11.15-11.35	AAA: Dünden Yarına
	<i>Seza Özen</i>
11.35-11.55	Geçiş polikliniğinde erişkin romatoloğun rolü
	<i>Levent Kılıç</i>
11.55-12.00	Tartışma
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-14.50	Panel-Geriatri ve romatolojik hastalıklar
	<i>Oturum Başkanları: Göksal Keskin, Mehmet Şahin</i>
13.30-14.00	Bağışıklık sistemi nasıl yaşlanır: romatologların bilmesi gerekenler
	<i>Taşkın Şentürk</i>
14.00-14.30	Yaşlı yetişkinlerde DMARD kullanımı: etkinlik ve toksisitenin ötesinde gerçek dünya zorlukları
	<i>Nilüfer Alpay Kanitez</i>
14.30-14.50	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
16.00-17.00	Konferans-Osteoartrit
	<i>Oturum Başkanları: Funda Erbasan, Berna Göker</i>
16.00-16.20	Osteoartrit güncel farmakolojik tedaviler
	<i>Berna Göker</i>
16.20-16.40	Osteoartritte intraartiküler tedaviler
	<i>Sena Tolu</i>
16.40-17.00	Tartışma
ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTILARI	
18.00-19.00	Çalışma Grubu Adı
Salon B	Otoinflamatuvar Hastalıklar Çalışma Grubu
	2. Deri Paterji Testi Validasyonu Çalışma Grubu
28 EKİM 2024, PAZARTESİ	

UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI	
Salon G	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 1 Gebelikte romatizmal hastalıkların yönetimi <i>Şule Apraş Bilgen</i>
Salon C	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 2 Olgu örnekleriyle pulmoner hipertansiyon tedavisi <i>Alper Sarı</i>
Salon E	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 3 Üveit hastasında muayenede göz hekimi ne görür, hangi hastayı romatolojiye yönlendirir? <i>Didar Uçar</i>
Salon D	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 4 Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında az bilinen klinik bulguların yönetimi (myalji, santral sinir sistemi tutulumu, sakroilit ve kalça eklemi tutulumu) <i>Nuray Aktay Ayaz</i>
Salon F	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 5 Araştırma ve klinikte yapay zekayı nasıl kullanıyorum? <i>Hakan Babaoğlu, Emre Bilgin</i>
BİLİMSEL PROGRAM	
Selda Çelik Salonu (Ana Salon)	
08.30-10.00	Panel-Spondiloartritler <i>Oturum Başkanları: Nurullah Akkoç, Fatoş Önen, Sevil Kamalı</i>
08.30-08.55	Aksiyal spondiloartritlerde MR görüntülemeye doğrular ve yanlışlar <i>Pamir Atagündüz</i>
08.55-09.20	Keşfinin 50. yılında spondiloartrit patogenezinde HLA-B27 ve ötesi <i>Servet Akar</i>
09.20-09.45	SpA'da ekstraartiküler bulguların yönetimi nasıl olmalıdır? <i>İsmail Sarı</i>
09.45-10.00	Tartışma
10.00-10.30	Kahve Arası
10.30-11.15	Uydu Sempozyumu - 4. RINVOQ ile Standart Ötesi 1 Yıl Açılış ve Farmakovijilans Sunum <i>Ali İhsan Ertenli</i> Romatoid Artrit Tedavisinde RINVOQ <i>Cemal Bes</i> Ankilozan Spondilit Tedavisinde RINVOQ <i>Raj Sengupta</i> Psöriyatik Artrit Tedavisinde RINVOQ <i>Timuçin Kaşifoğlu</i> Soru&Cevap ve Kapanış <i>Ali İhsan Ertenli</i>
11.15-12.00	Konferans-Otoinflamasyon

	<i>Oturum Başkanları: Özgür Kasapçopur, Ahmet Mesut Onat</i>
11.15-11.35	Patogenezden tanıya ailevi Akdeniz Ateşi hastalığında güncel veriler <i>Serdal Uğurlu</i>
11.35-11.55	Ailevi Akdeniz Ateşi dışındaki otoinflamatuvar hastalıklar <i>Kenan Barut</i>
11.55-12.00	Tartışma
12.00-12.45	Sözlü Bildiriler -2
	<i>Oturum Başkanları: Servet Akar, Süleyman Serdar Koca</i>
12:00-12:07	Paterji Pozitif ve Negatif Saptanan Behçet Hastalarında Cilt Florasının İncelenmesi <i>Betül Saraç</i>
12:07-12:14	Sistemik Lupus Eritematozusta Subklinik Ven İnflamasyonu Değerlendirme: Bir Ultrasonografi ve Biyomarker Çalışması <i>Derya Yıldırım</i>
12:14-12:21	Takayasu Arteriti Hastalarında Vasküler Girişimsel İşlemler Güvenli mi?: Çok Merkezli-Retrospektif Çalışma Sonuçları <i>Ayşegül Avcu</i>
12:21-12:28	Takayasu Arteritinde Gebelik Sonuçlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi <i>Taylan Kaplan</i>
12:28-12:35	Kriterleri karşılamayan Behçet hastaları Romatoloji rutininin bir gerçeğidir <i>Büşra Fırlatan</i>
12:35-12:42	Serum kalprotektininin büyük damar vaskülit hastalarında klinik aktivite ile ilişkisi <i>Nilüfer Alpay Kanitez</i>
12:42-12:45	Tartışma
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-15.00	Panel-Vaskülit
	<i>Oturum Başkanları: Gökhan Keser, Fatma Alibaz, Melih Pamukçu</i>
13.30-13.53	IgA vaskülitinde güncelleme <i>Kenan Aksu</i>
13.53-13:57	Sözlü Sunum Erişkin IgA vaskülit nefritinde kısa ve uzun dönem renal sonuçlar, prognostik faktörler ve tedavi verileri: Prospektif gözlemsel kohort analizi <i>Fatih Yıldırım</i>
13.57-14.20	ANCA ilişkili vaskülitlerde enfeksiyonlar <i>Ömer Karadağ</i>
14.20-14.45	Comparison of temporal artery ultrasound versus biopsy in the diagnosis of giant cell arteritis <i>Bhaskar Dasgupta</i>
14.45-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
15.30-16.15	 Inspired by patients. Driven by science. Uydu Sempozyumu - 5 Teoriden Pratiğe 10 Yıllık Deneyim: Gerçek Yaşam Verileri ile Cimzia <i>Moderatörler: İhsan Ertenli, Murat İnanç</i> <i>Konuşmacılar: Yavuz Pehlivan, Cemal Bes</i>
16.15-17.15	Konferans-Behçet hastalığı
	<i>Oturum Başkanları: Emire Seyahi, Nilüfer Alpay Kanitez</i>
16.15-16.35	Behçet hastalığı santral sinir sistemi tutulumu <i>Uğur Uygunoğlu</i>

16.35-16.55	Behçet hastalığı tedavî güncellenmesi ve tedavî hedefleri <i>Gülen Hatemi</i>
16.55-17.08	Behçet hastalığında vasküler tutulum için yeni neler var? <i>Fatma Alibaz</i>
17.08-17.15	Sözlü Sunum Behçet Hastalığına Bağlı Pulmoner Tutulumu Olan Hastaların BT Pulmoner Anjiyografi VE P-SPECT ile Karşılaştırılması <i>Visar Shehu</i>
17.15-18.00	 Uydu Sempozyumu - 6 Spondiloartropati Yönetiminde Secukinumab Etkililik ve Güvenliliği Oturum başkanları: Sedat Kiraz, Serdal Uğurlu Konuşmacılar: Servet Akar, Atalay Doğru
18.00-18.15	Kahve Arası
18.15	TRD Toplantısı
B Salonu	
08.30-10.00	Panel-Sjögren sendromu Oturum Başkanları: Nevsun İnanç, Timur Pınırdar
08.30-09.00	Where are we now for diagnostic work-up of Sjögren's disease <i>Valerie Devauchelle-Pensec</i>
09.00-09.23	Sjögren sendromu ciddi organ tutulumları ve yönetimi <i>Veli Yazısız</i>
09.23-09.30	Sözlü Sunum İnterstisyel Akciğer Hastalığı Olan Primer Sjögren Sendromu Olgularının Parotis Ultrasonografi Bulguları Diğerlerinden Farklı mı? <i>Tahir Saygın Ögüt</i>
09.30-09.50	Sjögren sendromunda ufukta yeni tedavî seçeneklerimiz var mı? <i>Berkan Armağan</i>
09.50-10.00	Tartışma
10.00-10.30	Kahve Arası
11.15-12.00	Konferans-Psöriatik artrit Oturum Başkanları: Gözde Yıldırım Çetin, Umut Kalyoncu
11.15-12.00	Zor psöriatik artrit tanımı ve vakalar eşliğinde yönetimi <i>Umut Kalyoncu, Dilek Solmaz</i>
11:53-12:00	Sözlü Sunum Kas-iskelet semptomları ve psöriasis arasındaki zamansal ilişki. Romatologlar için zor tanışılabilir süreç <i>Erdinç Ünalı</i>
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-15.00	Panel-Sistemik skleroz Oturum Başkanları: Ali Akdoğan, Merih Birlik, Emine Figen Tarhan
13.30-13.55	Deride sertleşme nedenleri: İmmünolojik ve nonimmünolojik <i>Ender Terzioğlu</i>
13.55-14.20	Sistemik skleroz vasküler komplikasyonlar nelerdir, yönetimi nasıl olmalıdır? <i>Ali Akdoğan</i>

14.20-14.45	Sistemik skleroz tedavisinde ufukta yeni neler var?
	<i>Duygu Karadağ</i>
14:45-14:53	Sözlü Sunum Sistemik skleroz hastalarında terapötik el egzersiz programına parafin banyosu eklenmesi, el fonksiyonlarının iyileştirilmesine katkı sağlar mı? Tek kör randomize kontrollü çalışma
	<i>Salim Mısırcı</i>
14:53-15:00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
16.15-16.55	Konferans-Osteoporoz
	<i>Oturum Başkanları: Veli Çobankara, Esen Kasapoğlu</i>
16.15-16.35	D vitamini güncellemesi: Takviye ve izleme
	<i>Gonca Karabulut</i>
16.35-16.55	Kırık riski tahmini ve kemik gücü ölçümü arayışı
	<i>Sena Tolu</i>
C Salonu	
11.15-12.00	Konferans-Ağrı ve Fibromyalji
	<i>Oturum Başkanları: Hüseyin Turgut Özer, Soner Şenel</i>
11:15-11:25	Sözlü Sunum Gelişmiş b/ts DMARD kullanan 7053 inflamatuvar artrit hastasının 36.731 vizitinde rezidüel ağrı görülme sıklığı
	<i>Erdinç Ünalı</i>
11:25-11:40	Romatizmal hastalıklarda ağrının nedeni inflamatuvar mı, rezidü mü?
	<i>Lütfi Akyol</i>
11:40-11:55	Fibromiyalji klinik odasındaki fil olmaya devam ediyor: Tanı ve tedavi
	<i>Ayşegül Ketenci</i>
11:55-12:00	Tartışma
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-14.10	Panel-Otoimmün hastalıklar yaşa bağlı farklı seyir gösteriyor mu?
	<i>Oturum Başkanları: Yelda Bilginer, Yaşar Karaaslan</i>
13.30-13.50	Juvenil sistemik lupus eritematozus
	<i>Sezgin Şahin</i>
13.50-14.10	Juvenil başlangıçlı otoimmün bağ dokusu hastalıklarında erişkinler nelere dikkat etmelidir?
	<i>Hakan Babaoğlu</i>
19:15-20:15	Çalışma Grubu Adı
Salon B	Türkiye Sistemik Skleroz Veri Tabanı Çalışma Grubu
Salon C	Vaskülit Çalışma Grubu
Salon D	Romatoloji Görüntüleme Çalışma Grubu
Salon E	Romatoid Artrit ve Sjögren Hastalığı Çalışma Grubu Toplantısı
29 EKİM 2024, SALI	
UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI	
Salon G	

07.45-08.30	Uzmanına Danış 1
	Behçet hastalığı taklitçileri
	Cengiz Korkmaz
Salon C	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 2
	IgG4 ilişkili hastalık, retroperitoneal fibrozis, periaortit
	Hamit Küçük
Salon E	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 3
	Santral sinir sistemi görüntülemesinde hangi bulgular vaskülit düşündürür?
	Uğur Uygunoğlu
Salon D	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 4
	Granümatöz mastit hastasının yönetimi nasıl olmalıdır?
	Nihan Coşkun
Salon B	
07.45-08.30	Uzmanına Danış 5
	How I treat a patient with Sjögren's disease?
	Valerie Devauchelle-Pensec
BİLİMSEL PROGRAM	
Selda Çelik Salonu (Ana Salon)	
08.30-10.00	Panel-Myozit
	<i>Oturum Başkanları: Taşkın Şentürk, Betül Sözeri, Orhan Zengin</i>
08.30-08.55	Kas enzim yükseklığı olan hastalarda ayırıcı tanıları
	Ayten Yazıcı
08.55-09.18	Myozit hastalarında malignite taraması nasıl yapılmalı?
	Şule Yaşar Bilge
09:18-09:25	Sözlü Sunum
	Miyozit spesifik antikör temelli IMACS malignite tarama önerilerinin maliyet projeksiyonu ve standart yöntemlerle karşılaştırılması
	Reşit Yıldırım
09.25-09.45	Myozit hastalarında kalsiflaksi tedavisi
	Erbil Ünsal
09.45-10.00	Tartışma
10.00-10.30	Kahve Arası
10.30-11.15	Uydu Sempozyumu - 7
	 Kolşisine Dirençli FMF'te Canakinumab ile Yeni Bir Dönem Başlıyor! Oturum Başkanı: Huri Özdoğan FMF Patogenezinde IL-1'in Rolü Ahmet Gül FMF'te Kolşisin Direnci: Ne Zaman IL-1 Tedavisi Başlanmalı? Serdal Uğurlu Kolşisine Dirençli FMF'te Canakinumab Etkililik ve Güvenliliği Ömer Karadağ Soru-Cevap
11.15-12.07	Konferans-Amiloidoz

	<i>Oturum Başkanları: Serdal Uğurlu, Huri Özdoğan</i>
11.15-12.00	Diagnosis and treatment of Amyloidosis
	<i>Helen Lachmann</i>
12.00-12.07	Sözlü Sunum AA Amiloidozda Kardiyak Tutulumun Değerlendirilmesi ve Biyokimyasal Belirteçlerin Kardiyak Tutulumu Belirlemedeki Yeri: Retrospektif Gözlemsel Çalışma
	<i>Murat Bektaş</i>
12.07-12.45	Sözlü Bildiriler - 3
	<i>Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, İhsan Ertenli</i>
12.07-12.17	Ağrılı el osteoartrit hastasında yeni bir tedavi alternatifi: İntraarteriyel imipenem-silastatin tedavisinin etkinliği ve güvenliğinin erken sonuçları <i>Buğu Bulat</i>
12.17-12.27	Romatizmal Etyoloji Nedeni ile Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Greft ve Sağkalım Analizi; Retrospektif Bir Vaka-Kontrol Çalışması <i>Tahir Saygın Öğüt</i>
12.27-12.37	Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında Hastalık Aktivitesi ve Kardiyovasküler Riskin Biyobelirteçlerle Değerlendirilmesi <i>Rıza Can Kardeş</i>
12.37-12.45	Erkek Primer Sjögren Sendomu Hastalarında Pulmoner Tutulum Daha Ağır Seyretmektedir <i>Zehra Özsoy</i>
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-15.00	Panel-Romatoid artrit
	<i>Oturum Başkanları: Ender Terzioğlu, Şeminur Haznedaroğlu, Sema Yılmaz</i>
13.30-13.55	Romatoid artrit multipl morbidite ağı
	<i>Sedat Kırız</i>
13.55-14.20	Romatoid artrit tanısı ve prognozunda otoantikörler
	<i>Gökhan Sargın</i>
14.20-14.45	Romatoid artrit tedavisinde farmakolojik olmayan müdahaleler
	<i>Adem Küçük</i>
14.45-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
15.15-16.00	Uydu Sempozyumu - 8 ILD talks: Her yönüyle Inter*s*tisyel akciğer hastalıkları <i>Murat İnanç, Ender Terzioğlu</i>
16.00-16.45	Konferans-Kristal artritleri
	<i>Oturum Başkanları: Veli Yazısız, Muhammet Çınar</i>
16.00-16.20	Kristal artrit tanısında dual BT kullanımı
	<i>Mehmet Akif Öztürk</i>
16.20-16.40	CPPD'li hastalara yönelik tedavi yaklaşımlarında güncelleme
	<i>Tuğba İzci Duran</i>
16.40-16.45	Tartışma
17.00-17.45	Uydu Sempozyumu - 9 Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde ENBREL ve IXIFI Moderatör: Ali İhsan Ertenli Konuşmacılar: Duygu Ersözlü, Hakan Babaoğlu

17.45-18.00	Kahve Arası
18.00-18.45	Ulusal romatoloji kongresine gönderilen bildirilerin genel değerlendirilmesi <i>Umut Kalyoncu</i>
18.45-19.30	The American College of Rheumatology: A Global Partner for Education and Research <i>Oturum Başkanı: Haner Direskeneli</i> <i>Konuşmacı: Eric Matteson</i>
19.30-20.00	Genç Romatologlar Oturumu
B Salonu	
08.30-10:00	Konferans-Cinsiyet ve romatizmal hastalıklar, erişkinlerde aşılama <i>Oturum Başkanları: İhsan Ertenli, Ahmet Omma, Aşkın Ateş</i>
08:30-08:55	Bağ dokusu hastalıklarında cinsiyet tanı ve tedavi sürecini nasıl etkiliyor? <i>Fulya Coşan</i>
08.55-09:20	İnflamatuvar artritlerde cinsiyet tanı ve tedavi sürecini nasıl etkiliyor? <i>Atalay Doğru</i>
09:20-09:45	Romatolojide erişkin aşılama ve zonaya karşı korunmada aşı <i>Mücteba Enes Yayla</i>
09:45-10:00	Tartışma
10.00-10.30	Kahve Arası
12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-15.00	Panel-Sistemik lupus eritematozus <i>Oturum Başkanları: A. Eftal Yücel, Ayşe Cefle, Mehmet Sayarlıoğlu</i>
13.30-13.55	SLE'de biyobelirteçler <i>Neslihan Yılmaz</i>
13.55-14.20	SLE'de alevlenmenin öngörücüleri ve remisyon kavramı <i>Bahar Artım Esen</i>
14.20-14.45	Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığından SLE'ye geçiş önenebilir mi? <i>Abdülşamet Erden bura</i>
14:45-14:55	Sözlü Sunum Standart tedaviye dirençli lupus nefritinde ritusimab: tek merkezden etkililik ve güvenlik verileri <i>Ömer Uludağ</i>
14.55-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
16.00-16.45	Konferans-ilişkili hastalık olarak spondiloartrit <i>Oturum Başkanları: Burak Erer, Zeynep Aşlar, Sibel Bakırcı</i>
16.00-16.20	Ailevi Akdeniz Ateşi ve Behçet hastalığında spondiloartrit <i>Sedat Yılmaz</i>
16.20-16.40	Takayasu arteritinde spondiloartrit <i>Yavuz Pehlivan</i>
16.40-16.45	Tartışma
C Salonu	

12.45-13.30	Öğle Yemeği
13:10 - 13:30	Poster Turu (detaylara buradan ulaşabilirsiniz)
13.30-15.00	Panel-Çocuk romatolojide güncellemeler ve juvenil idiyopatik artrit oturumu
	<i>Oturum Başkanları: Cemal Bes</i>
13.30-13.55	Jüvenil spondiloartropati mi, entezitle ilişkili artrit mi?
	<i>Özgür Kasapçopur</i>
13.55-14.20	Sistemik juvenil idiyopatik artrit ve makrofaj aktivasyon sendromunda güncellemeler
	<i>Yelda Bilginer</i>
14.20-14.45	Oligoartiküler juvenil idiyopatik artrit ve üveitte güncellemeler
	<i>Ayşenur Paç Kısaarslan</i>
14.45-15.00	Tartışma
15.00-15.15	Kahve Arası
16.00-16.45	Konferans-Çocuk romatolojide zor olgular
	<i>Oturum Başkanları: Özge Başaran, Mehmet Yıldız</i>
16.00-16.15	Pannikülit atakları ve dijital oklüzyon: Zorlayıcı ve tekrarlayan bir PAN olgusu
	<i>Özge Baba</i>
16.15-16.30	Eozinofilik polianjiitis tanılı olgu
	<i>Gülhan Altaş</i>
16.30-16.45	Sistemik juvenil idiyopatik artrite ikincil tekrarlayan ve tedaviye dirençli makrofaj aktivasyon sendromlu zor bir olgu
	<i>Şengül Çağlayan</i>
30 EKİM 2024, ÇARŞAMBA	
BİLİMSEL PROGRAM	
Selda Çelik Salonu (Ana Salon)	
09.00-09.30	Mini Konferans - Akılcı ilaç kullanımı
	<i>Oturum Başkanları: Seval Pehlevan Masatlıoğlu, Murat Bektaş</i>
09.00-09.15	IVIG
	<i>Müge Bıçakçığıl Kalaycı</i>
09.15-09.30	Plazmaferez
	<i>Burcu Yağız</i>
09.30-10.00	Mini Konferans-Sistemik skleroz
	<i>Oturum Başkanları: Nuran Türkçapar, Mustafa Erdoğan</i>
09.30-09.45	Sistemik skleroz ilişkili kanser riskinin belirlenmesi
	<i>Emre Bilgin</i>
09.45-10.00	PAH tedavisinde umut vaat eden yeni ilaçlar?
	<i>Didem Arslan</i>
10.00-10.30	Mini Konferans - Akılcı ilaç kullanımı-Kolşisin
	<i>Oturum Başkanı: Hamide Kart Köseoğlu, İbrahim Yaşar Kıyıcı</i>
10.00-10.15	Kolşisin direncinin tanımlanması
	<i>Ahmet Omma</i>
10.15-10.30	Kolşisin kardiyoprotektif etkisi
	<i>Ahmet Karataş</i>

10.30-10.45	Kahve Arası
10.45-11.45	Kongrede Öne Çıkanlar
	<i>Oturum Başkanları: Cemal Bes, Timuçin Kaşifoğlu, Umut Kalyoncu</i>
10.45-11.05	Preklinik
	<i>Ertuğrul Çağrı Bölek</i>
11.05-11.25	Klinik
	<i>Reşit Yıldırım</i>
11.25-11.45	Tedavi
	<i>Burak İnce</i>
11.45-12.00	Kapanış Konuşması
	<i>Timuçin Kaşifoğlu, Cemal Bes</i>



XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

26-30 Ekim 2024

Sözlü Sunumlar

(SS-001 — SS-028)

SS-001

Aksiyel spondiloartrit'e eşlik eden kronik böbrek hastalığı varlığında aksiyel omurgada entezyal değişikliklerin değerlendirilmesi

Güllü Sandal Uzun¹, Aslıhan Ezgi Apaydın Rollas², Güldehan Haberal³, Hasan Hacı Yeter³, Gizem Ayan¹, Yunus Erdem³, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (axSpA) omurgada entezyal değişikliklerin bir yansıması olarak, yeni kemik oluşumu ile seyreden kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığının (KBY) kemik metabolizması üzerinde etkisi, entezyal yapılar da değişikliklere yol açabilir. Bu çalışmanın amacı biyolojik bir hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) tedavisi altında izlenen axSpA-KBY hastalarının aksiyel omurga değişikliklerini, yalnızca axSpA ve yalnızca KBY'si olan hasta grupları ile karşılaştırmaktır.

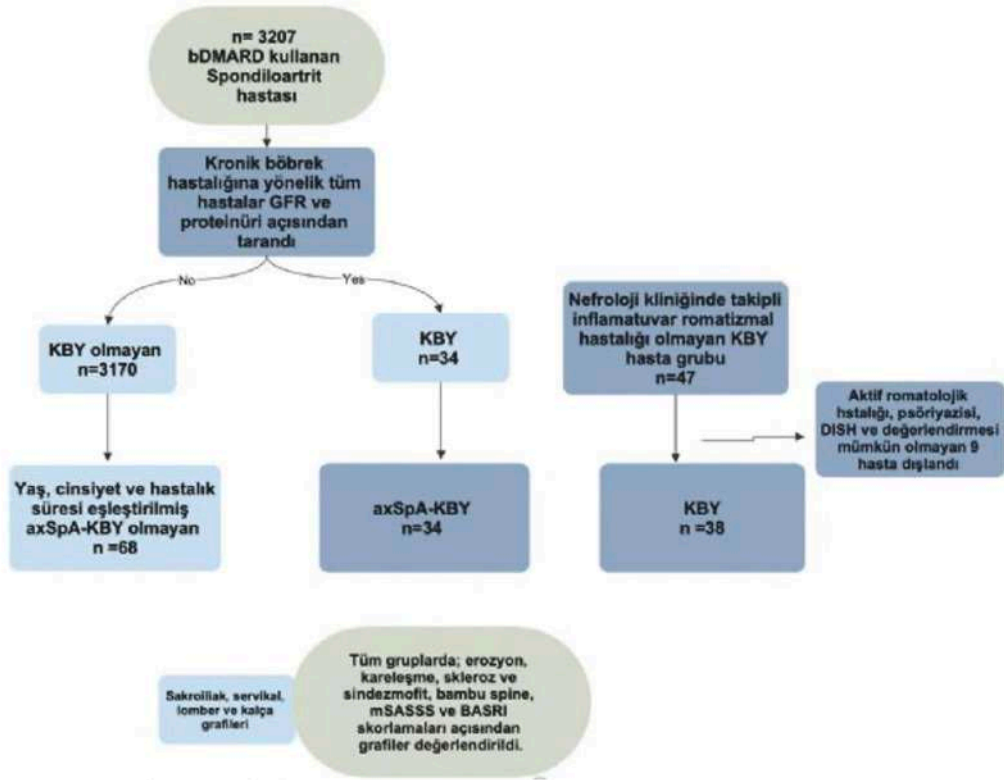
Yöntem: Ağustos 2023'e kadar bDMARD tedavisi kullanan 3207 SpA hastası çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 34'ünde (%1) KBY süreci vardı. Yaş, cinsiyet ve hastalık süresi eşitlenmiş 68 KBY olmayan axSpA hastası karşılaştırma grubu olarak seçildi. Diğer karşılaştırma grubu nefroloji kliniğinde herhangi bir sebeple pelvis ve aksiyel omurga grafileri çekilen yaş, cinsiyet ve GFR düzeyleri eşleştirilmiş enflamatuvar romatizmal hastalığı olmayan

42 KBY hastası seçildi (Şekil 1). KBY; MDRD formülüne göre 3 aydan uzun süreli glomerüler filtrasyon hızı 60 mL/min veya 500 mg/gün üzeri proteinüri olarak tanımlandı. Tüm grupların sakroiliak, lomber/servikal ve kalça grafileri iki romatolog (LK ve UK) tarafından değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme birbirlerine karşı kör olarak yapılmıştır. En son olarak fikir birliği sağlamak için her iki okuyucu tarafından eşleştirilmiş bir okuma da yapıldı. Grafilerde; erozyon, kareleşme, skleroz ve sindezmozit, bambu kamışı görünümü, mSASSS ve BASRI skorlamaları değerlendirildi.

Bulgular: Otuz dört (%70,5 erkek) axSpA-KBY hastalarının ortalama yaşları 49,5 (±13,4) yılı (Tablo 1). axSpA-KBY hastalarında sindezmozit sıklığı KBY'si olmayan axSpA hastalarına göre daha fazlaydı (%64,2'e vs. %25, p1<0,001). axSpA-KBY hastalarının total ortanca mSASSS skoru 41'e (0-72) vs. 6 (0-60) (p1<0,001)] ve ortanca BASRI kalça skoru 4'e (0-8) vs. 0 (0-8) (p1<0,001)] KBY'si olmayan axSpA hastalarına göre daha yüksekti. Yalnızca KBY'si olan hastaların toplamda 8/38'inde (%20) omurgada sindezmozit-benzeri osteoproliferatif lezyonlar mevcuttu [n=5/8 (%62,5) marginal, n=3/8 (%37,5) non-marginal]. Omurgada osteoproliferatif değişiklik açısından yalnızca KBY'si olan hasta grubu ile yalnızca axSpA hastaları arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi (p2=0.24).

Sonuç: AxSpA-KBY hastalarında, KBY'si olmayanlara göre omurgada yeni kemik oluşumu daha belirgindi. KBY hastalarında sindezmozit benzeri osteoproliferatif lezyonlar görülebilir. KBY varlığı yeni kemik oluşumlarına katkı sağlayabileceğinden, axSpA hastalarında lomber ve servikal omurga grafileri değerlendirilirken dikkatli olunmalıdır. KBY'nin axSpA hastalarında kemik ve entezyal yapılar üzerindeki etkisine yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, kronik böbrek hastalığı, mSASSS skoru, radyografi hasar, osteoproliferatif değişiklikler



Sekil 1. Hastaların seçimi

Tablo 1. Hasta gruplarının radyolojik özelliklerinin karşılaştırılması

	axSpA- KBY hastaları n=34	Yalnızca axSpA hastaları n=68	Yalnızca KBY hastaları n=38	p1	p2
Yaş, ortalama (±SS)	49,5 (13,4)	49,4 (12,5)	48,2 (11,7)	0,86	0,82
Cinsiyet, erkek (%)	24 (70,5)	46 (68,4)	27 (71)	0,52	0,46
Sindezmozit (herhangi bir yerde) (%)	18/28 (64,2)	13 /52 (25)	8 /38 (21,0)*	<0,001	0,24
Bambu kamışı görünümü (%)	11 (40,7)	7 (13,2)	0	<0,001	0,03
mSASSS, servikal, ortanca (en düşük-en yüksek)	12 (0-36)	2 (0-36)	1.5 (0-6)	0,005	0,051
mSASSS, lumbar, ortanca (en düşük-en yüksek)	24 (0-36)	4 (0-24)	2 (0-6)	<0,001	0,005
mSASSS, total, ortanca (en düşük-en yüksek)	41 (0-72)	6 (0-60)	2,5 (0-8)	<0,001	0,062
BASRI omurga skoru ≥ 4 (%)	13/21 (61,9)	9/59 (15,2)	NA	<0,001	NA
BASRI kalça skoru, ortanca (en düşük-en yüksek)	4 (0-8)	0 (0-8)	NA	<0,001	NA

p1: axSpA-KBY and axSpA-KBY olmayan hasta gruplarının karşılaştırılması

p2: axSpA-KBY olmayan and yalnızca KBY hasta gruplarının karşılaştırılması

*: KBY hastalarında görülen sindezmozit benzeri osteoproliferatif lezyonlar

Ağrılı el osteoartrit hastasında yeni bir tedavi alternatifi: İntraarteriyel imipenem-silastatin tedavisinin etkinliği ve güvenliğinin erken sonuçları

Buğu Bulat¹, Ferdi Çay², Narmin Shirinli², Fatma Gonca Eldem², Bora Peynircioğlu², Umut Kalyoncu¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Osteoartrit (OA) ileri yaş grubunda en sık görülen eklem hastalığıdır. OA için güncel konservatif tedavi seçenekleri egzersiz, topikal/oral analjezikler ve intraartiküler enjeksiyonlardan oluşmaktadır. Ancak bu tedavi yaklaşımı çoğu hastada etkili olmamaktadır. Literatürde yakın zamanlı yapılan çalışmalar transarteriyel periartiküler embolizasyonun (TAPE) kronik muskuloskeletal ağrının tedavisinde etkili bir tedavi olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada amaç ağrılı el OA hastalarında intraarteriyel imipenem-silastatin ve iyotlu kontrast madde karışımı ile yapılan TAPE'nin etkinlik ve güvenilirliğinin erken sonuçlarının verilmesidir.

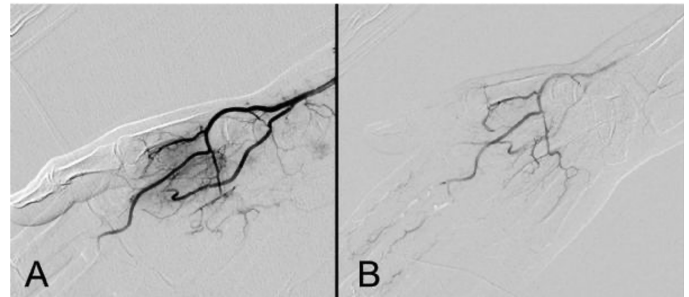
Yöntem: Hasta seçimi: Çalışmaya 50 yaş ve üzeri, 6 aydan uzun süredir semptomları devam eden, medikal tedavilere dirençli dejeneratif el OA bulunan, vizüel analog skala (VAS) ağrı skoru 6 ve üzerinde olan hastalar dahil edilmiştir. Çalışma dizaynı ve zamanlaması: Tek merkez, retrospektif bir çalışmadır. İşlem öncesinde, işlem sonrası 1. hafta, 1. ay, 3. ay ve 6. ay değerlendirmelerin yapılması planlanmıştır. Burada hastaların işlem öncesi, ilk hafta ve 1. ay sonuçları verilmiştir. Haziran 2024-Ağustos 2024 arası dahil edilen hastaların sonuçları verilmiştir. Prosedür: Semptomatik parmağa göre radyal (1-2. parmak) veya ulnar arter (3-5. parmak) 24 G iğne ile kateterize edildikten sonra anjiyografik görüntüler elde edildi. Semptomatik parmak kateterize edilen arterden dominant olarak beslenmiyor ise diğer arter de ek olarak kateterize edildi. Elde olunan görüntülerde

semptomatik parmakta hipervaskülerite ile uyumlu kontrastlanma artışı saptanır ise imipenem-silastatin ve iyotlu kontrast madde karışımı ile hipervasküler alanlar kaybolana kadar embolizasyon uygulandı (Şekil 1). Değerlendirme: Hastalar işlem öncesinde ve sonraki kontrollerde hızlı kol-omuz-el sorunları değerlendirme anketi (hastanın günlük işlerini yapabilme becerisini ve ağrı semptomlarını değerlendiren 11 sorudan oluşur ve hasta her soruya 0-5 arası puan verir; en düşük 0 en yüksek 100 puan alır) ve doktor/hasta VAS (0-10 cm) skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: Haziran 2024-Ağustos 2024 arasında 5 hastada [%100 kadın, ortalama (SD) yaş 63,4 (6,8) yıl] toplam 7 ekstremiteye TAPE uygulandı. Hiçbir hastada işlem sırasında komplikasyon gelişmedi (İşlem sonrası zaten gelişmesi beklenen deri renk değişiklikleri komplikasyon olarak kabul edilmedi). Semptomatik parmak beslenmesine göre 3 hastaya radyal, 1 hastaya ulnar ve 1 hastaya hem radyal hem ulnar arterden imipenem – silastatin + iyotlu kontrast madde embolizasyonu uygulandı. İşlem başı uygulanan imipenem-silastatin dozu ortalama 160 mg idi. Birinci ve ikinci kontrol zamanları medyan 3 ve 35 gün sonraydı. Hastaların işlem sonrası 1. ve 2. kontrollerindeki ağrı VAS, doktor genel değerlendirme VAS ve QDASH skorları Tablo 1'de gösterilmiştir. Ortalama değişimleri şu şekildedir; işlem öncesi ortalama hasta VAS (SD) 7,86 (1,21) iken işlem sonrası 1. kontrolde 3,28'e (2,36), ikinci kontrolde ise 2,0'ye (2,64) gerilediği görüldü. İşlem öncesi ortalama QDASH skoru (SD) 74,0 (13,6) iken ilk kontrolde 23,0 (19,8) ikinci kontrolde ise 14,4 (23) gerilediği izlendi.

Sonuç: Günlük pratikte ağrılı el OA hastalarında tedavi seçenekleri çok kısıtlıdır. Japonya'dan Kubo ve ark. 2023 yılında 92 el OA hastasında intraarteriyel imipenem – silastatin + iyotlu kontrast madde embolizasyonunun etkili ve güvenilir olduğunu göstermişlerdir. Bizim de erken sonuçlarımız günlük pratikte yönetimi zor olan hasta grubunda embolizasyon işleminin etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneği oluşturduğunu göstermiştir. Hangi hastalara, nasıl tedavi verilmesi gerektiği, uzun dönem sonuçları ile ilgili daha fazla veriye gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Osteoartrit, transarteriyel embolizasyon, ağrı



Şekil 1. A) Birinci karpometakarpal eklem çevresinde artmış vaskülarizasyonun anjiyografik görüntüsü, B) Transarteriyel periartiküler embolizasyon işlemi sonrası patolojik hipervasküleritenin kaybolması

Tablo 1. Transarteriyel perikartiküler embolizasyon yapılan hastaların özellikleri ve VAS/QDASH skorlarındaki değişim

Hasta no	Yas/cinsiyet	Başlangıç/ tanı zamanı	Medikal tedaviler	İşlem yeri	DIF tutulumu	PIF tutulumu	1. KMK tutulumu	Eroziv artrit	Hasta ağrı VAS	Hasta ağrı kontrol VAS	Hasta ağrı kontrol VAS	Doktor genel değerlendirme VAS		QDASH			
												1. kontrol	2. kontrol	1. kontrol	2. kontrol		
1	57/K	2013/2018	K, H, St	Sağ el	1	1	1	0	7	4	5	7	1. kontrol	2. kontrol	72,7	34,0	40,9
2	69/K	2012/2024	cDMARD	Sağ el	1	1	1	1	9	2	0	8	1	0	100,0	6,8	2,3
3	55/K	2020/2024	NSAI	Sol el	1	1	1	1	9	6	8	8	5	1	79,5	54,5	0
4	68/K	2008/2023	K, H, St	Sol el	1	1	0	0	6	1	6	6	0	0	59,0	0	0
5	68/K	2011/2019	K, St	Sağ el	1	1	1	1	9	0	8	8	0	0	75,0	36,3	0
									8	6	8	8	5	1	61,4	22,7	0

cDMARD: Konvansiyonel hastalık modifiye edici anti-inflamatuar ilaçlar, H: Hidroksiklorokin, K: Kolşisin, NSAI: Non steroid anti-inflamatuar ilaçlar, St: Düşük doz steroid

SS-003

Bambu omurgası ve klasik ankilozan spondilit için genetik bir arka plan tanımlanması

Kerem Abacar¹, Şeyma Çolakoglu Özkaya², Yunus Emre Dilek³, Günseli Bayram Akçapınar³, Pamir Atagündüz¹, Can Erzik²

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Biyoteknoloji Bölümü, İstanbul

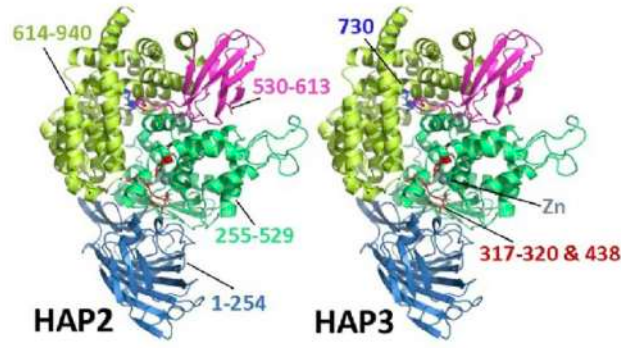
Amaç: Bambu vertebra, klasik ankilozan spondilitin (AS) en ciddi komplikasyonudur. İleri derecede hareket kısıtlılığı ve yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkilidir. AS'nin patogenezi HLA-B27 ve endoplazmik retikulum aminopeptidaz (ERAP) enzimlerinin birlikte çalıştığı MHC-I aracılı peptid sunumuna dayanmaktadır. Bu kompleks patogenetik sürecin HLA-B27 tarafının bambu vertebra riski nispeten çalışmış olup ERAP enzimlerinin akselere radyografik progresyona etkisi ile ilgili yeni verilere ihtiyaç vardır. Bu sebeple bu çalışmada, daha önce AS ile ilişkilendirilen ERAP1 ve ERAP2 single nükleotid polimorfizmlerinin (SNP) haplotiplerinin bir AS kohortunda bambu vertebra gelişimi ile ilişkili olup olmadığını ele almayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmaya MARS (marmara spondiloartrit) kliniğinde takip edilen ve modifiye edilmiş New York kriterlerini karşılayan AS'li 192 hasta dahil edildi. ERAP1 ve ERAP2 polimorfizmleri, rs72773968, rs3734016, rs26653, rs26618, rs27895, rs2287987, rs30187, rs10050860, rs17482078, rs27044, rs2549782, rs2248374 SNP'leri için TaqMan SNP Genotiplleme testi kullanılarak genomik DNA üzerinde gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu ile belirlendi. HLA-B genotipleri LABType™ SSO yöntemi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Her biri dokuz SNP'ye sahip ve ERAP1 tarafından oluşturulan on haplotipten haplotip 3, bambu vertebra olan AS hastalarında önemli ölçüde daha yaygındı (OR: 2,59, %95 CI: 1,05 ila 6,4; p=0,04). Erkek cinsiyet (p≤0,001), HLA-B27 pozitifliği (p=0,026), topuk enteziti yokluğu (p=0,002) ve periferik artrit yokluğu (p=0,007), hepsi bambu dikenli geliştirme riskinin artmasıyla ilişkiliydi (Tablo 1, 2). Tek ERAP1 SNP'lerinin alel frekansları ve genotip dağılımları, bambu vertebra olan ve olmayan AS hastaları arasında önemli ölçüde farklı değildi. Bambu vertebra gelişimi ile ERAP2 SNP'leri arasında bir ilişki yoktu.

Sonuç: Sonuçlarımız, HLA-B27 pozitifliğinin, ERAP1 haplotip 3'ün ve erkek olmanın bambu vertebra geliştirme açısından önemli bir risk oluşturduğunu göstermektedir. Literatürde ERAP1 ve 2 haplotiplerinin bambu vertebra gelişimi üzerine riskinin analiz edildiği ilk çalışma olması önemlidir. Hastalığın patogenezi katkısının yanında prognostik öneminin olması da ERAP fonksiyonunun yeni tedavi hedefleri olarak belirlenmesine de olanak sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartritler, ankilozan spondilit, HLA-B27, endoplazmik retikulum aminopeptidaz enzimi, bambu vertebra, radyografik progression



	56	127	276	346	349	528	575	725	730
Haplotype 1	E	P	I	G	M	K	D	R	Q
Haplotype 2	E	R	I	G	M	K	D	R	Q
Haplotype 3	E	R	I	G	M	K	D	R	E

Şekil 1. ERAP Haplotip 2 ve Haplotip 3. a) Haplotip 2 (HAP2) ve Haplotip 3 (HAP3) üç boyutlu yapılar. Alan I, Alan II, Alan III, Alan IV farklı şekilde renklendirilmiştir. Aktif bölge kalıntıları kırmızıyla gösterilmiştir. Kalıntı 730 maviyle vurgulanmıştır. b) Her SNP pozisyonunda Haplotip 1, 2 ve 3 amino asit kalıntıları. Mutasyona uğramış kalıntılar vurgulanmıştır

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleriyle bambu vertebra gelişimi arasındaki ilişki

	Bambu omurga bulunan hastalar (n=40)	Bambu omurga bulunmayan hastalar (n=152)	p-değeri
Yaş (yıl), medyan (IQR 25-75)	50 (45-58)	47 (41-51)	0,004
Yaş (yıl), ortalama (SS)	51,6 (8,7)	46,6 (9,9)	0,002
Semptom başlangıç yaşı (yıl), ortalama (SS)	29,6 (10,3)	29,3 (9,1)	0,87
Tanı yaşı (yıl), ortalama (SS)	34,3 (9,9)	33,5 (9,2)	0,65
Hastalık süresi (yıl), n (%)	17,2 (9,9)	12,8 (6,2)	0,016
Cinsiyet (E/K), n (%)	35 (87,5)/5 (12,5)	75 (49,3) / 77 (50,3)	<0,001
Vücut kitle indeksi, ortalama (SS)	27,9 (4,3)	27,5 (4,5)	0,55
Sigara kullanımı, n (%)	25 (71,4)	67 (54,5)	0,083
SpA aile öyküsü, n (%)	24 (63,2)	81 (56,6)	0,58
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	32 (80)	92 (60,5)	0,026
Üveit, n (%)	12 (30)	42 (27,6)	0,84
Periferik artrit yokluğu, n (%)	21 (56,8)	43 (30,9)	0,007
Topuk enteziti, n (%)	10 (25,6)	75 (66,4)	0,002
BASDAI, ortalama (SS)	1,7 (1,7)	2 (2)	0,34
CRP (mg/L), ortalama (SS)	16,5 (37,8)	8,5 (17,2)	0,15

BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, SS: Standart sapma, E/K: Erken/kadın, SpA: Spondiloartrit

Tablo 2. Bambu vertebra ile ilişkili ERAP haplotipleri

	rs3734016 E56K	rs26653 P127R	rs26618 I276M	rs27895 G346D	rs228798 7M349V	rs30187 K528R	rs10050860 D575N	rs17482078 R725Q	rs27044 Q730E	Frekans	OO (%95 GA)	p-değeri	Haplotip ID
C	G	C	C	T	C	C	C	C	C	0,2552	1		Hap8
C	C	T	C	T	T	C	C	C	G	0,1812	1.31 (0,59-2,92)	0,5	Hap2
C	C	T	C	T	T	C	C	C	C	0,1464	2.59 (1,05-6,41)	0,04	Hap3
C	G	T	C	T	C	C	C	C	C	0,1005	2.14 (0,74-6,18)	0,16	Hap6
C	G	T	C	C	C	T	T	C	C	0,0885	1.07 (0,44-2,60)	0,89	Hap10
C	C	T	T	T	C	C	C	C	C	0,0833	1.38 (0,50-3,82)	0,54	Hap5
C	G	T	C	T	T	C	C	C	G	0,076	1.06 (0,37-3,04)	0,92	Hap1
T	G	T	C	T	C	C	C	C	C	0,0276	3.86 (0,45-33,53)	0,22	Hap7

Haplotip 3, ankilozan spondilit ile ilişkili patojenik bir varyant olarak iyi belgelenmiş olan haplotip 2 ile yakından ilişkilidir. Bu iki haplotipi ayıran temel SNP'ler arasında rs30187 (K528R) ve rs2287987 (Q730E) bulunur. Hap2 ve Hap3 arasındaki protein düzeyindeki birincil fark, ERAP1'in IV. alanındaki 730. pozisyonadaki (Q730E) tek bir amino asit ikamesidir

SS-004

İdiyopatik enflamatuvar miyozitlerde tedavi direnci ve relaps gözlenen hastaların özellikleri

Mustafa Ekici¹, İrem Yıldız İçli², Gözde Kübra Yardımcı³, Zehra Özsoy¹, Erdiç Ünalı¹, Büşra Fırlatan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğru Bulat¹, Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹

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

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

³Toronto Üniversitesi, Mount Sinai Hastanesi, Vaskülit Kliniği, Romatoloji Bölümü, Toronto, Kanada

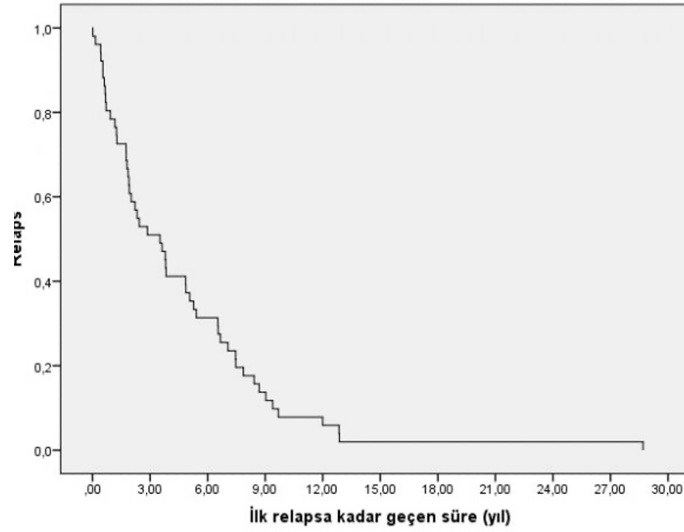
Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyozitler (İEM) remisyon ve relapslarla seyredir. Bu çalışmada da kliniğimizde izlenen İEM'li tedaviye dirençli veya relaps gelişmiş hastaların özellikleri ve direnç/relaps için risk faktörleri araştırılmıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği'nde 01.01.2017-01.07.2024 arasında miyozit spesifik antikor paneli bakılmış ve klinikte İEM tanısı ile izlenen hastalar çalışmaya dahil edildi. Skleroderma miyozitli çakışma sendromu olan hastalar dışlanmıştır. Relaps izlemede kreatinin kinaz (CK) seviyesinin hasta bazaline göre en az 2 kat ve üzeri artması (aralıkla bakılan en az 2 CK değeri) ve/veya, kas ya da diğer organ tutulumları nedeni ile immünosüpresif ilacın değiştirilmesi ya da dozunun artırılması olarak tanımlandı. Tedavi direnci, uygun tedaviye karşın 6 ay içerisinde düzelmeye gözlenmeyen hasta olarak tanımlandı. Relaps prediktörleri için multivariate analizde logistik regresyon kullanılırken, en az bir kontrol viziti olan hastalarda relapsa kadar geçen sürenin değerlendirilmesi Kaplan-Meier yöntemi ile yapılmıştır.

Bulgular: İEM ile izlenen 136 hastanın 90'ı (%66,2) kadın ve yaş ortalaması 47,6'dır ($\pm 17,5$). Kırk beş hastada (%33,1) tedavi direnci/relaps izlenmiştir. Ortalama relaps sayısı 1,4'tür. Relapsı olmayanlarla karşılaştırıldığında relaps/tedavi direnci olanlarda eşlik eden çakışma sendromları, klinik ve laboratuvar bulgular açısından fark izlenmedi. Diğer yandan ilaç direnci/relaps olanların daha genç tanı aldığı, yüksek oranda kas gücü kaybı, ENA panellerinde daha fazla pozitiflik saptandığı, miyozit spesifik antikorlardan NXP2'nin daha fazla pozitif olduğu ve bu hastalara başlangıçta daha farklı immünosüpresif ajanlar ile tedavi verildiği görüldü (Tablo 1). Çok değişkenli analizde tanı yaşı, kas güçsüzlüğü, ant-NXP2 antikor pozitifliği ve indüsyon tedavisinde pulse steroid, ritüksimab, İVİG alma durumları değerlendirildi. Tanı yaşının ileri olması durumunda [OO 0,95 (GA 0,93-0,98)] relaps daha az görülürken; anti-NXP2 antikor pozitifliği [OO 0,95 (GA 0,93-0,98)] relaps daha az görülürken; anti-NXP2 antikor pozitifliği [OO 14,91 (GA 2,75-80,61)] ve başlangıçta yoğun immünosüpresif ihtiyacı [pulse steroid [OO 6,36 (GA 2,37-17,09)] ve ritüksimab [OO 5,40 (GA 1,02-28,54)] daha fazla relaps ile ilişkili bulundu. Relapsların %50'sinin tanıdan sonraki ilk 3 yılda olduğu görüldü (Şekil 1).

Sonuç: NXP2 antikorunun şu ana kadar kalsinozis, ciddi kas tutulumu ve malignite ilişkisi gösterilmiştir. Juvenil dermatomiyozitte ise NXP2'nin nüks ile ilişkili olabileceği yakın zamanda bildirilmiştir. Çalışmamızda ise NXP2 pozitif hastaların %60'ında nüks izlenmiş olup nüks riskini yaklaşık 15 kat artırmaktadır. Daha erken tanı alan hasta grubunda relaps görülme oranı daha yüksektir. Bu durum daha genç yaşta (<40) tanı alan hastaların daha sıkı takip edilmesinin uygun olacağı şeklinde yorumlanabilir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik enflamatuvar miyozit, relaps, tedavi, tedavi direnci



Şekil 1. İEM'li hastalarda relapsa kadar geçen süre

Tablo 1. Relaps/tedavi direnci olan ve olmayan İEM'li hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Tüm hastalar n=136	Relaps ve tedavi direnci olanlar n=45	Relaps ve tedavi direnci olmayanlar n=91	p	Multivariate analiz	
					Olasılık oranı (%95 GA)	p
Cinsiyet (kadın) n (%)	90 (66,2)	29 (64,4)	61 (67)	0,76		
Yaş (SS)	47,6 (17,5)	44,8 (18,3)	49,3 (16,9)	0,16		
Tanı yaşı (SS)	42,5 (19,3)	36,7 (20,4)	45,6 (18,2)	0,01	0,95 (0,93-0,98)	0,001
Takip süresi (SS)	5,1 (5,7)	8,1 (6,9)	3,7 (4,3)	<0,001		
Sigara, n (%)	28 (33,7)	6 (22,2)	22 (39,3)	0,12		
Mortalite, n (%)	13 (9,6)	4 (8,9)	9 (9,9)	1		
Çakışma sendromu						
Sjögren, n (%)	9 (6,6)	5 (11,1)	4 (4,4)	0,15		
SLE, n (%)	5 (3,7)	3 (6,7)	2 (2,2)	0,33		
Miks konnektif doku hastalığı, n (%)	2 (1,5)	0	2 (2,2)	1		
RA, n (%)	8 (5,9)	3 (6,7)	5 (5,5)	1		
Kororbiditeler						
Malignite, n (%)	15 (11,1)	7 (15,6)	8 (8,9)	0,24		
Tromboz, n (%)	9 (6,6)	4 (8,9)	5 (5,5)	0,47		
İAH, n (%)	33/132 (25,0)	9/43 (20,9)	24/89 (27,0)	0,45		
Fizik muayene						
Kas güçsüzlüğü n (%)	111 (81,6)	41 (91,1)	70 (76,9)	0,04		
Üst ekstremitte proksimal kas güçsüzlüğü, n (%)	93 (68,9)	36 (80,0)	57 (63,3)	0,04		
Alt ekstremitte proksimal kas güçsüzlüğü, n (%)	98 (72,1)	39 (86,7)	59 (64,8)	0,008		
Boyun fleksörlerinde kas güçsüzlüğü, n (%)	14 (10,3)	8 (17,8)	6 (6,6)	0,06		
Laboratuvar, görüntüleme ve patoloji						
Kas biyopsisi, n (%)	77 (56,6)	30 (66,7)	47 (51,6)	0,09		
Kas biyopsisi İEM uyumlu, n (%)	51/77 (66,2)	20/30 (66,7)	31/47 (66,0)	0,94		
EMG, n (%)	98 (72,1)	30 (66,7)	49 (73,1)	0,32		
EMG İEM uyumlu, n (%)	77 (61,6)	28/30 (93,3)	49/67 (59,0)	0,02		
Tanı anı CK U/L (IQR)	569,5 (1876)	974 (5691)	506 (1630)	0,16		

Tablo 1. devamı

Tanı anı ALT U/L (IQR)	37,5 (63)	47 (70)	34,5 (50)	0,23		
Tanı anı AST U/L (IQR)	40,5 (71)	48 (66)	40 (74)	0,78		
Tanı anı kreatinin mg/dL (IQR)	0,6 (0,27)	0,55 (0,25)	0,61 (0,32)	0,13		
Tanı anı ESR mm/s (IQR)	18,5 (23)	19 (21)	19 (24)	0,35		
Tanı anı CRP mg/dL (IQR)	0,6 (1,17)	0,63 (1)	0,59 (1,41)	0,56		
Tanı anı LDH U/L (IQR)	365,5 (360)	432 (478)	358,5 (379)	0,10		
ANA pozitifliği, n (%)	110 (80,9)	35 (77,8)	75/91 (82,4)	0,72		
ENA pozitifliği, n (%)	35/131 (26,7)	18/42 (42,9)	17/89 (19,1)	0,01		
SSA pozitifliği, n (%)	11/129 (8,5)	5/42 (11,9)	6/87 (6,9)	0,33		
SSB pozitifliği, n (%)	5/129 (3,9)	2/42 (4,8)	3/87 (3,4)	0,66		
Anti Sm pozitifliği, n (%)	3/129 (2,3)	3/42 (7,1)	0	0,03		
Anti RNP pozitifliği, n (%)	4/129 (3,1)	4/42 (9,5)	0	0,01		
Anti Scl 70 pozitifliği, n (%)	3/129 (2,3)	0	3/87 (3,4)	0,55		
Anti sentromer pozitifliği, n (%)	2/129 (1,6)	2/42 (4,8)	0	0,10		
Miyozit antikorları, n (%)	10/134 (7,5)	2 (4,4)	8/89 (9,0)	0,49		
-Anti Mi 2 alfa	8/134 (6,0)	3 (6,7)	5/89 (5,6)	1		
-Anti Mi 2 beta	15/134 (11,2)	4 (8,9)	11/89 (12,4)	0,54		
-Anti TIF 1 gama	20/134 (14,9)	8 (17,8)	12/89 (13,5)	0,51		
-Anti MDA 5	10/134 (7,5)	6 (13,3)	4/89 (4,5)	0,08		
-Anti NXP 2	7/134 (5,2)	2 (4,4)	5/89 (5,6)	1		
-Anti SAE 1	16/134 (11,9)	6 (13,3)	10/89 (11,2)	0,72		
-Anti Ku	12/134 (9,0)	5 (11,1)	7/89 (7,9)	0,53		
-Anti Pm Scl 100	9/134 (6,7)	3 (6,7)	6/89 (6,7)	1	14,91 (2,75-80,61)	0,002
-Anti Pm Scl 75	18/134 (13,4)	8 (17,8)	10/89 (11,2)	0,29		
-Anti Jo 1	12/134 (9,0)	4 (8,9)	8/89 (9,0)	1		
-Anti SRP	9/134 (6,7)	3 (6,7)	6/89 (6,7)	1		
-Anti Pl 7	4/134 (3,0)	1 (2,2)	3/89 (3,4)	1		
-Anti Pl 12	6/134 (4,5)	0	6/89 (6,7)	0,09		
-Anti EJ	2/134 (1,5)	1 (2,2)	1/89 (1,1)	1		
-Anti OJ	47/134 (35,1)	16 (35,6)	31/89 (34,8)	0,94		
-Anti Ro 52						
Tedavi						
İndüksiyon tedavisi, n (%)	109 (80,1)	38 (84,4)	71 (78)	0,37		
-İVG	44 (32,4)	22 (48,9)	22 (24,2)	0,004		
-Pulse kortikosteroid	35 (25,7)	18 (40)	17 (18,7)	0,007		
-Po. kortikosteroid	99 (72,8)	36 (80)	63 (69,2)	0,18	6,36 (2,37-17,09)	<0,001
-Azatiyopürin	26 (19,1)	11 (24,4)	15 (16,5)	0,26		
-MMF	21 (15,4)	8 (17,8)	13 (14,3)	0,59	5,40 (1,02-28,54)	0,04
-Siklofosfamid	22 (16,2)	10 (22,2)	12 (13,2)	0,17		
-Ritüksimab	10 (7,4)	6 (13,3)	4 (4,4)	0,08		
-Metotreksat	42 (30,9)	19 (42,2)	23 (25,3)	0,04		
İdame tedavi, n (%)	122 (89,7)	45 (100,0)	77 (84,6)	0,005		
-İVG	28 (20,6)	17 (38,7)	11 (12,1)	<0,001		
-p.o. kortikosteroid	118 (86,8)	45 (100,0)	73 (80,2)	0,001		
-Azatiyopürin	38 (27,9)	11 (24,4)	27 (29,7)	0,52		
-MMF	48 (35,3)	22 (48,9)	26 (28,6)	0,02		
-Ritüksimab	15 (11,0)	9 (20)	6 (6,6)	0,03		
-Metotreksat	37 (27,2)	18 (40,0)	19 (20,9)	0,01		
-Hidroksikolorokin	55 (40,4)	23 (51,1)	32 (35,2)	0,07		
-Tofacitinib	4 (2,9)	1 (2,2)	3 (3,3)	1		
-Siklosporin	16 (11,8)	9 (20,0)	7 (7,7)	0,03		
Takep süresi 5 yıldan uzun olanlar n (%)	51 (37,5)	29 (64,4)	22 (24,2)	<0,001		
<i>Tanı yaşı [OO 0.95 (GA 0.93-0.98)] anti-NXP2 antikor pozitifliği [OO 14.91 (GA 2.75-80.61)] pulse steroid [OO 6.36 (GA 2.37-17.09)] ritüksimab [OO 5.40 (GA 1.02-28.54)]</i>						

Sistemik skleroz hastalarında terapötik el egzersiz programına parafin banyosu eklenmesi, el fonksiyonlarının iyileştirilmesine katkı sağlar mı? Tek kör randomize kontrollü çalışma

Salim Mısırcı¹, Burcu Yağız¹, Belkıs Nihan Coşkun¹, Ediz Dalkılıç¹, Lale Altan İnceoğlu², Yavuz Pehlivan¹

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

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), immün aktivasyon, vaskülopati ve fibrozis ile karakterize, multisistemik otoimmün bir hastalıktır. SSc seyrinde deri kalınlaşması, dijital ülser ve eklem kontraktürleri nedeniyle sıklıkla el tutulumu gelişebilmekte ve yaşam kalitesi etkilenmektedir. SSc tedavisindeki yeni ajanlarla deri ve akciğer fibrozisi, pulmoner arteriyel hipertansiyon ve dijital ülser gibi tutulumların önlenmesi ve tedavisinde ilerleme kaydedilmiştir. Diğer taraftan non-farmakolojik tedavi yöntemlerinin kullanımı, içeriği ve zamanlamasının standardize edilmesine ihtiyaç vardır. Çalışmamızdaki amacımız, SSc tanısıyla takip edilen ve el tutulumu olan hastalarda, egzersiz programına parafin banyosu eklenmesinin ağrı, özürülük, yaşam kalitesi ve el fonksiyonları üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya uygunluk açısından ACR/EULAR SSc sınıflandırma kriterlerini karşılayan, 18 yaşından büyük 245 hasta değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilebilmek için el fonksiyonlarında bozulma (Cochin El Fonksiyonel Ölçeği (COCHIN) ≥ 10) olması gerekiyordu. Diğer bağ doku hastalıkları ile overlap tanısı, aktif dijital ülseri, akut artriti, üst ekstremitelerde amputasyonu, son üç ayda el egzersizleri veya parafin banyosu tedavisi, parafin maddesine karşı alerji öyküsü, egzersiz veya parafin banyosu uygulamalarını tolere edemeyecek hastalık öyküsü, demans gibi bilişsel fonksiyonları etkileyecek hastalığı olanlar ve mobilizasyonda zorluğa bağlı planlanan tedavi programına katılamayacak hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma için uygun katılımcılar (n=40) kontrol

(sadece egzersiz) ve müdahale (egzersiz ve parafin banyosu) gruplarına randomize edildi. Çalışmayı tamamlayan kontrol (n=18) ve müdahale (n=17) gruplarındaki katılımcıların başlangıç, 6 hafta ve 12 hafta sonraki değerlendirmelerinde, el işlevselliği için COCHIN, özürülük için skleroderma sağlık değerlendirme anketi (SHAQ), el hareketleri için sklerodermada modifiye el hareketliliği (HAMIS), parmak hareketleri için Delta Finger-To-Palm (DFTP), yaşam kalitesi için kısa form-36 (SF-36), el kavrama kuvveti (HGS) için dinamometre (kg olarak ölçülür), el bileği ve el ağrısını değerlendirmek için numaralı derecelendirme ölçeği (NRS) kullanıldı ve karşılaştırma yapıldı. Katılımcıların başlangıç ve takiplerdeki değerlendirmeleri, katılımcıların aldıkları tedaviye kör olan bir araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Bulgular: Kontrol ve müdahale grupları başlangıç özellikleri açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında klinik, demografik özellikler ve değerlendirmesi yapılan ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların 6 hafta ve 12 hafta sonraki takip değerlendirmelerinde de ölçütlerde gruplar arasında fark yoktu ($p>0,05$). Ancak, NRS ve SHAQ değerlerindeki değişim miktarları açısından hem 6 hafta hem de 12 hafta takiplerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut olup, müdahale grubunda daha fazlaydı. Diğer taraftan takip parametreleri açısından gruplar kendi içerisinde değerlendirildi. Kontrol grubunun hem 6 hafta hem de 12 hafta takiplerindeki SHAQ, COCHIN, HAMIS-sağ el, HAMIS-sol el, SF-36, HGS-sağ el ve HGS-sol el parametrelerinin değişim değerlerinde başlangıç değerlerine göre anlamlı farklılık saptandı. Müdahale grubunda ise NRS, SHAQ, COCHIN, DFTP-sağ el, HAMIS-sağ el, HAMIS-sol el, HGS-sağ el ve HGS-sol el parametrelerinin hem 6 hafta hem de 12 hafta sonraki değişim değerlerinde anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak, el fonksiyonlarında belirgin derecede etkilenme olan SSc hastalarında, el terapötik egzersiz uygulaması, hastaların el fonksiyonlarının iyileştirilmesinde etkili olmakla birlikte, egzersiz programına parafin banyosu eklenmesi ek bir fayda sağlamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, egzersiz, non-farmakolojik tedavi, parafin banyosu, sistemik skleroz

Tablo 1. Kontrol ve parafin banyosu gruplarının başlangıç klinik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Parametreler	Kontrol (n=18)	Parafin banyosu (n=17)	p
Yaş (yıl)	53.2 (±SS: 14.6)	54.1 (±SS: 9.7)	0,833
Cinsiyet			
Kadın	17 (%94,4)	15 (%88,2)	0,603
Erkek	1 (%5,6)	2 (%11,8)	
Hastalık süresi (yıl)	10,0 (3,5, 14,2)	9,0 (5,5, 12,0)	0,895
Medikal tedaviler			
Glukokortikoidler	8 (%44,4)	7 (%41,2)	0,845
Metotreksat	2 (%11,1)	3 (%17,6)	0,581
Azatiopürin	2 (%11,1)	2 (%11,8)	>0,05
Siklofosfamid	1 (%5,5)	0 (%0,0)	>0,05
Mikofenolat mofetil	8 (%44,4)	4 (%23,5)	0,193
Ritüksimab	2 (%11,1)	3 (%17,6)	0,581
NSAIDs	2 (%11,1)	3 (%17,6)	0,581
NRS	5,0 (3,5, 5,0)	5,0 (3,0, 7,0)	0,823
SHAQ	18,0 (10,0, 28,2)	22,0 (14,0, 31,0)	0,427
COCHIN	19,0 (11,0, 32,2)	29,0 (20,0, 42,50)	0,120
DFTP-sağ el	8,0 (6,7, 9,5)	8,5 (6,5, 9,0)	0,960
DFTP-sol el	8,0 (7,0, 9,5)	8,5 (6,2, 9,5)	0,894
HAMIS-sağ el	2,0 (0,7, 4,0)	2,0 (1,0, 4,5)	0,581
HAMIS-sol el	1,5 (0,0, 3,0)	2,0 (1,0, 4,5)	0,450
SF-36	94,0 (85,5, 98,2)	100,0 (86,0, 102,5)	0,409
HGS-sağ el	19,4 (±SD: 7,6)	18,9 (±SD: 6,9)	0,835
HGS-sol el	19,7 (±SD: 6,7)	17,6 (±SD: 5,4)	0,305

COCHIN: Cochin El Fonksiyonel Ölçeği, DFTP: Delta-Finger-To-Palm; HAMIS: Sklerodermada Modifiye El Hareketliliği, HGS: El Kavrama Gücü, NSAID's: Non-Steroid Antiinflatuar ilaçlar, NRS: Numaralı Derecelendirme Ölçeği, SF-36: Kısa Form-36, SHAQ: Skleroderma Sağlık Değerlendirme Anketi, p<0,05: İstatistiksel anlamlılık düzeyi. Kategorik değişkenler n (%) olarak ifade edilir. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan olarak ifade edilir (Q1-Persantil 25, Q3-Persantil 75)

Tablo 2. Kontrol ve parafin banyosu gruplarının takip parametreleri ve tedavi sonrası 6. ve 12. haftadaki değişimler açısından karşılaştırılması

Parametreler	6 hafta			12 hafta		
	Kontrol (n=18)	Parafin banyosu (n=17)	p	Kontrol (n=18)	Parafin banyosu (n=17)	p
NRS	4,1 (±SS: 2,3)	3,1(±SS: 2,3)	0,256	5,0 (2,0, 5,0)	3,0 (1,0, 5,0)	0,134
Tedavi öncesi-sonrası değişim	0,0 (-1,0, 1,0)	-2,0 (-4,0, -1,0)	0,007	0,0 (-0,2, 0,0)	-2,0 (-3,0, -1,0)	<0,001
Grup içi p	0,463	0,014		0,380	0,002	
SHAQ	12,5 (6,7, 21,2)	10,0 (5,5, 15,5)	0,596	14,0 (6,5, 20,0)	14,0 (6,0, 17,5)	0,934
Tedavi öncesi-sonrası değişim	-4,0 (-6,2, -2,0)	-9,0 (-15,0, -5,5)	0,011	-4,0 (-7,7, -2,0)	-8,0 (-14,0, -4,5)	0,033
Grup içi p	0,002	<0,001		<0,001	<0,001	
COCHIN	11,5 (3,7, 22,5)	17,0 (11,5, 23,0)	0,268	11,5 (4,7, 22,2)	18,0 (14,0, 24,0)	0,290
Tedavi öncesi-sonrası değişim	-8,0 (-10,2, -5,0)	-10,0 (-15,0, -5,0)	0,362	-7,0 (-9,2, -5,0)	-9,0 (-16,0, -4,5)	0,296
Grup içi p	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	
DFTP-sağ el	7,7 (7,0, 9,5)	9,0 (6,7, 9,3)	0,855	7,7 (7,0, 9,5)	9,0 (6,7, 9,3)	0,921
Tedavi öncesi-sonrası değişim	0,0 (0,0, 0,1)	0,5 (0,0, 0,5)	0,146	0,0 (0,0, 0,1)	0,5 (0,0, 0,5)	0,232
Grup içi p	0,339	0,026		0,340	0,036	
DFTP-sol el	7,7 (7,3, 9,7)	8,5 (6,8, 9,7)	>0,05	7,7 (7,3, 9,7)	8,5 (7,5, 9,5)	0,934
Tedavi öncesi-sonrası değişim	0,0 (0,0, 0,1)	0,0 (0,0, 0,5)	0,346	0,0 (0,0, 0,1)	0,0 (0,0, 0,5)	0,727
Grup içi p	0,603	0,190		0,546	0,271	
HAMIS-sağ el	1,0 (0,0, 2,5)	2,0 (1,0, 3,0)	0,223	1,0 (0,0, 2,5)	2,0 (1,0, 3,0)	0,236
Tedavi öncesi-sonrası değişim	0,0 (-1,2, 0,0)	0,0 (-1,0, 0,0)	0,434	0,0 (-1,2, 0,0)	0,0 (-1,0, 0,0)	0,541
Grup içi p	0,011	0,042		0,010	0,041	
HAMIS-sol el	1,0 (0,0, 2,0)	2,0 (0,5, 3,0)	0,235	1,0 (0,0, 2,0)	2,0 (0,5, 3,0)	0,255
Tedavi öncesi-sonrası değişim	0,0 (-1,2, 0,0)	0,0 (-1,0, 0,0)	0,480	0,0 (-1,2, 0,0)	0,0 (-1,0, 0,0)	0,566
Grup içi p	0,011	0,041		0,010	0,038	
SF-36	97,5 (87,0, 102,0)	96,0 (90,0, 102,5)	0,791	98,5 (90,5, 100,7)	94,0 (86,0, 101,0)	0,329
Tedavi öncesi-sonrası değişim	2,0 (0,5, 4,2)	2,0 (-4,0, 6,0)	0,740	2,5 (1,7, 4,2)	2,0 (-4,5, 5,0)	0,218
Grup içi p	0,044	0,355		0,001	0,887	

Tablo 2. Devamı

Parametreler	6 hafta			12 hafta		
	Kontrol (n=18)	Parafin banyosu (n=17)	p	Kontrol (n=18)	Parafin banyosu (n=17)	p
HGS-sağ el Tedavi öncesi-sonrası değişim Grup içi p	21,4 (±SS: 8,4) 1,5 (0,9, 3,4) 0,002	22,0 (±SS: 7,2) 2,3 (1,0, 5,0) 0,006	0,829 0,389	21,6 (±SS: 8,8) 1,5 (0,5, 3,2) 0,003	21,3 (±SS: 6,8) 2,0 (0,5, 3,9) 0,003	0,931 0,817
HGS-sol el Tedavi öncesi-sonrası değişim Grup içi p	21,1 (±SS: 7,8) 1,5 (0,6, 2,7) 0,011	20,6 (±SS: 6,3) 2,0 (1,0, 4,0) 0,001	0,830 0,137	21,5 (±SS: 8,6) 1,3 (0,6, 2,0) 0,018	19,6 (±SS: 6,0) 1,3 (0,3, 2,5) 0,001	0,465 0,704

COCHIN: Cochin El Fonksiyonel Ölçeği, DFTP: Delta-Finger-To-Palm, HAMIS: Sklerodermada Modifiye El Hareketliliği, HGS: El Kavrama Gücü, NRS: Numaralı Derecelendirme Ölçeği, SF-36: Kısa Form-36, SHAQ: Skleroderma Sağlık Değerlendirme Anketi, p<0,05: İstatistiksel anlamlılık düzeyi. Kategorik değişkenler n (%) olarak ifade edilir. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan olarak ifade edilir (Q1-Persantil 25, Q3-Persantil 75)

SS-006

Kas-iskelet semptomları ve psöriasis arasındaki zamansal ilişki. Romatologlar için zor tanısal süreç

Erdinç Ünalı¹, Yiğit Berk Şahin², Mustafa Ekici¹, Büşra Fırlatan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğu Bulut¹, Levent Kılıç¹, Umur Kalyoncu¹

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

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

Giriş: Psöriasis (PsO) ve Psöriatik artrit (PsA) arasındaki zamansal ilişki üç farklı şekilde olabilir. PsO önce, PsA sonra (%75), PsO ve PsA aynı yıl içerisinde (%15), PsA daha önce (%10). Psöriasis olmaksızın kas-iskelet bulguları ortaya çıktığında hangi klinik, radyografik bulguların PsA tanısını düşündürdüğü üzerine bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmada PsA tanısı ile takip edilen hasta kohortunda deri bulgusu yokken PsA tanısını doktora düşündüren belirteçlerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi; Aralık 2022 tarihinden itibaren hastanemize başvuran hastaların tanı ve tedavileri ortak bir veri tabanına kaydedilmektedir. Ağustos 2024 itibarıyla 8800 hasta kaydı bulunmaktadır. 2022/12 ve 2023/05 tarihleri arasında kaydedilmiş 5028 hastanın 426'sında (4,8%) doktor tarafından PsA tanısı konulmuştur, bu hastalar çalışma grubu için seçilmiştir. İlk aşamada PsA hastalarının psöriasis ve eklem tutulum zamanları dosya notlarından kontrol edilmiştir. Psöriasis lezyonların eklemde önce başladığı net olan hastalar incelemeye alınmamıştır. Dosya notlarına göre eklem bulguları deri bulgularından önce başladığı şüphesi olan 72 hasta görüşmeye çağırılmıştır. Yüz yüze değerlendirmede deri ve kas-iskelet bulguları aynı yıl içinde başlayan veya deri bulguları daha önce başladığı görülen 27 hasta ileri analizden dışlanmıştır. Sonuçta 45/426 (%10,6) PsA hastası belirlenmiştir. Hastaların kategorize edilmesi: Hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup önce kas-iskelet bulgusu olup daha sonra PsO saptanan hastalardan oluşmaktadır (n=23). İkinci grup kas-iskelet bulgusu olan, PsA düşündürecek romatolojik bulgusu olan ve/veya radyografik olarak

PsA düşündüren bulgusu olan ancak hiç deri lezyonu gelişmemiş hastalardan oluşmaktadır (n=22). Hastaların değerlendirilmesi: İlk başvuru ve tüm takipteki kas iskelet bulguları [periferik artrit (DIF tutulumu ayrıca kaydedilmiştir), entezit (klinik bulgu), daktilit (klinik bulgu), aksiyel tutulum (klinik ve radyolojik bulgu)], RF/anti-CCP, ailede ve kendisinde PsO bulguları, tırnak tutulumu kaydedilmiştir. Hastanın XR bulguları; erozyon, juksta-artiküler yeni kemik oluşumu, Ray belirtisi, pencil-in-cup, periostit, sakroiliit, sindesimofit açısından tekrar kaydedilmiştir. Sakroiliak MR'da sakroiliit varlığı not edilmiştir. EL MR'da PsA düşündürür bulgu varsa (özellikle sinoviyo-entezal kompleks tutulumu) not edilmiştir. Hastalarda CASPAR skoru da hesaplanmıştır.

Sonuç: Hastaların genel özellikleri: 426 PsA hastasının 45'inde 6,10% ilk başta kas-iskelet bulgusu vardı. Hastaların 39'u kadındı (%86,6). Hastalar 11,9 (±7,3) yıl takip edilmişlerdi, tüm takip sırasında 40'unda (%88,8) periferik artrit, 19'unda (%42,2) daktilit, 21'inde (%46,7) entezit ve 21'inde (%46,7) aksiyel tutulum vardı. Periferik artrit, hiç deri bulgusu olmayanlarda %100 karşı %78,2 ile daha sıkı, p=0,020. PsO sonradan gelişen ve hiç gelişmeyen hastaların karşılaştırılması (Tablo 1): Hiç PsO bulgusu olmayan hastalarda DIF artritini daha sıkı (18/22 (%81,8) karşı 5/23 (%21,7), p<0,001). CASPAR kriterlerini karşılamaması ise daha az sıklıkla görülmüştür (%40,9 karşı %91,3, p<0,001). Hiç PsO gelişmeyen hastaların %40,9'unda tanıyı 3 tesla el MR'sinde görülen sinoviyo-entezal kompleks tutulumu desteklemiştir.

Tartışma: Literatür ile uyumlu bir şekilde rutin pratikte klinisyenin PsA tanısı ile takip ettiği hastaların %10'unda psöriasis görülmeksizin PsA düşündürecek kas-iskelet bulguları ilk olarak ortaya çıkmaktadır. Önemli olarak bu hastaların yaklaşık yarısında (tüm PsA hastalarının %5'inde) hiç deri lezyonu gelişmemiştir. Hiç psöriasis bulgusu olmayan ancak klinisyenin PsA düşündüğü bu hasta grubu tanısal olarak zorlayıcıdır. DIF artritinin varlığı, daktilit, XR'de saptanan bulgular (eklem çevresi yeni kemik oluşumu gibi) periferik eklem ve aksiyel tutulumun birlikte olması, deneyimli merkezlerde 3 tesla MR ile sinoviyo-entezal kompleks tutulumunun gösterilmesi yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit sine psöriasis, artrit, psoriasis, epidemiyoloji

Tablo 1. Pso bulgusu sonradan saptanan ve deri bulgusu hiç saptanmayan PsA hastalarının demografik, klinik, laboratuvar, radyolojik ve tedavi özellikleri

	Tüm hastalar n=45 n (%)	PsO bulgusu sonradan saptanan hastalar n=23 n (%)	Deri bulgusu hiç saptanmayan PsA hastaları n=22 n (%)	p
Yaş	52,7 (9,9)	51,1 (11,8)	54,5 (7,3)	0,25
Tanı yaşı	39,8 (11,2)	36,3 (11,8)	43,5 (9,4)	0,03
Cinsiyet kadın	39 (86,6)	20 (86,9)	19 (86,3)	0,90
Takip süresi	11,9 (7,3)	13,7 (6,5)	10,0 (7,9)	0,08
Kas-iskelet/deri arası süre	NA	7,5 (5,1)	NA	NA
İlk kas-iskelet bulgusu				0,030
- Artrit	27 (60,0)	13 (56,5)	14 (63,6)	
- Daktilit	12 (26,7)	4 (17,4)	8 (30,7)	
- Entezit	3 (6,7)	3 (13,0)	0	
- Aksiyel	6 (13,3)	6 (26,1)	0	
PsA düşündürülen bulgular (herhangi bir zamanda)				
DIF artrit	24 (53,3)	6 (26,1)	18 (81,9)	<0,001
Daktilit	19 (42,2)	8 (34,7)	11 (50,0)	0,30
Eklem çevresi yeni kemik oluşumu	23 (51,1)	9 (39,1)	14 (63,6)	0,10
Ray belirtisi	3 (6,7)	0	3 (13,6)	NA
Pencil in-cup	2 (4,4)	0	2 (9,1)	NA
DIF erozyonu	8 (17,7)	3 (13,1)	5 (22,7)	0,39
Sindesmofit+/sindesmofit-	20 (44,4)	14 (60,8)	6 (27,2)	0,023
Sakroiliit (asimetrik)	7 (15,5)	5 (21,7)	2 (9,1)	0,24
Sakroiliit (simetrik)	12 (26,6)	8 (34,7)	4 (18,1)	0,21
Sindesmofit	5 (11,1)	4 (17,3)	1 (4,5)	0,17
El MR'de SEK (+)	9 (20,0)	0	9 (40,9)	NA
Aile PsO öyküsü	12 (26,6)	5 (21,7)	7 (31,8)	0,44
Romatoid faktör (+)	2 (4,4)	0	2 (9,1)	0,14
Anti-CCP (+)	4 (8,8)	1 (4,3)	3 (13,6)	0,50
Caspar kriteri puanı (≥3 puan)	30 (66,7)	21 (91,3)	9 (40,9)	<0,001
Tedavi (herhangi bir zamanda)				
Metotreksat	33 (73,3)	16 (69,5)	17 (77,3)	0,56
Leflunomid	21 (46,7)	9 (39,1)	12 (54,5)	0,30
Sulfasalazin	17 (37,8)	12 (52,2)	5 (22,7)	0,042
b/ts DMARD	25 (55,6)	13 (56,5)	12 (54,5)	0,89

Behçet hastalığının immün haritalaması hücreye özgü TNFAIP3 yanıtı ve artmış interferon ilişkili endotip ile yaygın bir NF-kB aracılı aşırı aktivasyon modeli göstermektedir

Yeşim Özgüler¹, Olivier Manches², Didar Uçar³, Ziyun Lin², İlknur Tuğal Tutkun⁴, Aslı Kireçtepe Aydın⁵, Burcu Salman Yaylaz⁶, Merih Oray⁴, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Alireza Khodadadi Jamayran², Aristotelis Tsirogos², Gülen Hatemi¹, Johannes Nowatzky²

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

²New York Üniversitesi Grossman Tıp Fakültesi, New York, ABD

³Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Istanbul Nişantaşı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Istanbul Üniversitesi, Aziz Sançar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığının (BH) immün haritalaması henüz tam olarak tanımlanmamış olup hastalığa ait fenotip-endotip ilişkilerinin ve hedef organlarda immünitenin işleyişinin anlaşılması eksik kalmıştır. Burada, BH'nin periferik ve hedef organlara özgü immünotiplerini bularak, bunların genel hastalığa ve endotipe özgü geçerliliğini tanımlamayı amaçladık.

Yöntem: Göz ön kamara hücreleri ile otolog ve allojenik periferik kan mononükleer hücreleri tek hücre RNA dizilemesi (sc-RNAseq) ve çok parametrelili olan hücre ölçeği ile analiz edildi. Plazma örneklerinde sitokin ve kemokinler Luminex ile analiz edildi. İnsan monositleri ve monositlerden türetilen dendritik hücreler üzerinde fonksiyonel immünofenotipik çalışmalar yapıldı. Tek hücre analizleri için tedavi almamış 26 BH ve yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 22 sağlıklı kontrol (SK), Luminex ve fonksiyonel

çalışmalar için ise ek olarak 15 sistemik lupus eritematozus (SLE) hastası ve 11 SK çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: BH'de tüm miyeloid ve T-hücre alt grupları arasında genel bir NF-kB aktivasyonu gözlemlendi. Bu durum gözde konvansiyonel dendritik hücre (cDC) 2 ve cDC1'in zenginleşmesi ve periferik kanda aktive olmuş klasik ve klasik olmayan monositlerin sayısal temsillerinin artması ile karakterizeydi. BH'lerde SK'ye göre TNFAIP3'te (A20) upregülasyon gözlemlendi ve bu durum tüm miyeloid hücre tipleri, doğal öldürücü (NK) hücreler ve NKT alt hücre gruplarında görüldü, ancak kanonik T-hücrelerinde görülmedi. Plazma analizlerinde NF-kB veya interferon (IFN) aracılı monosit aktivasyonunun, BH plazmasında bulunan çözünür faktörlere bağlı olmadığı görüldü. Üveit atağı sırasında alınan göz ön kamara sıvısında plazmasitoid dendritik hücrelerin (pDC) mevcut olduğu ve üveiti olan BH'lerin periferik kan miyeloid hücrelerinde pDC sayısının artmasıyla birlikte artmış bir IFN imzası olduğu tespit edildi.

Sonuç: NF-kB'ye bağımlı aktivasyonun, BH'de tüm miyeloid ve T-hücre alt kümelerini geniş çaplı olarak etkilediği görülmektedir. NF-kB aktivasyonunun negatif düzenleyicisi olan TNFAIP3'ün ise sadece miyeloid kökenli hücrelerde transkripsiyonun upregüle olması BH'de enflamatuvar aktiviteye karşı regülasyonun immün hücrenin kökenine bağlı olduğuna işaret etmektedir. Çalışmamızda bulduğumuz BH'de A20'nin upregülasyonu, BH'yi A20 haploin yetmezliği (HA20) hastalığı ile kavramsal olarak ayırt etmektedir. Ayrıca, pDC'leri ve miyeloid hücre alt kümelerini içeren hem periferik kanda hem hedef organda IFN bağımlı bir aktivasyon profili tanımlanmış olmamız BH'de aşırı bir üveit endotipinin varlığını göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen veriler BH için genel hastalığa, endotipe ve hücreye özgü terapötik hedefler geliştirmek için öncülük edebilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, transkriptomik, NF-kB, interferon, miyeloid hücre

Türkiye’de sistemik skleroz prevalans, insidans ve mortalitesi - Ulusal sağlık sistemi verileri

Alper Sarı¹, Hasan Satış², Erdem Karabulut³, Levent Kılıç⁴, Emre Bilgin⁵, Gizem Ayan⁶, Abdulsamet Erden⁷, Berkan Armağan⁸, Hakan Babaoğlu⁸, Duygu Tecer⁹, Orhan Küçükşahin¹⁰, Mustafa Okan Ayvalı¹¹, Naim Ata¹¹, Mustafa Mahir Ülgü¹¹, Şuayip Birinci¹², Umut Kalyoncu⁴, Ali Akdoğan⁴

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁶Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹⁰Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹¹Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Ülkemizde sistemik skleroz (SSk) epidemiyolojisi ile ilgili veriler sınırlıdır. Bu çalışmada ulusal sağlık sistemi verileri kullanılarak Türkiye’deki erişkin nüfusta sistemik sklerozun (SSk) prevalans, yıllık insidans ve mortalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

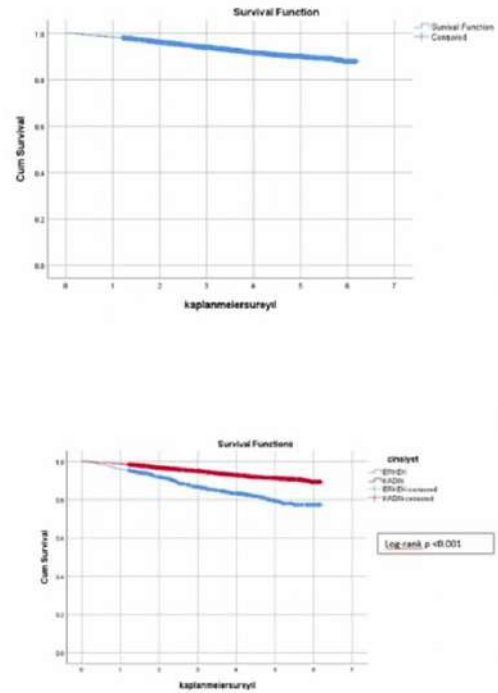
Yöntem: Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veri Tabanı’ndaki anonimleştirilmiş veriler kullanılarak ülke çapındaki veriler kullanılarak bir retrospektif kohort çalışması tasarlanmıştır. Olgu tanımı; 01.01.2016-31.12.2022 tarihleri arasında SSk ilişkili ICD-10 tanı kodlarının (M34 ve alt kırılımları) en az 30 gün aryla 2 veya daha fazla kez girilmesi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya sadece sistemik skleroz tanı kodu ilk girildiğinde 18 yaş ve üstünde olan bireyler dahil edilmiştir. Prevalans (100.000 kişide), 2022 yılı sonunda hayatta olan SSk olgularının 2022 yılındaki erişkin nüfusa bölünmesi ile elde edilmiştir. 2018-2022 yılları arasındaki yıllık insidans (100.000 hasta yılında) ilgili yıldaki yeni olguların o yılın erişkin nüfusuna bölünmesi ile hesaplanmıştır. Türkiye nüfusu ile ilgili bilgiler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Veri Portalı’ndan elde edilmiştir. 2018 ve sonrasında ilk kez SSk tanısı alan yeni olgular için Ölüm Bildirim Sistemi verileri kullanılarak 1, 3 ve 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite (tanı tarihinden itibaren) hesaplanmıştır.

Bulgular: 2022 yılı sonunda halen hayatta olan 14,554 erişkin SSk olgusu olduğu tespit edilmiştir. Bu tarih için erişkin nüfusta SSk prevalansı 23,2/100000 kişi olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre hesaplanmış ayrıntılı prevalans verileri Tablo 1’de verilmiştir. Yıllık insidans (100000 hasta yılı için) sırası ile 2018’de 3,3, 2019’da 3,3, 2020’de 2,3, 2021’de 2,2, 2022’de ise 3,3 olarak hesaplanmıştır. 01.01.2018 ve sonrasında ilk kez tanı konulan yeni SSk olgularında (n=8854, %88,4 kadın, ortalama tanı yaşı 51,6±13,9, ortalama izlem süresi 43 ay) olgularında 1, 3 ve 5 yıllık sağkalım oranları %98,4, %94,0 ve %90,1 olarak bulunmuştur (Şekil 1). Erkek olgularda 1, 3 ve 5 yıllık sağkalım oranları (%96, %86,7 ve % 79,5), kadın olgularına göre (%98,8, %95,0, %91,4) anlamlı olarak daha düşüktür (log-rank p>0,001).

Sonuç: Ülkemizde SSk prevalans ve yıllık insidansı literatürde ICD kodlama sistemi kullanılarak yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. 2020 ve 2021 yıllarında insidanda saptanan düşüş, pandemi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimin zorlaşması nedeniyle meydana gelmiş olabilir. Beş yıllık sağkalım oranlarının literatürde son 10 yılda yapılan çalışmaların birçoğu ile benzer olduğu görülmüştür.

*Global meta-analiz verisine göre prevalans 23,5/100,000, yıllık insidans ise 2,8/100,000 hasta yılı olarak bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, prevalans, insidans, mortalite



Şekil 1. Yeni tanı sistemik skleroz olgularında Kaplan-Meier sağkalım eğrileri

Tablo 1. 2022 yılı sonunda cinsiyet ve yaş gruplarına göre prevalans (/100 000 kişi)

Yaş grupları	Erkek			Kadın			Toplam		
	Olgu sayısı	Risk altındaki nüfus	Prevalans	Olgu sayısı	Risk altındaki nüfus	Prevalans	Olgu sayısı	Risk altındaki nüfus	Prevalans
18-29	175	7994546	2,19	881	7665173	11,49	1056	15659719	6,74
30-39	248	6414479	3,87	1818	6267309	29,01	2066	12681788	16,29
40-49	336	6215704	5,41	3257	6153859	52,93	3593	12369563	29,05
50-59	329	4849434	6,78	3741	4832331	77,42	4070	9681765	42,04
60-69	249	3417274	7,29	2590	3624686	71,45	2839	7041960	40,32
70-79	79	1648918	4,79	759	2059999	36,84	838	3708917	22,59
80+	11	577918	1,90	81	979545	8,27	92	1557463	5,91
Toplam	1427	31118273	4,59	13127	31582902	41,56	14554	62701175	23,21

SS-009

Behçet hastalığı ayırıcı tanısında nörofilament orta serolojik immünoreaktivitenin duyarlılığı ve özgüllüğünün araştırılması

Tayfun Hilmi Akbaba¹, Buket Dönmez Demir², Ayşe İlksen Çolpak³, Yeliz Akkaya Ulum¹, Gizem Ayan⁴, Şefik Evren Erdener², Aslı Tuncer³, Umur Kalyoncu⁴, Banu Balcı Peynircioğlu¹, Turgay Dalkara⁵

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Bilkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sinirbilim ve Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümleri, Ankara

Amaç: Behçet hastalığı (BH), otoimmün ve otoenflamatuvar özelliklere sahip bir vaskülit tipidir. BH'nin tanısı için spesifik klinik özellikler dışında laboratuvar testleri bulunmamaktadır. Yakın zamanda, BS serumlarının nörofilament orta proteinine (NFM) karşı immünoreaktivitesi saptanmıştır. Bu çalışmada, BH, sistemik lupus eritematozus (SLE), multipl skleroz (MS), psoriasis artirit (PsA) hastaları ve sağlıklı kontrollerden elde edilen geniş bir serum örneği grubunda NFM immünoreaktivitesinin özgüllüğünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

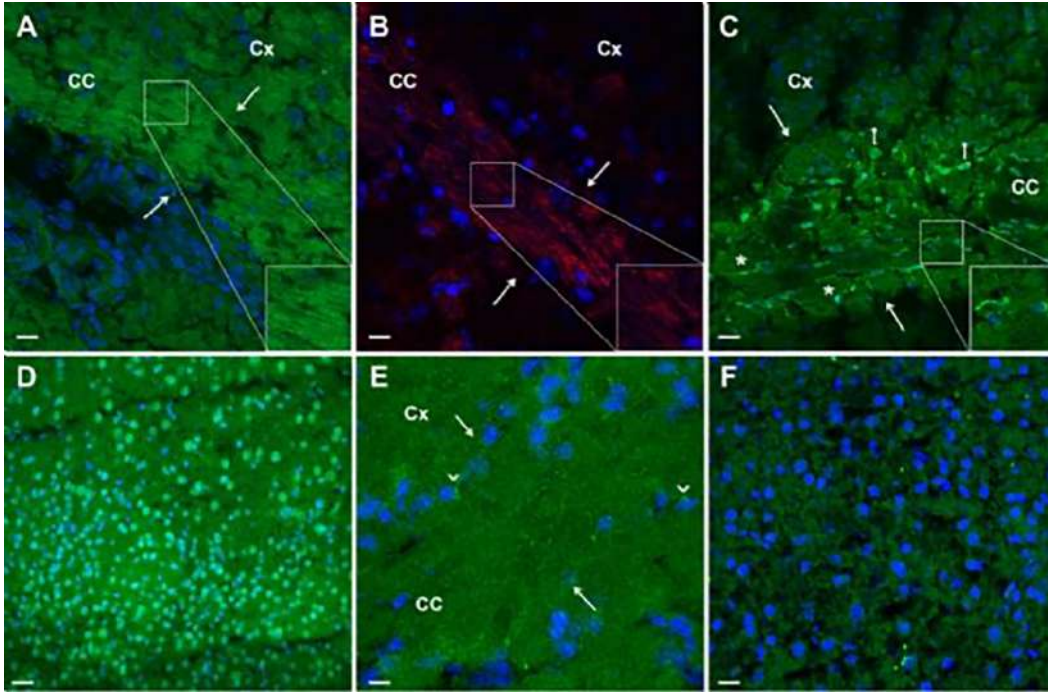
Yöntem: Çalışmaya, 73 hasta (33 BH, 16 MS, 15 SLE ve 9 PsA) ve 22 sağlıklı kontrol olmak üzere 95 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nin nöroloji ve romatoloji

kliniklerinde değerlendirilmiştir. Daha önce yayımlanmış protokol kullanılarak, fare beyin dokusu kesitleri serum ile dolaylı immünofloresan boyama yöntemiyle boyanmıştır. Lamlar, Leica SP8 konfokal mikroskobu kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: BH'li hastalardan alınan 33 serumun 32'sinde (%97), NFM proteinini ile uyumlu ince filamentöz bir boyanma gözlemlenirken; sağlıklı kontroller, SLE, PsA ve MS hastalarından alınan serumlarda benzer bir boyanma gözlemlenmedi (Şekil 1). Çalışmaya dahil edilen 6 Behçet hastası ISG kriterlerini sağlayamazken bu hastaların 2'si ICBD kriterini de sağlayamıyorlardı, fakat bu hastaların serumlarında özgül doku boyanmaları saptandı. Buna karşılık, MS hastalarından alınan serumlar, oligodendrositlerin ve onların miyelini oluşturan süreçlerinin etiketlenmesine atfedilen kalın filamentöz bir boyanma sergiledi. 15 SLE hastasından alınan serumlar, yüksek antinükleer antijen titrasyonlarına uyumlu olacak şekilde tüm hücre çekirdeklerini yoğun şekilde işaretlediği gözlemlendi.

Sonuç: Bu bulgular, BH serumlarında NFM immünoreaktivitesinin varlığını desteklemekte ve bu yaygın ve spesifik immünoreaktivitenin BH'yi SLE, PsA ve MS'den ayırıcı tanı için kullanılabileceğini göstermektedir. Bu veriler ayrıca otoimmün hastalıklarda sero-immünoreaktiviteyi tanımlamak için beyin kesitlerinin kullanımını doğrulamaktadır. NFM immünoreaktivitesinin özgüllüğünü ve duyarlılığını test etmek için daha fazla araştırma devam etmektedir. Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (TSA-2019-17549) tarafından desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, tanı, nörofilaman



Sekil 1. Behçet hastalığı, multipl skleroz, psoriasis, psoriasis, sistemik lupus eritematozus hastalarından ve kontrol bireylerden alınan serumların hastalığa özgü boyanma desenleri

A. Bir BH hastasından alınan serumla muamele edilen beyin kesitinin korpus kallozumunda (CC, beyaz oklar arasında) ince fırça darbesi benzeri filamentöz boyanma belirgindir. B. Fare beyin kesitinin hasta serumu yerine ticari bir anti-NF-M antikoru (kırmızı) ile etiketlenmesiyle elde edilen korpus kallozumdaki (beyaz oklar arası) boyanma, A görüntüsündeki filamentöz (yeşil) görünümle uyumludur. C. MS hastasından alınan serumla muamele edilen beyin kesitinin korpus kallozum bölgesinde (beyaz oklar arası) daha kalın filamentöz etiketlenme (yıldız işareti) ve somatik boyanma (muhtemelen oligodendrositler, beyaz iğne işareti) gözlenmektedir. D. Fare korteksinde gözlenen yaygın nükleer boyanma modeli, erişkin bir SLE hastasının serumu ile yapılan dolaylı immüno Floresan boyamanın sonucudur. E, F. PsA'lı bir hastanın (E) ve sağlıklı bir kontrolün (F) serumlarıyla muamele edilen beyin kesitlerinde negatif filamentöz boyanma. PsA hasta serumu ayrıca bazı kortikal hücrelerde peri-nükleer boyanma sergiler (ok başları). Cx: korteks. Yeşil, insan IgG'sine karşı bağlanan FITC etiketli ikincil antikoru gösterirken, mavi Hoechst ile etiketlenmiş hücre çekirdeklerini işaretler

SS-010

Paterji pozitif ve negatif saptanan behçet hastalarında deri florasının incelenmesi

Betül Saraç¹, Ayşe Kalkancı², Esra Kılıç², Elif Ayça Şahin², Yeşim Özgüler³, Gülen Hatemi³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Behçet sendromu (BS) etiopatogenezinde virüslerin ve bakterilerin rolü uzun yıllardır tartışılmaktadır. Daha önce oral mikrobiyomda ve bağırsak mikrobiyomunda azalmış bakteriyel çeşitlilik olduğu gösterilmişti, ancak deri mikrobiyotası daha önce incelenmemişti. BS hastalarında paterji uygulanacak bölgeye cerrahi temizlik yapıldığında paterji pozitifliğinin azalması, bu reaksiyonda derideki mikroorganizmaların rolü olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada paterji pozitif ve negatif saptanan hastalarda deri mikrobiyomunun incelenmesi amaçlanmıştır.

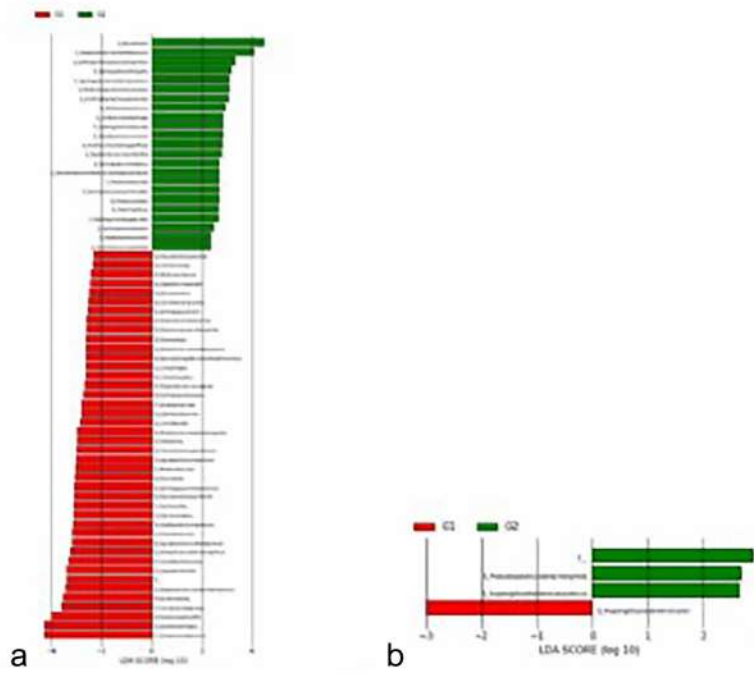
Yöntem: ISG kriterlerini dolduran ve immunsupresif tedavi almayan BS hastalarından paterji testi uygulanmadan hemen önce bakteriyel ve fungal mikrobiyom incelemesi için sürüntü örneği alınarak -80 °C'de saklandı. Paterji pozitif bulunan hasta sayısı 30'a ulaşıncaya, paterji negatif bulunan hastalardan demografik özellikler açısından paterji pozitif hastalarla eşleşen 30 hasta seçildi. Toplam 60 hastanın örnekleri 16S ve 5,8S rRNA gen dizilimi kullanılarak incelendi.

Bulgular: Alfa çeşitlilik analizleri sonucunda paterji pozitif ve negatif grubun bakteriyel çeşitlilikleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,739). Her iki grupta da çeşitlilik fazlaydı. Beta çeşitlilik analizleriyle her iki grubun bakterilerinin cins ve tür olarak birbirinden farklı olduğu saptandı (p=0,02). Paterji negatif grup *Betaproteobacteria*, *Burkholderiales*, *Ralstonia picketti* açısından zengin saptanırken, paterji pozitif grupta *Nevskia soli*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Sphingomonas sanxanigenens*'in zenginleştiği gösterildi (Şekil 1a). Mantar çeşitliliğini değerlendirmek için yapılan alfa çeşitlilik analizleri sonucunda paterji pozitif grupta mantar tür çeşitliliğinin daha fazla olduğu saptandı (p=0,035). Beta çeşitlilik analizleri ile her iki grubun mantarlarının benzer olduğu görüldü (p=0,34). Paterji pozitif grupta *Pseudopezizicula tracheiphila*, *Aspergillus heterocaryoticus* daha zengin saptanırken, paterji negatif grupta *Aspergillus subversicolor* daha fazla olarak saptandı (Şekil 1b).

Sonuç: Paterji pozitif ve negatif BS hastalarında deri mikrobiyotasının farklı olduğu saptandı. Her iki grupta bakteriyel çeşitlilik fazla ve bakteriler birbirinden farklıydı. Mantar çeşitliliği ise paterji pozitif grupta daha fazla saptandı ve her iki grupta cins olarak benzer mantarlar bulunmaktaydı.

Sonuçların BS patogenezi açısından önemini belirlemek için sağlıklı ve hastalıklı kontrollerle ve aynı hastanın zaman içinde ve tedavi öncesi ve sonrasında alınan örneklerinin incelenmesi ile yapılacak daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, deri, mikrobiyom



Şekil 1. a) Taksonların bakteriyel cins düzeyine göre LEfSe analizi, b) Taksonların fungal cins düzeyine göre LEfSe analizi

SS-011

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında hastalık aktivitesi ve kardiyovasküler riskin biyobelirteçlerle değerlendirilmesi

Gizem Yaz Aydın¹, Rıza Can Kardeş², İbrahim Vasi², Mehmet Cengiz Altınsoy¹, Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Özlem Gülbahar¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan ateş ve aseptik serozit ataklarıyla karakterize, sublinik enflamasyona ve artmış kardiyovasküler risklere yol açabilen bir otoimmün hastalıktır. Bu çalışma, AAA'da hastalık aktivitesini ve kardiyovasküler riski değerlendirmek için beş önemli biyobelirteç incelenmiştir: (1) suPAR (enflamasyon ve immün aktivasyon belirteci), (2) sST2 (kardiyak stres ve fibrozis göstergesi), (3) okside LDL (ateroskleroz belirteci), (4) TMAO (kardiyovasküler risk faktörü) ve (5) NLRP3 (inflamasyon aktivasyonu göstergesi, biyobelirteçlerin açılımı için Tablo 1'e bakınız).

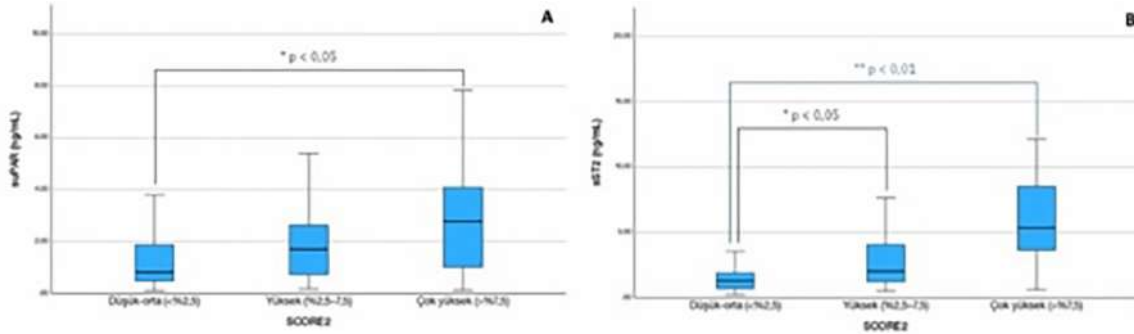
Yöntem: Ocak-Eylül 2023 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen 18 yaş üstü AAA hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik bilgiler, sigara alışkanlıkları, aile öyküsü, eğitim durumu ve ilgili laboratuvar bulguları kaydedilmiştir. Hastalar, klinik öyküleri ve laboratuvar bulguları temelinde alt gruplara ayrılmıştır. Kardiyovasküler risk skorları (SCORE2), hastalık aktivite ve hasar skorları (ISSE, ADDI) poliklinik ziyaretleri sırasında hesaplanmış, laboratuvar verileri ise hastane bilgi yönetim sisteminden elde edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada değerlendirilen 104 AAA hastasının ortalama yaşı 38,9±12,6 yıl olup hastaların %61,5'i kadındır. Ko-morbiditeler arasında hipertansiyon %24, diyabet %5,8, koroner arter hastalığı %1,9 ve kronik böbrek hastalığı %10,6 oranında görülmüştür. Yaş ve cinsiyet özellikleri eşleştirilmiş 46 sağlıklı kontrol ile karşılaştırıldığında, AAA hastalarında, sST2, oxLDL, NLRP3 ve TMAO düzeylerinde farklılıklar görülmüştür (Tablo 1). Son kontrolde hastaların %37,5'inde kolşisin direnci olduğu, %15,8'inde amiloidoz geliştiği saptanmıştır. Amiloidoz, yüksek proteinüri ve albüminüri düzeyleri ve kolşisin direnci olan AAA hastalarında suPAR ve sST2 seviyeleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, ISSE ve SCORE2 risk skoru yüksek olan hastalarda da bu biyomarkerlar daha yüksek seviyelerde tespit edilmiştir (Tablo 2, Şekil 1).

Sonuç: Amiloidoz, yüksek proteinüri, albüminüri ve kolşisin direnci olan hastalarda sST2 ve suPAR biyobelirteçlerin seviyelerinin yüksek olması, bu hasta grubunda daha ciddi inflamasyon ve artmış kardiyovasküler risklerin varlığına işaret etmektedir. Ayrıca, ISSF ve SCORE2 skorları yüksek olan hastalarda bu

biyobelirteçlerin artışı, AAA hastalarında subklinik inflamasyonun ve kardiyovasküler riskin daha detaylı değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, biyobelirteç, kardiyovasküler risk, amiloidoz



Sekil 1. A) Serum suPAR ve B) sST2 düzeylerinin SCORE2 risk kategorilerine göre değişimi

Tablo 1. AAA hastaları ve sağlıklı kontrollerde serum biyobelirteç düzeylerinin karşılaştırılması

	AAA (n=104)	Kontrol (n=46)	p
suPAR, n (%)			
<0,1 ng/mL	3 (%2,9)	2 (%4,3)	0,463
0,1-10 ng/mL	98 (%94,2)	44 (%95,7)	
>10 ng/mL	3 (%2,9)	0 (%0)	
Ortanca (CA)	1,125 ng/mL (1,77)	1,55 ng/mL (1,87)	0,087
sST2, n (%)			
<0,19 ng/mL	5 (%4,8)	10 (%21,7)	0,003
\geq 0,19 ng/mL	99 (%95,2)	36 (%78,3)	
Ortanca (CA)	1,5 ng/mL (3,35)	1,43 ng/mL (1,19)	0,497
oxLDL, n (%)			
<37,5 pg/mL	61 (%58,7)	45 (%97,8)	<0,001
\geq 37,5 pg/mL	43 (%41,3)	1 (%2,2)	
Ortanca (CA)	45,7 pg/mL (9,4)	43,6 pg/mL (-)	
NLRP3, n (%)			
\leq 600 ng/L	96 (%92,3)	36 (%78,3)	0,026
>600 ng/L	8 (%7,7)	10 (%21,7)	
Ortanca (CA)	109,75 pg/mL (61,15)	145,85 pg/mL (90,35)	0,001
TMAO, n (%)			
<0,043 ng/mL	1 (%1)	0	0,672
0,043-10 ng/mL	102 (%98,1)	45 (%97,8)	
0,043-10 ng/mL	1 (%1)	1 (%2,2)	
Ortanca (CA)	1,27 ng/mL (0,74)	1,95 ng/mL (2,92)	0,001

NLRP3: NLR family pyrin domain containing 3, oxLDL: Oxidised Low Density Lipoprotein,, suPAR: Soluble Plasminogen Activator Receptor, sST2: Soluble Suppression of Tumorigenicity 2, TMAO: TriMetilAmin N-Oksit

Tablo 2. AAA hastalarında serum suPAR ve sST2 düzeylerinin hastalık aktivite ve hasar işaretçileri ile kardiyovasküler risk skorlarına göre değişimi

	suPAR (ng/mL) ortanca (CA)	p	sST2 (ng/mL) ortanca (CA)	p
Amiloidoz				
Var (n=16)	2,47 (5,75)	0,001	4,5 (7,15)	0,03
Yok (n=83)	0,79 (1,54)		1,42 (2,89)	
Kolşisin direnci				
Var (n=39)	1,58 (2,82)	0,036	1,87 (3,79)	0,529
Yok (n=65)	0,85 (1,49)		1,44 (2,74)	
Proteinüri				
<150 mg/gün (n=63)	1,00 (1,52)	0,150	1,44 (2,86)	0,004
150-500 mg/gün (n=22)	0,75 (1,23)		1,38 (5,07)	
>500 mg/gün (n=13)	2,07 (6,53)		4,01 (6,70)	
Albüminüri				
<10 mg/gün (n=33)	0,7 (1,55)	0,188	1,30 (1,35)	0,003
10-30 mg/gün (n=25)	1,17 (1,42)		1,44 (1,49)	
30-300 mg/gün (n=14)	1,50 (1,97)		1,99 (2,88)	
>300 mg/gün (n=11)	2,09 (7,32)		5,29 (6,42)	
ISSF'ye göre şiddet				
Şiddetli (>2 puan, n=45)	1,53 (3,15)	0,026	1,85 (5,07)	0,156
Hafif (\leq 2 puan, n=59)	0,77 (1,41)		1,44 (2,63)	
SCORE2				
Orta-düşük (<%2,5, n=65)	0,75 (1,52)	0,01	1,31 (1,85)	0,003
Yüksek (%2,5-7,5, n=26)	1,63 (1,93)		1,85 (2,88)	
Çok yüksek (>%7,5, n=13)	2,74 (5,73)		4,82 (7,96)	

Takayasu arteriti hastalarında vasküler girişimsel işlemler güvenli mi? Çok merkezli - retrospektif çalışma sonuçları

Ayşegül Avcu¹, Sema Kaymaz Tahra², Duygu Kerim³, Ömer Uludağ⁴, Fatma Başbüyük⁵, Senar Şan⁶, Hasan Kocaayan⁷, Zeliha Ademoğlu⁸, Fatoş Önen⁵, Gökçe Kenar Artın⁵, Murat İnanç⁴, Gökhan Keser³, Kenan Aksu³, Ayşe Çefle⁹, Ayten Yazıcı⁹, Servet Akar⁷, Hakan Emmungil⁸, Burak İnce¹⁰, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

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

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

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

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁷Zirmit Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁸Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti (TAK), aort ve ana dallarını tutan kronik, granümatöz bir büyük damar vaskülitidir. Damar duvarındaki enflamasyona bağlı olarak segmental stenoz, oklüzyon, dilatasyon ve/veya anevrizma gelişebilir. Arteriyel stenozun semptomatik belirtileri (ekstremitelerde klodikasyon, inme, senkop, kontrolsüz renovasküler hipertansiyon vb.) ve ciddi anevrizma varlığında vasküler girişimsel işlemler gerekebilir. Çalışmamız TAK olan hastalarda vasküler girişim gerekliliğinin sıklığını, sonuçlarını ve komplikasyonlarını değerlendirmektedir.

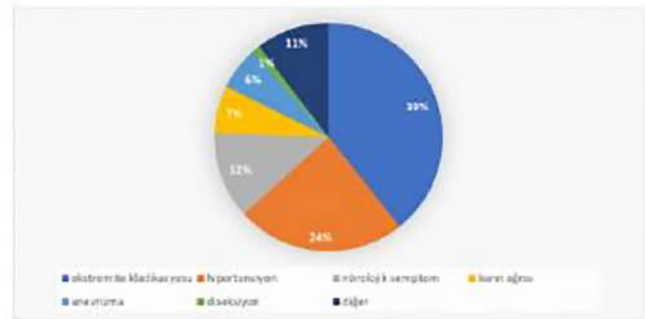
Yöntem: Yedi tersiyer merkezden takipli TAK tanısı öncesi ve sonrasında vasküler girişim yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Vasküler girişim endikasyonu, hastalığın evresi, vasküler girişimin çeşidi, komplikasyonlar, erken ve geç sonuçlar kaydedildi. Restenoz hasta semptomatik olduğunda veya herhangi bir nedenle yapılan görüntüleme sonuçlarına göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 93 hasta dahil edildi. Yüz atmış altı lezyona yapılan (155 darlık ve oklüzyon, 11 anevrizma) vasküler girişim değerlendirildi. Hastaların ortalama tanı yaşı 36 (ÇAA: 25,3-46,8), izlem süresi 10 yıl, K: E oranı 75/18 şeklindeydi (Tablo 1). İşlem yapılan hastaların %66,5'i (n=55) anjiyografik sınıflandırmaya göre tip 5 idi. Yapılan işlemlerin %59,5'i (n=97) stent, %19'u (n=31)

balon anjiyoplasti, %17,2'si (n=28) bypass greft, %1,2'si (n=2) endarterektomi ve %2,5'u (n=5) TEVAR (thoracic endovascular aneurysm repair) işlemiydi. İşlemlerin %51,5'i (n=84) TAK tanısı konulduktan sonra yapılmıştı. Tanı sonrası yapılan işlemlerin hepsinde immünoşüpresif tedavi işlem öncesi başlanmıştı. İşlemlerin %44,5'i (n=74) glukokortikoid, %50'si (n=83) konvansiyonel DMARD ve %25,3'ü (n=42) biyolojik DMARD tedavisi altında gerçekleştirildi. En sık endikasyon %39,3 (n=64) ile ekstremitelerde klodikasyonuydu (Şekil 1). Girişimlerin %7,4'ü (n=12) acil endikasyonla yapılmıştı ve bunların %50'si (n=6) karın ağrısı nedeniyle SMA ve çölyak arterine stent işlemiydi. On iki (%7,4) vasküler girişim erken başarısızlıkla sonuçlandı. On bir işlemde (%6) komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlar greft enfeksiyonu, hematoma, greft kaçağı ve emboli şeklindeydi. Bir hasta TEVAR operasyonu sonrası greft kaçağı nedeniyle tekrar operasyona alındı. Bir hasta ise torasik aorta bypass greft operasyonu sonrası exitus oldu. Yüz elli (%92,6) işlem için kontrol görüntüleme mevcuttu. Takip sırasında lezyonların 72'sinde (%47,1) restenoz gelişti. Restenoza kadar geçen ortalama süre 23 (ÇAA: 6-53) aydı. Vasküler girişim uygulanan damar tipiyle restenoz arasında ilişki yoktu. Tanı öncesi ve sonrası restenoz arasında da anlamlı fark saptanmadı (p=0,37). Alt ekstremitelerde damar tutulumu olan hastalarda sıklıkla tekrarlayan işlemlere ihtiyaç duyuldu. Otuz (%18) işlem hastalık aktif iken yapılmıştı. Hastalık aktivitesi ile de restenoz açısından fark gösterilemedi (p=0,97).

Sonuç: TAK hastalarında uygun endikasyonların varlığında endovasküler ve cerrahi işlemler uygulanabilmektedir. Sadece %6 (n=11) işlemde komplikasyon gelişmiştir. Majör komplikasyon gelişen durumların genellikle aort anevrizmasına yönelik yapılan girişimler sonrası olduğu saptanmıştır. Stent ve balon anjiyoplasti işlemleri ise nispeten daha güvenli işlemler gibi görünmektedir. Vasküler girişimlerin %48,5'inin tanı öncesinde yapıldığı dikkate alındığında ilgili bölümlerin farkındalığının artırılması ve hastaların romatolojik değerlendirmeye yönlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu hastalara tanı öncesi yapılan işlemler geçici semptomatik iyileşme sağlayarak hastaların tanı almasını geciktirebilir.

Anahtar Kelimeler: Stent, Takayasu arteriti, vasküler girişim



Şekil 1. Takayasu arteriti hastalarında vasküler girişim endikasyonlarının dağılımı

Tablo 1. Vasküler girişim yapılan takayasu arteriti hastalarının özellikleri

Hastalık tanı yaşı, ortalanca (CA), yıl	36 (25,3-46,8)
K/E	75/18
İzlem süresi, ortalanca (CA), ay	110 (59,8-170)
Ek hastalık	
HT, n (%)	58 (%62)
DM, n (%)	5 (%5)
HL, n (%)	20 (%21)
KAH, n (%)	7 (%7)
SVO, n (%)	11 (%10)
Malignite, n (%)	2 (%2)
Kortikosteroid	74 (%44,5)
Düşük doz (<7,5 mg/gün)	53 (%31)
Orta doz (7,5-30 mg/gün)	11 (%6)
Yüksek doz (30-100 mg/gün)	10 (%6)
Konvansiyonel DMARD	83 (%50)
Biyolojik DMARD	42 (%25,3)
Lezyon tipi, n	
Stenoz ve oklüzyon	155
Anevrizma	11
Prosedür tipi, n (%)	
Balon anjiyoplasti	31 (%19)
Stent	97 (%59,5)
Bypass greft	28 (%17,2)
Endarterektomi	2 (1,2%)
TEVAR	5 (2,5%)
Erken başarısızlık, n (%)	12 (%7,4)
Restenoz, n (%)	72 (%47,1)
Restenoz süresi, ortalanca (CA), ay	23 (6-53)

CA: Çeyrekler açıklığı, DMARD: Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç, SVO: Serebrovasküler olay

SS-013

Takayasu arteritinde gebelik sonuçlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi

Taylan Kaplan, Zeynep Serra Tüzün, Haner Direskeneli, Fatma Alibaz Öner

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

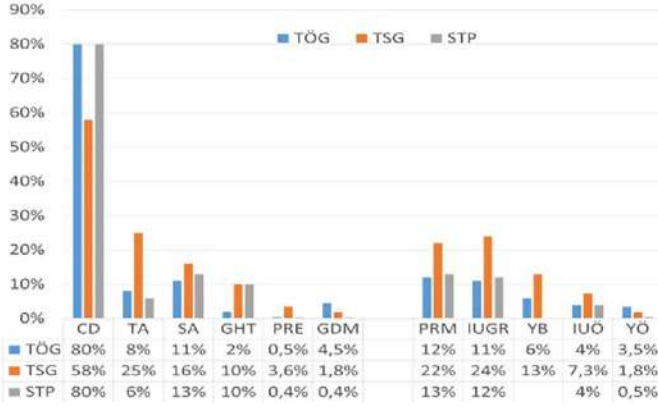
Amaç: Takayasu arteriti (TAK) olan hastalarda doğum şeklinin fetomaternal sonuçlar ve hastalık seyri üzerine etkisi hakkında yeterli veri olmamasına rağmen, vajinal doğum sırasında intra-abdominal basınç artışını önlemek için aort tutulumu olan TAK hastalarında genellikle sezaryen tercih edilmektedir. TAK hastalarında gebeliğin fetomaternal sonuçlarının ve bu sonuçlara doğum şeklinin etkisi olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde takipli 1990 Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) sınıflandırma kriterlerini karşılayan TAK hastalarından, çalışmaya katılmayı kabul edenleri dahil edip, anket kullanarak sorgulanıp demografik ve obstetrik bilgiler toplandı. Spontan abortus (SA), prematürite (PRM) ve intrauterin gelişme geriliği (IUGR) obstetrik ve perinatoloji kılavuzlarına göre tanımlandı. TAK hastalarının sonuçları yaş uyumlu sağlıklı Türk popülasyonu (STP) ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Yüz altı hastanın toplam 270 gebeliği analiz edildi. TAK hastalarından 6'sında (%5,3) infertilite olup, STP'den (%4,8) daha fazla saptandı. Gebelik komplikasyonları arasında, TAK sonrasındaki gebeliklerde SA oranları TAK tanısından önceki gebeliklerden daha yüksekti, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Buna karşın gestasyonel hipertansiyon (GHT) oranları TAK sonrasındaki gebeliklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi. Fetal komplikasyonlar arasında PRM oranları TAK sonrasındaki gebeliklerde daha yüksekti ancak istatistiksel fark yoktu. Canlı doğum oranları TAK sonrasındaki gebeliklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. IUGR oranları TAK sonrasındaki gebeliklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. TAK tanısı sonrası sezaryen oranı artarken vajinal doğum oranı azalmıştı. Doğum komplikasyon oranları normal vajinal doğum ve sezaryen arasında benzerdi (sonuçlar Şekil 1 ve Tablo 1'de gösterilmektedir).

Sonuç: TAK sonrasındaki gebeliklerde fetal ve maternal komplikasyon insidansının STP'den daha yüksek saptanmıştır. TAK sonrasındaki gebeliklerde canlı doğum oranı daha düşükken, IUGR ve GHT daha fazla saptandı. Çalışmamızın sonuçları her iki doğum şekli arasında doğum komplikasyon oranlarının benzer olması nedeniyle, TAK tanısı sonrası daha yüksek oranda sezaryen tercih edilmesini desteklememektedir.

Anahtar Kelimeler: Fetal komplikasyonları, gebelik komplikasyonları, Takayasu arterit



Şekil 1. Maternal ve fetal gebelik sonuçlarının sağlıklı Türk popülasyonu ile karşılaştırılması

CD: Canlı doğum, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, GHT: Gestasyonel hipertansiyon, IUGR: İntrauterin gelişim geriliği, IUÖ: İntrauterin ölüm, PRE: Preeklampsi, PRM: Prematürite, SA: Spontan abortus, STP: Sağlıklı Türk popülasyonu, TA: Terapatik abortus, TÖG: Takayasu öncesindeki gebelikler, TSG: Takayasu sonrasındaki gebelikler, YB: Yoğun bakım yatışı, YÖ: Yenidoğan ölümü

Tablo 1. Takayasu hastalarının klinik ve demografik özellikleri

Hasta, n	106
İnfertilite, n	6
Yaş, yıl, ort+SS	44,8+10,2
Hastalık süresi, yıl, medyan (ÇA)	7,5 (3-14)
Gebelik yaşı, yıl, medyan (ÇA)	25 (21-30)
Anjiyografik sınıf, n (%)	
Tip 1	46 (46)
Tip 2	10 (10)
Tip 3	2 (2)
Tip 4	4 (4)
Tip 5	38 (38)
Gebelikte immünoşüpresif tedavi, n (%)	
Glukokortikoid	26 (47,3)
csDMARD	26 (47,3)
bDMARD	7 (9,19)

Tablo 2. Takayasu hastalarının fetomaternal sonuçları

	TÖG	TSG	p
Gebelik, n (%)	214 (79,3)	56 (20,7)	-
Sezaryen doğum, n (%)	53 (24,8)	26 (46,4)	<0,001
Normal vajinal doğum, n (%)	123 (57,5)	10 (17,9)	<0,001
Gebelik komplikasyonları, n (%)			
Spontan abortus	23 (10,7)	9 (16,1)	0,272
Gestasyonel hipertansiyon	6 (2,8)	7 (12,5)	0,003
Preeklampsi	1 (0,5)	2 (3,6)	1,0
Fetal komplikasyonlar, n (%)			
Canlı doğum	174 (81,3)	33 (58,9)	0,001
Prematürite	27 (12,6)	12 (21,4)	0,095
İntrauterin gelişim geriliği	33 (10,7)	9 (16,1)	0,006
Yoğun bakım yatışı	14 (6,5)	7 (12,5)	0,138
İntrauterin ölüm	8 (3,7)	4 (7,1)	0,279
Yenidoğan ölümü	7 (3,3)	1 (1,8)	1,0
Doğum komplikasyonları, n (%)	Normal vajinal doğum 4 (3%)	Sezaryen doğum 2 (2,5%)	1,0
	İmmünoşüpresif kullanan gebeler	İmmünoşüpresif kullanmayan gebeler	
Gebelik komplikasyonları, n (%)	16 (41)	0 (0)	0,002
Fetal komplikasyonlar, n (%)	16 (41)	5 (31,3)	0,498

TÖG: Takayasu öncesindeki gebelikler, TSG: Takayasu sonrasındaki gebelikler

Gelişmiş b/ts DMARD kullanan 7053 enflamatuvar artrit hastasının 36.731 vizitinde rezidüel ağrı görülme sıklığı

Erdiç Ünalı, Mustafa Ekici, Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Buğru Bulat, Levent Kılıç, Ömer Karadağ, Ali Akdoğan, Şule Apraş Bilgen, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Umur Kalyoncu

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

Amaç: Enflamatuvar artrit hastalarında sentetik ve/veya gelişmiş DMARD tedavisi ile hastalık aktivitesi ve fonksiyonları kontrol altına alınmasına karşın belli bir hasta grubunda halen ağrı devam edebilmektedir. Bu ağrı “rezidüel ağrı” olarak adlandırılmaktadır. Bu ağrının artrit dışında başta fibromyalji olmak üzere birçok nedeni olabilir. Klinisyenlerin bu durum hakkında bilgi sahibi olması tedavi kararını belirlerken önemli olabilir. Bu çalışmada uzun süreli takip vizitleri olan hasta kohortunda remisyonda olan hasta popülasyonunda rezidüel ağrının sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastaların seçimi: HÜR-BİO kayıt sistemi 2005 yılında oluşturulmuş, RA, SpA ve PsA’da b/tsDMARD’ların kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. Ağustos 2024 itibarıyla 7,053 hasta kaydı yapılmıştır [2,633 (%37,3) RA, 3,731 (%52,9) SpA, 689 (%9,8) PsA]. Bu hastalara takiplerinde toplam 39,192 kontrol viziti yapılmıştır [13,590 (%34,7) RA, 21,642 (%55,2) SpA, 3,960 (%10,1) PsA]. Rezidüel ağrının belirlenmesi: Değerlendirme ölçeklerinde [hasta global değerlendirme (HGD)-VAS, DAS-28, BASDAI, HAQ-DI] remisyonda olmasına karşın ağrı-VAS skoru $\geq 4,0$ olan hastalar rezidüel ağrı olarak tanımlanmıştır. Remisyonda olmaları için HGD $\leq 2,0$, DAS-28 $\leq 2,6$, BASDAI ≤ 2 , HAQ-DI $\leq 0,5$ olması sınır değer olarak kabul edilmiştir. Analizler toplam vizit düzeyinde ve hasta düzeyinde ayrı ayrı yapılmıştır.

Bulgular: Genel değerlendirme: 7,053 hastanın ortalama yaşları 50,9 (13,8), %61,5’i kadındı. Ağrı VAS 36,492, HGD-VAS 36,731, HAQ-DI 25,763, BASDAI 23,845, DAS-28 15,698 defa kaydedilmiştir. Anket düzeyinde rezidüel ağrı (Tablo 1): HGD-VAS skoru 11,139/36,731 (%30,3) ankette ≤ 2 olarak saptandı. Bu anketlerin 1,392/11,139 (%12,5) rezidüel ağrı vardı. PsA’da RA ve SpA’ya göre daha sık rezidüel ağrı saptanmıştır (%17,3, %11,8 ve %12,1, $p < 0,001$). BASDAI skoru 8233/23845 (%34,5) ankette ≤ 2 olarak saptandı. Bu anketlerin 1,172/8,233 (%14,2) rezidüel ağrı vardı. PsA’da SpA’ya göre daha sık rezidüel ağrı saptanmıştır (%15,2’ye karşı %14,3, $p = 0,006$). HAQ-DI skoru 14212/25763 (%55,2) ankette 0,5 ve altındaydı. Bu anketlerin 6,487/14,212 (%45,6) rezidüel ağrı vardı. SpA’da PSA ve RA’ya göre daha sık rezidüel ağrı saptanmıştır (%49,2, %40,2 ve %39,7, $p < 0,001$). DAS-28 skoru 5,929/15,698 (%37,8) ankette 2,6 ve altındaydı. Bu anketlerin 2,273/5,929 (%38,4) rezidüel ağrı vardı. PsA’da ve RA’ya göre daha sık rezidüel ağrı saptanmıştır (%44,2’ye karşı %36,0, $p < 0,001$). Hasta düzeyinde rezidüel ağrı: En az bir vizitte rezidüel ağrısı olan hastalar değerlendirildi. BASDAI ≤ 2 olan 187 hastanın 75’inde (%40,1), DAS-28 skoru $\leq 2,6$ olan 148 hastanın 109’unda (%73,6), HGD ≤ 2 olan 214 hastanın 53’ünde (%24,8) rezidüel ağrı vardı.

Sonuç: Bu çalışmada enflamatuvar artrit hastalarında yaklaşık 36 bin ağrı-VAS skorunun değerlendirilmesinde rezidüel ağrı sıklığına bakılmıştır. Remisyonu belirleyen kritere göre farklılık göstermekle birlikte; ağrı-VAS anketine göre tüm enflamatuvar artrit grubunda %12,5-38,4 sıklıkla rezidüel ağrı saptanmıştır. Fonksiyonel açıdan bakıldığında bu oranın %45’lere çıktığı görülmektedir. Tüm enflamatuvar artrit hastalarında birbirine yakın oranlar olmakla birlikte PsA’da RA ve SpA’ya göre daha sık rezidüel ağrı vardır. Bu oranlar mevcut durumun hasta yönetiminde önemli olduğunu ve ağrıyı kontrol altına alırken artrit dışı nedenlerin de hesaba katılması gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Rezidüel ağrı, enflamatuvar artrit, remisyon, (HGD)-VAS, DAS-28, HAQ-DI

Tablo 1. Anket düzeyinde remisyon durumuna göre ağrı-VAS skorunun dağılımı

Ölçüm	Hastalık	Ağrı VAS skoru (0-10)											
		0	1	2	3	≥ 4 (rezidüel ağrı)	4	5	6	7	8	9	10
HGD ≤ 2	RA/SpA/PsA n=11,131 (%)	38,5	22,5	18,5	8,0	12,5	4,3	4,4	1,5	1,0	0,9	0,3	0,1
	RA n=3,084	44,1	18,9	18,4	6,8	11,7	3,7	4,8	1,4	0,8	0,7	0,3	0
	SpA n=7,021	36,3	24,5	18,7	8,4	12,2	4,5	3,9	1,5	1,0	0,9	0,3	0,1
	PsA n=1,026	36,0	19,8	17,9	9,1	17,3	4,9	6,5	2,2	1,8	1,2	0,5	0,2
HAQ $\leq 0,5$	RA/SpA/PSA n=14,202 (%)	23,6	9,3	10,9	10,6	45,6	9,3	14,5	6,7	6,6	5,3	2,3	1,0
	RA n=5,640	26,5	11,3	12,1	10,4	39,7	8,3	16,1	5,0	4,9	3,5	1,2	0,7
	SpA n=6,543	22,2	7,3	9,7	10,8	49,2	9,7	13,4	8,2	8,1	6,3	3,2	1,3
	PsA n=2,019	19,8	10,0	11,2	10,6	40,2	10,8	13,4	6,5	6,7	6,9	2,6	1,3
DAS-28 $\leq 2,6$	RA/PsA n=5,928 (%)	28,4	11,3	11,5	10,4	38,4	8,2	14,3	5,4	4,8	3,6	1,4	0,7
	RA n=4,262	30,7	11,5	11,7	10,0	36,0	7,4	15,3	4,8	4,1	2,8	1,0	0,6
	PsA n=1,666	22,7	10,7	11,0	11,2	44,2	10,4	11,7	6,9	6,4	5,7	2,2	0,9
BASDAI ≤ 2	SpA/PsA n=8,233 (%)	36,5	21,6	16,6	11,0	14,2	6,1	5,2	1,4	0,9	0,5	0,2	0,1
	SpA n=7,289	36,0	22,2	16,7	11,0	14,3	6,1	5,1	1,4	0,9	0,5	0,2	0,1
	PsA n=944	40,6	17,2	15,7	11,2	15,2	6,1	5,8	1,3	0,7	0,6	0,6	0,1

Kriterleri karşılamayan Behçet hastaları romatoloji rutininin bir gerçeğidir

Büşra Fırlatan¹, Ezgi Aysu Şahin Mavi², Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğru Bulat¹, Mustafa Ekici¹, Erdiç Ünalı¹, Güllü Sandal Uzun¹, Gizem Ayan¹, Zehra Özsoy¹, Şerife Aşya Germe¹, Bayram Farisoğulları¹, Emine Duran¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Emre Bilgin³, Berkan Armağan¹, Alper Sarı¹, Abdulsamet Erden¹, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, Umur Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Behçet hastalığı (BH) tanısı için patognomonik bir laboratuvar testi mevcut değildir, tanı klinik değerlendirmeye dayanmaktadır. BH için geliştirilmiş iki farklı sınıflama kriteri olmakla birlikte, özellikle referans merkezlerinde kriterleri karşılamayan ancak klinisyenin BH tanısı düşündüğü hastalar bulunmaktadır. Bu araştırmanın amacı; BH tanısı ile takip edilen hastaların, tanı anında ve hastalık süresince BH için oluşturulmuş olan iki farklı sınıflama kriterine göre değerlendirilmesi ve kriterleri sağlamayan ancak klinik olarak BH kabul edilen hastaların özelliklerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Hasta seçimi: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi veri tabanında BH tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu veri tabanında halen 1058 hasta olup, pediyatrik hastalar ve verisi eksik olan hastalar analize dahil edilmemiştir. Çalışmaya 01.01.2000-31.12.2023 tarihleri arasında en az bir defa değerlendirilmiş ve klinik verilerine eksiksiz ulaşılabilen 804 BH tanılı hasta alınmıştır. Değerlendirme: Hastaların hem tanı anında, hem de tüm takipler sırasındaki verileri kaydedilmiştir. Demografik özellikleri, semptom, tanı ve son ziyaret tarihleri, BH açısından aile öyküleri, sigara kullanıp kullanmadıkları, HLAB51 sonuçları, tanı anında ve hastalık süresince hastalık tutulumları ve almış oldukları

tedaviler kaydedilmiştir. Oral aft (OA), genital ülser (GÜ) (doktor tarafından görülen ve hasta beyanı), eritema nodosum (EN) (klinik ve/veya patolojik değerlendirme), papulopüstüler lezyon (PPL), göz doktoruna göre BH ile uyumlu değişiklikler, venöz/arteriyel/venöz+arteriyel tutulumlar ve yerleri, nörolojik (parankimal, parankimal dışı), gastrointestinal (GIS) (kolonoskopik/patolojik incelemeye göre) ve kas-iskelet sistemi tutulumları (akut-kronik artrit, yerleri, spondilit varlığı) ile paterji pozitifliği kaydedilmiştir. Tanı ve sınıflama kriteri: Tanıda altın standart olarak, hastayı takip eden doktor görüşü esas alınmıştır. Aynı zamanda tanı anında ve tüm takipte 1990 Uluslararası Çalışma Grubu (*International Study Group-İSG*) ve 2014 Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri'ne (*The International Criteria for Behçet Disease- ICBBD*) göre kriterleri sağlayıp sağlamadıkları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Genel özellikler: Çalışmaya 804 BH tanısı ile takipli hasta dahil edildi (Tablo 1). Hastaların ortalama tanı yaşları 28,9±10,4, %49,8'i erkekti. Hastalar ortalama 12,6±10,4 yıl takip edildiler. Tüm takipler sırasında BH bulgularının dağılımı şu şekildeydi; OA (%95,5), GÜ (%63,9), kutanöz tutulum (%57,6), göz tutulumu (%40,7), vasküler tutulum (%22), nörolojik tutulum (%11,8), GIS tutulumu (%2,6), kas-iskelet sistemi tutulumu (%19,3), paterji pozitifliği (%39) ve HLA-B51 pozitifliği (%66). Kriterleri sağlama oranları: Tanı sırasına İSG kriterlerini %52,6, ICBBD kriterlerini ise %81,0 hasta karşılamıştır. Takip sırasında ise İSG kriterlerini %59,0, ICBBD kriterlerini %84,7 hasta karşılamıştır. Tüm takipte ICBBD kriterini karşılayan ve karşılamayan hastalar dikkate alındığında; OA (%99,1'e karşı %75,6, p<0,001), GÜ (%75'e karşı %2,4, p<0,001), kutanöz tutulum (%59,5'e karşı %47,2, p=0,011), göz tutulumu (%46,1'e karşı 10,6, p<0,001), vasküler tutulum (%23,6'ya karşı %13, p=0,009) ve paterji pozitifliği (%44,2'ye karşı %13,8, p<0,001) olarak saptanmıştır.

Sonuç: BH tanısı doktor tarafından konulmuş hastaların farklı sınıflama kriterlerine göre %15-40'ı tüm takipleri sırasında kriterleri karşılamamaktadır. Öte yandan kriterleri karşılamasa da ciddi organ tutulumları hiç de nadir değildir; göz %10, vasküler %13, nörolojik %11. Yine kriterleri karşılamayan hastaların %38'i en az bir immünosüpresif tedavi kullanmıştır. Tüm bu sonuçlar BH'nin tanı ve tedavisinin halen deneyimli romatoloji uzmanları tarafından yürütülmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, İSG, ICBBD, sınıflama, kriter

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların özellikleri ile tanıda ve tüm takipte ICBD kriterlerine göre değerlendirilmesi

	Tanıda				Tüm takip süresince (ever)			
	Toplam (n=804)	ICBD (+) (n=651)	ICBD (-) (n=153)	p	Toplam (n=804)	ICBD (+) (n=681)	ICBD (-) (n=123)	p
Cinsiyet (K/E)	404/400	333/318	82/71	0,291	404/400	342/339	62/61	0,970
Tanı yaşı (yıl) (ort ± SS)	28,9±10,4	28,7±10	29,9±12,2	0,267	28,9±10,4	28,5±10	31±12,5	0,041
Oral aft (n, %)	762 (94,8)	646 (99,2)	116 (75,8)	<0,001	768 (95,5)	675 (99,1)	93 (75,6)	<0,001
Genital ülser (n, %)	504 (62,7)	500 (76,8)	4 (2,6)	<0,001	514 (63,9)	511 (75)	3 (2,4)	<0,001
Kutanöz tutulum (n, %)	409 (50,9)	341 (52,4)	68 (44,4)	0,077	463 (57,6)	405 (59,5)	58 (47,2)	0,011
Papulopüstüler lezyon	189 (23,5)	165 (25,3)	24 (15,7)		205 (25,5)	182 (26,7)	23 (18,7)	
Eritema nodosum	179 (22,3)	143 (22)	36 (23,5)		210 (26,1)	181 (26,6)	29 (23,6)	
PPL + EN	41 (5,1)	33 (5,1)	8 (5,2)		48 (6)	42 (6,2)	6 (4,9)	
Göz tutulumu (n,%)	280 (34,8)	261 (40,1)	19 (12,4)	<0,001	327 (40,7)	314 (46,1)	13 (10,6)	<0,001
Vasküler tutulum (n,%)	110 (13,7)	92 (14,1)	18 (11,8)	0,443	177 (22)	161 (23,6)	16 (13)	0,009
Venöz	66 (8,2)	59 (9,1)	7 (4,6)		103 (12,8)	99 (14,5)	4 (3,3)	
Arteriyel	23 (2,9)	17 (2,6)	6 (3,9)		36 (4,5)	31 (4,6)	5 (4,1)	
Venöz + arteriyel	7 (0,9)	4 (0,6)	3 (2)		19 (2,4)	14 (2,1)	5 (4,1)	
Tromboflebit	14 (1,7)	12 (1,8)	2 (1,3)		19 (2,4)	17 (2,5)	2 (1,6)	
Kardiyak tutulum (n, %)	5 (0,6)	4 (0,6)	1 (0,7)	1	8 (1)	8 (1,2)	0 (0)	0,616
Nörolojik tutulum (n, %)	46 (5,7)	31 (4,8)	15 (9,8)	0,016	95 (11,8)	82 (12)	13 (10,6)	0,642
Parankimal	25 (3,1)	14 (2,2)	11 (7,2)		62 (7,7)	51 (7,5)	11 (8,9)	
Sinus ven trombozu	21 (2,6)	17 (2,6)	4 (2,6)		33 (4,1)	31 (4,6)	2 (1,6)	
GIS tutulumu (n, %)	12 (1,5)	8 (1,2)	4 (2,6)	0,257	21 (2,6)	17 (2,5)	4 (3,3)	0,547
Kas-iskelet tutulumu (n, %)								
Artrit	110 (13,7)	85 (13,1)	25 (16,3)	0,288	126 (15,7)	104 (15,3)	22 (17,9)	0,463
Spondilit	13 (1,6)	9 (1,4)	4 (2,6)	0,285	29 (3,6)	27 (4)	2 (1,6)	0,293
*Paterji pozitifliği (n, %)	127 (40,2)	116 (47,4)	11 (15,5)	<0,001	131 (39)	123 (44,2)	8 (13,8)	<0,001
**HLAB51 pozitifliği (n,%)	-	-	-	-	223 (66)	172 (64,9)	51 (69,9)	0,429
Tedaviler (n, %)								
Kolşisin	707 (87,9)	590 (90,6)	117 (76,5)	<0,001	739 (91,9)	638 (93,7)	101 (76,5)	<0,001
Penisilin	111 (13,8)	89 (13,7)	22 (14,4)	0,841	157 (19,5)	131 (19,2)	26 (21,1)	0,635
Steroid	213 (26,5)	169 (26)	44 (28,8)	0,478	338 (42)	294 (43,2)	44 (35,8)	0,114
En az bir immünoşüpresif	306 (38,1)	255 (39,2)	51 (33,3)	0,164	458 (57)	411 (60,4)	47 (38,2)	<0,001
Azatiopurin	205 (25,5)	175 (26,9)	30 (19,6)	0,058	352 (43,8)	321 (47,1)	31 (25,2)	<0,001
Siklosporin	26 (3,2)	26 (4)	0 (0)	0,008	46 (5,7)	46 (6,8)	0 (0)	0,003
İnterferon	74 (9,2)	60 (9,2)	14 (9,2)	0,962	177 (22)	159 (23,3)	18 (13,6)	0,031
Siklofosamid	32 (3,9)	23 (3,5)	9 (5,9)	0,186	63 (7,8)	54 (7,9)	9 (7,3)	0,809
Anti-TNF	43 (5,3)	37 (5,7)	6 (3,9)	0,375	145 (18)	132 (19,4)	13 (10,6)	0,019
ISG kriter karşılama (n, %)	423 (52,6)	423 (65)	0 (0)	-	474 (59)	474 (69,6)	0 (0)	-
ICBD kriter karşılama (n, %)	651 (81)	651 (100)	N/A	-	681 (84,7)	681 (100)	N/A	-

N: 804 aksi belirtilmedikçe * tanıda (n=316); ever (n=336) ** ever (n=338), EN: Eritema nodosum, GIS: Gastrointestina, ICBD: Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri, ISG: Uluslararası Çalışma Grubu, PPL: Papulopüstüler lezyon, SS: Standart sapma

Erişkin IgA vaskülit nefritinde kısa ve uzun dönem renal sonuçlar, prognostik faktörler ve tedavi verileri: Prospektif gözlemsel kohort analizi

Fatih Yıldırım¹, Muhammet Emin Kutu², Yalkın Çalık², Gamze Akkuzu¹, Duygu Sevinç Özgür¹, Bilgin Karaalioğlu¹, Rabia Deniz¹, Gül Güzelant Özköse¹, Burak İnce¹, Kübra Kalkan¹, Cemal Bes¹

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

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

Amaç: İmmünglobulin A vaskülit nefritinin (IgAVN) erişkinlerde çocuklara göre daha kötü prognoza sahip olduğu bilinmektedir. Hastalıkta son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) oranı %11-27 arasında bildirilmiştir. IgAVN seyri, tedavi seçenekleri, prognostik faktörler açısından yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada prospektif izlenen erişkin IgAVN kohortu üzerinden hastalığın geniş bir perspektifle incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma prospektif gözlemsel kohort çalışması olarak tasarlandı ve histopatolojik ya da klinik olarak IgAVN tanısı almış 49 erişkin hasta ile yürütüldü. İzole immünglobulin A nefropatisi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Tedavi seçimleri klinisyenlerin kendi tercihlerine bırakıldı. Üçüncü ay renal remisyon: GFR >60, proteinüri <500 mg/gün, glukokortikoid dozu ≤10 mg/gün predizolon ve eşdeğeri, 12. ay renal remisyon: GFR >60, proteinüri <300 mg/gün ve glukokortikoid dozu ≤5 mg/gün predizolon ve eşdeğeri olarak tanımlandı. Takip sonu olumsuz renal Sonuçlar: Persistan proteinüri (>500 mg/gün), GFR<60, kalıcı diyaliz ihtiyacı, relaps hastalık ve IgAVN ilişkili ölüm olarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların %61'i erkekti ve ortalama yaş 49±2,3'tü. Ortalama takip süresi 21,5±8,5 aydı. Hastaların %22'sinde başvuruda patolojik renal bulgu yok iken takipte renal bulgular

gelişti, sonradan renal bulgu gelişenlerde başvuru-renal tutulum arası geçen süre medyan 30 (8-49) gündü. Hastaların %94'üne deri biyopsisi, %55'ine renal biyopsi yapıldı. Tüm hastalar değişken dozlarda glukokortikoid tedavi aldı, pulse steroid alan hasta oranı %53,1'di. En sık kullanılan steroid ayırıcı ilaç azatiyoprin (%51), takiben siklofosamid (%33) ve mikofenolat mofetildi (%33). Renal remisyon oranı 3. ayda %61 ve 12. ayda %86'ydı. Üçüncü ayda remisyonla girmeyen hastalarda nefrotik düzeyde proteinüri (NRP) (%48 vs. 0, p<0,001), hipoalbuminemi (%42,1 vs. %13,3, p=0,02) ve yüksek five factor skoru oranı (%63,2 vs. %13,3, p=0,044) daha fazlaydı. Birinci yılda remisyonla girmeyen hastalarda yine NRP oranı daha fazlaydı (%60 vs. %9,7, p<0,024) ve NRP varlığı 12. ay renal remisyon hedefi açısından negatif risk faktörüydü [olasılık oranı (OR): 0,071, %95 güven aralığı (CI): 0,008-0,613, p=0,016]. Total takip süresi sonunda hastaların yüzde 22'sinde istenmeyen renal sonuçlar vardı, NRP varlığı olumsuz renal sonuçlar açısından da negatif risk faktörü olarak göze çarpmaktaydı [OR: 17,18, %95 CI: 1,31-224,95, p=0,030]. SDBY oranı %2 ve mortalite oranı %4'tü (Tablo 1). Vaskülit hasar indeksi (VDI) hastalık/ tedavi ilişkili hasarın değerlendirilmesinde kullanıldı. VDI skoru yüksek olan hastaların total steroid maruziyeti anlamlı olarak daha yüksekti (2,8±1,3 gr vs. 4,4±1,8 gr, p=0,005). Hastaların %16'sında hastane yatışı gerektiren enfeksiyon gelişti. Enfeksiyon gelişen hastalar anlamlı olarak daha yaşlıydı (46 vs. 64,7, p=0,002) ve bu hastalarda akut böbrek yetmezliği oranı anlamlı olarak daha yüksekti (%62,5 vs. %2, p=0,03).

Sonuç: NRP varlığı hem uzun dönem renal remisyon hedefi hem de takip sonu olumsuz renal sonuçlar açısından bağımsız risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Çalışmada SDBY oranının daha önce yapılan çalışmalara göre daha düşük oranda saptanması, önceki çalışmalara göre daha yüksek oranda immünosüpresif kullanımıyla ilişkili olabilir. Yaşlı hastalarda yatış gerektiren enfeksiyon oranı daha yüksektir ve immünosüpresif tedavi belirlenirken dikkate alınmalıdır. VDI hastalık ve tedavi ilişkili hasarı değerlendirme konusunda faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: IgA vaskülit, nefrit, Henoch-Schönlein purpura

Tablo 1. Olumsuz renal sonuçlarla ilişkili faktörler ve multivariate analiz sonuçları

	Olumsuz renal sonuçlar (+) N=11	Olumsuz renal sonuçlar (-) N=38	P değeri	OR (95% CI)	P değeri
Yaş, >60 yıl, n/N (%)	6 (55)	8 (21)	0,014	1,32 (0,02-73,32)	0,892
Erkek, n/N (%)	5 (45)	25 (66)	0,414		
Bazal laboratuvar:					
CRP (mg/L), median (IQR)	22,8 (9,7-46,8)	40,8(6,5-121)	0,442		
ESR (mm/h), mean±SD	41,1 ±30,7	43,3±27,7	0,849		
GFR, median (IQR)	95 (70-115)	93 (80-110)	0,921		
Serum albümin (gr/dl), mean±SD	3,9±0,5	3,8±0,6	0,595		
BVAS skor, median (IQR)	10 (6-13,2)	12 (9-15)	0,212		
Five factor skor, >2, n/N (%)	4 (36)	3 (8)	0,025	0,60 (0,23-15,97)	0,764
SII, median (IQR)	689 (335-1110)	978 (516-2135)	0,489		
Bazal renal durum, n/N (%)					
Biopside kresent (+)	4/4 (100)	10/16 (62,5)	0,267		
Proteinüri (>500mg/gün)	9 (82)	19 (50)	0,030	3,52 (0,33-37,14)	0,294
Akut böbrek yetersizliği	2 (18)	4 (11)	0,588		
Nefrotik düzeyde proteinüri (>3,5 gr/day)	6 (55)	2 (5,2)	0,001	17,18 (1,31-224,95)	0,030
Diğer sistem tutulumu, n/N (%)					
Deri	9 (81)	37 (94,7)	0,566		
Eklemler	3 (27)	13 (34)	0,841		
Gastrointestinal	2 (18)	9 (24)	0,835		
Renal remiyon, n/N (%)					
3. ay	2 (18)	28 (71)	0,008	0,06 (0,01-2,42)	0,135
12. ay	4/8 (50)	27/28 (96,4)	0,005	0,06 (0,02-2,53)	0,144
Glukokortikoid dozu					
Pulse steroid (>250 mg/gün/MP), n/N (%)	7 (64)	19 (50)	0,229		
Total steroid maruziyet (gr/PR), mean±SD	4,4±1,8	2,8±1,3	0,006	2,49 (0,93-6,60)	0,067
İlk seçilen steroid ajanı, n/N (%)					
AZA	4 (36)	16 (42)	0,953		
CYC	4 (36)	11 (29)	0,470		
Komorbid hastalıklar, n/N (%)					
Hypertension	4 (36)	11 (29)	0,470		
Type 2 diyabetes mellitus	4 (36)	11 (29)	0,470		
Komorbid romatik hastalıklar, n/N (%)					
FMF	0 (0)	5 (13,1)	0,232		
AS	0 (0)	2 (5,2)	0,465		
Predispozisyon faktörleri, n/N (%)					
Yok	2 (18,1)	18 (47)	0,167		
Eufeksiyonlar	6 (55)	13 (34)	0,123		
İlaçlar	1 (9)	11 (29)	0,332		

IgAVN: İmmünooglobulin A vasculitis nefriti, SD: Standart Deviasyon, CRP: C-reactive protein, IQR: Inter-Quantile Range, ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı, GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı, SII: Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi, IgA: İmmünooglobulin A, BVAS: Birmingham vasculitis activity score, Fivefactor Medisyonozis Formu, AS: Ankilozan Spondilit, AZA: Azatiyopin, CYC: Siklofosfamid, M.P: Mükofenolat mofetil, MP: Metilprednizolon, PR: Prednizolon

Romatizmal etioloji nedeni ile böbrek nakli yapılan hastalarda greft ve sağkalım analizi; retrospektif bir olgu-kontrol çalışması

Vural Taner Yılmaz¹, Tahir Saygın Öğüt², Abdullah Kısaoğlu³, Hüseyin Koçak¹, Bülent Aydın³, Mert Ünal⁴, Veli Yazısız⁵

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Antalya

²Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

⁵Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Bu çalışma romatizmal hastalıklarda böbrek naklinin uzun dönem sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu çalışma retrospektif olgu-kontrol çalışmasıdır. 1994-2020 yılları arasında romatizmal hastalıkla ilişkili böbrek yetmezliği nedeniyle 187 hastaya böbrek nakli yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve takip süresi açısından eşleştirilmiş bir kontrol grubu (n=325) çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Romatizmal grupta böbrek nakline yol açan en yaygın renal patoloji AA amiloidozu idi. Gecikmiş greft fonksiyonu, akut rejeksiyon ve ölüm, romatizmal hastalığı olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Romatizmal hastalıklarda 1, 5, 10 ve 15 yıllık alıcı sağkalımı, kontrol grubuna göre anlamlı derecede kötüydü (Logrank: 0,046), buna karşın graft sağkalımları arasında fark yoktu (Logrank: 0,206). AA amiloidozunda 1, 5, 10 ve 15 yıllık alıcı sağkalımları, romatizmal hastalıkların glomerülo nefritine göre anlamlı derecede daha düşüktü (Logrank: 0,006). İleri alıcı yaşı ve graft kaybı, Cox regresyon analizinde ölüm için bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmada romatizmal hastalıklara bağlı böbrek nakli yapılan hastalarda gecikmiş greft fonksiyonu, akut rejeksiyon ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Romatizmal hastalıklarla ilişkili sekonder amiloidozu olan hastaların, uzun dönem böbrek nakli sonuçları daha kötü bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, romatizmal hastalık, amiloidozis, sağkalım

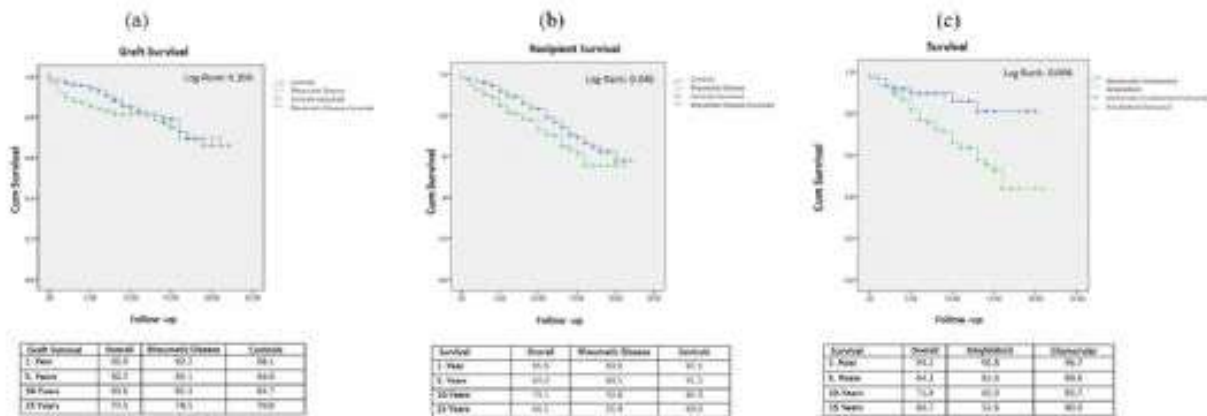
Tablo 1. Beş yüz on iki böbrek alıcısında SDBY

Romatizmal hastalık (n=187)	n	%	Olgu kontrol grubu	n	%
Sekonder amiloidozis	113	60,4	Diabetes mellitus	142	43,7
-AAA	94	50,2	Tip I	36	11,1
-Ankilozan spondilit	3	1,6	Tip II	106	32,6
-Diğerleri	16	8,6			
Sistemik lupus eritematozus	32	17,1	Hypertension	64	19,7
Sekonder glomerülo nefritler, diğer	14	7,5	Glomerulonephritis	82	25,2
Sistemik vaskülitler	9	4,8	MPGN	27	8,3
Good-pasture sendromu	7	3,7	MGN	9	2,8
Gut	7	3,7	FSGS	19	5,8
Romatoid artrit	3	1,6	IgA nefropatisi	27	8,3
AAA + alport hastalığı	2	1,1	Genetik hastalıklar	37	11,4

AA: Amiloidozis, FSGS: Fokal segmental glomerülosklerozis, AAA: Ailesel Akdeniz Ateşi, GN: Glomerülo nefrit, MPGN: Membranoproliferatif glomerülo nefrit, MGN: Membranöz glomerülo nefrit, SDBY: Son dönem böbrek yetmezliği, SLE: Sistemik lupus eritematozus

Tablo 2. Çalışma gruplarının demografik özellikleri ve klinik özellikleri

	Romatizmal hastalık (n=187)	Kontrol grubu	p
Cinsiyet (erkek), (n, %)	114 (%60,9)	224 (%68,9)	0,067
Yaş, yıl (ortalama ± SS)	37,1±12,4	38,2±11,1	0,280
Gecikmiş greft fonksiyonu, (n, %)	14 (%7,5)	10 (%3,1)	0,023
Akut rejeksiyon, (n, %)	46 (%24,6)	52 (%16,0)	
- T hücre aracılı	38 (%20,3)	45 (%13,8)	0,016
- Erken akut (ABMR)	1 (%0,5)	4 (%1,2)	
- Geç (AAMR)	2 (%1,0)	0 (-)	
- Kronik atif (ABMR)	5 (%2,7)	3 (%0,9)	
Kronik allograft disfonksiyonu, (n, %)	5 (%2,7)	16 (%4,9)	0,221
Malignite, (n, %)	-	10 (%3,1)	0,015
Graft kaybı, (n, %)	37 (%19,8)	54 (%16,6)	0,366
Ölüm, (n, %)	53 (%28,3)	67 (%20,6)	0,047



Şekil 1. Alıcı ve greft sağkalım analizi, (a) Romatizmal hastalıklarda ve kontrol grubunda greft sağkalımı, (b) Romatizmal hastalıklarda ve kontrol grubunda alıcı sağkalımı, (c) Romatizmal hastalıklarda alıcı sağkalımı (Sekonder amiloidoz vs. glom)

Ailesel Behçet hastalığının klinik özellikleri ve aile içi fenotipik benzerlikler

Kerem Abacar¹, Ayşe Elif Boncukcuoğlu², Rabia Deniz³, Burcu Ceren Uludoğan⁴, Dilara Kaş⁵, Elifnur Alkan⁵, Gamzenur Kaya⁵, Tuğçe Bozkurt⁶, Nazife Şule Yaşar Bilge⁴, Cemal Bes³, Timuçin Kaşifoğlu⁴, Dennis Mcgonagle⁷, Tülin Ergun⁸, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

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

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

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁶İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁷Kas-İskelet Hastalıkları Bölümü, NIHR Leeds Kas-iskelet Biyomedikal Araştırma Merkezi, Leeds Romatizmal ve Kas-İskelet Tıbbi Enstitüsü, Leeds Üniversitesi, Chapel Allerton Hastanesi, Leeds, İngiltere

⁸Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Fenotipik çeşitlilik özellikle Behçet hastalığında (BD) belirgindir. BD'deki fenotipik varyasyonların genetik temeli henüz yeterince açıklanamamıştır. Ailesel BD'nin yüksek sıklığına

dayanarak, bu çalışmada BD'nin çeşitli manifestasyonlarının ailesel kümelenmesini analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Türkiye'den üç adet üçüncü basamak romatoloji polikliniğinde BD ile takip edilen hastalar değerlendirildi. BD'li birinci veya ikinci derece akrabası olan ailesel grubun ve ailesel olmayan grubun demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı. Daha sonra, 5 yıl veya daha uzun süredir ailesel hastalık grubunda olan hastalar "indeks hasta" ve "birinci derece akraba hasta" olmak üzere ikiye ayrıldı ve bu iki grup arasında BD tezahürlerinin varlığı karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 864 BD hastası mevcuttu [ortalama yaş (SD): 47,9 (12) yıl, hastalık süresi (SD): 83,7 (65,3) ay] ve 251'inde (%29,1) ailede BD öyküsü vardı. Genital ülserler (p=0,002) ve papülopüstüler lezyonlar (p<0,001) ailesel grupta daha sık tespit edildi. Ayrıca ailesel grupta, indeks hasta ile birinci derece akraba hasta arasında eritema nodozum benzeri lezyon (r=0,398, p=0,016), paterji testi pozitifliği (r=0,561, p=0,002), periferik eklem tutulumu (r=0,563, p<0,001) ve vasküler tutulum (r=0,408, p=0,014) açısından istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar tespit edildi (Tablo 1).

Sonuç: Ailevi BD, sporadik BD'den farklı olabilir. Ek olarak, eritema nodozum benzeri lezyonlar, paterji testi pozitifliği ve vasküler ve eklem tutulumu ailevi kümelenme gösterme eğiliminde olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ailesel kümelenme, vaskülit

Tablo 1. Aile içindeki Behçet hastalığı belirtilerinin benzerlik analizi

	İndeks grupta bulunma sıklığı	Birinci derece akrabalarda bulunma sıklığı	Her iki grupta birlikte görülme sıklığı	Her iki grupta birlikte görülme ve birlikte olmama sıklığı	Olasılık oranı (%95 GA)*	r	p-değeri
Cinsiyet (erkek)	26 (72,2)	27 (75)	22 (61,1)	27 (75)	6,3 (1,3-31,1)	0,358	0,032
Oral aftöz ülserler	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)	-	-	-
Genital ülserler	28 (77,8)	33 (91,7)	26 (72,2)	27 (75)	1,9 (0,2-23,6)	0,081	0,64
Papulopüstüler lezyonlar	21 (58,3)	25 (69,4)	14 (38,9)	18 (50)	0,7 (0,2-3,1)	-0,071	0,679
Eritema nodosum benzeri lezyonlar	13 (36,1)	13 (36,1)	8 (22,2)	26 (72,2)	5,8 (1,3-25,6)	0,398	0,016
Paterji pozitifliği	18 (62,1)	18 (62,1)	15 (51,8)	23 (79,3)	13,3 (2,2-82)	0,561	0,002
Majör organ tutulumu	22 (61,1)	16 (44,4)	10 (27,8)	18 (50)	1, (0,3-4,3)	0,025	0,883
Üveit	8 (22,2)	7 (19,4)	3 (8,3)	27 (75)	3,6 (0,6-21,4)	0,244	0,152
Periferik eklem tutulumu	17 (47,2)	13 (36,1)	11 (30,6)	28 (77,8)	15,6 (2,7-91,6)	0,563	<0,001
Vasküler Behçet hastalığı	14 (38,9)	6 (16,7)	5 (13,9)	26 (72,2)	11,7 (1,2-114,6)	0,408	0,014
Nöro-Behçet	3 (8,3)	0 (0)	0 (0)	33 (91,7)	-	-	-
Entero-Behçet	3 (8,3)	5 (13,9)	0 (0)	28 (77,8)	-	0,121	0,482

Serum kalprotektininin büyük damar vaskülitli hastalarında klinik aktivite ile ilişkisi

Nilüfer Alpay Kanitez¹, Sıdar Çöpür², Ayşegül Avcu³, Fatma Alibaz³, Pınar Akyüz Dağlı⁴, Ahmet Omma⁴, Şükran Erten⁴, Duygu Sevinç Özgür⁵, Muhammed Emin Kutu⁶, Nagehan Dik Kutlu⁷, Yavuz Pehlivan⁷, Cemal Bes⁵, Haner Direskeneli³

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

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

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

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁷Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Büyük damar vaskülitleri (BDV) karakteristik olarak aort, pulmoner arter ve bu vasküler yapıların ana dallarında enflamasyon ile seyreden vaskülitlerdir. Takayasu arteriti (TA) ve dev hücreli arterit (DHA) klinik alt tipleridir. BDV hastalarının tanısı ve takibi büyük ölçüde anamnez, fizik muayene bulguları, non-spesifik laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerine dayanmaktadır. BDV hastalarının takibinde klinik pratikte en sık kullanılan laboratuvar parametreleri C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızıdır (ESH). S100A8 ve S100A9 proteinlerinin heterodimeri yapısından olan kalprotektin başta polimorfonükleer lökositler olmak üzere çok sayıda doğal bağışıklık sistemi hücrelerinin pro-enflamatuvar, pro-trombotik ve anti-mikrobiyal etkili sitoplazmik proteindir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda serum, idrar, sinovyal sıvı veya fekal örneklerden kalprotektin düzeyi ölçümünün enflamatuvar bağırsak hastalığı, sistemik lupus eritematozus, seronegatif spondilartropatiler ve çeşitli vaskülitler olmak üzere birçok otoimmün hastalıkta aktivite göstergesi olabileceği tespit edilmiştir. Benzer şekilde BDV ile takip edilen az sayıda hasta ile yapılan çalışmalarda serum kalprotektin ölçümünün hastalık aktivitesi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı serum kalprotektin düzeylerinin hastalık aktivitesi ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Yöntem: Çok merkezli ve kesitsel olarak tasarlanan çalışmamıza beş farklı tersiyer romatoloji kliniğinden takipli ACR 1990'a göre TA ve DHA tanısı koyulmuş hastalar dahil edildi. Koç Üniversitesi Etik Kurul onayı sonrasında hastalardan, Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arasındaki poliklinik ziyaretlerinde, yazılı ve sözlü onam alınarak serum örnekleri elde edildi. Uygun koşullarda toplanan ve transfer edilen serum örneklerinde kalprotektin ve "high sensitive" CRP çalışması için gerekli laboratuvar malzemesi temini "Siemens healthineers" firması tarafından sağlanarak örnekler Amerikan Hastanesi Laboratuvarlar'ında eş zamanlı çalışıldı. Önceden hazırlanan formlara hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bilgileri kaydedildi. Hastalık aktivitesi NIH kriterlerine ve hekim skorlaması ile değerlendirildi. Sonuçlar SPSS programına yüklenerek analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşı 47,2 (±18,5), 79'u (%87) kadın toplam 91 hasta dahil edildi. Hastaların tanılarına göre klinik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Hastaların 16'sı (%18) çalışma viziti sırasında aktif olarak değerlendirildi. Ortalama CRP değeri 9,19 (±14,8) mg/L ve kalprotektin değeri 1,89 (±1,97) µg/mL olarak hesaplandı. Hem aktif hem de inaktif olarak değerlendirilen hasta gruplarında CRP ve kalprotektin değeri birbirleri ile koreledi (p-değeri<0,05). Hastalık aktivitesi CRP düzeyleri ile korele iken (p=0,01) kalprotektin düzeyleri ile istatistiksel anlamlı bir korelasyon izlenmedi (p=0,50). Güncel tedavi protokollerine göre aktif olarak tosilizumab tedavisi almakta olan 15 hasta tespit edildi, sadece bir hasta klinik olarak aktif olarak değerlendirildiğinden ileri istatistiksel analiz yapılamadı. **Sonuç:** Çalışmamız şimdiye kadar yapılmış BDV'de kalprotektin çalışmaları içerisinde en fazla hasta sayısına sahip çalışmadır. Kalprotektin ve CRP düzeyleri arasında korelasyon izlenmişken tek başına klinik aktivite ile serum kalprotektin düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. NIH aktivite değerlendirmesinde CRP yüksekliği bir parametredir. Bu durum CRP sonucunun aktivite değerlendirmesinde daha etkili olmasını açıklayabilir. Aynı zamanda hekim değerlendirmesi için de CRP pozitifliği kuvvetli bir yönlendirici olabilir. Çalışmamızın bu ön sonuçları ile hastalık aktivitesi değerlendirmesinde serum kalprotektininin CRP'ye üstünlüğünden söz edemsek de hasta alımı ve alt grup analizlerimiz devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Büyük damar vaskülitli, Takayasu arteriti, dev hücreli arterit, serum kalprotektin

Behçet hastalığına bağlı pulmoner tutulumu olan hastaların BT pulmoner anjiyografi ve P-SPECT ile karşılaştırılması

Vişar Shehu¹, İlker İhtiyaroglu¹, Kerime Hatun Öngen², Şebnem Durmaz², Onur Erdem Şahin³, Sait Sağer³, Günay Can⁴, Emire Seyahi⁵

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, Romatoloji Yan Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromuna (BS) bağlı pulmoner arter tutulumu anevrizma ve veya son yıllarda sıklıkla gördüğümüz gibi *in situ* pulmoner arter tromboz şeklinde olabilir. Pulmoner arter tutulumunun tanı ve takibinde standart bir görüntüleme yöntemi yoktur. Bilgisayarlı tomografi ve nükleer tomografik yöntemler beraber kullanılmakta ancak uyumları, avantaj ve eksiklikleri iyi bilinmemektedir. Bu durum hem BS hem de tromboemboliye sebep olabilecek diğer hastalıklar için geçerlidir. SPECT-BT, yani tek foton emisyon tomografisi, gama ışınlarıyla gerçekleştirilen nükleer tomografik bir görüntüleme yöntemi olarak açıklanabilir. Pandemisi sonrasında sadece perfüzyon ile yapılan P/SPECT-BT yaygınlığı artmıştır. Bu yöntem daha az radyasyon kullanması ve KTEPH'yi göstermede V/Q SPECT-CT ile karşılaştırıldığında yüksek duyarlılık ve özgüllük göstermesi nedeniyle de cazip hale gelmiştir. Çalışmamızda, BS ilişkili pulmoner trombozu görüntülemeye pulmoner BT anjiyografi (PBTA) ve P/SPECT-BT yöntemlerini kıyasladık. Her iki yöntemin gözlemci içi ve arası uyumlarına baktık. Ayrıca, görüntülemeler sayesinde BS'in en sık tuttuğu damarları belirledik.

Yöntem: Yaklaşık 2 yıl süre zarfında (01/05/2022-01/03/2024) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Behçet Polikliniği'nden takipli pulmoner arter tutulumu olan ve yakın zaman aralıkları içinde PBTA ve P/SPECT-BT çekilen 80 (64E/16K) hasta alındı. Hastaların demografik ve klinik

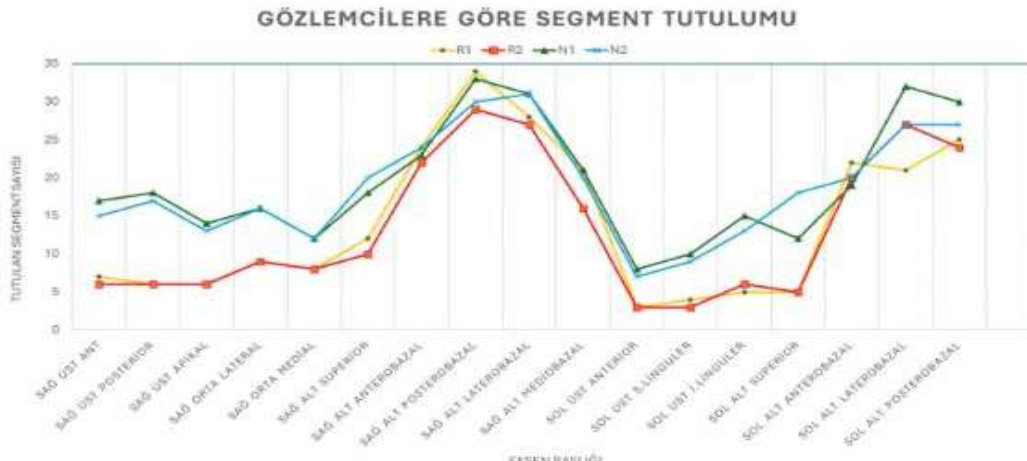
özellikleri ile veriler dosyalarından elde edildi. İki radyolog (R1ve R2) ve iki nükleer tıp uzmanı (N1 ve N2) tarafından görüntüler hasta tanılarına ve birbirlerine kör bir şekilde değerlendirildi. Tutulum bölgelerine göre iki görüntüleme yöntemi karşılaştırıldı. Gözlemci içi ve arası uyum Kohen kappa istatistiği ile hesaplandı.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 44 yıl, pulmoner arter ortaya çıkış yaşı ise medyan 31 yıldır (Tablo 1). Toplam 51 hasta (%64) akciğer semptomları açısından tamamen asemptomatikti; geri kalanlarda en sık nefes darlığı (n=18), öksürük (n=7) ve göğüs ağrısı (n=5) gözlenmişti. Çalışmadaki 80 hastanın 68'inde (%85) en az bir gözlemci tarafından trombüs ve/veya perfüzyon defekti saptandı. Altmış sekiz hastanın 52'sinde (%76,4) iki radyolog, 59'unda (%86,7) iki nükleer tıp uzmanı arasında görüş birliği vardı, sırasıyla (kappa=0,856 ve 0,933). Radyoloji ve nükleer tıp arasında ise uyum olan 49 hasta vardı (kappa=0,518). Görüntülemelerde en sık sağ akciğer (R1: %63,4, R2: %61,1, N1: %60,3, N2: %61,4) ve alt segmentlerin (R1: %78,5, R2: %78,6, N1: %62,9, N2: %63,2) tutulduğu gözlemlendi (Tablo 2). Tüm akciğer segmentleri göz önüne alındığında, radyologların kendi içlerindeki uyumu 0,856, nükleer tıp uzmanlarının kendi içlerindeki uyumu ise 0,933'tü (Tablo 2). Uyumsuzlukların en sık olduğu segmentler üst, uyumun en yüksek olduğu segmentler ise alt segmentler idi. Radyolojik görüntülemelerde toplam 305, nükleer tıp görüntülemelerinde ise toplam 369 farklı segmentte kronik trombotik değişiklik/perfüzyon defekti saptandı. Şekil 1'de gösterildiği gibi, tutulan tüm segmentler (n=1118) arasında en sık (%72) alt lob segmentler (%41 sağ alt, %31 sol alt) tutulmuştu. Sağ alt posterobazal (%11), sağ alt laterobazal (%10), sol alt posterobazal (%10) başlıca tutulan segmentlerdi. Üst segmentlerde toplam %20 oranında (sağ üst %12, sol üst %8) tutulum görülmüştü.

Sonuç: Nükleer tıp ve radyoloji uzmanları tarafından kör bir şekilde değerlendirilen sonuçlar, her iki yöntemin güvenilirliğini ve anatomik tutulumları karşılaştırmamıza olanak sağlamıştır. Kronik trombozu ve lokalizasyonu göstermede hem gözlemciler hem de iki görüntüleme yöntemi arasında anlamlı bir uyum gözlenmiştir. Ayrıca, P-SPECT-BT daha duyarlı olmak üzere, her iki görüntüleme yöntemi de distal trombüsleri göstermektedir. Çalışmamız, BS hastalarının tanı ve takibinde her iki yöntemin güvenli bir şekilde kullanılmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, pulmoner arter, BTPA, P/SPECT, KTEPH

Bilgilendirme: Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji, Radyoloji ve Nükleer Tıp hocaları ve öğretim üyeleri ile birlikte yapılmıştır.



Şekil 1. Gözlemciler (R1, R2, N1 ve N2) göre akciğer segment tutulumu

Tablo 1. Demografik ve klinik özellikler

	Toplam n=80	Erkek n=64	Kadın n=16	p
Güncel yaş medyan (ÇA), yıl	44 (36,25-48,75)	44 (36,0-47,5)	46 (39-54,5)	0,128
Pulmoner tutulum yaşı medyan (ÇA), yıl	31 (25-39,75)	30 (24-37)	36,5 (30,5-48,5)	0,019
Oral aft, n (%)	76 (95)	62 (96,9)	14 (87,5)	0,177
Genital ülser, n (%)	51 (63,7)	43 (67,2)	8 (50)	0,161
Eritema nodosum, n (%)	34 (42,5)	27 (42,2)	7 (43,8)	0,910
Papulo pustular lezyon, n (%)	21 (26,3)	17 (26,6)	4 (25)	0,587
Artrit/artralji, n (%)	20 (25,0)	12 (18,8)	8 (50)	0,015
İSG karşılama, n (%)	62 (77,5)	52 (81,3)	10 (62,5)	0,164
Üveit, n (%)	28 (35,0)	25 (39,1)	3 (18,8)	0,107
Pulmoner dışı vasküler tutulum, n (%)	61 (76,3)	54 (84,4)	7 (43,8)	0,002
Derin ven trombozu, n (%)	47 (58,8)	42 (65,6)	5 (31,3)	0,014
Yüzeyel tromboflebit, n (%)	19 (23,8)	19 (23,8)	1 (6,3)	0,057
Vena kava inferior trombozu, n (%)	15 (23,4)	15 (23,4)	0 (0)	0,024
Vena kava superior trombozu, n (%)	7 (8,8)	7 (10,9)	0 (0)	0,196
Gastrointestinal tutulum, n (%)	3 (3,8)	2 (3,1)	1 (6,3)	0,493
Pulmoner tutulum tipi				0,396
PAA (%)	12 (15,4)	11 (17,7)	1 (6,3)	
PAA+PAT (%)	18 (23,1)	15 (24,2)	3 (18,8)	
PAT (%)	48 (61,5)	36 (58,1)	12 (75)	

Tablo 2. Lokalizasyona göre tüm uyumlar

Akciğer anatomik lokalizasyon	R1-R2 kappa	N1-N2 kappa	R1-N1 kappa	
Her iki akciğer	0,856	0,933	0,518	
Sağ akciğer	0,795	0,889	0,550	
Sol akciğer	0,598	0,949	0,556	
Üst segmentler	0,754	0,925	0,230	
Orta segmentler	0,543	0,944	0,229	
Alt segmentler	0,646	0,921	0,621	
Sağ üst	0,804	0,892	0,234	
Sağ üst	Anterior	0,749	0,922	0,239
Sağ üst	Posterior	0,820	0,890	0,123
Sağ üst	Apikal	0,640	0,955	0,218
Sağ orta	Lateral	0,499	1,000	0,299
Sağ orta	Medial	0,583	1,000	0,181
Sağ alt		0,750	0,900	0,725
Sağ alt	Superior	0,895	0,862	0,512
Sağ alt	Anterobazal	0,573	0,789	0,548
Sağ alt	Posterobazal	0,817	0,922	0,615
Sağ alt	Laterobazal	0,640	0,947	0,544
Sağ alt	Mediobazal	0,545	0,967	0,483
Sol üst		0,463	0,918	0,323
Sol üst	Anterior	0,307	0,926	0,519
Sol üst	Superior linguler	0,552	0,821	0,033
Sol üst	İnferior linguler	0,317	0,914	0,117
Sol alt		0,594	0,950	0,575
Sol alt	Superior	0,147	0,817	0,290
Sol alt	Anterobazal	0,742	0,898	0,378
Sol alt	Laterobazal	0,527	0,866	0,420
Sol alt	Posterobazal	0,676	0,864	0,531

Cohen kappa analizi yapıldı

Standart tedaviye dirençli lupus nefritinde rituksimab: Tek merkezden etkililik ve güvenlilik verileri

Ömer Uludağ¹, Soner Altın², Gamze Kemeç², Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Bahar Artım Esen¹

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

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

Amaç: Çalışmamızda İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı sistemik lupus eritematozus (SLE) kohortundaki standart tedaviye dirençli lupus nefriti (LN) olgularının tedavi yanıtlarını, prognozlarını belirlemeyi ve ilaca bağlı güvenlilik verilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif analize renal biyopsi ile gösterilmiş proliferatif ± membranöz LN tanısı olan ve standart tedaviye (siklofosfamid ve/veya mikofenolat mofetil) direnç nedeni ile en az 1 kür (0-15. günlerde 1000 mg) rituksimab tedavisi alan 52 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri ile rituksimab tedavisinin 0, 3, 6, 12 ve 24. aylarındaki SLE hastalık aktivite indeksleri (SLEDAI-2K) ve laboratuvar verileri incelendi. Tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) CKD-EPI formülü kullanılarak hesaplandı. Renal yanıt, proteinürünün 3. ayda

%25, 6. ayda %50 azalması ve 12. ayda <0,7 gr/gün olması olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik, serolojik özellikleri ve rituksimab öncesi aldıkları tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir. Yirmi dört aylık takip süresinde 23 hasta 1 kür rituksimab alırken, 29 hastada 6. ay sonunda 2. kür ve 15 hastada 12. ay sonunda 3. kür uygulandı. Takip süresince medyan SLEDAI-2K skorunda, proteinürüde ve hematüri ile piyüri sıklığında azalma saptandı (Tablo 2). Renal yanıt oranı 3. ayda %64,5, 6. ayda %63,2 ve 12. ayda %65,3'tü. Yirmi dört aylık takipte 2 hastada 12. aydan itibaren son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişti. On dokuz hastada en az 1 advers olay gelişti. On dört hastada bakteriyel enfeksiyon (3'ünde hospitalizasyon), 7 hastada COVID enfeksiyonu (1'inde hospitalizasyon), 2 hastada herpes zoster ve 1'er hastada kızamık, sitomegalovirüs ve herpes simpleks enfeksiyonları not edildi. Enfeksiyon nedeni ile kaybedilen hasta olmadı. Ayrıca 7 hastada alerjik reaksiyon gelişirken bunların hiçbiri anafilaksi olarak kabul edilmedi.

Sonuç: Çalışmamızda standart tedaviye dirençli proliferatif ± membranöz LN olgularında rituksimab tedavisi ile 3. aydan itibaren %60'ın üzerinde renal yanıt izlendi. Yirmi dört aylık takipte genel hastalık aktivitesi ve renal parametrelerde belirgin düzelme izlendi ve sadece 2 hastada SDBY gelişti. Bu veriler enfektif komplikasyonlara dikkat edilerek uygulanan rituksimab tedavisinin dirençli lupus nefritinde etkili bir alternatif olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, rituksimab, anti-CD20, renal yanıt

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar özellikleri ve aldıkları tedaviler

	Hastalar (n=52)	Hastalar (n=52)
Tanı yaşı (yıl), medyan (ÇA)	21 (17,5-27)	Laboratuvar bulguları, n (%)
Hastalık süresi (yıl), ortalama ± SS	16,3±6,7	- ANA
Kadın, n (%)	48 (92,3)	- Anti-dsDNA
Klinik bulgular, n (%)		- Anti-Sm
Ateş	14 (26,9)	- Hipokomplementemi
Alopesi	19 (36,5)	- Lupus antikoagülanı
Akut kütanöz	36 (69,2)	- Antikardioliipin IgG
Subakut kütanöz	8 (15,4)	- Antikardioliipin IgM
Plevral efüzyon	7 (13,5)	- Anti-β2GPI IgG
Perikardiyal efüzyon	7 (13,5)	- Anti-β2GPI IgM
Perikardit	4 (7,7)	Önceki tedaviler, n (%)
Psikoz	3 (5,8)	- Hidroksiklorokin
Nöbet	3 (5,8)	- Glukokortikoid
Lökopeni	12 (23,1)	- Siklofosfamid
Otoimmün hemolitik anemi	8 (15,4)	- Mikofenolat mofetil
Trombositopeni	7 (13,5)	- Azatioprin
AFS	10 (19,2)	- Kalsinörin inhibitörü
Lupus nefriti	52 (100)	- Plazmaferez
Class III	5 (9,6)	- IVIG
Class IV	31 (59,6)	- ACEi/ARB
Class V	10 (19,2)	- Aspirin
Class III/IV + V	6 (11,5)	- Antikoagülan

Tablo 2. Takip süresince hastalık aktivitesi ve renal parametrelerdeki değişim

	Başlangıç	3. ay	6. ay	12. ay	24. ay
SLEDAI-2K, medyan (ÇA)	12 (8-16)	6 (4-12)	4 (2-8)	4 (0-6)	4 (0-6)
Proteinüri (gr/gün), medyan (ÇA)	1,86 (1-3)	1 (0,6-1,6)	0,77 (0,2-1,5)	0,28 (0,1-1,1)	0,25 (0,08-0,85)
Hematüri (≥5 RBC/hpf), n (%)	27 (51,9)	17 (32,7)	13 (25)	12 (%23,1)	7 (13,5)
Piyüri (≥5 WBC/hpf), n (%)	25 (48,1)	15 (%28,8)	12 (%23,1)	8 (%15,4)	6 (11,5)
eGFR (mL/dk), medyan (ÇA)	117 (84-128)	120 (79-126)	117 (88-125)	117 (90-124)	118 (86-122)

İdiyopatik rekürren perikardit ve COVID-19 pandemisi arasında ilişki

Shirkhan Amikishiyev¹, Yıldız Akbal¹, Burak Alkaç¹, Ayşenur Yılmaz², Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanç¹, Ahmet Gül¹

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

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

Amaç: İdiyopatik rekürren perikardit (IRP) nedeni bilinmeyen, IL-1 aracılı ve patogenezinde viral enfeksiyonların tetikleyici olabileceği düşünülen bir hastalıktır. Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) hiperenflamatuvar yanıtının da enflamazom ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmada merkezimizde COVID-19 pandemisi öncesinde ve pandemi döneminde izlenen IRP olgularının özellikleri karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir.

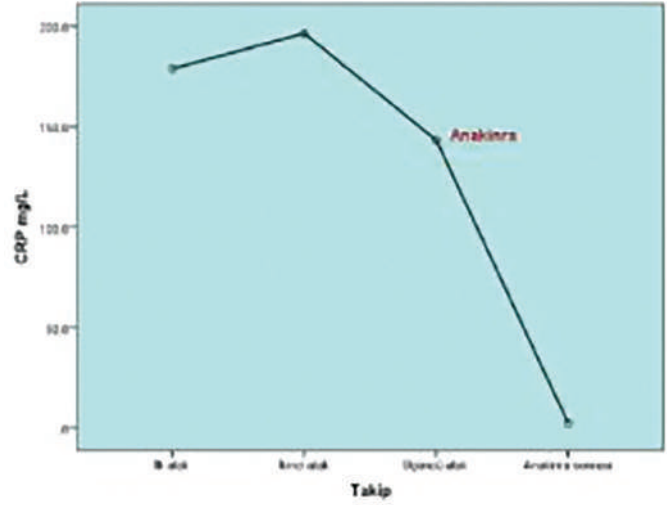
Yöntem: 2011-2024 yılları arasında IRP tanısıyla takip edilen hastaların özellikleri, COVID-19 enfeksiyon öyküsü ve aşılama bilgileri de dikkate alınarak retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: IRP tanısı konmuş 33 hastanın kayıtları (20 kadın, 13 erkek, tanı anında ortalama yaş 38,0±2,6) değerlendirilmeye alındı. Hastalık takip süresi ortalama 56,9±6,8 aydı. Tanı anında ateş (%36,4), göğüs ağrısı (%93,9), nefes darlığı (%48,5) temel bulgular olup 5 hastada perikard tamponadı bulguları tespit edilmişti. Hastaların tümünde atak sırasında akut faz değerleri yüksekti ve hepsi başlangıçta kolşisin almıştı. İlk atakta 8 hastada ve ikinci atakta 24 hastada yetersiz yanıt nedeniyle glukokortikoid ihtiyacı oldu. Hastaların 22'sine (%66,7) anakinra başlanmıştı ve bu sırada yaşadıkları 3. atak sebebiyle orta-yüksek doz glukokortikoid ihtiyaçları devam ediyordu. Hastaların tümünde anakinra tedavisi tam etkili oldu, bulgular ve CRP yanıtı düzeldi (Şekil 1) ve glukokortikoidler kesilebildi. Anakinra ilk ataktan ortalama 7,4±1,5 ay sonra başlanmıştı ve kullanım süresi ortalama 32,6±4,7 aydı. Sadece üç hastada gözlem döneminde anakinra tedavisi kesilebildi

ve 1 yıllık takipte alevlenme gözlenmedi. Anakinra ihtiyacı pandemi öncesinde 15 hastanın 4'ünde, pandemi döneminde ise 18 hastanın tamamında olmuştur (p=0,005). Pandemi döneminde tanı konan 15 hastada perikardit öncesi COVID-19 aşısı veya hastalığı öyküsü vardı. Özellikle 9 hastanın perikardit öncesinde COVID-19 hastalığı geçirdiği öğrenildi, altısında zamansal olarak bir ilişki varlığı kaydedildi. Bir erişkin ve bir pediyatrik hastanın bulguları COVID-19 ile ilişkili multisistemik enflamatuvar sendrom (MIS-A ve MIS-C) olarak değerlendirilmişti. Regresyon analizi sonucunda COVID-19 aşısı ve hastalık öyküsünün anakinra ihtiyacını 4,9 kat (%95 GA 1,6±14,8, p=0,004) artırdığı görüldü. IRP nedeniyle tedavi alanlarda COVID-19 aşısı veya hastalığıyla tekrarlayan atak görülmedi (Tablo 1).

Sonuç: Pandemi dönemindeki hastaların büyük kısmında IRP tanısı öncesi COVID-19 hastalığı veya aşısı öyküsünün bulunması ve hepsinde anakinra ihtiyacının olması, enflamasyon yanıtında ortak mekanizmaların katkısının olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik rekürren perikardit, COVID-19 hastalığı, anakinra



Şekil 1. Anakinra ihtiyacı olan hastaların CRP düzeyleri
CRP: C-reaktif protein

Tablo 1. COVID-19 pandemisi öncesi ve pandemi zamanında hastalar ve aşı, enfeksiyon öyküsü

	Pandemi öncesi	Pandemi öncesi	Pandemi zamanı
	Kolşisin	Anakinra	Anakinra
Erkek	5	2	6
Kadın	6	2	12
COVID-19 aşısı	4	3	12
COVID-19 hastalığı	3	2	10

COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019

İnterstisyel akciğer hastalığı olan primer Sjögren sendromu olgularının parotis ultrasonografi bulguları diğerlerinden farklı mı?

Tahir Saygın Ögüt¹, Mert Ünal², Funda Erbasan³, Mustafa Ender Terzioğlu³, Veli Yazısız³

¹Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Sjögren sendromu ekzokrin bezleri etkileyen kronik otoimmün bir hastalıktır. Multipl organ ve organ sistemlerini etkilese de klinik bulgular ekzokrin glandüler bulgular ve ekzaglandüler bulgular olmak üzere iki ana kategoride değerlendirilir. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) sık görülen ve morbite/mortalitesi yüksek olan ekzaglandüler bir tutulum tipidir. Biz bu çalışmada primer Sjögren sendromuna (pSS) İAH tutulumu eşlik eden ve etmeyen olguların klinik, laboratuvar, parotis bezi ultrasonografisi (PUSG) görüntülerini ve minör tükürük bezi histopatolojik özelliklerini karşılaştırdık.

Yöntem: Çalışmaya 2016 ACR-EULAR (Amerika Romatoloji Cemiyeti-Avrupa Romatizma Birliği) pSS sınıflandırma kriterlerini karşılayan 130 pSS hastası dahil edildi. pSS hastalarında İAH varlığı klinik bulgular, görüntüleme tetkikleri ve akciğer fonksiyon testleri kullanılarak karar verildi. Fonksiyonel testlere ek olarak bulunan olgularda minör tükürük bezi biyopsi bulguları kaydedildi. Tüm katılımcıların parotis bezi ultrasonografi taramaları yapıldı. PUSG parankim heterojenitesine dayalı OMERACT yarı kantitatif

puanlama sistemi (0-3) kullanılarak derecelendirildi. Veriler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için ise mutlak frekans ve yüzde olarak ifade edildi. Grupların kategorik verilerini karşılaştırmak için ki-kare testi veya Fisher'in kesin olasılık testi kullanılırken, sayısal (sürekli) değişkenleri karşılaştırmak için Student's t-testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 20'sinde (%15,4) İAH bulguları vardı. İAH erkek hastalarda daha sıkı (%20 vs. %1,9, p=0,005). İAH olan olguların yaş ortalaması 54,1±13,0 iken, İAH olmayan olgularda 49,4±11,4'tü (p=0,23). İAH görülen hastaların 14'ünde (%70) pSS pulmoner semptomlar ile başlangıç gösterirken, 6 hastada (%30) Sicca bulguları ile başlangıç göstermekteydi. İAH olan olgularda olmayanlara göre lökosit sayısı 1000/mm³ (8,62±1,76 vs. 6,05±1,79, p<0,001) ve nötrofil sayısı 1000/mm³ (5,64±1,37 vs. 3,43±1,32, p<0,001) yüksek saptandı. İAH olan ve olmayan hastaların PUSG görüntüleri OMERACT kriterlerine göre değerlendirildiğinde iki bez total skoru ≥2 görülme oranı İAH olmayan olgularda daha sıkı (sırasıyla %35 vs. %84,5, p=0,03). pSS hastalarının sağ ve sol PUSG görüntü OMERACT evreleri birbirleriyle tutarlıydı (Kappa değeri: 0,659, p<0,001). PUSG görüntüleri OMERACT total skoru ≥2 ve <2 olan hastaların minör tükürük bezi biyopsisi fokus skoru ≥1 olma oranı benzer saptandı (15/20 vs. 60/79, p=0,929).

Sonuç: İAH olan PSS hastaları, kuruluk semptomlarından ziyade akciğer semptomları ile prezente olurken, parotis ultrasonografisinde tutulum derecesi diğer hastalardan daha düşüktür. İAH olan olgular PSS hastalarının farklı bir alt grubunu temsil ediyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, glandüler bulgular, parotis ultrasonografisi, Sjögren sendromu, tükürük bezi biyopsisi

Tablo 1. Sjögren sendromu interstisyel akciğer hastalığı olan ve olmayan olguların temel karakteristik özellikleri

	İAH olanlar (n=20)	İAH olmayanlar (n=110)	p
Yaş, (ortalama ± SS)	59,9±11,2	56,3±12,3	0,10
Tanı yaşı, (ortalama ± SS)	54,1±13,0	49,4±11,4	0,23
Cinsiyet, (n, %)	4 (%20,0)	2 (%1,9)	0,005
Ro-52 pozitifliği, (n, %)	8 (%40,0)	55 (%50,0)	0,43
SS-A pozitifliği, (n, %)	6 (%30,0)	54 (%49,1)	0,10
SS-B pozitifliği, (n, %)	5 (%25,0)	23 (%20,1)	0,71
Hemoglobin, gr/dL (ortalama ± SS)	12,7±1,24	12,7±1,15	0,96
Lökosit, 1000/mm ³ (ortalama ± SS)	8,62±1,76	6,05±1,79	<0,001
Nötrofil, 1000/mm ³ (ortalama ± SS)	5,64±1,37	3,43±1,32	<0,001
Trombosit, 1000/mm ³ (ortalama ± SS)	288,5±62,4	246,4±63,9	0,08
Kompleman C3, (ortalama ± SS)	1,24±0,2	1,21±0,2	0,52
Kompleman C4, (ortalama ± SS)	0,24±0,06	0,23±0,09	0,48
C-reaktif protein, mg/L (ortalama ± SS)	7,9±11,6	3,2±3,7	0,01
Sedimentasyon hızı, mm/saat (ortalama ± SS)	17,2±8,9	18,3±9,4	0,63
Kullanılan ilaçlar, (n, %)			
- Azatiyopürin	2 (%10,0)	1 (%0,9)	
- Metotreksat	2 (%10,0)	5 (%4,5)	<0,001
- Mikofenolat mofetil	14 (%70,0)	3 (%2,7)	0,005
-Hidroksiklorokin	8 (%40,0)	75 (%72,1)	0,21
-Pilkarpin	0	11 (%10,0)	<0,001
- Glukortikoid	9 (%45,0)	7 (%6,4)	
Schirmer <5 mm, (n, %)	8 (%40,0)	26 (%23,6)	0,12
Fokus skoru ≥1, (n, %)	10/15 (%66,7)	65/84 (%77,4)	0,37
PG OMERACT ≥2 puan, (n, %)	7 (%35,0)	93 (%84,5)	0,03
PG OMERACT ≥3 puan, (n, %)	2 (%10,0)	32 (%29,1)	0,09

Tablo 2. Primer Sjögren sendromu olgularının sağ ve sol parotis bezi ultrasonografi OMERACT evrelerinin karşılaştırılması

	Sağ parotis grade 0	Sağ parotis grade 1	Sağ parotis grade 2	Sağ parotis grade 3	Toplam
Sol parotis grade 0	9	6	0	0	15
Sol parotis grade 1	9	72	1	0	82
Sol parotis grade 2	0	6	17	1	24
Sol parotis grade 3	0	1	0	8	9
Toplam	18	85	18	9	130

Kappa değeri: 0,659, p<0,001

SS-024

Miyozit spesifik antikor temelli IMACS malignite tarama önerilerinin maliyet projeksiyonu ve standart yöntemlerle karşılaştırılması

Reşit Yıldırım¹, Mesut Ajder¹, Burcu Uludoğan¹, Nilgün Kaşifoğlu², Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

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

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Enflamatuvar miyozitlerde artmış malignite riski pek çok çalışma ile gösterilmiş olup tanı ile beraber malignite taraması yapılmalıdır. Ancak malignite tarama yöntemlerine dair bir standart henüz yoktur. Uluslararası Miyozit Çalışma Grubu (IMACS), miyozit spesifik antikorların da (MSA) içerisinde bulunduğu bir tarama öneri seti tanımlamıştır. Bu çalışmada standart yöntemler ile yeni öneri seti arasındaki maliyet farkını analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı'nda enflamatuvar miyozit tanısı takip edilen ve son bir yıl içerisinde MSA paneli çalışılan hastalar içerisinde MSA paneli pozitif hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikler (yaş, cinsiyet), tanı, klinik bulgular, konvansiyonel tarama yöntemleri (bazal, 1. yıl, 2. yıl, 3. yıl), malignite gelişip gelişmediği ve bu zamanlardaki toplam maliyet verileri hesaplandı. Aynı hastalar IMACS malignite tarama önerilerine göre sınıflandırılarak (yüksek, orta ve düşük risk) bazal ve ilk üç yıl için IMACS öneri setine uyum ve maliyet hesabı projeksiyonu yapıldı. Maliyetlerin hesaplanma noktası, olası farklılıkların ve/veya sapmaların en az seviyede tutulabilmesi amacıyla hasta verilerinin toplandığı tarih temel alındı. Her iki grupta her dönem için maliyet toplamları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 24 hasta alındı. Hastaların medyan tanı yaşı 53,5 (18-72) yıl, medyan takip süresi 26 (2-228) ay olarak hesaplandı (hastaların genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir). Toplam 2 hastada malignite gelişmişti (seröz over ca ve serviks ca). IMACS risk kategorisine göre 16 hasta (%66,7) yüksek risk ve 8 hasta (%33,3) orta risk kategorisinde idi. Çalışmaya dahil edilen hastalardan malignite taraması tamamlananlar sırasıyla bazal (24: %100), birinci yıl (16: %66,6), ikinci yıl (10: %41,6) ve üçüncü yıl (8: %33,3) idi. IMACS öneri setine göre konvansiyonel tarama yaklaşımımızın uyumu Tablo 2'de verilmiştir. Konvansiyonel ve IMACS öneri seti karşılaştırıldığında; maliyet üstü ve altı hasta sayıları sırasıyla: bazal taramada (10 vs. 14), birinci yıl (11 vs. 5), ikinci yıl (7 vs. 3) ve üçüncü yılda (2 vs. 6) idi. IMACS öneri setinin

konvansiyonel tarama yaklaşımlarına nazaran toplam ve hasta başı maliyetlerinin daha düşük olduğu görüldü. Malignite tespit edilen hastalarda konvansiyonel yöntemler, IMACS öneri seti projeksiyonuna göre daha maliyetli idi (medyan: 17.828 vs. 3.567, TL). Her iki yaklaşım için toplam maliyet karşılaştırmaları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Sonuç: MSA paneli maliyetli olmakla beraber ülkemizde giderek kullanımı da artmaya başlamaktadır. İnflamatuvar miyozit tanılı hastalarda klinikler arası ve hasta bazlı kanser tarama farklılıkları göz ardı edilmemekle beraber, çalışmamız sonuçlarında konvansiyonel taramada, IMACS öneri setine göre yüksek riskli grupta taramanın daha az olduğu, öte yandan toplam ve hasta başı maliyetlerin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu öneri setinin malignite tespitinde etkinliğini (erken veya geç) tespit etmek için uzun dönem veriler gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar miyozit, malignite, konvansiyonel tarama, IMACS öneri seti, uyum, maliyet analizi

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların genel özellikleri

	n (%)
Demografik ve klinik veriler	24
Tanı yaşı, medyan (min-maks), yıl	53,5 (18-72)
Güncel yaş, medyan (min-maks), yıl	58 (32-83)
Cinsiyet, kadın	21 (87,5)
Toplam takip süresi, medyan (min-maks), ay	26 (2-228)
Tanılar	
Dermatomiyozit	12 (50)
Anti-sentetaz sendromu	10 (41,7)
İmmün aracı nekrotizan miyopati	2 (8,3)
Polimiyozit	-
Overlap miyozit	-
Miyozit spesifik antikor profili	
Jo-1	7 (29,2)
TIF-1 gamma	6 (25)
Mi-2	3 (12,5)
MDA-5	2 (8,3)
anti-SRP	2 (8,3)
anti-SAE	2 (8,3)
PL-7	1 (4,2)
PL-12	1 (4,2)
Malignite gelişimi	2 (8,3)
Tanı-malignite tespiti arası süre, medyan (min-maks), ay	21,5 (7-36)
IMACS risk kategorisi	
Yüksek risk	16 (66,7)
Orta risk	8 (33,3)

Tablo 2. Konvansiyonel tarama yaklaşımımızın IMACS tarama önerilerine göre uyumu

N (%)	CBC, KCFT,ESH, CRP				Serum elektroforez				İdrar tetkiki				Akciğer grafisi			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Zaman	16/16 (100)	12	7	7	5/16 (31,2)	0	0	0	16/16 (100)	12	7	7	16/16 (100)	12	7	7
Yüksek	8/8 (100)	-	-	-	0 (0)	-	-	-	8/8 (100)	-	-	-	8/8 (100)	-	-	-
Orta	Tümör markerları				BT(toraks, batın,pektik)				Pelvik/transvaginal US				PET- BT	Gastroskopi- kolonoskopi		
Yüksek	14/16 (87,5)				7/16 (44)				5/16 (31,2)				11/4	7/12		
Orta	6/8 (75)				1/8 (12,5)				2/6 (33,3)				-	0/5		

Tablo 3. IMACS öneri seti projeksiyonu ve konvansiyonel malignite tarama yöntemi maliyet karşılaştırması

Maliyet, TL	Taraması tamamlananlar	Konvansiyonel tarama yöntemi	IMACS öneri seti projeksiyonu
Bazal tarama, medyan	24 (100)	1647 (237 - 9811)	3336 (3020 - 3336)
Hasta başı maliyet		5236 TL/hasta başı	3296 TL/hasta başı
Birinci yıl, medyan	16 (66,6)	364 (124 - 8661)	154 (0 - 154)
Hasta başı maliyet		1422 TL/hasta başı	115,5 TL/hasta başı
İkinci yıl, medyan	10 (41,6)	218 (124 - 8448)	154 (0 - 154)
Hasta başı maliyet		1265 TL/hasta başı	107,8 TL/hasta başı
Üçüncü yıl, medyan	8 (33,3)	124 (124 - 586)	154 (0 - 154)
Hasta başı maliyet		205,5 TL/hasta başı	137,7 TL/hasta başı
Toplam, medyan		2310 (758 - 26171)	3409 (3020 - 3799)
Malignite tespitine kadar		17828 (9772 - 25884)	3567 (3336 - 3799)

Sistemik lupus eritematozusta subklinik ven enflamasyonu değerlendirme: Bir ultrasonografi ve biyomarker çalışması

Derya Yıldırım¹, Abdulsamet Erden², Nemat İbrahimkhanlı³, Mahinur Cerit³, İbrahim Vasi², Rahime Duran², Rıza Can Kardeş², Burcuğül Kaya², Berna Göker², Hamit Küçük², Mehmet Akif Öztürk², Abdurrahman Tufan²

¹Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

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

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Sistemik lupus eritematozus (SLE) çeşitli otoantikörler aracılığı ile multisistemik enflamasyon ve buna bağlı klinik belirtilerin görüldüğü bir otoimmün hastalıktır. SLE tanılı hastalarda vasküler tutulumlar, önde gelen morbidite ve mortalite arasındadır. SLE hastalarında, klinik aktivite, klinik anti-fosfolipid sendromu (AFAS) varlığı ve nefrit ile net bir tromboz ilişkisi gösterilmiştir. Subklinik venöz enflamasyon, venöz duvar kalınlığındaki (VWT) artış gibi morfolojik değişikliklerle kendini gösterebilir. Bu kalınlaşma, Behçet hastalığı ve VEXAS sendromu gibi trombotik eğilim gösteren enflamatuvar hastalıkların bir özelliğidir ve yaş, cinsiyet veya alınan tedavilerden bağımsız olarak enflamasyonun birincil rol oynadığını işaret eder. Ancak, tüm enflamatuvar

hastalıklarda VWT artışı gözlenmemektedir; bu durum, yalnızca belirli enflamatuvar koşulların bu ilişkiyi gösterdiğini işaret etmektedir. Çalışmamızın amacı, SLE de VWT artışı olup olmadığını belirlemek ve bunun tromboz biyomarkerları ve hastalık karakteristikleri ile ilişkisini değerlendirmektir. SLE tanılı hastalar onam gözetilerek çalışmaya dahil edildi ve AFA pozitifliğini ve AFAS varlığına göre alt gruplara ayrıldı. Çalışmaya katılan SLE hastalarının 20'si AFAS, 18'i ise AFA pozitifliği göstermekteydi, 30 SLE hastasında ise antikor pozitifliği yada AFAS yoktu. Bu gruplar, 20 sağlıklı birey ve 22 romatoid artrit (RA) hastası ile karşılaştırıldı. Tüm bu gruplarda portal ven, bilateral juguler ven, biletarel superfisyel ve ana femoral ven kalınlığı yanısıra P-selektin, human platelet derive faktör 15 (HDGF15), sitruline histon 3 (CH3) düzeyleri karşılaştırıldı. Sonuçlar, SLE hastalarında hem sağlıklı bireylere hem de RA hastalarına kıyasla VWT'nin anlamlı derecede arttığını göstermiştir (p<0,001). Bununla birlikte, AFAS hastalarının, AFAS olmayan SLE hastalarına göre daha kalın damar duvarlarına sahip olma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,5). Serum düzeylerinde değerlendirilen HDGF15, p-selektin ve CH3 biyobelirteçleri, özellikle damar duvar kalınlığı ile pozitif korelasyon göstermiştir. Ayrıca, bu biyobelirteçlerin, anti-beta-2 GPI IgG ve ACA antikorları ile de anlamlı pozitif bir korelasyonu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma, SLE hastalarında artmış damar duvar kalınlığının subklinik venöz enflamasyonu gösterebileceğini öne sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyobelirteçler, sistemik lupus eritematozus, VWT

Tablo 1. Damar duvar kalınlıklarının P-selektin, HDGF15, CH3 ve D-dimer düzeyleri ile korelasyon analizleri

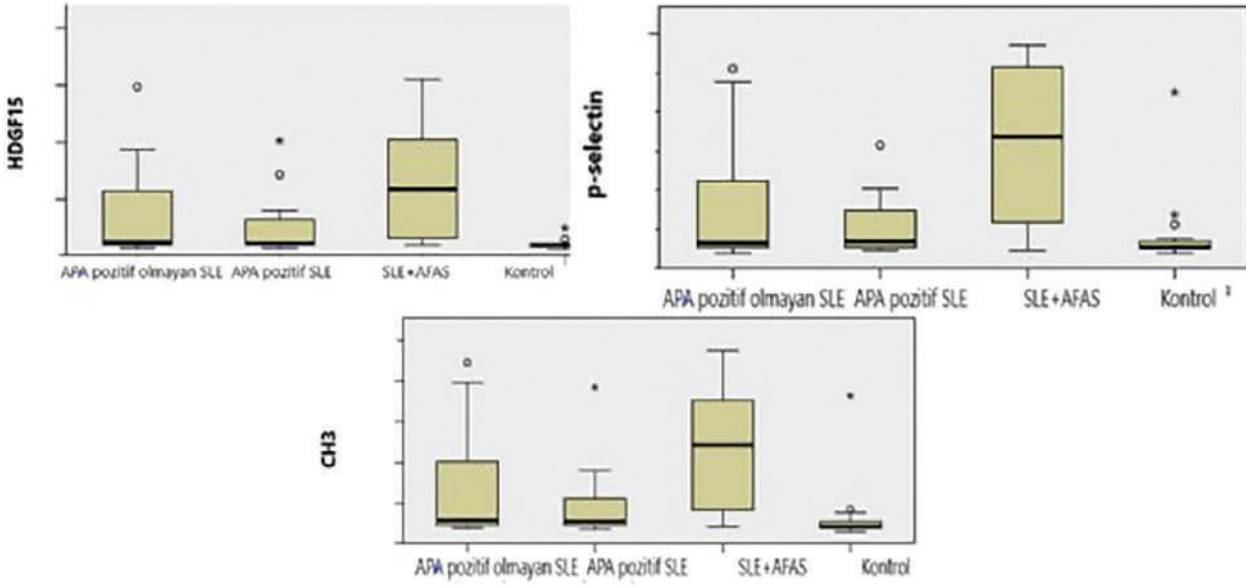
	HDGF-15	P-Selektin	CH3	D-dimer
Sağ CFV	R: 0,12, p=0,24	R: 0,76, p=0,4	R: 0,12, p=0,26	R: 0,11, p=0,9
Sol CFV	R: 0,2, p=0,05	R: 0,15, p=0,17	R: 0,21, p=0,05	R: 0,03, p=0,7
Sağ SFV	R: 0,21, p=0,04	R: 0,14, p=0,1	R: 0,19, p=0,08	R: 0,09, p=0,3
Sol SFV	R: 0,18, p=0,1	R: 0,07, p=0,5	R: 0,15, p=0,16	R: 0,05, p=0,63
Portal Ven	R: 0,27, p=0,01	R: 0,26, p=0,02	R: 0,23, p=0,04	R: 0,12, p=0,3
Sağ JV	R: 0,18, p=0,09	R: 0,04, p=0,7	R: 0,14, p=0,18	R: 0,06, p=0,9
Sol JV	R: 0,23, p=0,03	R: 0,1, p=0,3	R: 0,19, p=0,06	R: 0,21, p=0,8
Sağ FA	R: 0,06, p=0,5	R: 0,03, p=0,7	R: 0,03, p=0,7	R: 0,05, p=0,6
Sol FA	R: 0,06, p=0,59	R: 0,009, p=0,9	R: 0,03, p=0,7	R: 0,14, p=0,2

CFV: Common Femoral Ven, SFV: Superfisyel femoral ven, JV: Jugular ven, FA: Femoral arter, HDGF: Human derived growth factor, CH: Citrillunated histon

Tablo 2. Tüm gruplarda damar duvar kalınlıklarının karşılaştırılması

Common femoral ven						
Sağ	0,4-0,25	0,4-0,1	0,4-0,2	0,3-0,02	0,3-0,08	<0,001
Sol	0,4-0,17	0,4-0,2	0,4-0,2	0,3-0,13	0,3-0,08	<0,001
Yüzeyel femoral ven						
Sağ	0,4-0,2	0,3-0,1	0,4-0,2	0,2-0,1	0,3-0,1	<0,001
Sol	0,4-0,2	0,3-0,1	0,4-0,2	0,2-0,1	0,3-0,1	<0,001
Portal ven	1,35-0,2	1,2-0,2	1,2-0,3	0,9-0,2	1-0,3	<0,001
Juguler ven						
Sağ	0,3-0,1	0,3-0	0,3-0,1	0,2-0,1	0,2-0	<0,001
Sol	0,3-0,18	0,3-0	0,3-0,2	0,2-0	0,2-0	<0,001
Femoral arter						
Sağ	0,6-0,2	0,5-0,1	0,6-0,1	0,4-0,1	0,6-0,1	<0,001
Sol	0,6-0,2	0,5-0,2	0,6-0,1	0,5-0,1	0,45-0,1	<0,001

Tüm değerler medyan-IQR olarak ve cm olarak verilmiştir. AFA: Anti-fosfolipid antikor, AFAS: Anti-fosfolipid antikor sendromu, SLE: Sistemik lupus eritematozus, RA: Romatoid artrit. Tüm damar kalınlıkları RA ve kontrol gruplarında benzer ve SLE gruplarından daha ince olarak izlenmiştir



Şekil 1. Tüm gruplarda biyobelirteçlerin karşılaştırılması

SS-026

Erkek primer Sjögren sendomu hastalarında pulmoner tutulum daha ağır seyretmektedir

Zehra Özsoy¹, Berna Akıncı Özyürek², Tuğçe Şahin Özdemirel², Zeynep Öztürk¹, Kerem Ensarioğlu², Esmâ Sevil Akkurt², Hasret Yıldırım², Umut Kalyoncu³

¹Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

²Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Primer Sjögren sendromunda (pSS) pulmoner tutulum prevalansı %9-24 arasında olduğu tahmin edilse de; bilgisayarlı tomografilerde hastaların %75'inde subklinik anormalliklerin tespit edildiği gösterilmiştir. pSS her ne kadar kadın baskın bir hastalık olsa da erkek hastalarda pulmoner tutulum daha sıktır. Bizim çalışmamızda pulmoner hastalıklar açısından referans bir merkezde pSS'da pulmoner tutulumun özellikleri ve cinsiyete göre farklılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastaların seçimi: Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aralık 2023 tarihinden Ağustos 2024 tarihine kadar Göğüs Hastalıkları Kliniği'nden Romatoloji Kliniği'ne 847 hasta yönlendirildi. Bu hastaların 75'i 2016 ACR-EULAR kriterlerine göre Sjögren sendromu tanısını karşılamaktaydı ve çalışmaya dahil edildi. Sjögren sendromu değerlendirilmesi: Demografik özellikler, pSS aktivitesini belirlemek amacıyla ESSDAI yer alan parametreler not edilmiştir. Tüm hastalara Schirmer testi ve gerekli görülenlere tükürük bezi biyopsisi yapıldı. pSS ve akciğer tutulumu: ESSDAI skorundaki akciğer tutulumu bulguları not edildi. Hastaların başlangıç yüksek rezolüsyonlu toraks bilgisayarlı tomografileri 2 farklı göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirildi.

Hastaların akciğer tutulum paternleri NSIP, Fibrotik NSIP, OP, LIP, sınıflandırılmayan olarak kategorize edildi. BT'de tutulan bölge (alt, orta ve üst lob), yaygınlık (diffüz, iki lob), tutulum şekli (intertisyel izde belirginleşme, buzlu cam, mozaik perfüzyon, retiküler görünüm, bal peteği, interlobüler septal kalınlaşma, kist, traksiyon bronşiektazisi, konsolidasyon, nodül) not edilmiştir. SFT [64 (%85,3) hasta] ve diffüzyon kapasitesi (DLCO) [55 (%73,3) hasta] değerleri kayıt edildi. Hastaların akciğer tutulumu nedeniyle yeni başlanan veya kullanmakta oldukları immünosüpresif ilaçlar kaydedildi. Cinsiyete göre iki gruba ayrıldı ve klinik, laboratuvar, akciğer tutulum özellikleri yönünden karşılaştırıldı.

Bulgular: Genel özellikler: Hastaların 53'ü (%70,7) kadındı. Yaş medyan (min-maks) değeri 63 (46-81) idi. pSS hastalık süresi medyan (min-maks) değeri 7 (1-224) aydı. İAH hastalık süresi medyan (min-maks) değeri 8 (1-116) ay idi. Otuz sekiz (%50,7) hastada sigara öyküsü vardı. pSS bulguları: Yorgunluk (kadında %52,8, erkekte %22,7, genel %44, p=0,01), kilo kaybı (%28,0), artralji (%80,0), artrit (%24,0), myalji (%20,0), sabah tutukluğu (%69,3), kas tutulumu (%6,9), Raynaud fenomeni (%4,0), fotosensitivite (%25,3), periferik nöropati (%2,7), hematolojik tutulum (%26,7), schirmer pozitifliği (%93,3), kuru ağız (%72,0), kuru göz (%84,0), pozitif ANA (%97,3), SS-A (%64,0), SS-B (%34,7), SSA veya SS-B (%69,3), RF (%16). Minör tükürük bezi biyopsisi pozitifliği[kadında 32 (%60,4), erkekte 12 (%54,6), genel 44 (%84,6), p=0,557]. pSS ve akciğer bulguları: Hastaların 41'i (%54,7) [kadında 29 (%54,7), erkekte 12 (%54,6), p=0,989] semptomatikti. Erkeklerde sigara içiciliği daha fazlaydı (%77,3'e karşı %39,6, p=0,003). Alt loblar hastaların 3/4'ünde tutulmuşken %10'unda diffüz tutulum vardı. Erkeklerde üst lob tutulumu kadınlara göre daha sıktı (%31,8'e karşı %15,1, p=0,03). BT bulgularında bal peteği (%45,5'e karşı %18,9, p=0,018) ve traksiyon bronşiektazisi (%59,1'e karşı %26,4, p=0,007) erkeklerde daha sık görüldü. Buna paralel olarak fibrotik NSIP (%31,8'e karşı %9,4, p=0,01) erkeklerde daha sıktı. FVC ve DLCO değerleri erkeklerde daha düşük saptandı (Tablo 1).

Sonuç: Pulmonoloji açısından referans merkezlerde bağ dokusu

hastalıklarına bağlı akciğer tutulumu hiç nadir değildir. Normal popülasyonda pSS hastalarının %10'u veya azı erkek iken, bizim çalışmamızda akciğer tutulumu varlığında erkek cinsiyet %30'lara kadar çıkmaktadır ve daha fibrotik bir gidiş gözlenmektedir. Bu durum tedavi kararına da yansımıştır; glukokortikoid, MMF ve anti-fibrotik tedaviler erkeklerde daha sık tercih edilmiştir. pSS'de

akciğer tutulumunun erkek hastalarda daha dikkatli yönetilmesi uygun olur.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, intertisyel akciğer hastalığı, erkek cinsiyet

Tablo 1. pSS hastalarında cinsiyete göre akciğer tutulum özellikleri

	Tüm hasta grubu n (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	p
n	75 (100)	53 (70,7)	22 (29,3)	
Yaş	63 (46-81)	62 (51-81)	66,5 (46-79)	0,27
Sjögren hastalık süresi	7 (1-224)	7 (1-224)	10,5 (1-164)	0,86
İAH hastalık süresi	8 (1-116)	8 (1-116)	8 (2-104)	0,97
Sigara öyküsü	38 (50,7)	21 (39,6)	17 (77,3)	0,003
ESSDAI ortalama	19 (12-49)	20,00 (12-49)	19,00 (14-41)	0,477
ESSDAI-akciğer hariç ortalama	9 (2-34)	10,00 (2-34)	8,00 (4-26)	0,151
Pulmoner semptomatoloji				
-Persistan öksürük	28 (37,3)	19 (35,8)	9 (40,9)	0,68
-Nefes darlığı	36 (48)	26 (49,1)	10 (45,5)	0,77
-Öksürük veya nefes darlığı	41 (54,7)	32 (60,4)	12 (54,6)	0,98
Tutulan bölge				
- Alt lob	56 (74,7)	41 (77,4)	15 (68,2)	0,4
- Orta lob	9 (12)	9 (17)	0 (0)	0,09
- Üst lob	15 (20)	8 (15,1)	7 (31,8)	0,03
- Diffüz	8 (10,7)	5 (9,4)	3 (13,6)	0,6
- İki lob	10 (13,3)	7 (13,2)	3 (13,6)	0,96
Akciğer BT tutulumları				
- İntertisyel iz belirginleşme	55 (73,3)	38 (71,7)	17 (77,3)	0,62
- Buzlu cam	55 (73,3)	40 (75,5)	15 (68,2)	0,51
- Mozaik perfüzyon	16 (21,3)	11 (20,8)	5 (22,7)	0,84
- Retiküler görünüm	48 (64)	33 (62,3)	15 (68,2)	0,62
- Bal peteği	20 (26,7)	10 (18,9)	10 (45,5)	0,018
- İnterlobüler septal kalınlaşma	44 (58,7)	30 (56,6)	14 (63,6)	0,57
- Kist	6 (8)	3 (5,7)	3 (13,6)	0,24
- Traksiyon bronşektazisi	27 (36)	14 (26,4)	13 (59,1)	0,007
- Konsolidasyon	8 (10,7)	6 (11,3)	2 (9,1)	0,77
- Milimetrik nodül	21 (28)	15 (28,3)	6 (27,3)	0,92
BT göre tutulum paternleri				
- NSIP	26 (34,7)	18 (34)	8 (36,4)	0,84
- Fibrotik NSIP	12 (16)	5 (9,4)	7 (31,8)	0,01
- LIP	1 (1,3)	0 (0)	1 (4,5)	0,11
- OP	1 (1,3)	1 (1,9)	0 (0)	0,51
- Sınıflandırılmayan	35 (46,7)	29 (54,7)	6 (27,3)	0,03
Solumun fonksiyon testleri				
- FVC	85 (42-138)	92 (42-138)	79 (53-118)	0,02
- FVC %60-80	88 (23-128)	90 (38-128)	78 (23-105)	0,06
- DLCO	88 (23-128)	90,5 (38-128)	78 (23-105)	0,02
- DLCO %40-70	9 (12)	5 (9,4)	2 (9,1)	0,28
Tedaviler				
- Glukokortikoid	65 (86,7)	43 (81,1)	22 (100)	0,02
- Mikofenolat mofetil	27 (36,0)	15 (28,3)	12 (54,5)	0,03
- Azatioprin	26 (34,7)	18 (34,0)	8 (36,4)	0,84
- Hidroksiklorokin	64 (85,3)	45 (84,9)	19 (86,4)	0,87
- Anti-fibrotik	11 (14,7)	4 (7,5)	7 (31,8)	0,007

Veriler aksi belirtilmedikçe ortanca (min-maks) olarak verilmiştir

Otoimmün özellikler gösteren interstisyel pnömoninin tanı ve yönetimindeki zorluklar: Tek romatoloji merkezi deneyimi

Bilgin Karaalioglu¹, Fatih Yıldırım¹, Gamze Akkuzu¹, Duygu Sevinç Özgür¹, Rabia Deniz¹, Ramazan Eren², Mustafa Kaan Erener³, Erdoğan Çetinkaya², Cemal Bes¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç: Otoimmün özelliklere sahip interstisyel pnömoni (IPAF), interstisyel akciğer hastalığının (İAH) yakın zamanda tanımlanmış önemli nedenlerinden biridir. IPAF, bağ dokusu hastalıklarıyla idiyopatik interstisyel akciğer hastalığı arasında yer almakta olup, enflamasyon varlığını gösteren klinik, serolojik ve morfolojik bulgular göstermekte fakat bağ dokusu hastalığı kriterlerini tam olarak karşılamamaktadır. Bu çalışmayla, göğüs hastalıkları otoriteleri tarafından belirlenmiş bir sınıflama olan ancak romatizmal hastalıklarla ilişkili klinik ve/veya serolojik özellikler nedeniyle romatologların farkında olması gereken IPAF'ye dikkat çekmeyi amaçlıyoruz (Tablo 1).

Yöntem: Yeni tanı almış olan, göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilen ve romatoloji kliniğine yönlendirilen, 90 kadın (%41,8) ve 125 erkek (%58,2) olmak üzere, medyan yaşı 62 (IQR: 54-76) olan toplam 215 İAH hastası çalışmaya alındı. Tüm hastalar göğüs hastalıkları uzmanı ve romatolog tarafından anamnez, fizik muayene, kan testleri, solunum fonksiyon testleri, serolojik testler ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Romatologun değerlendirmesine göre, hastalar üç gruba ayrıldı: IPAF tanısı alanlar, otoimmün romatizmal hastalık tanısı alanlar ve bu iki grubun dışında kalan İAH (U-İAH) olarak sınıflandırılanlardı.

Bulgular: Doksan bir hastada (%42,3) IPAF tanısı aldı. IPAF tanısı alan hastaların 51'i kadın (%56) ve 40'ı erkek (%44) olup, medyan yaşı 65 (57-71) idi. IPAF'li hastalarda en yaygın ekstrapulmoner semptom artraljiydi (26 hasta, %28,6). En sık serolojik bulgu olarak antinükleer antikor (ANA) pozitifliği saptandı (41 hasta, %45). IPAF hastalarının 77'sinde (%84,6) non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) paterni gözlemlendi. IPAF hastaları ile diğer U-İAH grubu karşılaştırıldığında, kadın cinsiyet IPAF'li hastaların lehine

anlamlı bir fark gösterdi ($p<0,001$). İki yüz on beş hastanın 18'i (%8,37) spesifik romatolojik hastalık tanısı aldı (%2,3 romatoid artrit, %1,9 Sjögren sendromu, %2,3 mikroskopik polianjiit, %0,9 sistemik skleroz, %0,5 granülomatoz polianjiit, %0,5 sistemik lupus eritematozus) (Tablo 2).

Sonuç: İAH etiyojisini araştırırken, romatizmal hastalıklar hakkında sorgulama yapmak ve ilgili testleri istemek gereklidir. Bu noktada, hastaların bir romatolog tarafından değerlendirilmesi son derece önemlidir. IPAF, İAH etiyojisinde önemli nedenlerden biridir. IPAF'nin tanı, tedavi ve takibi hala zorluklar içermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, otoantikor, otoimmün özelliklere sahip interstisyel pnömoni, otoimmün romatizmal hastalıklar

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun klinik ve demografik özellikleri

Özellikler	n=215
Yaş, medyan (IQR), yıl	62 (54-76)
Cinsiyet	
Kadın, n/N (%)	90 (42)
Erkek, n/N (%)	125 (58)
Sigara içme durumu	
Hiç içmemiş, n/N (%)	118 (54,9)
İçiyor, n/N (%)	62 (28,8)
Bırakmış, n/N (%)	35 (16,3)
Semptomlar ve bulgular	
Öksürük, n/N (%)	140 (64,1)
Dispne, n/N (%)	182 (84,7)
Çomak parmak, n/N (%)	45 (20,9)
Deri sertliği, n/N (%)	5 (2,3)
Artralji, n/N (%)	51 (23,7)
Artrit, n/N (%)	11 (5,1)
Puffy hand, n/N (%)	3 (1,4)
Raynaud fenomeni, n/N (%)	6 (2,8)
Malar rash, n/N (%)	1 (0,5)
Vaskülitik lezyon, n/N (%)	0 (0)
Makinist eli, n/N (%)	2 (0,9)
İlk semptomların süresi, medyan (min-maks), ay	12 (0-156)
HRCT bulguları	
UIP, n/N (%)	37 (17,2)
NSIP	
Sellüler, n/N (%)	80 (37,2)
Fibrotik, n/N (%)	75 (33,4)
LIP, n/N (%)	8 (3,7)
LIP + cNSIP, n/N (%)	3 (1,3)
OP, n/N (%)	10 (4,6)
OP+ cNSIP, n/N (%)	4 (1,8)
Plevral kalınlaşma, n/N (%)	3 (1,4)

UIP: Usual interstisyel pnömoni, NSIP: Non-spesifik interstisyel pnömoni (c: hücreli, f: fibrotik), LIP: Lenfositik interstisyel pnömoni, OP: Organize pnömoni, HRCT: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi

Tablo 2. IPAF tanısı alan hastaların klinik ve demografik özellikleri

Özellikler	n=91
Yaş, medyan (IQR), yıl	65 (57-71)
Cinsiyet	
Kadın, n/N (%)	51 (56)
Erkek, n/N (%)	40 (44)
Sigara içme durumu	
Hiç içmemiş, n/N (%)	52 (57,1)
İçiyor, n/N (%)	27 (29,7)
Bırakmış, n/N (%)	12 (13,2)
Semptom ve bulgular	
Öksürük, n/N (%)	57 (62,6)
Dispne, n/N (%)	79 (86,8)
Comak parmak, n/N (%)	17 (18,7)
Deri sertliği, n/N (%)	1 (0,01)
Artralji, n/N (%)	26 (28,6)
Artrit, n/N (%)	5 (5,5)
Puffy hand, n/N (%)	3 (3,3)
Raynoud fenomeni, n/N (%)	5 (5,5)
Malar rash, n/N (%)	0 (0)
Vaskülitik lezyon, n/N (%)	0 (0)
Distal digital ülser n/N (%)	0 (0)
Makinist eli, n/N (%)	1 (1,1)
Başlangıç semptomunun süresi medyan (IQR), ay	9 (6-36)
Seroloji*	
ANA	41 (45)
Romatoid faktör (≥2x normalin üst limiti)	22 (24,1)
Anti_CCP	6 (6,5)
SS-A	20 (22)
SS-B	4 (4,3)
Anti-SM	3 (3,2)
AntiSM/RNP	4 (4,3)
Anti sentromer	5 (4,4)
Anti Scl-70	9 (9,8)
Pm-Scl	11 (12)
Anti-Jo1	10 (10,9)
Anti-ds DNA	0 (0)
HRCT bulguları	
NSIP	
Sellular, n/N (%)	42 (46,1)
Fibrotik, n/N (%)	35 (38,4)
LIP, n/N (%)	2 (2,1)
LIP + cNSIP, n/N (%)	3 (3,2)
OP, n/N (%)	4 (4,3)
OP+ cNSIP, n/N (%)	4 (4,3)
Plevral kalınlaşma n/N (%)	3 (3,2)
Tedavi	
Tedavi edilen n/N (%), n/Nt (%)**	49 (54)
Glukokortikoid	46 (93,8)
Mikofenolat mofetil	32 (65)
Azatiopirin	3 (6)
Siklofosfamid	1 (2)
Pirfenidon	3 (6)
Nintedanib	3 (6)
Tedavi edilmeyen, n/N (%)	42 (46)
Tedavi alan hastaların serolojisi n/Nt (%)** (49 hasta)	
ANA	25 (51)
RF	17 (34,6)
Anti_CCP	5 (10,2)
SS-A	15 (30,6)
SS-B	2 (4)
Anti-SM	2 (4)
AntiSM/RNP	2 (4)
Anti sentromer	2 (4)
Anti Scl-70	4 (8,1)
Pm-Scl	7 (14,2)
Anti-Jo1	4 (8,1)
Anti-ds DNA	0 (0)

* Bazı hastalarda birden fazla serolojik bulgu vardı. IPAF Sınıflama Kriterleri kullanıldı.

** n/Nt (%) 49 hastanın tedavi edildiği dikkate alınarak hesaplanmıştır. HRCT: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, IPAF: Otoimmün özellikleri olan interstisyel pnömoni, NSIP: Non-spesifik interstisyel pnömoni (c: hücresel, f: fibrotik), LIP: Lenfositik interstisyel pnömoni, OP: Organize pnömoni RA: Romatoid artrit, MPA: Mikroskopik polianjitis, GPA: Granülomatöz polianjitis, LIP: Lenfositik interstisyel pnömoni, SLE: Sistemik lupus eritematozus, ANA: Antinükleer antikor, RF: Romatoid faktör

SS-028**AA amiloidozda kardiyak tutulumun değerlendirilmesi ve biyokimyasal belirteçlerin kardiyak tutulumu belirlemedeki yeri: Retrospektif gözlemsel çalışma**

Murat Bektaş¹, Nevzat Koca², Besim Fazıl Ağargün³, Burak İnce², Yasemin Yalçınkaya², Bahar Artım Esen², Murat İnanç², Ahmet Gül²

¹İstanbul Aydın Üniversitesi, Medical Park Florya Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

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

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

Amaç: Geleneksel olarak AA amiloidozda (AA-a) kalp tutulumunun nadir olarak görüldüğü kabul edilse de, son zamanlarda kalp tutulumunun sanıldığı kadar nadir olmadığı bildirilmektedir. Bu çalışmamızda AA-a hastalarında kardiyak tutulumunun varlığını ekokardiyografik (EKO) yöntemle belirlemeyi ve biyokimyasal belirteçlerin kalp tutulumu göstermedeki yerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Kalp-dışı organ biyopsileriyle doğrulanmış AA-a tanılı hastalarda yapılmış olan EKO bulguları, biyokimyasal belirteçler (troponin ve pro-BNP) ve diğer klinik ve laboratuvar parametreleri geriye dönük olarak incelendi. Hastalar EKO bulgularına göre üç grup altında incelendi. Grup 1: Septum kalınlığı (SK) >12 mm olanlar, Grup 2: SK >12 mm ve granüler ekojenite varlığı, Grup 3: SK >12 mm ve granüler ekojenite ve/veya sol ventrikül diyastolik disfonksiyon (SVDD) varlığı olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya EKO sonucu olan 102 hasta (%55 erkek) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 45,9±12,5 yıl, ortalama amiloidoz süresi 16,7±7,7 yıl, amiloidoz tanı yaşı 35,3±15,4 idi. Hastaların %79'u Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) ilişkili AA-a idi (AAA-a). Grup 1'de 35 (%34), Grup 2'de 21 (%21), Grup 3'te ise 29/97 (%30) hasta saptandı (Tablo 1). Üç grupta da kardiyak tutulumu olan hastaların başlangıç GFR'leri olmayanlara göre düşük, kreatinin düzeyleri ise yüksek saptandı. Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) sıklığı üç grupta da kardiyak tutulum olanlarda daha fazlaydı. *MEFV* geninde iki adet ekzon 10 mutasyonu sıklığı üç grupta da kardiyak tutulumu olanlarda daha düşüktü. Troponin düzeyleri her üç grupta da kardiyak tutulumu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti, pro-BNP düzeyleri yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa erişmedi. Mortalite her üç grupta da kardiyak tutulumu olanlarda yüksek olma eğilimindeydi. Kardiyak tutulumu öngördürmede, troponin ≥36,5 pg/mL Grup 1 için eğri altı alan (EAA) 0,682 (p=0,023, %95 GA 0,54-0,83) ve duyarlılık %71,4, özgüllük %68,6 idi. Grup 2 için EAA 0,719 (p=0,025, %95 GA 0,54-0,83) ve duyarlılık %81,8, özgüllük %62,2; Grup 3 için EAA 0,672 (p=0,038, %95 GA 0,53-0,82), duyarlılık %68,4, özgüllük %66,7 olarak bulundu. Pro-BNP düzeyleriyle üç grupta da anlamlı kestirim değeri saptanmadı. Mortalite gelişimi için troponin ≥51,5 pg/mL için EAA 0,809, p=0,004, %95 GA 0,69-0,93, %77,8 duyarlılık ve %72,3 özgüllükle, pro-BNP ≥5885 pg/mL için EAA 0,802, p=0,026, %95 GA 0,63-0,97, %80 duyarlılık ve %79 özgüllükle, SK ≥11,5 mm için EAA 0,734, p=0,009, %95 GA 0,61-0,86, %75 duyarlılık ve %56 özgüllükle bir tahmin yapmaya yardım edebiliyordu.

Sonuç: Çalışmamızda AA-a hastalarında kardiyak tutulumun sıklığı inceleme yöntemine bağlı olarak değişmekle birlikte, önemli oranda hastada kardiyak tutulumun geliştiği ve troponin gibi biyokimyasal belirteçlerin kalp tutulumu tanımına uyan hastalarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca kardiyak belirteçleri yüksek hastalarda mortalitenin daha yüksek olduğu görülmüştür.

AA-a hastalarının kardiyak tutulum açısından taranması mortaliteyi öngörmeye önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: AA amiloidoz, Ailevi Akdeniz Ateşi, kardiyak tutulum, pro-BNP, troponin

Tablo 1. AA amiloidoz hastalarında kardiyak tutulumunun değişik tanımlarına göre klinik ve laboratuvar parametrelerin tek değişkenli analizi

Değişkenler	Grup 1			Grup 2			Grup 3		
	Hayır (n=67)	Evet (n=35)	p (olasılık oranı)	Hayır (n=81)	Evet (n=21)	p (olasılık oranı)	Hayır (n=68)	Evet (n=29)	p (olasılık oranı)
Yaş, yıl, ort ± SS	43,9±12,5	49,8±11,7	0,02	45,3±13	48,2±10,8	0,3	44,1±12,5	50,1±11,7	0,03
Cinsiyet, erkek, n (%)	38 (56,7)	18 (51,4)	0,6	43 (53)	13 (62)	0,5	39 (57,4)	15 (52)	0,6
Kreatinin (başlangıç), mg/dL, medyan (ÇA)	0,8 (0,5)	1,05 (0,9)	0,04	0,8 (0,5)	1,5 (1,8)	0,012	0,8 (0,5)	1,05 (0,9)	0,024
Troponin, pg/mL, medyan (ÇA)	25 (44)	55 (86)	0,023	28 (49)	90 (82)	0,025	25,5 (48)	72 (105)	0,04
pro-BNP, pg/mL, medyan (ÇA)	636,5 (4557)	1,978 (12591)	0,085	698 (5,595)	1,978 (25084)	0,2	649 (5,086)	1,978 (14,004)	0,08
MEFV sayısı (2), n (%)	42/46 (91,3)	16/21 (76,2)	0,09	49/54 (91)	9/13 (69)	0,04 (4,2)	42/46 (91,3)	12/17 (70,6)	0,04 (4,4)
M694V homozigot, n (%)	33/45 (73,3)	12/20 (60)	0,3	36/52 (69)	9/13 (69)	1	12/45 (27)	6/16 (37,5)	0,4
SDBY (toplamda), n (%)	26 (38,8)	22 (63)	0,02 (5,3)	32 (39,5)	16 (72)	0,003 (9)	27 (40)	19 (65,5)	0,02 (5,4)
SDBY (tanı anında), n (%)	11/59 (18,6)	10/27 (37)	0,065	14/70 (20)	7/16 (44)	0,046 (4)	12/60 (20)	8/22 (36,4)	0,1
KBY (tanı anında), n (%)	27/64 (42,2)	22/30 (73,3)	0,005 (7,9)	34/76 (45)	15/18 (83)	0,003 (8,7)	28/65 (43)	18/25 (72)	0,014 (6)
Mortalite, n (%)	5 (7,5)	7 (20)	0,06	7 (8,6)	5 (24)	0,055	6 (8,8)	6 (20,7)	0,1

XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

26-30 Ekim 2024

Poster Sunumları

(PS-001 — PS-182)

PS-001

Barisitinib ve diğer ts/bDMARD'ların 2 yıla kadar erken dönemde LDA/remisyona ulaşmadaki etkililiğinin değerlendirildiği, Avrupalı hastalar üzerinde yürütülen RA-BE-REAL çalışması

Rieke Alten¹, Andrew Östör², Christopher John Edwards³, Josef S. Smolen⁴, Ewa Haladyj⁵, Khai Jing Ng⁵, Samuel Ogwu⁵, Yuko Kaneko⁶, Lars Erik Kristensen⁷, Zeynep Eylül Özmen⁸

¹University Medicine Berlin, Department of Internal Medicine and Rheumatology, Berlin, Germany

²Monash University, Cabrini Hospital, Canberra, Australia

³University Hospital Southampton, NIHR Southampton Clinical Research Facility, Southampton, United Kingdom

⁴Medical University of Vienna, Department of Rheumatology, Vienna, Austria

⁵Eli Lilly and Company Ltd., Indianapolis, United States of America

⁶Keio University School of Medicine, Department of Rheumatology, Tokyo, Japan

⁷Bispebjerg and Frederiksberg Hospital, The Parker Institute, Copenhagen, Denmark

⁸Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gerçek yaşam koşullarında 3. ayda remisyona/düşük hastalık aktivitesine (LDA) (CDAI'ya göre) erken ulaşıldığının bildirilmesi ve bunun uzun dönem sonuçlarının araştırılmasıdır.

Yöntem: RA-BE-REAL çalışmasında romatoid artritli hastalar ilk kez barisitinib (Kohort-A) veya herhangi bir biyolojik (b) ya da başka bir hedefli sentetik (ts) (Kohort-B) hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaca (DMARD) başlamıştır. Bu analiz Avrupa verilerini kapsamaktadır.

Bulgular: Üçüncü ayda, Kohort-A (n/N=190/320) ve Kohort-B'deki (n/N=174/353) hastaların büyük çoğunluğu remisyona veya LDA'ya ulaşmıştır. Bu hastalarda her iki kohortta da kısa ve uzun dönem ağrıda iyileşme [ağrı VAS, ortalama (SS): 3. ayda -32,6 (24,7) ve -27,5 (26,2); 24. ayda -26,2 (28,8) ve -19,4 (30,6)], işlevsellik [HAQ-DI, ortalama (SS): 3. ayda -0,4 (0,6) ve -0,4 (0,6); 24. ayda -0,4 (0,7) ve -0,3 (0,6)] ve yaşam kalitesi [EQ-5D-5L VAS, ortalama (SS): 3. ayda 15,8 (28,3) ve 13,2 (29,5); 24. ayda 14,3 (28,0) ve 11,6 (25,9); EQ-5D-5L Fayda, ortalama (SS): 3. ayda 0;2 (0,2) ve 0,2 (0,2); 24. ayda 0,1 (0,3) ve 0,1 (0,3)] remisyona veya LDA'ya ulaşamayanlara kıyasla daha fazla olmuştur. Barisitinib ile tedavi edilen hastalarda, diğer moleküllerle tedavi edilenlere kıyasla 2 yıla kadar CDAI, ağrı, HAQ-DI ve E5-QD'da başlangıca göre ortalama değişiklikte daha büyük sayısal iyileşmeler görülmüştür. Üçüncü ayda remisyona/LDA elde edemeyen hastalarda 3. ay ile 24. ay arasında tedaviyi bırakma oranı (Kohort-A: %53,1, Kohort-B: %58,7), remisyona/LDA elde eden hastalara kıyasla sayısal olarak daha yüksektir (Kohort-A: %30,0, Kohort-B: %41,4).

Sonuç: Gerçek yaşam koşullarında, barisitinib ile tedavi edilen hastaların %59,4'ü ve diğer ts/bDMARD'leri kullanan hastaların %49,3'ü 3. ayda LDA veya remisyona elde etmektedir. LDA veya remisyona elde edilmesi, 2 yıla kadar uzun dönem sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Barisitinib ile tedavi edilen hastalarda, diğer ts/bDMARD'lerle tedavi edilenlere kıyasla, 2 yıla kadar majör sonuçlarda daha fazla iyileşme görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Barisitinib, tsDMARD, bDMARD, etkililik, romatoid artrit

PS-002

RA-BE-REAL çalışmasında romatoid artritli hastalarda hasta tarafından bildirilen ağrı ile 3. ayda remisyon veya düşük hastalık aktivitesi elde edilmesi arasındaki ilişki

Peter C. Taylor¹, Walid Fakhouri², Samuel Ogwu², Ewa Haladyj², Bruno Fautrel³, Rieke Alten⁴, Peter Nash⁵, Eugen Fiest⁶, Zeynep Eylül Özmen⁷

¹Botnar Research Centre, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, Oxford, UK

²Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA

³Department of Rheumatology, Assistance Publique Hospitiaux de Paris, Pitie Salpetriere Hospital, Sorbonne University, Paris, France

⁴Department of Internal Medicine and Rheumatology, Schlosspark Klinik, Berlin, Germany

⁵Department of Medicine at the University of Queensland School of Medicine, Griffith University, Queensland, Australia

⁶Department of Rheumatology, Helios Clinic, Sophie-von-Boetticher-Straße 1, 39245 Vogelsang Gommern, Germany

⁷Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: RA-BE-REAL çalışmasında barisitinin (BARI) veya diğer tedavileri alan hastalarda hasta tarafından bildirilen ağrı ile 3. ayda remisyon veya düşük hastalık aktivitesi (LDA) arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Analizler, ilk kez BARI (kohort A) veya bir tümör nekroz faktörü inhibitörü (TNFi) (kohort B-TNFi) veya diğer biyolojik/hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (b/tsDMARD) dahil olmak üzere başka herhangi bir etki

mekanizması (kohort B-OMA) ile tedavi reçete edilen RA tanılı hastaları bildirmektedir. Ağrı 3. ayda görsel analog ölçeği (VAS) (0-100 mm) kullanılarak ölçülmüştür. Hastalık aktivitesi, klinik hastalık aktivite indeksi (CDAI) kullanılarak ölçülmüştür: remisyon (CDAI \leq 2,8)/LDA (CDAI $<$ 10).

Bulgular: Bu analize, 3. ayda hastalık aktivitesine ilişkin verileri mevcut olan 673 hasta dahil edilmiştir. Başlangıçta kohort B-TNFi'deki hastaların hastalık süresinin daha kısa olduğu ve bu hastalarda daha önce b/tsDMARD kullanmayanların daha fazla olduğu görülmüştür. Tedavi kohortlarındaki hastaların %84-%97'sinde başlangıçta rezidüel ağrı (VAS $>$ 20 mm) gözlenmiştir. Üçüncü ayda, sırasıyla hastaların %81'i (BARI), %71'i (kohort B-TNFi) ve %79'unda (kohort B-OMA) \geq %30; %67'si, %57'si ve %62'sinde \geq %50 ve %46'sı, %41'i ve %40'ında \geq %70 ağrı iyileşmesi gözlenmiştir. Üçüncü ayda, remisyon/LDA elde eden veya remisyon/LDA elde etmeyen tedavi gruplarında rezidüel ağrısı (VAS $>$ 20) olan hastaların oranı sırasıyla BARI için %38 veya %92, kohort B-TNFi için %45 veya %91 ve kohort B-OMA için %44 veya %95 olmuştur. Üçüncü ayda, BARI (-32,6 mm) kohortunda remisyon/LDA elde eden hastalarda ağrı VAS ölçümlerinde başlangıca göre ortalama değişikliğin B-TNFi (-27,3 mm) ve B-OMA (-28,0 mm) kohortlarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: BARI ile tedavi edilen hastalarda, hastalık sürelerinin daha uzun olmasının ve daha önce kullanılan b/tsDMARD sayısının daha yüksek olmasına rağmen, ağrı kontrolü sağlama olasılığı TNFi/OMA tedavisi alan hastalara kıyasla daha yüksektir. Remisyon/LDA elde eden ve BARI tedavisi gören hastaların yaklaşık olarak yarısında ağrının \geq %70 oranında giderilmesi sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Barisitinin, TNFi, ağrı, remisyon, romatoid artrit

İxekizumab ile tedavi edilen psöriyatik artritli hastalar başlangıç erozyon sayısından bağımsız şekilde daha iyi klinik sonuçlar göstermektedir

M. Elaine Husni¹, Vinod Chandran², Jeffrey Lisse³, Rebecca Bolce³, Carlos Diaz³, Boajin Zhu³, Elaine Lui⁴, Laura C. Coates⁵, Nazlıcan Avcı⁶

¹Department of Rheumatologic and Immunologic Disease, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

²Division of Rheumatology, Department of Medicine, University of Toronto; Schroeder Arthritis Institute, University Health Network, Toronto, Canada

³Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA

⁴Brightech International, An Everest Clinical Research Company, Somerset, USA

⁵Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, Oxford, UK

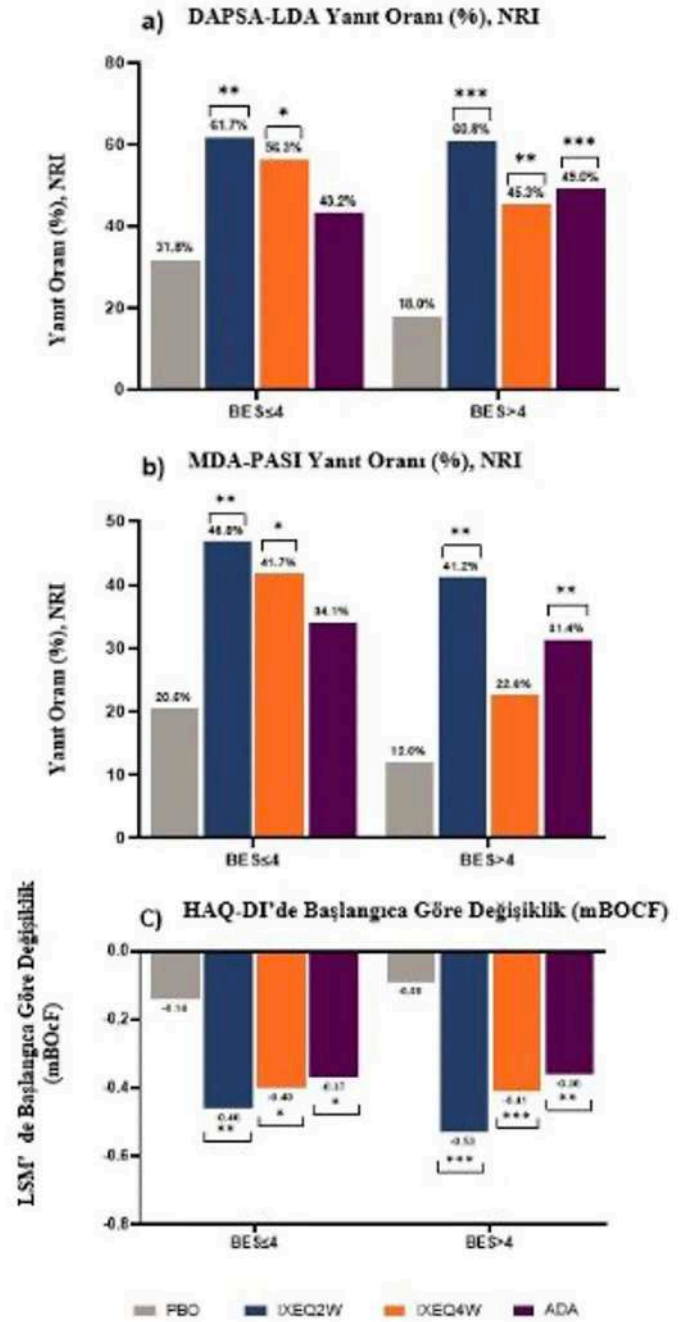
⁶Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: Bu post-hoc analizde, plasebo (PBO), ixekizumab (IXE) veya adalimumabın (ADA) başlangıç (BL) el radyografilerinde erozyonlar görülen hastalar üzerindeki etkililiği değerlendirilmiştir.

Yöntem: Biyolojik tedavi almamış PsA hastaları (SPIRIT-P1, NCT01695239) PBO, 160 mg başlangıç dozundan sonra 2 haftada bir (Q2W) veya 4 haftada bir (Q4W) 80 mg IXE veya Q2W 40 mg ADA tedavi gruplarına randomize edilmiştir. Hastalar BL erozyonlarının sayısına göre iki gruba ayrılmıştır (modifiye toplam Sharp skorlarının erozyon bileşeni ≤ 4 ve >4).

Bulgular: Başlangıç erozyon skoru (BES) ≤ 4 olan 183 hasta ve BL'de BES >4 olan 205 hasta dahil edilmiştir. Yirmi dördüncü haftada PBO grubundaki BES >4 olan hastalarda, BES ≤ 4 olanlara kıyasla tüm parametrelerde daha kötü sonuçlar elde edilmiştir. BES'den bağımsız olarak IXE ile tedavi edilen hastalarda Psöriyatik Artrit için Hastalık Aktivite İndeksi Düşük Hastalık Aktivitesi (Psoriatic Arthritis-Low Disease Activity, DAPSA-LDA) yanıt oranlarında anlamlı iyileşme görülürken, BES >4 olan ADA ile tedavi edilen hastalarda anlamlı yanıt oranları gözlenmiştir (Şekil 1a). Minimal Hastalık Aktivitesi-Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (Minimal Disease Activity-Psoriasis Area Severity Index, MDA-PASI) yanıt oranları BES ≤ 4 olan IXEQ2W ve IXEQ4W ile tedavi edilen hastalarda anlamlı iken, BES >4 olan hastalarda IXEQ2W ve ADA ile anlamlı bir yanıt oranı elde edilmiştir (Şekil 1b). Sağlık Değerlendirme Anketi-Engellilik İndeksinde (Health Assessment Questionnaire-Disability Index, HAQ-DI) başlangıca göre gözlenen değişiklik, BES'den bağımsız olarak biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlarla (bDMARDS) tedavi edilen tüm hastalar için anlamlı bulunmuştur (Şekil 1c). Benzer şekilde, BES'ten bağımsız olarak bDMARDS ile tedavi edilen hastalara ilişkin ACR50 ve ACR70 yanıt oranlarında PBO'ya kıyasla anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Sonuç: PBO grubunda BES'si daha yüksek olan hastalarda sonuçların daha olumsuz olduğu gözlenmiştir. BES'si daha yüksek olan hastalarda daha yüksek yanıt oranlarına (örn.; ACR50/70) ulaşmak da daha zor olmuştur. BES'den bağımsız olarak, IXE ile tedavi edilen hastalar LDA ve fonksiyonel sonuçlara ulaşmada PBO'ya kıyasla daha fazla iyileşme göstermiştir.



Şekil 1. a) DAPSA-LDA Yanıt Oranı (%), NRI, b) MDA-PASI Yanıt Oranı (%), NRI ve c) 24. haftada HAQ-DI Başlangıca Göre Değişiklik (mBOCF) PBO'ya kıyasla anlamlı derecede daha yüksek yanıt * (p<0,05), ** (p<0,01), *** (p<0,001) ile gösterilmiştir

ADA: Adalimumab, BES: Başlangıç erozyon skoru, DAPSA-LDA: Hastalık Şiddet İndeksi, HAQ-DI: Sağlık Değerlendirme Anketi-Engellilik İndeksi, IXE: İxekizumab, LSM: Least-squares Means, mBOCF: İleriye Taşınan Modifiye Başlangıç Gözlemi, NRI: Yanıt vermeyen impütasyonu, PBO: Plasebo, Q2W: 2 haftada bir, Q4W: 4 haftada bir

PS-004

PsA hastalarında ixekizumab ve diğer b/tsDMARD'ların gerçek yaşam koşullarında 12 haftalık etkililiğinin değerlendirildiği PRO-SPIRIT çalışmasının bulguları

Hasan Tahir¹, William Tillett², Vinod Chandran³, Khai Jing Ng⁴, Marcus Ngantcha⁴, Cedric Laedermann⁴, Hagen Russ⁴, Reike Alten⁵, Lars Erik Kristensen⁶, Denis McGonagle⁷, Nazlıcan Avcı⁸

¹Royal Free NHS Trust, London, UK

²University of Bath, Bath, UK

³University of Toronto, ON, Canada

⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA

⁵Schlosspark-Klinik, Berlin, Germany

⁶The Parker Institute, University of Copenhagen, Denmark

⁷Leeds University, Leeds, UK

⁸Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: PRO-SPIRIT çalışmasından gerçek yaşam koşullarında elde edilen kanıtlarına dayanarak, psöriyatik artritli (PsA) hastalarda bir interlökin (IL)-17A inhibitörü olan ixekizumab (IXE) ve diğer biyolojik/hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların (b/tsDMARD) 12. haftadaki etkililiğinin bildirilmesidir.

Yöntem: Fransa, İspanya, İtalya, Almanya, Birleşik Krallık ve Kanada'da 2019-2022 yılları arasında yeni b/tsDMARD'lara başlayan veya bu ilaçlara geçiş yapan PsA'lı yetişkinler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Analize PRO-SPIRIT çalışmasına katılan 1192 hastadan 1024'ü dahil edilmiştir. Şiş eklem sayısı (SJC) (-2,6), hassas eklem sayısı (TJC) (-4,2), vücut yüzey alanı (BSA) <%3 (%23,2), düşük

hastalık aktivitesi (LDA) (%30,2), remisyon (REM) (%12,3) ve minimal hastalık aktivitesi (MDA) (%24,9) için 12 haftalık yanıt oranları tümör nekroz faktörü inhibitörleri (TNFi) grubuyla karşılaştırılabilir düzeyde bulunmuştur (SJC -2,7, TJC -4,3, BSA <%3 %14,2, LDA %28,7, REM %13,5, MDA %25,7). IL-12/23i ve IL-23i kullanan hastaların başlangıç özellikleri IXE ile benzer olmuştur. On ikinci haftada, IL-12/23i kullananlar MDA (%22,4) açısından hafif düşük SJC (-0,8), TJC (-0,9), BSA <%3 (%11,4), LDA (%18,2), REM (%15,2) açısından daha düşük yanıtlar bildirmiştir. IL-23i hastalarında BSA <%3 (%25) için benzer sonuçlar elde edilmiş ancak SJC (-1,1), TJC (-3,9), LDA (%24,1), REM (%7,4) ve MDA'ya (%17,7) ilişkin daha az iyileşme görülmüştür. Janus kinaz inhibitörleri (JAKi) alan hastalar, daha az sayıda hastanın monoterapi alması veya BSA ≥%3 olması dışında, IXE alan hastalar ile benzer başlangıç özelliklerine sahiptir. JAKi etkinliği eklem ve birleşik sonuçlar açısından IXE ile benzer bulunmuştur: SJC (-3,1), TJC (-5,1), LDA (%31,9), REM (%13,4) ve MDA (%24,2). BSA ≥%3 olan hastalarda IXE tedavisi ile MDA'da (%27,8), JAKi'ye (%10,2) kıyasla daha fazla iyileşme bildirilmiştir.

Sonuç: On ikinci haftada IXE tedavisi, eklemlerde TNFi ile benzer etkililik, özellikle de BSA ≥%3 olan hastalarda IL-12/23i ve IL-23i'den sayısal olarak daha iyi ve deride TNFi ve JAKi'den daha fazla iyileşme göstermiştir. IXE, IL-12/23i'ye kıyasla eklem ve deri alanlarında bütünsel olarak daha iyi kontrol sağlamıştır. PRO-SPIRIT çalışmasında gerçek yaşam koşullarında elde edilen kanıtlar IXE'nin PsA için tüm alanlarda etkili bir tedavi olduğunu doğrulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gözlemsel çalışmalar, biyolojik DMARD, sonuç ölçütleri, hedefe yönelik sentetik ilaçlar

İxekizumab ve secukinumab etkinliğinin değerlendirildiği psöriyatik artrit tedaviye devam etme gözlemsel çalışmasının (PRO-SPIRIT) 3 aylık ara tanımlayıcı analizi

Jacques Morel¹, Nicola Gullick², Ennio Lubrano³, Cédric Laedermann⁴, Marcus Ngantcha⁴, Walid Fakhouri⁴, Gabriel Doridot⁴, Àngels Martínez Ferrer⁵, Dennis McGonagle⁶, Lars Erik Kristensen⁷, Nazlıcan Avcı⁸

¹CHU and University of Montpellier, Montpellier, France

²University Hospitals Coventry & Warwickshire NHS Trust, Coventry, UK

³University degli Studi del Molise, Campobasso, Italy

⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA

⁵Hospital Universitario Dr Peset, Valencia, Spain

⁶University of Leeds, Leeds, UK

⁷The Parker Institute, Bispebjerg and Frederiksberg Hospital, Copenhagen, Denmark

⁸Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: PRO-SPIRIT çalışmasına alınan hastaların psöriyatik artrit (PsA) tedavisinde 12. haftada ixekizumab (IXE) ve secukinumabın (SECU) (sırasıyla interlökin-17A'yı inhibe eden IgG4 ve IgG1 monoklonal antikorları) etkililiğini açıklamaktadır.

Yöntem: PRO-SPIRIT, 6 ülkede lokal olarak onaylanmış yeni bir b/tsDMARD'ye başlayan veya geçiş yapan PsA (≥6 ay) tanısı almış hastalar arasında 24. aydaki tedaviye devamlılığını tanımlamaktadır. Bu analiz IXE veya SECU alan hastalara odaklanmaktadır.

Bulgular: Bu analize 341'i IXE 80 mg, 87'si SECU 150 mg ve 79'u SECU 300 mg kullanan 507 hasta dahil edilmiştir. IXE 80 mg, SECU 150 mg ve SECU 300 mg alan hastaların sırasıyla %70,4, %54 ve %79,7'sinde daha önce b/tsDMARD başarısızlığı bildirilmiştir (sonradan bu sırayla rapor edilmiştir). On ikinci haftada, hastaların %24,9'u, %28'i ve %18,2'si minimal hastalık aktivitesine (MDA-*minimal disease activity*) ulaşmıştır. BSA<3 olan hastalar için MDA'da başlangıca göre değişiklik (CFB-*change from baseline*) %18,4, %15,7 ve %6,3 olmuştur. BSA≥3 olan hastalar için MDA'daki CFB %22,8, %32,8 ve %21,4 bulunmuştur. Psöriyatik Artrit için Klinik Hastalık Aktivite İndeksi'nde (cDAPSA-*Clinical Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis*) CFB -10,9, -10,0 ve -9,3 olmuştur. Başlangıçta IXE alan hastaların %39,9'unda, SECU 150 alan hastaların %34,5'inde ve SECU 300 mg alan hastaların %46,8'inde yüksek hastalık aktivitesi (cDAPSA>27) gözlenmiştir. On ikinci haftadan sonra, hastaların %12,6'sında, %12,8'inde ve %25,7'sinde cDAPSA>27 olarak kalmıştır.

Sonuç: Başlangıçta IXE ve SECU 300 mg ile tedavi edilen hastalarda SECU 150 mg ile tedavi edilen hastalara kıyasla daha fazla tedavi başarısızlığı görülmüştür. On ikinci haftada, genel MDA yanıtları tüm gruplar arasında benzer bulunmuştur. BSA<3 olan hastalarda MDA, IXE için daha yüksek ve SECU 300 mg için sayısal olarak en düşük olmuştur. Ayrıca, IXE'ye kıyasla SECU 300 mg ile daha fazla hasta yüksek cDAPSA'da kalmıştır. IXE, aktif deri tutulumu olan ve olmayan PsA hastalarında ve tüm eklem şiddeti derecelerinde etkililik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: PRO-SPIRIT, psöriyatik artrit, İxekizumab

Upadasitinibin romatoid artrit, psoriatik artrit ve aksiyel spondiloartritte 15.000 hasta-yılı klinik çalışma verisini kapsayan güvenliliği

Gerd Rüdiger Burmester¹, Stanley Bruce Cohen², Atul Deodhar³, Eduardo Mysler⁴, Andrea Rubbert Roth⁵, Yoshiya Tanaka⁶, Kevin Winthrop³, Priscila Nakasato⁷, Derek Coombs⁷, Andrew Gara⁷, Nasser Khan⁷, Birgit Kovacs⁷, Sebastian Meerwein⁸, Jeffrey Custin⁹, Deniz Tulum¹⁰

¹Charité University Medicine, Berlin, Germany

²Metroplex Clinical Research Center, Dallas, Texas

³Oregon Health & Science University, Portland, Oregon

⁴Organización Medica de Investigación, Rheumatology, Buenos Aires, Argentina

⁵Division of Rheumatology, Cantonal Clinic St Gallen, St. Gallen, Switzerland

⁶University of Occupational and Environmental Health Kitakyushu, Japan

⁷AbbVie Inc., North Chicago, Illinois

⁸AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Ludwigshafen, Germany

⁹Division of Clinical Immunology and Rheumatology, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama

¹⁰AbbVie Tibbi İlaçlar San. Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: SELECT klinik programından, romatoloji endikasyonları genelinde UPA 15 mg'nin uzun dönem entegre güvenlilik profilinin, aktif karşılaştırmalar açısından değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu analizde RA (6), PsA (2), AS (2; bir faz 2/3) ve nr-axSpA (1) için 11 faz 3 UPA çalışmasının güvenlilik verileri (kesim tarihi: 15 Ağustos 2023) derlenmiştir. Çalışma ilacının ilk dozunda veya sonrasında; UPA 15 mg ve MTX için çalışma ilacının son dozundan ≤30 gün sonra veya adalimumab (ADA) için ≤70 gün sonra başlayan tedaviye ortaya çıkan advers olaylar (TOAO), MedDRA sürüm 26,0 kullanılarak kodlandı. TOAO'lar RA [birleştirilmiş UPA 15 mg, ADA ve MTX (sadece ADA ve MTX için 1 çalışma)], PsA [birleştirilmiş UPA 15 mg ve ADA (sadece 1 çalışma)], AS (birleştirilmiş UPA 15 mg) ve nr-axSpA (UPA 15 mg) için özetlendi. TOAO'lar maruziyete göre ayarlanmış olay oranları olarak sunulmuştur [%95 güven aralıklarıyla olay/100 hasta yılı (E/100 PY)]. Ölümler, kardiyovasküler olaylar, VTE'ler ve gastrointestinal perforasyonlar, önceden belirlenmiş tanımlar kullanılarak kör, bağımsız komiteler tarafından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplamda 4.998 hasta (RA, n=3209; PsA, n=907; AS, n=596; nr-axSpA, n=286) ≥1 doz UPA 15 mg almış ve toplamda 15895.8 PY maruziyete ulaşılmıştır; maruziyetin büyük kısmı RA çalışmalarından gelmektedir (Tablo 1). Çalışma ilacının kesilmesine yol açan AO'ların oranı tedavi grupları (UPA 15 mg, ADA ve MTX) ve hastalıklar (RA, PsA, AS ve nr-axSpA) arasında benzer olmuştur. UPA 15 mg tedavisinin kesilmesine yol açan AO'lar büyük ölçüde değişken bulunmuştur; en sık bildirilenler pnömoni (RA; n=22/459), koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) (PsA; n=7/121), baş ağrısı (AS; n=3/42) ve aksiyel spondiloartrit kötüleşmesi ve pulmoner emboli (nr-axSpA; her ikisi de n=2/20) olmuştur. Ciddi enfeksiyon ve fırsatçı enfeksiyon oranları genellikle tedavi grupları ve hastalıklar arasında benzer olmuş; ancak PsA'da ciddi enfeksiyon oranı UPA 15 mg ile ADA'ya

kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Şekil 1). COVID-19 pnömonisi, tüm hastalıklar için UPA 15 mg tedavisi ile hem en yaygın ciddi enfeksiyon hem de ciddi AO olmuştur. Zona ve yükselmiş kreatinin fosfokinaz (CPK), RA ve PsA'da aktif karşılaştırmalara kıyasla UPA 15 mg ile daha sık bildirilmiş, UPA 15 mg tüm hastalıklarda benzer şekilde yükselmiş herpes zoster oranları göstermiştir. Melanom dışı deri kanseri (NMSC) hariç malignite oranları genellikle tedavi grupları ve hastalıklar arasında benzer bulunmuştur. RA ve PsA'da aktif karşılaştırmalara kıyasla UPA 15 mg ile daha yüksek NMSC oranları gözlenmiştir. Tedavi grupları ve hastalıklar arasında benzer MACE ve VTE oranları görülmüştür. Üveit ve enflamatuvar bağırsak hastalığı dahil olmak üzere ekstraskeletal belirtilerin oranları, PsA, AS ve nr-axSpA'da UPA 15 mg tedavisiyle genel olarak düşük olmuş ve AS'de en yüksek üveit olay sayısı bildirilmiştir. Tüm hastalıklar arasında en yaygın

ölüm nedeni COVID-19/COVID-19 pnömonisi olmuştur. Bu bulguları daha fazla bağlandırmak ve doğrulamak için gerçek yaşam verilerine, özellikle daha sınırlı klinik çalışma maruziyetine sahip hastalıklara (yani AS ve nr-axSpA) ihtiyaç vardır.

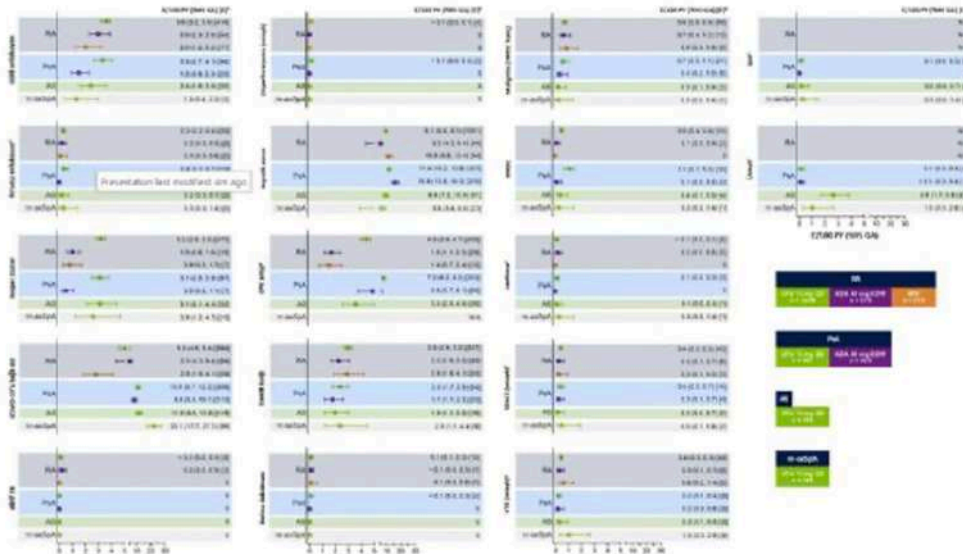
Sonuç: Ciddi enfeksiyon (PsA'da), herpes zoster, yükselmiş CPK ve NMSC hariç, TOAO oranları genellikle hem RA hem de PsA'da UPA 15 mg ve aktif karşılaştırmacı tedaviler ile benzer bulunmuştur. RA, PsA, AS ve nr-axSpA'da, UPA 15 mg, önceki verilerde gösterildiği gibi, uzun dönem tedaviyle yeni güvenlilik riskleri ortaya çıkarmadan genel olarak tutarlı bir güvenlilik profili göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Klinik çalışma, malignite, güvenlilik, hedefe yönelik sentetik ilaç, üveit

Tablo 1. RA, PsA, AS ve nr-axSpA'da UPA, ADA veya MTX ile Tedavi Edilen Hastalarda TOAO'lar

E/100 PY (%95 GA) ^a	RA			PsA		AS	nr-axSpA
	UPA 15 mg QD n = 3209 PY = 11661.5	ADA 40 mg EOW n = 579 PY = 1787.0	MTX n = 314 PY = 880.7	UPA 15 mg QD n = 907 PY = 2823.7	ADA 40 mg EOW n = 429 PY = 1368.0	UPA 15 mg QD n = 596 PY = 1022.2	UPA 15 mg QD n = 286 PY = 388.4
Tüm AO'lar	202.0 (199.5, 204.6)	179.2 (173.1, 185.6)	205.6 (196.2, 215.5)	227.2 (221.7, 232.8)	207.2 (199.7, 215.0)	188.4 (180.1, 197.0)	205.2 (191.2, 220.0)
Tüm ciddi AO'lar	12.6 (11.9, 13.2)	11.7 (10.2, 13.4)	9.2 (7.3, 11.4)	10.5 (9.3, 11.7)	8.2 (6.7, 9.9)	7.9 (6.3, 9.8)	8.5 (5.8, 11.9)
Tedavi ilacının kesilmesine yol açan tüm AO'lar	4.6 (4.3, 5.1)	4.5 (3.6, 5.6)	5.8 (4.3, 7.7)	5.0 (4.2, 5.9)	4.4 (3.3, 5.6)	4.1 (3.0, 5.6)	5.1 (3.1, 8.0)
Tüm ölümler ^b	0.9 (0.7, 1.1)	0.8 (0.5, 1.4)	0.9 (0.4, 1.8)	0.8 (0.5, 1.2)	0.4 (0.1, 0.9)	0.1 (0.0, 0.5)	0
Tedaviyle ortaya çıkan ölüm ^c	0.6 (0.4, 0.7)	0.4 (0.2, 0.9)	0.1 (0.0, 0.6)	0.6 (0.3, 0.9)	0.2 (0.0, 0.6)	0.1 (0.0, 0.5)	0
Tedaviyle ortaya çıkmayan ölüm ^d	0.3 (0.2, 0.4)	0.4 (0.2, 0.8)	0.8 (0.3, 1.7)	0.2 (0.1, 0.5)	0.1 (0.0, 0.5)	0	0

ADA: Adalimumab; AD: Advers olay; E: Olay; EOW: İki haftada bir; PY: Hasta yılı; QD: Günde bir kez; TOAO: Tedaviyle ortaya çıkan advers olay; UPA: Upadastatin.
^aUPA 15 mg tedavisiyle, RA'da toplam 103 ölüm, PsA'da 23, AS'de 1 ve nr-axSpA'da 0 ölüm meydana gelmiştir.
^bUPA 15 mg ve MTX için çalışma ilacının ilk dozundan sonra veya sonrasında, çalışma ilacının son dozundan ≤ 30 gün sonra veya ADA için ≤ 70 gün sonra olarak tanımlanmıştır.
^cUPA 15 mg ve MTX için çalışma ilacının son dozundan > 30 gün sonra, ADA için > 70 gün sonra olarak tanımlanmıştır.



Şekil 1. RA, PsA, AS ve nr-axSpA'da UPA ile tedavi edilen hastalarda özellikle ilgilenilen TOAO'lar

Faz 3 SELECT-AXIS 2 çalışmasında, aktif ankilozan spondiliti olan ve biyolojik DMARD tedavisine yetersiz yanıt veren hastalarda upadasinibin etkililiği, güvenliliği ve radyografik sonuçları: 2 yıllık veriler

Xenofon Baraliakos¹, Désirée Van Der Heijde², Joachim Sieper³, Robert Davies Inman⁴, Hideto Kameda⁵, Walter Maksymowych⁶, Anna Shmagel⁷, Ivan Lagunes Galindo⁷, Xianwei Bu⁷, Peter Wung⁷, Atul Deodhar⁸, Deniz Tulum⁹

¹Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Ruhr-University Bochum, Herne, Germany

²Department of Rheumatology, Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands

³Department of Gastroenterology, Infectious Diseases and Rheumatology, CharitéUniversitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

⁴Schroeder Arthritis Institute, University Health Network, and University of Toronto, Toronto, Canada

⁵Department of Internal Medicine, Toho University, Tokyo, Japan

⁶University of Alberta Faculty of Medicine, Edmonton, Alberta, Canada

⁷Department of Immunology, AbbVie Inc., North Chicago, United States

⁸Division of Arthritis & Rheumatic Diseases, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon

⁹AbbVie Tıbbi İlaçlar San. Ltd. Şti., İstanbul

Amaç: SELECT-AXIS2’de aktif AS’li bDMARD-IR hastalarında, günde bir kez (QD) 15 mg UPA ile tedavi ile 2 yıllık etkililik, güvenlilik ve radyografik sonuçları değerlendirmektir.

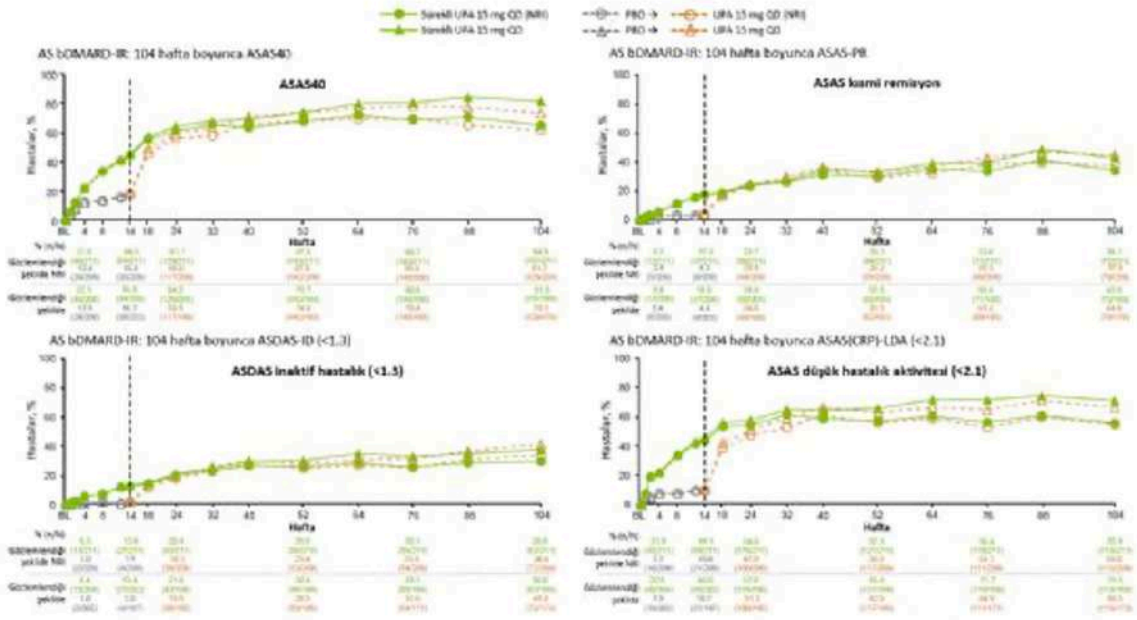
Yöntem: SELECT-AXIS2 AS bDMARD-IR çalışma tasarımı önceki yayınlarda bildirilmiştir. On dört haftalık plasebo (PBO) kontrollü bir periyodun ardından, hastalar uzun dönem uzatmaya katılmaya ve açık etiketli UPA 15 mg QD almaya hak kazanmıştır. Etkililik, sürekli UPA alan ve 14. haftada PBO’dan UPA’ya geçen hastalarda 104 hafta boyunca değerlendirilmiştir. Etkililik sonlanım noktaları arasında ASAS40, ASAS kısmi remisyonu (ASAS-PR), ASDAS düşük hastalık aktivitesi (LDA; <2,1) ve ASDAS inaktif hastalık (ID; <1,3) ve ASDAS’de başlangıca kıyasla ortalama değişim, toplam sırt ağrısı, BASFI ve ASAS sağlık indeksi (HI) puanları yer almıştır. Gözlemlendiği şekilde ve yanıt vermeyen impütasyon (NRI) analizleri ile gözlemlendiği şekilde, tüm gözlemlenen verilerin analizde kullanıldığı ve eksik verilerin yanıt vermeyenler olarak yansıtıldığı ikili sonlanımlar olarak sunulmuştur. Uzun süreli sonlanımlar için miks model tekrarlı ölçümler (MMRM) ile gözlemlendiği şekilde analizleri kullanılır. Görüntüleme sonuçlarına Kanada Spondylo Arthritis

Research Consortium (SPARCC) MR enflamasyon skorları ve modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spinal Skoru (mSASSS; AO-ANCOVA) dahil edilmiştir. Güvenlilik, ≥1 UPA dozu alan tüm hastalarda 104. haftaya kadar değerlendirilmiştir. Tedaviyle ortaya çıkan advers olaylar (TOAO), maruziyete göre ayarlanmış olay oranları [olay/100 hasta yılı (E/100 PY)] olarak sunulmuştur.

Bulgular: Çalışma ilacını alan 420 randomize hastanın (sürekli UPA: n=211; PBO’dan UPA’ya: n=209) 331’i (%78,8) 104 haftalık tedaviyi tamamlamıştır (sırasıyla n=163 ve n=168). Sürekli UPA grubunda hastalık aktivitesine ilişkin yanıt oranları 14. haftadan 104. haftaya kadar korunmuş veya iyileşmiş, 104. haftada PBO’dan UPA’ya geçen grupta da benzer yanıtlar elde edilmiştir. Yüz dördüncü haftadaki yanıt oranları, ASAS40 (AO-NRI; sırasıyla %64,9 ve %61,7), ASAS-PR (%34,1 ve %37,8), ASDAS-LDA (%55,9 ve %55,0) ve ASDAS-ID (%29,9 ve %34,4) dahil olmak üzere sürekli UPA ve PBO’dan UPA’ya gruplarında benzer bulunmuştur (Şekil 1). Başlangıca kıyasla ortalama değişim, sürekli UPA ve PBO’dan UPA’ya gruplarında ASDAS (-2,08 vs -2,04), toplam sırt ağrısı (-4,86 vs -4,60), BASFI (-3,77 vs -3,73) ve ASAS-HI (-4,95 vs -4,55) açısından benzer olmuştur. Her iki tedavi grubunda da MR enflamasyonunda başlangıca kıyasla iyileşmeler korunmuştur. MR SPARCC omurga skorlarında başlangıca kıyasla ortalama değişim sürekli UPA ve PBO’dan UPA’ya grubunda sırasıyla -3,80 (başlangıç ortalaması: 9,97) ve -4,55 (başlangıç: 7,71); SI eklem skorları -3,11 (başlangıç: 5,98) ve -3,96 (başlangıç: 5,91) olmuştur. Hastaların çoğunda radyografik ilerleme görülmemiştir (mSASSS <2 sürekli UPA’da başlangıca kıyasla ortalama değişim: %94,9; PBO’dan UPA’ya grubunda: %93,8). mSASSS skorlarında başlangıçtan 104. haftaya kadar küçük kareler ortalama değişim sürekli UPA için 0,12, PBO’dan UPA’ya grubu için 0,20 olarak gözlemlenmiştir. Güvenlilik, ≥1 UPA dozu alan 414 hastada (687.2 PY) bildirildi. TOAO’lar, ciddi TOAO’lar ve çalışma ilacının kesilmesi oranları sırasıyla 165,2, 8,7 ve 3,6 E/100 PY olmuş; 52. haftadan önce bir ölüm (daha önce bildirilen politravma) meydana gelmiştir (0,1 E/100 PY). Majör advers kardiyovasküler olaylar, venöz tromboembolik olaylar ve malignite (melanom dışı deri kanseri hariç) oranları 0,3 E/100 PY olmuştur (Şekil 2).

Sonuç: Aktif AS’li bDMARD-IR hastalarında UPA 15 mg ile 104. haftaya kadar etkililik korunmuş veya iyileşmiş, sürekli UPA alan ve PBO’dan UPA’ya geçen hastalarda benzer olmuştur. Yüz dördüncü haftada MR’de enflamatuvar aktivite ve radyografik progresyon oranları her iki grupta da düşük bulunmuştur. UPA 15 mg genel olarak iyi tolere edilmiş ve yeni güvenlilik sinyalleri tanımlanmamıştır.

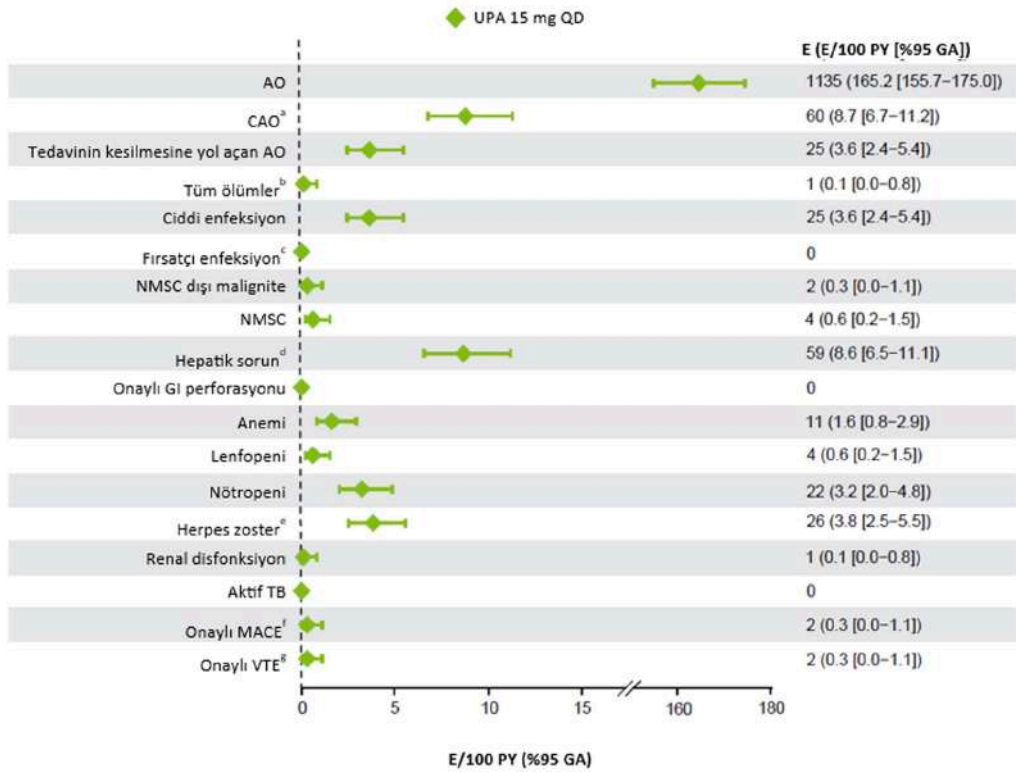
Anahtar Kelimeler: Klinik çalışma, ankilozan spondilit, hedefe yönelik sentetik ilaç



Başlangıçta çift kör PBO'ya randomize edilen hastalar 14. haftada açık etiketli UPA'ya geçmiştir. Gözlemlendiği şekilde NRI analizinde, tüm gözlemlenen veriler analizde kullanılır ve eksik veriler yanıt vermeyen olarak yansıtılır.

NRI: Eksik veriler için yanıt vermeyen imputasyonu; PBO: Plasebo; QD: Günde bir kez; UPA: Upadatisinib.

Şekil 1. Yüz dört hafta boyunca etkililik (gözlemlendiği şekilde ve gözlemlendiği şekilde NRI)
NRI: Yanıt vermeyen imputasyon



Şekil 2. Özellikle incelenen TOAO'lar

PS-008

Kolşisin kullanan ve kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar arasında karotis intima-media kalınlığının karşılaştırılması

Ebru Yılmaz¹, Kadriye Halli Akay²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

²Kocaeli Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kocaeli

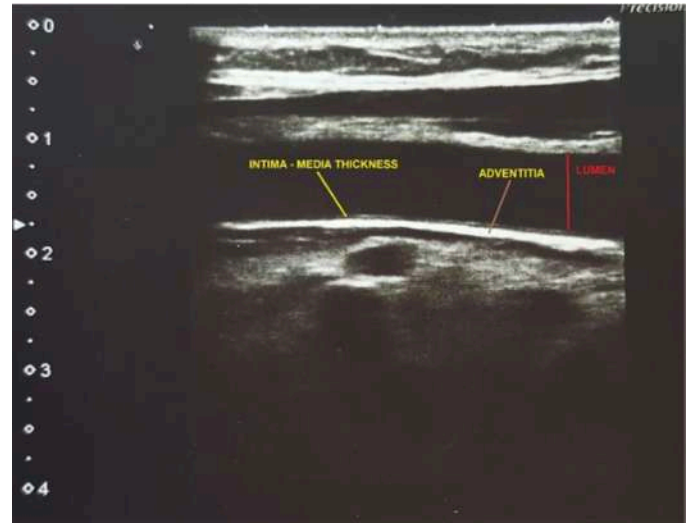
Amaç: Enflamasyon, aterosklerotik plak gelişiminin tüm aşamaları dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıkların patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Statinlerin lipit düşürücü özelliklerine ek olarak antiinflamatuvar bir fayda sağladığı bilinmesine rağmen, günümüzde enflamasyonu hedefleyen tedavileri geliştirmeye doğru bir kayma vardır. Önceki çalışmalarda kolşisin tedavisinin akut koroner sendromlu hastalarda yararlı etkilere sahip olduğu ve gelecekteki olumsuz kardiyovasküler olaylarda azalmaya yol açtığı hatta inme ve geçici iskemik atakları önleyebildiği gösterilmiştir. Arteriyel duvar patolojisinin göstergesi olarak karotis intima-media kalınlığının (İMK) ölçülmesinin hem ateroskleroz hakkında hem de serebrovasküler hastalıkların erken tanısında bilgi sağlayabileceği açıktır. Bu çalışmada kolşisin kullanan kronik hastalık öyküsü olan gut hastaları ile kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar arasında İMK karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Yüz iki hasta (85 kadın, 17 erkek) çalışmaya dahil edildi. Grup 1: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon tarafından takip edilen herhangi bir kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi) olan kolşisin kullanan (en az 6 ay boyunca günde iki kez 0,5 mg) gut hastaları; Grup 2: Kardiyoloji tarafından en az 1 yıl süre ile takip edilen kronik hastalık nedeniyle kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalar. Tüm hastaların CRP, lipit seviyeleri ile İMK değerleri ölçüldü.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı Grup 1 ve Grup 2’de sırasıyla 62,35±6,68 yıl ve 64,27±5,32 yıl idi. Gruplar arasında lipit düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Grup 1 ve Grup 2’deki İMK ve CRP değerleri sırasıyla 0,98±0,20 ve 0,26±0,14, 1,18±0,15 ve 0,58±0,42 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0,05).

Tartışma: Kolşisin, kolesterol kristalleri tarafından aktive edilen nükleotid bağlayıcı oligomerizasyon alanı benzeri reseptör proteini 3 (NLRP3, patojen invazyonu veya hücrel stresle oluşan sitozolik bir multiprotein kompleksi) tarafından tetiklenen aterosklerotik plak gelişiminde, ilerlemesinde ve stabilitesinde önemli araçlar olan kaspaz-1 aktivasyonunu ve ardından IL-1 β ve IL-18 gibi pro-enflamatuvar sitokinlerin salgılanmasını inhibe ederek kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda kardiyovasküler ve serebrovasküler olayların önlenmesi için etkili bir tedavi yöntemi olarak göz önünde bulundurulabilir.

Anahtar Kelimeler: Ateroskleroz, C-reaktif protein, karotis intima-media kalınlığı, kolşisin



Sekil 1. Karotis intima media kalınlığının ultrasonografik incelenmesi

Tablo 1. Gruplardaki hastaların demografik özellikleri

Değişkenler	Grup 1 (n=51) Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 (n=51) Kronik hastalığı ve kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	p
Yaş (yıl)	62,35±6,68	64,27±5,32	0,124
Cinsiyet			
Kadın	42 (%82,4)	43 (%84,3)	1,00
Erkek	9 (%17,6)	8 (%15,7)	
Vücut kitle indeksi (VKİ)	34,30±4,15	32,90±5,06	0,124
Kronik hastalık			
Hipertansiyon (HT)	18 (%35,3)	11 (%21,6)	0.343
Diabetes mellitus (DM)	5 (%9,8)	4 (%7,8)	
HT+DM	15 (%29,4)	13 (%25,5)	
HT+Hiperlipidemi (HPL)	2 (%3,9)	7 (%13,7)	
DM+HPL	1 (%2)	2 (%3,9)	
HT+DM+HPL	10 (%19,6)	14 (%27,5)	
Sigara kullanımı			
Evet	7 (%13,7)	6 (%11,8)	1.00
Hayır	44 (%86,3)	45 (%88,2)	

Tüm değerler ortalama ± standart sapma ve yüzdelik olarak ifade edildi p<0,05 ise anlamlı fark

Tablo 2. Grup 1 ve Grup 2'deki hastaların lipit, İMK ve CRP değerleri

Değişkenler	Grup 1 Kronik hastalığı olan ve kolşisin kullanan hastalar (FTR grubu)	Grup 2 Kronik hastalığı ve kardiyovasküler risk faktörü olan hastalar (Kardiyoloji grubu)	p
Kolesterol	212,18±42,30	231,75±37,47	0,15
Trigliserit	168,47±50,08	161,33±66,07	0,27
LDL	139,65±33,16	145,98±31,64	0,12
HDL	49,98±12,58	52,08±12,68	0,40
İntima-media kalınlığı (İKM-mm)	0,98±0,20	1,18±0,15	<0,001
CRP (mg/dL) (0-0,5)	0,26±0,14	0,58±0,42	<0,001

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak ifade edildi p<0,05 ise anlamlı fark

PS-009

Sistemik skleroz hastalarında deri tutulumu ve interstisyel akciğer hastalığında azatioprin ve siklofosfamidin etkinliğinin karşılaştırılması: Bir meta-analiz

Ege Sinan Torun¹, Elif Ertaş², Akif Bayyığıt³, Bilal Uğurluküçü³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü,

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Konya

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Azatioprinin (AZA) sistemik skleroz deri ve akciğer tutulumundaki etkinliğini diğer immünoşüpresif ajanlarla karşılaştırmalı olarak ortaya koymak amacıyla bir sistematik inceleme yapılması planlanmıştır.

Yöntem: Sistemik skleroz deri ve/veya akciğer tutulumunda AZA'nın etkinliğini diğer immünoşüpresif ajanlarla karşılaştıran 1.1.2000-31.12.2022 arasında yayımlanmış olan çalışmaların saptanması için Cochrane Database, Embase, MEDLINE, Ovid, Web of Science kaynakları taranmıştır. AZA ve karşılaştırma gruplarının ortalama modifiye Rodnan deri skoru (mRSS),

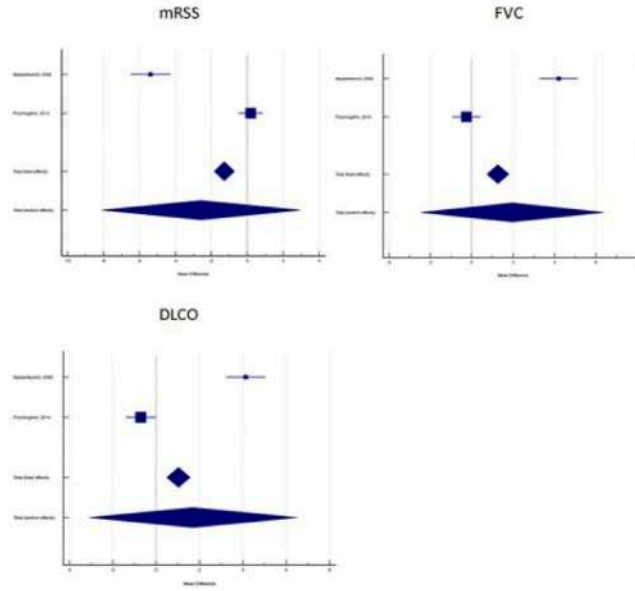
zorlu vital kapasite (FVC), karbon monoksit diffüzyon kapasitesi (DLCO) parametrelerinin tedavi öncesi ve sonrası arasındaki etki büyüklüğü olarak "Ortalama Fark" kullanılmıştır. Bu fark değerlerinin meta analizi, sabit etkiler ve rastgele etkiler modeli altında ağırlıklık katsayıları ve Ortalama Fark ile %95 güven aralığı (CI) değerleri verilmiştir. Meta-analize dahil edilen çalışmaların yayın yanlılığının olup olmadığının belirlenmesinde Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiği hesaplanmıştır. Çalışma ağırlığına göre belirteç boyutu görseli için %95 GA ile Forest plot gösterilmiştir (Şekil 1). Heterojenliği değerlendirmek için Cochrane Q istatistiği kullanılmıştır. Heterojenlik I² istatistiği ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde MedCalc istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Literatür taraması sonucu AZA ve siklofosfamidin (CYC) mRSS, FVC ve DLCO açısından etkinliğini karşılaştıran 2 çalışma (Nadashkevich-2006, Poormoghim-2014) saptanmış ve meta-analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 1). Çalışmaların mRSS, FVC, DLCO parametreleri açısından yayın yanlılığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Çalışmaların I² skorları, her üç parametre için de (mRSS'de 98,66, FVC'de 98,38, DLCO'da 98,52) yüksek düzeyde heterojenlik gösterdiği için rastgele etkili model kullanılmıştır. Yapılan meta-analizde AZA ve CYC gruplarında ortalama mRSS (p=0,36, p>0,10), FVC (p=0,38, p>0,1) ve DLCO (p=0,48, p>0,1). parametrelerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası değişimi açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Tartışma: Sistemik sklerozda azatioprin genellikle siklofosamid ile yapılan indüksiyon tedavisinin idamesinde kullanılmaktadır. Azatioprinin deri ve solunum parametreleri açısından karşılaştırıcı kollardan birinde olduğu randomize kontrollü çalışmaların azlığı nedeniyle yalnızca iki çalışmanın meta-analizi yapılabilmektedir. Günlük hayattaki klinik gözlemlerin aksine AZA ve CYC tedavileri sonrasında mRSS, FVC ve DLCO değişimi açısından anlamlı fark

saptanmamıştır. Bu durumun da çalışmalara dahil edilen hastaların farklı klinik özelliklerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Azatioprin, meta-analiz, siklofosamid, sistemik skleroz



Şekil 1. Forest plotlar. MRSS, FVC ve DLCO forest plotları

Tablo 1. Analize dahil edilen çalışmalarda hastaların cinsiyet ve yaş dağılımı

Çalışmanın adı	Cinsiyet (Kadın-Erkek) n (%)	Cinsiyet (Kadın-Erkek) n (%)	Yaş (yıl) Medyan (Çeyrekler arası aralık-IQR)	Yaş (yıl) Medyan (Çeyrekler arası aralık-IQR)
	AZA	CYC	AZA	CYC
Nadashkevich, 2006	27 (%90)-3 (%10)	26 (%87)-4 (%13)	36,0 (19,0-63,0)	38,0 (20,0-65,0)
Poormoghim, 2014	12 (%80)-3 (%20)	18 (%85,7)-3 (%14,3)	42,0 (35,0-54,0)	34,0 (29,6-48,5)

Tablo 2. MRSS, FVC ve DLCO'nun ortalama farklarına yönelik meta-analiz bulguları

Parametre	Örneklem boyutu	Ortalama fark (%95 Güven aralığı)	Z	P	Çalışmaların ağırlığı (%) (Rastgele etki)
MRSS	96	-2,57 (-8,11 2,96)	-0,924	0,36	Nadashkevich %49,68 Poormoghim %50,32
FVC	96	1,96 (-2,47 6,4)	0,879	0,38	Nadashkevich %49,74 Poormoghim %50,26
DLCO	96	1,71(-3,11 6,51)	0,704	0,48	Nadashkevich %49,81 Poormoghim %50,19

Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, Ailesel Akdeniz Ateşi ve ankilozan spondilit tanısı olan gebelerde kronik hastalık anemisinin gebelik prognozuna etkisi

Elif Ünal Kaya¹, Mert Ali Kaya¹, Emra Asfuroğlu Kalkan¹, Dilek Şahin², İhsan Ateş³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

³T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Anemi, gebelik ile ilgili en sık komplikasyonlardan biridir. Gebelikte derin anemi olması kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Ciddi maternal aneminin komplikasyonları arasında düşük doğum ağırlığı, prematürite, spontan abortus, eklampsi, preeklampsi, fetal ölüm bulunmaktadır. Bu şekilde maternal ve fetal sonuçlara sebep olduğundan gebelikte aneminin tanısı ve tedavisi, gebeliğin prognozu açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada kronik enflamasyonu olan gebelerde aneminin gebelik prognozuna etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'ne başvuran SLE, AAA, AS, RA tanılı gebeler demografik ve laboratuvar değerleri açısından incelenmiştir. Hastalarda preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği, transfüzyon ihtiyacı, düşük doğum ağırlığı, normal vajinal doğum ve sezaryen doğum durumları incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 138 gebe hasta dahil edildi. Bu hastaların 72 tanesinde AAA, 22 tanesinde SLE, 28 tanesinde AS ve 16 tanesinde RA tanısı bulunmaktaydı. Bu hastaların 61 tanesine anemi eşlik etmekteydi. Gebelik öncesi hemoglobinin değeri ortalama olarak 12,8 g/dL, üçüncü trimester ortalama hemoglobinin değeri 12,1 g/dL idi. On sekiz hastada intrauterin büyüme geriliği (%13), 8 hastada hipertansiyon (%5,8), 8 hastada da gestasyonel diyabet (%5,8) gebeliğe eşlik etmekteydi. Toplam 138 hastadan 1'inde hastanın isteğine bağlı olarak gebelik terminasyonu gerçekleşti. Geri kalan 137 doğumdan 22 tanesi (%16,1) preterm doğum olarak sonuçlandı. Ortalama doğum haftası 38 hafta olarak sonuçlandı. Bu doğumlardan sonuçlanan 16 bebekte (%11,8) düşük doğum ağırlığı olduğu saptandı. Doğum kilosu ortalama olarak 3.155 gram olarak sonuçlandı. İki hastada intrauterin eksitus (%1,4), 2 hastada fetal aritmi (%1,4) saptandı. Yüz otuz yedi doğumun 93 tanesi (%67,9) sezaryen doğum olarak gerçekleşti. Üç hastada (%2,2) doğum sonrasında yoğun bakımda takip edilme ihtiyacı gelişti. Sekiz hastada (%5,8) anemiye bağlı olarak eritrosit süpsansiyonu transfüzyonu ihtiyacı olduğu görüldü.

Sonuç: Sistemik lupus eritematozus, ailesel akdeniz ateşi, ankilozan spondilit ve romatoid artrit tanılı gebelerde anemi ile ilişkili olarak gebelik sonlanımları incelendiğinde, anemi ile herhangi bir gebelik komplikasyonunun anlamlı ilişkisi saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, ankilozan spondilit, gebelik, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus

Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarının MEFV gen mutasyonlarının ve aldıkları tedavilerin ataklar arasındaki bazal akut faz reaktanları üzerindeki etkisi

Ege Sinan Torun¹, Duygu Birinci¹, Ezgi Fındık¹, Elif Ertaş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) hastalarının MEFV gen mutasyonlarının ve kullanmakta oldukları kolşisin ve interlökin-1 inhibitörleri gibi tedavilerinin hastaların ataklar arasındaki bazal C-reaktif protein (CRP) ve serum amiloid A (SAA) düzeyleri üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tasarımı çalışmamızda Mart 2022-Ağustos 2023 arasında hastanemiz romatoloji polikliniğinde takip ve tedavi edilmiş olan AAA hastaları retrospektif olarak incelenmiştir. MEFV mutasyon analizleri bulunan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastaların AAA atağı ya da enfeksiyon tablosunda oldukları sırada yapılan CRP ve SAA düzeyi ölçümleri dışlanarak hastaların her vizitteki CRP ve SAA düzeylerinin ortalaması alınmıştır. Hastalar taşıdıkları 10. ekzon MEFV mutasyonu sayısına göre 3 ayrı gruba (iki, bir ya da sıfır 10. ekzon mutasyonu şeklinde) ayrılmıştır. Tedaviye göre de kolşisin (yerli veya ithal) ve kolşisin+interlökin 1 inhibitörü şeklinde 2 gruba ayrılmışlardır.

Bulgular: Toplam 172 AAA hastası çalışmaya alınmıştır. Yaş ortalaması 38,1±12,3 olarak saptanmıştır. Yetmiş altı hasta (%44,2) 2 adet, 79 hasta (%45,9) 1 adet, 17 hasta (%9,9) sıfır 10. ekzon mutasyonu taşıyordu. Yüz elli beş (%90,1) hasta sadece kolşisin, 17 hasta (%9,9) kolşisin+interlökin 1 inhibitörü alıyordu. Onuncu ekzon mutasyon sayılarına göre hastaların bazal CRP ve SAA düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir. Üç grup arasında ortalama CRP düzeylerinin farkı anlamlıydı (p<0,001). Anlamlı farklılık 2 mutasyon grubu ile 1 mutasyonu grubu (p=0,001) ile 2 mutasyon ver 0 mutasyon grupları arasındaydı (p=0,006). Mutasyon grubuna göre ataklar arası ortalama SAA değerlerinin arasında anlamlı fark vardı (p=0,02). Anlamlı farklılık 2 mutasyonu grubu ile 1 mutasyonu grubu arasındaydı (p=0,009). Kolşisin+anti IL-1 alan hastaların CRP ve SAA düzeyleri sadece kolşisin kullanan hastaların ortalama CRP ve SAA değerlerine göre anlamlı olarak (CRP için p=0,004, SAA için p=0,03) daha yüksekti (Tablo 2).

Tartışma: Çalışmamız 10. ekzon mutasyonu taşıyan AAA hastalarının daha yüksek bir bazal enflamatuvar yük taşımakta olduğunu ortaya koymuştur. İnterlökin-1 inhibitörü+ kolşisin grubunda sadece kolşisin kullananlara göre daha yüksek bazal akut faz reaktanı düzeyleri olması bu hastaların taşıdıkları yüksek enflamasyon yükü nedeniyle daha potent tedavilere olan ihtiyacını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: CRP, AAA, kolşisin, interlökin-1 inhibitörü, SAA

Tablo 1.

	İki tane 10. ekzon mutasyonu n=76	Bir adet 10. ekzon mutasyonu n=79	10. ekzon mutasyonu olmayan n=17	p-değeri*	p-değeri**
	$\bar{X}\pm SS$ Medyan (Q1-Q3)	$\bar{X}\pm SS$ Medyan (Q1-Q3)	$\bar{X}\pm SS$ Medyan (Q1-Q3)		1 vs 2 1 vs 3 2 vs 3
Ataklar arası ortalama CRP	8,08±10,11 3,31 (1,69-11)	3,27±4,88 1,94 (0,72-4,19)	1,74±1,97 0,85 (0,5-3,16)	<0,001	0,001 0,006 0,73
Ataklar arası ortalama SAA	3,12±6,03 0,92 (0,41-2,77)	0,99±1,31 0,5 (0,2-1,21)	1,09±1,1 0,81 (0,29-1,59)	0,02	0,009 0,19 0,99

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Q1-Q3: %25-%75 çeyreklik *Kruskal-Wallis H testi, **Post-hoc Tukey testi, 1: İki tane 10. ekzon mutasyonu 2: Bir tane 10. ekzon mutasyonu 3: 10. ekzon mutasyonu olmayan

Tablo 2.

Tedavi	Kolşisin n=155	Kolşisin+anti-IL-1 n=17	p-değeri
	$\bar{X}\pm SS$ Medyan (Q1-Q3)	$\bar{X}\pm SS$ Medyan (Q1-Q3)	
Ataklar arası ortalama CRP	4,65±7,33 2,1 (0,76-4,98)	10,09±10,14 7,15 (2,44-13,5)	0,004
Ataklar arası ortalama SAA	1,64±3,41 0,64 (0,33-1,59)	5,54±8,97 1,68 (0,61-7,95)	0,03

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Q1-Q3: %25-%75 çeyreklik, Mann-Whitney U testi

PS-012**İmmün aracılı enflamatuvar hastalıkların multidisipliner değerlendirilmesi ve erken tanıya etkisi**

İbrahim Pınar¹, Servet Yolbaş², Yasir Furkan Çağın³, Serpil Şener⁴, Elif İnanc², Osman Sağlam³, Selami Arslan⁴

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, İç Hastalıkları Kliniği, Malatya

²İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Malatya

³İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, İç Hastalıkları Kliniği, Gastroenteroloji Bölümü, Malatya

⁴İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya

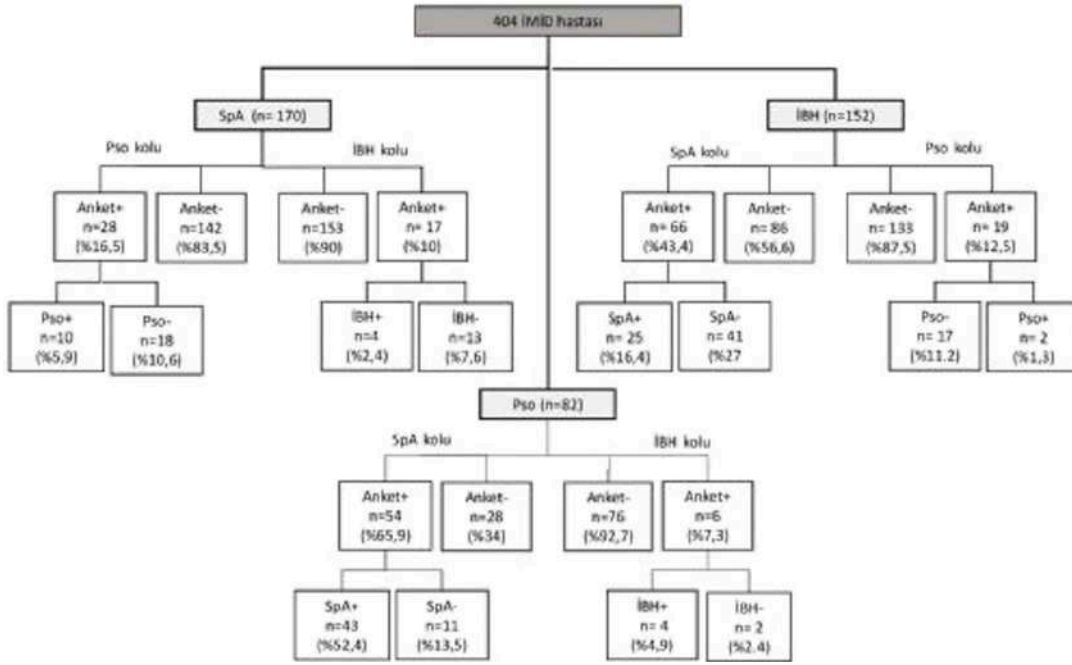
Amaç: İmmün aracılı enflamatuvar hastalıklar (İMİD) immün disregülasyon ile karakterize edilen ve ortak enflamatuvar yolları paylaşan kronik enflamatuvar bir hastalık grubudur. Herhangi bir İMİD'ye sahip kişilerde bu hastalık grubunda yer alan diğer hastalıkların görülme sıklığı normal popülasyona göre daha yüksektir. Bu nedenle bu hastaların erken teşhis ve tedavileri için farklı tarama anketleri geliştirilmiştir. Bu anketler genellikle bir İMİD varlığında diğer bir İMİD'nin taranması şeklinde yapılmıştır. Bizim bu çalışmadaki amacımız multidisipliner olarak herhangi bir İMİD varlığında, diğer yüksek olasılıklı İMİD'leri belirlenmiş anketlerle tarayarak bu hastalıkların erken tanınmasında multidisipliner yaklaşım ile yapılan tarama anketlerin katkısını ortaya koymaktır.

Yöntem: Yüz yetmiş spondiloartrit (SPA), 82 psöriasis (Pso), 152 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH) olan hastaların her birine diğer hastalıkların taranması için geliştirilmiş SpA (7 soru), Pso (5 soru) ve İBH (8 soru) tarama anket soruları yöneltildi. Anketteki soruların herhangi birine pozitif yanıt veren hastalar ilgili kliniğe yönlendirilerek tanı için değerlendirildi.

Bulgular: SPA hastalarının 38'i (%22,4) dermatoloji veya gastroenteroloji tarama sorularından [toplam 13 (5+8) soru] en az birine pozitif yanıt vermiştir. Şekil 1'de gösterildiği gibi SPA hastalarının 13'ü (%7,6) Pso veya İBH tanısı almıştır. Pso hastalarının 56'sı (%68,3) romatoloji ve gastroenteroloji tarama sorularından [toplam 15 (7+8) soru] en az birine pozitif yanıt vermiştir. Pso hastalarının 46'sı (%56,1) SPA veya İBH tanısı almıştır. İBH hastalarının 77'si (%50,7) romatoloji veya dermatoloji tarama sorularının [toplam 12 (7+5) soru] en az birine pozitif yanıt vermiştir. İBH hastalarının 26'sı (%17,1) SPA veya Pso tanısı almıştır.

Sonuç: Birbiri ile ilişkili SPA, İBH ve Pso gibi İMİD'leri takip eden disiplinlerin, aynı formda çoklu ayrı ayrı İMİD'leri değerlendiren anket setlerini kullanması ile erken tanıya anlamlı düzeyde katkı sağlayabildiği görülmektedir. Çok sayıda İMİD'yi birlikte değerlendirebilen tarama anket formlarının multidisipliner olarak klinik pratikte uygulanması erken tanı açısından faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: İmmün aracılı enflamatuvar hastalıklar, enflamatuvar bağırsak hastalığı, multidisipliner değerlendirme, Psöriasis, spondiloartropatiler



Sekil 1. Çalışma gruplarının sayılarını, anket sonuçları ve yeni tanı durumlarını gösteren akış şeması

PS-013

İnterlökin-1 inhibitörleri ile tedavi edilen Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarının, ilaç uyumu açısından izole kolşisin kullanan hastalar ile karşılaştırılması

Sibel Yılmaz Öner¹, Nesrin Şen¹, Sevtap Acer Kasman¹, Duygu Şahin¹, Nihan Neval Uzun¹, Sibel Ösken¹, Can Öner², Mehmet Engin Tezcan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, interlökin-1 inhibitörleri (IL-1 inh) ile tedavi edilen AAA hastalarının ilaç uyumu açısından yurt dışı kolşisin ve yerli kolşisin preparatları kullanan hastalar ile karşılaştırılması planlandı.

Yöntem: Olgu kontrol tipindeki bu çalışmada, IL-1 inh ile tedavi gören AAA hastaları (n=11) çalışma grubuna, yurt dışı kolşisin kullananlar (n=37) 1. kontrol ve yerli kolşisin alan hastalar da (n=74) 2. kontrol grubuna dahil edildi. Çalışma ve kontrol grupları

yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu açısından eşleştirildi. Hastaların ilaç uyumları MASIF ölçeği (<60 puan “kötü ilaç uyumu”, ≥60 puan “iyi ilaç uyumu”) ile değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar arasında ilaç uyumu açısından anlamlı bir farklılık olmamakla beraber en yüksek ilaç uyumu, IL-1inh kullanan grupta, en düşük ilaç uyumu ise yerli kolşisin kullanan grupta idi. Grupların ortanca ilaç uyum puanları benzerdi (IL-1 inh: 72,0; yurt dışı kolşisin 68,0 ve yerli kolşisin 68,0; p=0,467). Üç grubun “ilaç hakkında bilgi”, “tedaviye uyum”, “ilaç kullanımı ile ilgili engeller” ve “ilaç uyumunu artırıcı faktörler” alt boyutlarından aldıkları puanlar benzerdi (Tablo 1).

Sonuç: Her üç grup için de ilaç uyum düzeyleri benzerdir. Bu nedenle her bir hasta için ilaç uyumu ve ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörler bireysel olarak değerlendirilmeli ve uyumu düşük hastalara gerekli eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, AAA, ilaç uyumu, kolşisin, IL-1 inhibitörü

Tablo 1. Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarının MASIF ölçeği toplam ve alt boyut puanları

		<i>Yerli Kolşisin</i> (n=74)	<i>Yurt dışı</i> <i>Kolşisin</i> (n=37)	<i>IL-1 inh</i> (n=11)	<i>p</i>
<i>İlaç uyumu</i>	<i>İyi % (n)</i>	75,7 (56)	83,8 (31)	90,9 (10)	0,375*
	<i>Kötü % (n)</i>	24,3 (18)	16,2 (6)	9,1 (1)	
<i>MASIF toplam puan (median)</i>		68,0	68,0	72,0	0,467**
<i>İlaçla ilgili bilgi (median)</i>		17,0	17,0	17,0	0,959**
<i>Tedaviye uyum (median)</i>		20,0	20,0	20,0	0,851**
<i>İlaç kullanmaya engel faktörler (median)</i>		18,0	15,0	16,0	0,598**
<i>Uyumu arttıran faktörler (median)</i>		14,0	15,0	14,0	0,576**

* *Ki Kare testi* ** *Kruskal-Wallis test*

PS-014

Ailevi Akdeniz Ateşi hastalarında iş üretkenliği ve faaliyetlerinin hastalık algısı ile ilişkisi

Sibel Yılmaz Öner¹, Nesrin Şen¹, Sevtap Acer Kasman¹, Duygu Şahin¹, Nihan Neval Uzun¹, Sibel Ösken¹, Can Öner², Mehmet Engin Tezcan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), iş üretkenliği ve faaliyetlerini olumsuz yönde etkileyebilen kronik bir hastalıktır. Kronik hastalıklarda hastalık algısı, hastanın sağlık davranışını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmanın amacı, AAA hastalarının iş üretkenliği ve faaliyetlerinin hastalık algısı ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışmaya polikliniğimizde ayaktan tedavi gören 300 AAA hastası dahil edilmiştir. Hastalık algısı “Kısa Hastalık Algısı Ölçeği” ile değerlendirildi. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılaması artmaktadır. İş üretkenliğinde ve faaliyetlerde azalma ise, WPAl-GH V2,0 anketi ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek ile sağlık sorunları nedeniyle kaybedilen iş zamanı-iş üretkenliğinde-toplam iş gücünde ve günlük faaliyetlerde azalma yüzde olarak hesaplanmaktadır.

Bulgular: AAA hastalarının sağlık sorunları nedeni toplam iş gücünde %40’lık, iş üretkenliğinde %30’luk ve günlük faaliyetlerde ise %40’lık bir azalma olduğu görülmüştür. Hastaların ortalama hastalık algısı puanı 42,5±0,6’dır ve hastalık algısı puanları ile sağlık sorunları nedeni ile kaybettikleri gün sayısı, iş üretkenliğinde azalma ve toplam iş gücünde azalma oranları pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. Günlük faaliyetlerde azalma oranları da hastalık algısı puanı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. “Hastalıktan etkilenme”, “şikayetlerin derecesi”, “hastalıktan duyulan endişe” ve “hastalığa verilen duygusal tepki”

alt boyutlarından alınan puanlar ile sağlık sorunları nedeni ile kaybettikleri gün sayısı, iş üretkenliğinde-toplam iş gücünde ve günlük faaliyetlerde azalma oranları pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir (Tablo 1).

Sonuç: Hastalarda AAA ile ilgili eğitimlerle doğru bir hastalık algısının yerleştirilmesi, iş gücü ve günlük faaliyetlerdeki kayıpları azaltabilir ve aynı zamanda iş verimliliğini de artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, AAA, hastalık algısı, iş üretkenliği

Tablo 1. AAA hastalarının iş üretkenliği ve faaliyetlerinin hastalık algısı ile ilişkisi

	<i>Sağlık sorunları nedeniyle;</i>			
	<i>Kaybedilen iş</i> <i>zamanı, %</i>	<i>İş üretkenliğinde</i> <i>azalma, %</i>	<i>Toplam iş</i> <i>gücünde azalma,</i> <i>%</i>	<i>Günlük</i> <i>faaliyetlerde</i> <i>azalma, %</i>
<i>Hastalık algısı toplam puanı</i>	r=0,226 p=0,012	r=0,540 p<0,001	r=0,541 p<0,001	r=0,483 p<0,001
<i>Hastalıktan etkilenme</i>	r=0,271 p=0,002	r=0,589 p<0,001	r=0,593 p<0,001	r=0,539 p<0,001
<i>Hastalık süresi</i>	r=0,042 p=0,644	r=0,020 p=0,730	r=0,020 p=0,817	r=0,007 p=0,935
<i>Kişisel kontrol</i>	r=0,020 p=0,828	r=0,082 p=0,163	r=0,265 p=0,002	r=0,242 p=0,007
<i>Tedaviye olan inanç</i>	r=0,097 p=0,286	r=0,149 p=0,100	r=0,139 p=0,100	r=0,136 p=0,020
<i>Şikayetlerin derecesi</i>	r=0,267 p=0,003	r=0,486 p<0,001	r=0,421 p<0,001	r=0,421 p<0,001
<i>Hastalıktan duyulan endişe</i>	r=0,241 p=0,007	r=0,337 p<0,001	r=0,372 p<0,001	r=0,334 p<0,001
<i>Hastalığa anlama</i>	r=0,120 p=0,188	r=0,186 p=0,040	r=0,207 p=0,014	r=0,085 p=0,148
<i>Hastalığa verilen duygusal tepki</i>	r=0,196 p=0,030	r=0,409 p<0,001	r=0,424 p<0,001	r=0,396 p<0,001

Romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarında biyolojik tedavi direncinde *Helicobacter pylori* enfeksiyonunun rolü var mıdır?

Reyhan Bilici¹, Abdurrahman Tufan², Mehmet Akif Öztürk², Murat Kekilli³

¹Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Konya

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

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) ve romatoid artrit (RA), yüksek morbidite ve mortaliteye sahip kronik enflamatuvar hastalıklardır ve tedavi maliyetleri yüksektir. Her iki hastalıkta tedavi edilmediğinde veya tedaviye yanıt vermediğinde deformite, eklem erozyonu ve fiziksel işlev kaybına yol açabilir, günlük yaşam aktivitelerini ve işgücünü olumsuz etkiler. 2019 yılında yapılan bir çalışmada, RA hastalarında *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) Cag-A proteini pozitif olanların DAS-28 skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Romatizmal hastalıklarda kronik ilaç kullanımı ve dispepsi yaygın olup, bu hastalarda *H. pylori* varlığının araştırılması kılavuzlarda önerilmektedir. Biyolojik tedaviye dirençli RA ve AS hastalarında *H. pylori* enfeksiyonunun ilaç direncine yol açabileceği düşünülmektedir.

Yöntem: Bu çalışmaya, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü'nde Eylül 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında yapıldı. 2010 ACR-EULAR kriterlerine göre RA ve 2009 ASAS kriterlerine göre AS tanısı almış, en az 12 ay düzenli tedavi almasına rağmen düşük hastalık aktivitesi göstermeyen hastalar ya da yan etki hariç etkisizlik nedeni ile ilaç değişikliği yapılan hastalar dirençli olarak kabul edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar sonuçları, tedavi geçmişi ve mevcut tedavileri kaydedildi. Doktor ve hasta global ölçekleri ve hastalık aktivasyon skorları kaydedildi. *Helicobacter pylori* araştırmasına yönelik; antikorlarını saptamak için Enzim immün assay yöntemi, endoskopi yapılarak patolojide *H. pylori* varlığı ya da gaita antijenine bakıldı.

Bulgular: Çalışmaya 107 AS ve 97 RA olmak üzere toplam 204 hasta alındı. Biyolojik tedaviye dirençli ve duyarlı hastalarının demografik ve klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterildi.

Sonuç: Tedaviye dirençli RA hastalarında *H. pylori* enfeksiyonunun ilaç direnci ile olan ilişkisinin seroloji ve patoloji testleri ile gösterilmesi, bu hastalarda yüksek morbidite ve mortaliteye yol açan biyolojik ilaç direncinin *H. pylori* ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. *H. pylori*'nin antibiyotik tedavisi ile eradike edilebileceği ve bunun sonucunda morbidite, mortalite ve tedavi maliyetlerinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, romatizmal hastalıklarda tedaviye direnç sorununu azaltmaya ve hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, tedavi direnci, *Helicobacter pylori*

Tablo 1. Biyolojik tedaviye dirençli ve duyarlı AS hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Yas, yıl*	47,8±11,5	44,8±11,6	0,18
Cinsiyet			
Kadın, n=49	29 (%59,2)	20 (%40,8)	0,19
Erkek, n=58	27 (%46,6)	31 (%53,4)	
VKI, kg/m ² *	27,6±5,6	27,6±5,41	0,99
Semptom süre, ay	169 (74-257)	173 (118-236)	0,53
Tanı süre, ay	99,5 (59-194)	138 (77-182)	0,06
Biyolojik ilaç süresi, ay	40 (22-53)	56 (36-62)	<0,001
Sigara içmemiş, n=43	26 (%60,5)	17 (%39,5)	0,36
Sigara bırakmış, n=27	12 (%44,4)	15 (%55,6)	
Sigara kullanıyor, n=37	18 (%48,6)	19 (%51,6)	
Şiş eklem sayısı, n	0 (0-0)	0 (0-0)	0,45
Hassas eklem sayısı, n	0 (0-0)	0 (0-0)	0,66
ESR, mm/saat	16 (2-28)	25 (14-41)	0,008
CRP, mg/dL	5,5 (2,7-12,8)	10 (3,3-22,5)	0,12
HLA-B27 negatifliği, n=23	9 (%39,1)	14 (%60,9)	0,38
HLA-B27 pozitifliği, n=54	27 (%50)	27 (%50)	
Pylori IgG negatifliği, n=31	15 (%48,4)	16 (%51,6)	0,47
Pylori IgG pozitifliği, n=52	21 (%40,4)	31 (%59,6)	
Pylori IgA negatifliği, n=42	20 (%47,6)	22 (%52,4)	0,35
Pylori IgA pozitifliği, n=40	15 (%37,5)	25 (%62,5)	
Gaita Pylori negatifliği, n=57	27 (%47,4)	30 (%52,6)	0,90
Gaita Pylori pozitifliği, n=6	3 (%50)	3 (%50)	
Patoloji negatif, n=53	33 (%62,3)	20 (%37,7)	0,18
Patoloji pozitif, n=16	7 (%43,8)	9 (%56,3)	
VAS doktor	20 (5,5-40)	30 (15-40)	0,15
VAS hasta	40 (12,5-57,5)	50 (30-80)	0,01
VAS ağrı	40 (12,5-70)	60 (30-80)	0,04
VAS halsizlik	40 (12,5-70)	60 (30-80)	0,02
HAQ skoru	0,52 (0,15-1,25)	0,75 (0,37-1)	0,57
BASDAI	4,6 (2,7-6,4)	4,7 (3,1-6,9)	0,71
BASFI	3,1 (1,4-5,8)	4,4 (2,1-6,2)	0,22
ASDAS*	2,6±1,35	2,97±1,1	0,18

AS: Ankilozan spondilit, ASDAS: Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, HLA: İnsan lökosit antijeni, VAS: Görsel analog skala, VKI: Vücut kitle indeksi

Tablo 2. Biyolojik tedaviye dirençli ve duyarlı RA hastalarının demografik ve klinik özellikleri

n=97	RA duyarlı (n=45)	RA dirençli (n=52)	p
Yaş, yıl*	57,2±14,8	54±13	0,26
Cinsiyet			
Kadın, n=67	27 (%40,3)	40 (%59,7)	0,07
Erkek, n=30	18 (%60)	12 (%40)	
VKİ, kg/m ² *	26,7±5,3	28,7±5,8	0,07
Semptom süre, ay	162 (82-256)	180 (130-255)	0,19
Tanı süre, ay	147 (80-242)	170 (108-215)	0,33
Biyolojik ilaç süresi, ay	43 (30,5-62)	57,5 (42-75,2)	0,01
Sigara içmemiş, n=56	25 (%44,6)	31 (%55,4)	0,47
Sigara bırakmış, n=25	14 (%56)	11 (%44)	
Sigara kullanıyor, n=16	6 (%37,5)	10 (%62,5)	
Şiş eklem sayısı, n	0 (0-0)	0 (0-1)	0,48
Hassas eklem sayısı, n	0 (0-2)	0 (0-3)	0,64
ESR, mm/saat	24,4 (9-34)	32 (16-52)	0,01
CRP, mg/dL	5 (2,3-12,4)	9 (4,2-20)	0,05
RF negatifliği, n=23	21 (%58,3)	15 (%41,7)	0,04
RF pozitifliği, n=54	21 (%36,8)	36 (%63,2)	
CCP negatifliği, n=39	20 (%51,3)	19 (%48,7)	0,14
CCP pozitifliği, n=50	18 (%36)	32 (%64)	
Pylori IgG negatifliği, n=25	13 (%52)	12 (%48)	0,03
Pylori IgG pozitifliği, n=45	12 (%26,7)	33 (%73,3)	
Pylori IgA negatifliği, n=37	20 (%54,1)	17 (%45,9)	0,001
Pylori IgA pozitifliği, n=33	5 (%15,2)	28 (%84,8)	
Gaita Pylori negatifliği, n=43	18 (%41,9)	25 (%58,1)	0,16
Gaita Pylori pozitifliği, n=7	1 (%14,3)	6 (%85,7)	
Patoloji negatif, n=49	31 (%63,3)	18 (%36,7)	<0,001
Patoloji pozitif, n=21	2 (%9,5)	19 (%90,5)	
VAS doktor	20 (10-35)	30 (16-40)	0,03
VAS hasta	30 (10-50)	40 (30-60)	0,03
VAS ağrı	40 (20-80)	50 (30-70)	0,16
VAS halsizlik	40 (20-80)	40 (30-70)	0,71
HAQ skoru	0,62 (0,12-1,18)	0,68 (0,26-1,25)	0,24
DAS-28 CRP	2,1 (1,6-3,3)	2,6 (2,1-3,6)	0,07
CDAI	6 (2,7-12,4)	8,7 (4,6-14,7)	0,04

ASDAS: Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru, CCP: Siklik sitröline peptid, CRP: C-reaktif protein, CDAI: Klinik hastalık aktivite indeksi, DAS: Hastalık aktivite skoru, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, RA: Romatoid artrit, RF: Romatoid faktör, VAS: Görsel analog skala, VKİ: Vücut kitle indeksi

PS-016

2005-2010 yılları arası biyolojik ajan başlanan spondiloartritli hastaların 10 yıllık uzun dönem verilerinin retrospektif olarak incelenmesi

Halime İzmirlil Mertoğlu¹, Burcu Yağız², Belkis Nihan Coşkun², Yavuz Pehlivan², Hüseyin Ediz Dalkılıç²

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

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Yakın tarihli geçmişe sahip olan anti-tümör nekroz faktörü (anti-TNF) ilaçların spondiloartrit (SpA) hastalarında tedavide kalım ve yan etki profilini uzun dönem takip ile değerlendirmeyi hedefledik.

Yöntem: Çalışmaya 2005-2010 tarihleri arasında anti-TNF tedavi başlanmış olan ve takiplerine 10 yılı aşkın süredir Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda devam edilen SpA'lı hastalar alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya %55,7'si erkek, %44,3'ü kadın toplam 70 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortanca değeri 49 yıl, biyolojik ajan başlama yaşı ortanca değeri 34 yıl, en sık tanı alt tipi ankilozan spondilittir (%87,2). Yetmiş hastadan %35,7'si tedavisine ilk biyolojik ajan ile devam etmiş ve 2 hasta hariç (7 yıl ve 8 yıl) diğerleri ilk ajanı 10 yıl ve üzerinde kullanmıştır. Yetmiş hastanın %57,1'i en az iki anti-TNF ajan kullanmış ve %48,6'sı tedavisine aynı grup içinde değişim yaparak devam etmiştir. İlk biyolojik ilaç olarak etanercept, infliksimab ve adalimumab kullanılmıştır ve biyolojik ilaçlara göre hastaların ilk ajanda tedavide kalım süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,392). İlk biyolojik tedavide erkek cinsiyette (p=0,022, p=0,046), aksiyel tanısı alanlarda (p=0,021) ve sigara

maruziyeti olanlarda (p=0,013) tedavide kalım süreleri daha fazla bulunmuştur. İlk biyolojik tedavi ile ikinci biyolojik tedavi değişme nedenleri (p=0,292) ve tedavide kalım süreleri (p=0,73) bakımından karşılaştırıldığında farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Yaklaşık 20 yıllık bir geçmişe sahip olan anti-TNF tedavilerin etkinliği ve güvenliği ile ilgili olarak çalışmamız

literatürden farklı olarak 10 yıldan daha uzun takip süresi, daha uzun biyolojik tedavide kalım süresi ve klinik uygulama ortamı nedeniyle literatüre katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-TNF, biyolojik tedavi, spondiloartrit

Tablo 1. Kullanılan anti-TNF* ajan sayısı ve yüzdesi

	n	%
İlk anti-TNF**'te devam eden	25/70	35,7
En az 2 anti-TNF* kullanan	40/70	57,1
Aynı grupta değişim yapılan	34/70	48,6

*Anti-TNF: Anti-tümör nekrozis faktör

Tablo 2. İlk biyolojik ajan ile cinsiyete ve sigara maruziyetine göre tedavide kalım sürelerinin karşılaştırması

İlk biyolojik ajan		Tedavide kalım süre ortalaması ± SS* (ay)	p**
Etanercept	Sigara yok (n=12)	70,08±13,97	0,013
	Sigara var (n=13)	128,23±21,36	
Etanercept	Erkek (n=16)	122,00±18,96	0,022
	Kadın (n=9)	66,89±17,62	
Adalimumab	Erkek (n=10)	106,38±21,66	0,046
	Kadın (n=12)	50,00±14,80	

*SS: Standart sapma, **Kaplan-Meier analizi yapılmış, Log-rank testi kullanılmıştır

PS-018

Sistemik skleroz hastalarında uyku kalitesinin klinik veriler ve yaşam kalite ölçekleri ile ilişkisi

Tuğba Kahraman Denizhan¹, Emel Oğuz Kökoğlu¹, Melih Kızıltepe¹, Hüseyin Kaplan², Celil Barlas Cengiz¹, Abdurrahman Soner Şenel¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Kötü uyku kalitesi sistemik sklerozda (SSc) yaygın olan ve yaşam kalitesini etkileyen bir sorundur. Vaskülopati, kas-iskelet sistemi, gastrointestinal ve pulmoner tutulumlar ile bozulan yaşam kalitesi uyku kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmamızda SSc hastalarında uyku kalitesinin yaşam kalitesi ve diğer klinik ölçekler ile ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takipte olan ACR/EULAR 2013 klasifikasyon kriterlerine göre tanı SSc hastaları dahil edildi. Hastaların Raynaud semptomları, dijital ülser, sklerodaktili ve PAH varlığı, gastrointestinal, kas-iskelet sistemi ve pulmoner tutulum öykülerinin yanısıra görsel analog skala (VAS), VAS-Dispne, modified Rodnan skin score (MRSS), Mouth Handicap in Systemic Sclerosis (MHSS), medical research council dispne skalası (MRC), Duruöz el indeksi (DHI), nöropatik ağrı skoru (DN4), SSc yaşam kalitesi indeksi (SSQoL) skorları ve kapilleroskopileri değerlendirildi. Uyku bozukluğu jenkins uyku ölçeği (JSS) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 42 SSc (K/E: 34/8) hastası dahil edildi. Limitli SSc 25 hasta ve diffüz SSc 17 hasta idi. Ortalama hastalık süresi 8 yıldır. Diffüz ve limitli SSc hastalarında MRSS, DHI ve MRC skorlarında anlamlı fark tespit edildi (Tablo 1). Uyku kalitesi ile MHSS, SSQoL, DHI, MRC ve DN4 skorları ilişkili bulundu (Tablo 2). Kapilleroskopi paterni (erken-aktif-geç SSc) ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Sonuç: SSc'deki uyku bozuklukları yaygın ve önemli ancak hafife alınan bir klinik sorundur. Çeşitli nitelikteki bir dizi faktörden kaynaklanırlar ve muhtemelen organ tutulumları ile ilişkilidirler, ancak patomekanizmaları hala belirsizliğini korumaktadır. Dahası, SSc hastalarındaki uyku kalitesi, fiziksel ve zihinsel işlevleri ve tedavi sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bozulmuş yaşam kalite skorları, dispne ve nöropatik ağrı kötü uyku kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Yaşam kalite skorlarını düzeltmeye yönelik medikal ve yaşam tarzı değişiklikleri kötü uyku kalitesini düzenlemede de etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, uyku kalitesi, yaşam kalite ölçekleri

Tablo 1. SSc alt tipine göre yaşam kalitesi ölçekleri ile uyku kalitesi ölçeğinin kıyaslanması

Değişkenler	DcSSc	LcSSC	p
Toplam hasta sayısı, n	17	25	
Yaş, ortalama ± SS	57 ±13,5	55±12,8	0,961
Hastalık süresi, medyan (min.-maks.)	8 (1-9)	8 (1-40)	0,324
Yorgunluk, ortalama ± SS	5 ±2,7	5 ±2,4	0,802
VAS, medyan (min.-maks.)	2 (0-10)	5 (0-10)	0,104
VAS-D, medyan (min.-maks.)	3 (0-7)	3 (0-10)	0,861
MRSS, medyan (min.-maks.)	10 (0-26)	2 (0-16)	0,000
MHISS, medyan (min.-maks.)	11 (0-30)	7 (0-34)	0,167
SSQoL, medyan (min.-maks.)	4 (0-18)	4 (0-18)	0,508
DHI, medyan (min.-maks.)	7 (0-70)	4 (0-42)	0,013
MRC, medyan (min.-maks.)	2 (1-4)	1 (0-5)	0,045
DN4, medyan (min.-maks.)	1 (0-6)	2 (0-7)	0,601
JSS, medyan (min.-maks.)	2 (0-20)	3 (0-20)	0,732

DHI: Duruöz el indeksi, DN4: Nöropatik ağrı skoru, JSS: Jenkins uyku ölçeği, min.-maks.: Minimum-maksimum, MRSS: Modified Rodnan skin score, MHISS: Mouth Handicap in Systemic Sclerosis, MRC: Medical research council dispne skalası SS: Standart sapma, SSQoL: SSc yaşam kalitesi indeksi, VAS: Görsel analog skala, VAS-D: Görsel analog skala-dispne

Tablo 2. JSS ile klinik veriler ve yaşam kalitesi ölçekleri arasındaki ilişkiler (Korelasyon analizi)

	Hastalık süresi	VAS	VAS-D	MRSS	MHISS	SSQoL	DHI	MRC	DN4
JSS r	0,184	0,301	0,221	0,218	0,330	0,653	0,310	0,393	0,512
P	0,242	0,053	0,160	0,166	0,033	0,000	0,046	0,010	0,001

DHI: Duruöz el indeksi, DN4: Nöropatik ağrı skoru, JSS: Jenkins uyku ölçeği, MRSS: Modified Rodnan skin score, MHISS: Mouth Handicap in Systemic Sclerosis, MRC: Medical research council dispne skalası VAS: Görsel analog skala, VAS-D: Görsel analog skala-dispneSSQoL: SSc yaşam kalitesi indeksi

PS-019

Dirençli monoartritli hastalarda intraartiküler infliksimab uygulaması ve hastaların demografik özellikleri

Melih Kızıltepe¹, Hüseyin Kaplan², Emel Oğuz Kökoğlu¹, Tuğba Kahraman Denizhan¹, Celil Barlas Cengiz¹, Abdurrahman Soner Şenel¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Romatoloji pratiğinde persistan enflamatuvar diz artriti ve bu durumun sistemik tedavi ile kontrol altına alınmaması sık karşılaşılan bir sorundur. Genellikle bu hastalar sık intraartiküler steroid enjeksiyonları, hatta bazen cerrahi sinovektomi ile tedavi edilir. Bizde cerrahi aşamadan önce intraartiküler infliksimabın da etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini hatırlatmak istedik.

Yöntem: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen ve sistemik tedaviye rağmen, tekrarlayan diz monoartriti olan ve çoklu intraartiküler steroid uygulaması yapılan 11 hastaya 100 mg intraartiküler infliksimab enjeksiyonu uygulandı.

Bulgular: Hastalarımızın 3'ü romatoid artrit, 3'ü psöriatik artrit, 2'si ankilozan spondilit, 1'er hastada Behçet, JIA ve undiferansiye artritti. Hastaların yaş ortalaması 51,1±23,4'tü. Hastaların diğer demografik özellikleri ve başlangıç, 3. ay ve 6. ay laboratuvar verileri

Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların hepsi sistemik tedavi almaktaydı, 3 hasta hem biyolojik hem de csDMARD kullanırken diğer hastalar en az bir csDMARD veya azatiyopürin tedavisi almaktaydı. Dokuz hastaya bir kez intraartiküler infliksimab uygulanırken, 2 hastaya aynı dizden en az üç ay arayla ikinci uygulama yapılmıştı. Uygulama zamanı ve sonrasında hastaların 0., 3. ve 6. aylarda C-reaktif protein (CRP), sedimantasyon, beyaz küre değerleri ve klinik şişlik, hassasiyetleri değerlendirildi. Birinci ayda hastalar klinik olarak tam yanıtlıyken, üçüncü ayda hastaların 4'ünde (%36,4) aynı dizde nüks vardı. Nüks hastalar daha ileri yaş, uzun hastalık süresine sahipti. Ayrıca nüks olan 4 hastanın 2'sinde çoklu biyolojik ilaç kullanımını vardı. Altıncı ayın sonunda hastaların CRP'sinde anlamlı düşüş saptandı (p=0,032). Intraartiküler enjeksiyonlar sonrası yan etki görülmedi.

Sonuç: Literatürde romatolojik hastalıklarda anti-tümör nekroz faktörü-alfa ajanları ile intraartiküler tedavi hakkında az sayıda rapor vardır. Bu yayınlarda da kısa süreli takibe sahip az sayıda hasta bulunmaktadır. Bazı çalışmalar klinik iyileşmede etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olabileceğine dair kanıtlar sunmakla birlikte, olumsuz sonuçlar da bildirilmiştir. Bizim sonuçlarımızda tedaviye dirençli monoartriti bulunan hastalarda infliksimabın alternatif bir yaklaşım olabileceğini vurgulamaktadır. Ancak örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda, bu ön bulguları doğrulamak için daha büyük prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF-alfa ajan, infliksimab, intraartiküler enjeksiyon, romatolojik hastalıklar

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Toplam hasta sayısı, n	11
Yaş (yıl), ortalama ± SS	51,1±23,4
Erkek cinsiyet, n (%)	7 (63,6)
Tanı, n (%)	
RA	3 (27,3)
PsA	3 (27,3)
AS	2 (18,1)
Diğer	3 (27,3)
Hastalık süresi (yıl), medyan (minimum-maksimum)	6 (1-12)
DAS-28, ortalama ± SS	3,7±0,7
BASDAI, ortalama ± SS	5,0±0,5
Öncesinde ≥2 intraartiküler steroid uygulanan hasta sayısı, n (%)	11 (100)
Biyolojik tedavi alan hasta, n (%)	8 (72,7)
İnfliksımab enjeksiyonu sonrası geçen süre (ay), ortalama ± SS	7,7±5
İnfliksımab sonrası aynı dizde atak, n (%)	4 (%36,4)

AS: Ankilozan spondilit, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, DAS-28: Hastalık aktivite skoru, PsA: Psöriyatik artrit, RA: Romatoid artrit, SS: Standart sapma

Tablo 2. Hastaların başlangıç, 3. ay ve 6. ay laboratuvar verileri

	Uygulama öncesi	3. ay	6. ay	p
ESR, mm/s medyan (minimum-maksimum)	37 (5-54)	30 (6-49)	30.5 (3-63)	0,513
CRP, mg/L medyan (minimum-maksimum)	18,5 (5-59) ^a	3 (1,4-62) ^{a,b}	4.5 (1,4-17) ^b	0,032
BK, 10 ³ /uL, medyan (minimum-maksimum)	7,9 (3,8-13,8)	7,0 (4,9-12,6)	7,3 (5,5-16,1)	0,846

P-değerlerindeki kalın vurgular istatistiksel olarak anlamlı sonuçları göstermektedir

BK: Beyaz küre, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı

PS-020

Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda nöropsikiyatrik tutulum ile serum CXCL-13 düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Derya Yıldırım¹, Abdulsamet Erden², Antonis Fanouriakis³, Hande Nur Koç Kanık², Rıza Can Kardas², Burcuğül Kaya², İbrahim Vasi², Rahime Duran², Berna Göker², Hamit Küçük², Mehmet Akif Öztürk², Abdurrahman Tufan⁴

¹Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Atina Ulusal ve Kapodistrias Üniversitesi, Romatoloji ve Klinik İmmünoloji Kliniği, Atina, Yunanistan

⁴Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü, Enflamatuvar Hastalıklar Bölümü, Maryland, Amerika Birleşik Devletleri

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), nöropsikiyatrik tutulum (NPSLE) dahil olmak üzere çeşitli sistemik belirtilerle kendini gösteren bir otoimmün hastalıktır ve bu belirtiler şiddet ve prognoz açısından farklılık gösterebilir. NPSLE'nin teşhisi zorlayıcıdır ve güvenilir tanı belirteçlerine ihtiyaç duyulmaktadır. SLE ile ilişkili bir B-hücre kemokini olan CXCL-13, NPSLE'deki potansiyel rolü nedeniyle dikkat çekmektedir. Bu çalışma, NPSLE hastalarındaki serum CXCL-13 seviyelerini, nöropsikiyatrik

semptomları olmayan SLE hastaları ve sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırmayı amaçlamıştır.

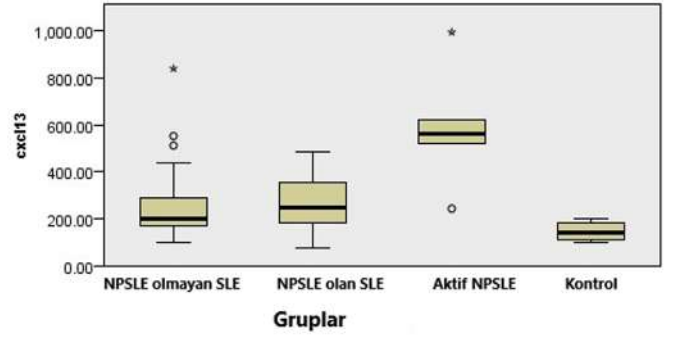
Yöntem: Çalışmaya 125 katılımcı onam alınarak dahil edildi ve 3 gruba ayrıldı: Aktif NPSLE'li ya da NPSLE öyküsü olan SLE hastaları (n=32), Aktif ya da öyküde NPSLE olmayan SLE hastaları (n=71) ve sağlıklı kontroller (n=22). Aktif NPSLE olan hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. SLE tanısında 2019 EULAR/ACR SLE tanı kriterleri kullanıldı. NPSLE tanısında ise 1997'de oluşturulan ve 2012 de SLICC grubu tarafından revize edilen 11 tip klasifikasyon kriteri kullanıldı. Bu kriterlerde tanımlanan tutulumlardan biri akut olarak gelişen ve başka bir nedene bağlı olmayan SLE hastaları nöroloji göeüşü ile birlikte aktif NPSLE olarak kabul edildi. Bu sınıflandırmaya göre NPSLE tanısı alan hastaların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Serum CXCL-13 seviyeleri, periferik kan örneklerinden ölçülmüştür. Aktivite değerlendirmede Sistemik Lupus Eritematozus Hastalık Aktivite İndeksi (SELENA-SLEDAI) kullanılmıştır.

Bulgular: Klinik aktivitelerine göre gruplandırıldığında, 40 hasta SLEDAI aktivite indeksine (SLEDAI >6) göre hastalığın aktif evresindeydi ve 19'u klinik skorlara göre atak dönemi boyunca NPSLE hastalarıydı. SLEDAI'ye göre, atak döneminde olan SLE hastalarının serum CXCL-13 seviyeleri, daha düşük SLEDAI skorlarına sahip hastalara kıyasla daha yüksekti (p=0,012). NPSLE'li hastalar, NPSLE'si olmayan hastalara (p=0,047) ve sağlıklı kontrollere (p<0,001) kıyasla anlamlı derecede yüksek CXCL-13 seviyeleri göstermişti, özellikle aktif NPSLE'li hastalarda

bu seviyeler daha da yüksekti (p=0,001, Şekil 1). Korelasyon analizlerine göre, serum CXCL-13 seviyeleri, anti-dsDNA antikor seviyeleri ve SLEDAI skoru ile pozitif korelasyon gösterirken, serum total C3 ve C4 seviyeleri ile negatif korelasyon gözlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma, serum CXCL-13 seviyeleri ile SLE'deki nöropsikiyatrik tutulum ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Ayrıca, önceki araştırmaların CXCL-13 seviyeleri ile SLE'deki klinik aktivite arasındaki bağlantıyı öne sürmesi, CXCL-13'ün NPSLE için potansiyel bir tanı belirteci olma olasılığını desteklemektedir. Bununla birlikte, CXCL-13'ün NPSLE için tanısıl bir araç olarak kullanılabilirliğini ve hastalık yönetimindeki rolünü doğrulamak için daha fazla araştırma gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: CXCL-13, klinik aktivite, NPSLE, SLE



Şekil 1. Tüm gruplarda serum CXCL-13 düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 1. Aktif nöropsikiyatrik lupus eritematozuslu hastaların klinik, radyolojik ve laboratuvar parametrelerinin gösterimi

İsim baş harfleri	Başvuru semptomları	SLE geçmişi	Klinik bulgular	Laboratuvar bulguları	Görüntüleme bulguları	Tanı ve tedavi
Ö.T.	26 yaş kadın, 2 gün önce başlayan konfüzyon ve epileptik nöbetler	Femoral ven oklüzyonu, Malar döküntü, Artrit	Konfüzyon, Koordinasyon kaybı, Aktif malar döküntü, Cushing bulguları	Anti dsDNA>800, Total C3: 44, Total C4: 7, ESR: 72	MRG: İki taraflı parietal ve temporal lob iskemik gliotik bulgular, EEG: Yaygın serebral disfonksiyon, epileptiform anormallikler	Nöbet, Levetirasetam, Siklofosfamid, Pulse MPZ
Z.B.	41 yaş kadın, 1 hafta önce başlayan sol gözde görme kaybı	APS sendromu, Sol gözde retinal ven oklüzyonu	Malar döküntü, Her iki elde 4/5 MKF'de hassasiyet, Görme kaybı	AntidsDNA: 445, Total C3: 72, Total C4:11	Göz ve beyin MR: Normal, VEP: Pre-kiazmatik anormallik	Optik nörit, Rituksimab, Pulse MPZ
B.V.	21 yaş, Akut konfüzyon ve nöbet	Kutanöz ve artiküler tutulum, İmmün hemolitik anemi	Bilinç ve koordinasyon kaybı	Anti dsDNA: 122, Total C3 ve C4 normal	Beyin MRG: Normal, BOS analizi: Hafif artmış IL-6 ve IgG indeksi	Hastalıkla ilgili akut konfüzyon hali, 60 mg/gün MPZ
B.H.	23 yaş, 2 gün önce başlayan şiddetli baş ağrısı	Henüz tanı yok	Malar döküntü, Bacaklarda livedoid döküntü	AntidsDNA: 620, C3: 42, C4: 4, APS antikorları 0. ve 12. haftalarda pozitif	Beyin MRG: Transvers sinüs trombozu	Sinüs trombozu, Orta doz MPZ, ASA, AZA
B.Y.	45 yaş, 5 gün önce başlayan şiddetli baş ağrısı, nöbet ve bulantı	SLE nefriti sınıf 4-5, Kutanöz ve artiküler tutulum	TA: 160-65, Minimal konfüzyon	AntidsDNA: 0, C3: 92, C4: 14	Beyin MRG: Artmış intrakraniyal hipertansiyon	Intrakraniyal hipertansiyon, Asetazolamid, Dekompresyon, Deksametazon
G.C.	44 yaş, Şiddetli miyalji, nöbet ve bilinç kaybı	20 yıldır SLE, Parsiyel remisyonda Castleman hastalığı, Kutanöz tutulum, Teşhisin ilk yılında Kikuchi Fujimoto hastalığı	Akut bilinç kaybı, Ateş, Yüz, boyun ve bacaklarda akut LE lezyonları, Alt ekstremitelerde motor fonksiyon kaybı	Anti dsDNA: 730, C3: 52, C4: 4	Beyin MRG: Yaygın lupus serebral vaskülopatisi ve pre-kiazmatik seviyede bilateral optik sinir nöropatisi, EEG: Yaygın serebral disfonksiyon	Akut parankimal tutulum ile ilişkili SLE, Pulse MPZ, Deksametazon, İvlg, Plazmaferez

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen hastaların nöropsikiyatrik lupus belirtilerinin sayısı ve türleri

Tutumum türü	Hasta sayısı (n=32)
Demiyelinizan hastalık	1
Ataksi	2
Akut konfüzyon	7
Transvers miyelit	2
Periferik nöropati	5
Kranial nöropati	1
Optik nörit	2
Bilişsel bozukluk	10
Mononöritis multiplaks	1
Baş ağrısı	16
Depresyon	16
İnme	3
Aseptik menenjit	1
Organik beyin sendromu	4
Psikoz	1
Nöbet	7

PS-021

Ankilozan spondilit ve non-radyografik aksiyal spondiloartrit uzun kodlamayan RNA'lerden MALAT1 ve NEAT1'in hastalık patogenezi ve aktivitesiyle ilişkisi

Zeliha Ademoğlu¹, Ufuk İlgen², Sinem Yalçıntepe³, Elif Güngör¹, Yelin Koçak Ünsal¹, Rabia Gökçen Umurca Aydemir¹, Drenushe Zhuri³, Engin Atlı³, Hakan Emmungil¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

²Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Siirt

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Edirne

Amaç: Uzun kodlamayan RNA'ların (lncRNA) gen ekspresyonunu düzenleyebildiğine ve otoimmün ve enflamatuvar hastalıklarda yaygın olarak yer alabildiğine dair artan kanıtlara rağmen ankilozan spondilit (AS) ile ilgili lncRNA'lar hakkındaki bilgimiz sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada, AS ve non-radyografik aksiyal spondiloartrit (nr-axSpA) hastalarının serumunda lncRNA olan MALAT1 ve NEAT1 ekspresyon profillerini araştırıp, bunların hastalık aktivitesiyle ilişkisi ve hastaların radyolojik, klinik özelliklerindeki rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Trakya Üniversitesi Romatoloji Kliniği'nde, 2023-2024 yılları arasında ASAS kriterlerine göre 49 AS (bunların 14'ü ileri radyolojik bulguları olan AS), 11 nr-axSpA ve 21 sağlıklı kontrol dahil edildi. On sekiz yaş altında olanlar, malignite ve diğer otoimmün hastalık tanısı olanlar, kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlar ve güncel olarak AS ve nr-axSpA için tedavi alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların kan testleri, HLA B27, radyografi ve sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntüleme bulguları kaydedildi. Modifiye New York kriterlerine göre sakroiliak eklem değişiklikleri evrelendirildi. Lomber ve servikal vertebra radyografilerinde sindesmofit ve ankiloz varlığı kaydedildi.

Hastaların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri ile hastalık aktiviteleri belirlendi. BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH ve HAQ skorları kullanıldı. Hastaların periferik kanlarında real time PCR yöntemi ile MALAT1 ve NEAT1 lncRNA ekspresyon analizi yapıldı ve bulunan sonuçlar hasta gruplarının klinik ve radyolojik özellikleriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya AS ve nr-axSpA olan toplam 60 SpA olgusu ve 21 sağlıklı kontrol dahil edildi. SpA hastalarının 49'u AS, 11'i nr-axSpA idi. AS hastalarının 14'ünde sakroiliak eklemde total ankiloz ve vertebralarda bambu kamışı görünümü gibi ileri radyolojik bulgular mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması 43,3 (standart sapma: 11,3 yıl), kadın:erkek oranı 3:7 ve ortanca hastalık süresi 120 [çeyrekler açıklığı (ÇA): 192] aydı. MALAT1 düzeyi sağlıklı kontrol, nr-axSpA, AS ve ileri AS gruplarında sırasıyla medyan (IQR); 0,052 (0,039), 0,047 (0,028), 0,034 (0,026), 0,039 (0,022) olarak tespit edildi ve gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı (p=0,299). NEAT1 düzeyi ise sağlıklı kontrol, nr-axSpA, AS ve ileri AS gruplarında sırasıyla medyan (IQR); 0,071 (0,053), 0,039 (0,061), 0,051 (0,035), 0,054 (0,045) idi, gruplar arasında istatistiksel fark yoktu. HLA-B27 negatif hastalarda median MALAT1 düzeyi 0,045 (IQR: 0,068) iken, HLA-B27 pozitif hastalarda 0,029 (IQR: 0,022) idi (p=0,014) (Tablo 1). Çalışmamızdaki SpA hastalarını sakroiliak eklem bulgularına göre evre 0-2 ve evre 3-4 olarak ikiye ayırdığımızda, ileri sakroiliak eklem tutulumu olan SpA hastalarında MALAT1 ekspresyonu daha düşüktü (Tablo 2). NEAT1 ekspresyonu ile radyografik bulgular ve HLA B27 arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı. MALAT1 ve NEAT1 ekspresyonu ile yaş, hastalık süresi, BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH, VAS ve HAQ arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamıza göre hem HLA-B27 pozitif olan hastalarda hem de ileri sakroiliit bulguları olan SpA hastalarında MALAT1 düzeyinin düşük eksprese olması MALAT1 'in kötü prognoz ve ankilozla ilişkili olabileceğini düşündürülebilir. Hasta demografik özellikleri ve klinik aktivite ile MALAT1 arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu. Bu durum hasta sayısının az olması ile ilişkili olabilir. NEAT1 ekspresyonu sağlıklı kontroller ve farklı klinik özelliklere sahip SpA hastaları arasında istatistiksel olarak farklı değildi. Periferik kanda lncRNA düzeyini ölçtüğümüz için anlamlı sonuçlar elde edilmemiş olabilir. Hücrelerde lncRNA ekspresyon düzeylerinin ölçülmesi daha doğru ve bilgilendirici sonuçlar sağlayabilir. MALAT1 ekspresyonunun immün sistemde çeşitli sinyal molekülleri tarafından düzenlendiği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da MALAT1'in downregüle olması ankiloz ve kötü prognozda MALAT1 regülasyon bozukluğunun rol oynadığını düşündürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, MALAT1, NEAT1, uzun kodlamayan RNA

Tablo 1. HLA-B27'nin radyografik bulgular ve MALAT1 ekspresyonu ile ilişkisi

	HLA-B27 negatif (s=23)	HLA-B27 pozitif (s=37)	p-değeri
Sakroiliak eklem radyografisi			
Evre 0-2	8 (%38,4)	5 (%13,5)	0,040
Evre 3	11 (%47,8)	15 (%40,5)	
Evre 4	4 (%17,4)	17 (%45,9)	
Lomber vertebra radyografisi			
Normal	15 (%65,2)	17 (%45,9)	0,030
Sindesmofit	6 (%26,1)	4 (%10,8)	
Köprüleşen sindesmofit	1 (%4,3)	5 (%13,5)	
Bambu kamışı görünümü	1 (%4,3)	11 (%29,7)	
Servikal vertebra radyografisi			
Normal	20 (%87)	19 (%51,4)	0,014
Sindesmofit	2 (%8,7)	5 (%13,5)	
Köprüleşen sindesmofit	1 (%4,3)	4 (%10,8)	
Ankiloz	-	9 (%24,3)	
MALAT1 ekspresyonu	0,045 (IQR: 0,068)	0,029 (IQR: 0,022)	0,014

MALAT1: Metastasis-associated lung adenocarcinoma transcript 1

Tablo 2. MALAT1 ekspresyonunun radyografik bulgularla ilişkisi

	Sakroiliak eklem radyografisi		p-değeri
MALAT1	Evre 0-2 (s=13) 0,052 (IQR: 0,062)	Evre 3-4 (s=47) 0,037 (IQR: 0,022)	0,030
	Lomber vertebra radyografisi		
MALAT1	Normal (s=32) 0,035 (IQR: 0,030)	Sindesmofit/Bambu (s=28) 0,042 (IQR: 0,021)	0,687
	Servikal vertebra radyografisi		
MALAT1	Normal (s=39) 0,039 (IQR: 0,029)	Sindesmofit/Ankiloz (s=21) 0,038 (IQR: 0,022)	0,585

MALAT1: Metastasis-associated lung adenocarcinoma transcript 1, IQR: Çeyrekler arası aralık

PS-022

Behçet hastalığında organ tutulumu ve hastalık süresine göre kardiyak fonksiyon ve hasar farklı mıdır?

Rabia Deniz¹, Mehmet Rasih Sonsöz², Ayşe İrem Demirtola², Hatice Kübra Yerişenoğlu Demir³, Nazime Karadamar², Alev Kılıçgedik², Cemal Bes¹

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

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

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) tipik tiradı oral aft, genital ülser ve üveit olsa da multisistemik tutulum ve her çap ve boydaki damar vaskülitine yol açan kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Kardiyak tutulum özellikle intrakardiyak tromboz şeklinde ve oldukça nadir görülse de BH'larında farklı çalışmalarda sağlıklı popülasyona kıyasla veya hastalık fenotipik grupları arasında ekokardiyografik farklar olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada, hastalık süresi ve fenotiplere göre kardiyak bulgular arasındaki farklar incelenmiştir.

Yöntem: Tek merkezli ve kesitsel olarak yürütülen çalışmada, Eylül 2023 ve Ağustos 2024 tarihleri arasında romatoloji polikliniğinde takipli olan ve yeni tanı alan ardışık 94 Behçet hastasına

ekokardiyografi yapılarak myokard fonksiyonu ve hasarını gösteren belirteçler analiz edilmiştir. Hastaların poliklinik dosyalarından demografik verileri, son ziyaretlerindeki akut faz belirteçleri, lipid parametreleri, pro-BNP değerleri ve hastalık manifestasyonları retrospektif olarak kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 94 hastanın 16'sı yeni tanı ve 78'i takipli hastaydı. Yeni tanı hastaların %68,8'i mukokutan ve %31,3'ü en az bir majör organ tutulumuna sahipken, takipli hastaların %26,9'u mukokutan ve %73,1'i en az 1 majör organ tutulumuna sahipti (p=0,002). Cinsiyet dağılımı mukokutan BH grubunda benzerken, majör organ tutulumu ve her tip vasküler tutulum erkek hastalarda baskındı. Tüm alt analiz gruplarına göre detaylı demografik ve laboratuvar bulgular Tablo 1'de, kardiyak parametreler ise Tablo 2'de verildi. Takipli hastalarda lipid parametrelerinin daha bozuk olma eğilimi olduğu görüldü. Sol ventrikül global strain (LVGLS) majör organ tutulumu olanlarda mukokutan BH grubuna göre daha düşük saptandı (p=0,044). Göz tutulumu olanlarda pro-BNP değerleri olmayanlara göre yüksek bulunurken (<0,001), LVGLS ve RVFWS de daha düşüktü (p=0,022 ve 0,021). Sol ventrikül (LV) disfonksiyonu takip süresi ve tutulumlara göre benzerken, sağ atrium (RA) ve sağ ventrikül dilatasyonu bazı analizlerde anlamlı farka erişilemeye de takipli hastalarda, pulmoner dışı vasküler tutulumu olanlarda ve herhangi bir vasküler tutulumu olanlarda daha sık görüldü. Sol atrium (LA) strain nörolojik tutulum ve pulmoner vasküler tutulumu olmayan hastalarda daha yüksek saptandı. RA basıncı (RAP) pulmoner vasküler tutulum olanlarda anlamlı olarak daha yüksekti (p=<0,0001). Elektrokardiyogram parametrelerinde fragmente

QRS yeni tanı BH grubunda izlenmezken, takipli hastaların %16,4'ünde saptandı (p=0,09).

Sonuç: Çalışmamızda fragmente QRS yeni tanı hastalara kıyasla takipli hastalarda, herhangi bir tutulum baskınlığı göstermeksizin fazla bulunmuştur. Bu da hastalık bulgularından bağımsız olarak uzun süreli enflamatuvar sürecin bir yansıması olarak subklinik de olsa myokard hasarının bir göstergesi olarak düşünülmüştür. Yine sağ kalp boşluklarında dilatasyonun özellikle uzun hastalık süreci ve vasküler tutulumla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Pulmoner

vasküler tutulum doğrudan sağ kalp basıncını etkileyerek diğer hastalık bulgularından ayrılmaktadır. Sonuç olarak, hem klinik hem subklinik kardiyak hasarı ve major organ tutulumu ile kümülatif hastalık yükünü saptama ve takip etmede hem elektrokardiyogram hem de ekokardiyografinin BH takibinde rutinde ve düzenli olarak kullanılmasının takip başarısını arttırabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, ekokardiyografi, elektrokardiyogram, myokard hasarı, strain

Tablo 1. Alt gruplara göre demografik ve laboratuvar özellikleri

	Sayı (%)	Kadın/Erkek n (%)	Yaş ortalaması ± SS	Pro-BNP± SS	WBC ± SS	CRP± SS	ESR± SS	LDL± SS	Total kolesterol± SS
Yeni tanı BH	16 (17,0)	7/9 (43,8/56,3)	32,7±9,1	50,6±26,3	8575±2589	4,9±10,0	11,5±7,2	81,1±58,3	135,7±86,0
Takipli BH	76 (83,0)	20/58 (25,6/74,4)	37,0±8,9	42,9±39,6	7778±2346	8,4±12,7	13,3±12,0	86,2±42,8	168,1±166,1
p		0,125	0,814	0,360	0,669	0,255	0,116	0,08	0,990
Mukokutan BH	32 (34,0)	13/19 (40,6/59,4)	34,9±9,2	39,3±27,8	8036±1823	7,1±12,8	12,7±8,7	88,2±43,9	150,9±66,7
Major organ tutulumlu BH	62 (66,0)	14/48 (22,6/77,4)	36,9±8,9	46,8±41,9	7850±2652	8,1±12,1	13,2±12,6	84,0±45,9	168,9±187,6
p		0,057	0,957	0,132	0,018	0,677	0,079	0,835	0,413
Göz tutulumlu BH	30 (31,9)	10/20 (33,3/66,7)	35,4±9,1	56,6±53,2	7818±2690	7,7±12,9	10,8±11,4	72,3±47,9	129,0±75,3
Göz tutulumu olmayan BH	64 (68,1)	17/47 (26,6/73,4)	36,7±8,9	38,9±27,3	7959±2262	7,8±12,1	14,1±11,3	91,4±42,8	178,1±161,5
p		0,329	0,725	<0,001	0,242	0,869	0,877	0,339	0,698
Nörolojik tutulumlu BH	12(12,8)	3/9(25,0/75,0)	35,8±8,6	38,2±31,7	7340±2234	5,8±9,7	11,8±15,3	60,1±43,1	111,6±73,3
Nörolojik tutulumu olmayan BH	82(87,2)	24/58(29,3/70,7)	36,3±9,1	44,9±38,3	7998±2417	8,1±12,7	13,2±10,8	88,5±44,6	168,6±161,6
p		0,529	0,784	0,947	0,587	0,688	0,307	0,931	0,847
Pulmoner dışı vasküler tutulumlu BH	29(30,9)	5/24 (17,2/82,8)	40,4±7,8	44,3±35,7	7304±2036	8,7±11,7	14,8±11,3	88,9±48,2	150,9±67,9
Pulmoner dışı vasküler tutulumu olmayan BH	65(69,1)	22/43 (33,8/66,2)	34,3±8,9	44,2±38,7	8186±2504	7,4±12,7	12,2±11,4	83,6±43,5	168,6±185,7
p		0,079	0,334	0,707	0,221	0,935	0,911	0,608	0,468
Pulmoner vasküler tutulumlu BH	13(13,8)	2/11(15,4/84,6)	37,9±6,3	31,9±23,7	8526±3253	6,5±5,8	17,6±12,8	74,4±45,9	251,9±398,4
Pulmoner vasküler tutulumu olmayan BH	81(86,2)	25/56(30,9/69,1)	36,0±9,4	46,4±39,2	7815±2236	7,9±13,1	12,3±11,1	87,2±44,9	149,0±66,7
p		0,212	0,100	0,123	0,038	0,101	0,784	0,999	<0,001
Herhangi bir vasküler tutulumlu BH	36(38,3)	6/30(16,7/83,3)	39,9±7,6	42,7±33,4	7744±2570	9,1±11	17,0±14,0	90,5±45,7	195,2±230,2
Vasküler tutulumu olmayan BH	58(61,7)	21/37(36,2/63,8)	34,0±9,1	45,2±40,3	8019±2294	6,9±13,1	10,6±8,6	82,0±44,7	141,3±70,0
p		0,034	0,215	0,327	0,418	0,941	0,008	0,939	0,200

BH: Behçet hastalığı, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, LDL: Düşük dansiteli lipoprotein düzeyi, WBC: Beyaz kan hücresi

Tablo 2. Analiz gruplarına göre kardiyak parametreler

	LV diyastolik disfonksiyonu (%)	RA dilatasyonu (%)	RV dilatasyonu (%)	LVEDD ± SS	TAPSE ± SS	RAP± SS	LAstrain ± SS	LVGLS ± SS	RVFWS ± SS	RV4CLS ± SS	EF± SS	Fragmente QRS (%)
Yeni tanı BH	0	6,3	12,5	48,6±5,0	22,7±3,6	3,4±1,3	42,3±10,5	-20,3±2,9	-28,3±4,2	-22,8±3,3	60,7±2,6	0
Takipli BH	11,5	27,3	24,4	47,5±4,8	22,2±4,3	3,2±0,9	43,5±11,6	-18,7±3,2	-23,2±9,6	-19,5±8,2	60,0±2,3	16,4
p	0,171	0,06	0,247	0,910	0,645	0,287	0,516	0,935	0,222	0,393	0,347	0,09
Mukokutan BH	6,3	19,4	21,9	47,3±5,5	21,8±5,0	3,2±0,9	45,3±12,2	-18,7±3,8	-24,6±8,9	-19,7±7,7	60,5±2,9	7,4
Major organ tutulumlu BH	11,9	25,8	22,6	47,9±4,4	22,5±3,7	3,3±0,9	42,2±10,9	-19,1±2,7	-23,8±9,4	-20,1±7,7	59,9±1,9	16,4
p	0,350	0,338	0,579	0,395	0,146	0,569	0,329	0,044	0,665	0,680	0,123	0,224
Göz tutulumlu BH	6,7	31,0	20,0	47,2±3,8	22,4±3,0	3,3±1,0	40,9±10,1	-19,5±2,0	-26,2±3,8	-21,4±3,4	60,2±2,1	23,1
Göz tutulumu olmayan BH	10,9	20,3	23,4	47,9±5,2	22,2±4,6	3,2±0,9	44,3±11,9	-18,7±3,5	-23,1±10,1	-19,4±8,9	60,1±2,5	8,9
p	0,405	0,193	0,465	0,088	0,077	0,581	0,168	0,022	0,021	0,128	0,626	0,084
Nörolojik tutulumlu BH	8,3	25,0	16,7	45,6±4,2	19,8±2,6	3,2±0,6	45,0±15,0	-18,3±2,9	-25,1±6,1	-20,3±4,6	59,8±2,3	18,2
Nörolojik tutulumu olmayan BH	9,8	23,5	23,2	47,9±4,8	22,6±4,2	3,2±1,0	43,0±10,8	-19,1±3,2	-23,9±9,6	-19,9±8,1	60,1±2,4	12,7
p	0,678	0,578	0,468	0,649	0,171	0,765	0,061	0,924	0,833	0,816	0,984	0,454
Pulmoner dışı vasküler tutulumlu BH	13,8	34,5	34,5	48,9±4,6	22,4±3,8	3,0±0	40,6±9,5	-18,9±2,9	-22,1±12,4	-18,8±10,6	59,8±1,2	17,9
Pulmoner dışı vasküler tutulumu olmayan BH	7,7	23,1	16,9	47,2±4,8	22,2±4,4	3,4±1,1	44,4±12,0	-19,0±3,2	-24,9±7,2	-20,6±5,9	60,2±2,7	11,1
p	0,283	0,084	0,055	0,970	0,416	0,001	0,127	0,670	0,351	0,241	0,026	0,299
Pulmoner vasküler tutulumlu BH	7,7	23,1	23,1	50,1±3,6	24,4±4,7	3,5±1,5	42,3±8,9	-18,2±3,4	-22,0±7,4	-20,6±5,9	59,7±1,6	8,3
Pulmoner vasküler tutulumu olmayan BH	9,9	23,8	22,8	47,3±4,9	21,9±3,9	3,2±0,9	43,4±11,8	-19,1±3,1	-24,4±9,4	-19,9±7,9	60,2±2,5	14,3
p	0,638	0,633	0,595	0,185	0,171	0,027	0,098	0,570	0,820	0,935	0,443	0,495
Herhangi bir vasküler tutulumlu BH	13,9	33,3	30,6	48,7±4,6	22,6±3,9	3,3±0,9	40,3±9,9	-18,5±3,0	-21,6±11,7	-18,9±9,8	59,8±1,4	14,7
Vasküler tutulumu olmayan BH	6,9	17,5	17,2	47,0±4,9	22,1±4,3	3,2±0,9	45,1±11,9	-19,2±3,2	-25,5±6,9	-20,7±6,1	60,3±2,8	12,5
p	0,222	0,068	0,106	0,946	0,837	0,769	0,146	0,847	0,169	0,254	0,025	0,510

BH: Behçet hastalığı, EF: Enjeksiyon fraksiyonu, LV: Sol ventrikül, LVEDD: Sol ventrikül diyastol sonu çapı, LA strain: Sol atrium straini, LVGLS: Sol ventrikül global strain, RA: Sağ atrium, RV: Sağ ventrikül, RAP: Sağ atrium basıncı, RVFWS: Sağ ventrikül serbest duvar strain, RV4CLS: Sağ ventrikül dört boşluk strain, TAPSE: Triküspit anüler düzlem sistolik hareketi

ANCA ilişkili vaskülit tedavisinde rituksimabın yeri: Tek merkez deneyimi

Deniz Şahin, Nazife Şule Yaşar Bilge, Timuçin Kaşifoğlu

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

Amaç: Mikroskopik polianjitis (MPA), granümatöz polianjitis (GPA) ve eozinofilik granümatöz polianjitis (EGPA) ANCA ilişkili vaskülitlerdir (AAV). AAV’de hastalık aktivitesi (BVAS), prognoz tayini (R-FFS), hastalığın vücuttaki yaygınlığı (DEI), hastalığın yaptığı hasar derecesi (VDI) skorlama indeksleri ile değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı tanı anında ve relapsta, remisyon indüksiyon tedavisinde rituksimab alan AAV hastalarının klinik özelliklerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kliniğimizde 2001-2023 yılları arasında AAV tanısı ile takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Dosya taraması sonucunda en az altı aylık takibi olan; 33 GPA, 10 EGPA, 8 MPA olmak üzere toplamda 51 AAV hastası saptandı. Hastaların hastalık aktivitesi (BVAS), prognoz tayini (R-FFS), DEI, VDI skorlama indeksleri hesaplandı.

Bulgular: Elli bir hastanın 21’i kadın, 30’u erkek idi. Hastaların ortalama tanı yaşları 44,8±15,1 idi. Hastalarda tanı anında remisyon indüksiyonunda steroid tedavisine ek olarak en sık kullanılan ajan siklofosfamid idi. Tanı anında remisyon indüksiyonunda rituksimab alan 11 hastanın 8 tanesi GPA, 3 tanesi MPA tanılıydı. Tanı anında remisyon indüksiyonu tedavisi olarak rituksimab alan 8 GPA hastalarının BVAS kategorilerine bakıldığında; BVAS-WG’ye göre sadece 1 hastada sınırlı hastalık/aktivasyon, diğer 7

hastada şiddetli hastalık/aktivasyon görüldü. Hastaların tümünde akciğer tutulumu, 9’unda böbrek tutulumu mevcuttu. Tanı anında RTX alan hastaların klinik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. İdame tedaviden sonra tüm hastaların %41,2’sinde (n=21) (13 GPA, 6 EGPA, 2 MPA olgusu) relaps gözlemlendi. Relapsta rituksimab verilen 12 hastanın 10 tanesi GPA, 2 tanesi MPA tanılıdır. On iki hastanın 2’sinde tanı anında da rituksimab tedavisi verilmiş olup bu hastalar GPA tanılıdır. Hem tanıda hem de relapsta rituksimab alan GPA hastalarından 6 doz rituksimab sonrası idame tedavide azatiyoprin ve düşük doz steroid alan hastada 49 ay sonra relaps gelişmiştir. Diğer hastada ise idame tedavide de 6 ayda bir rituksimab verilmiş olup 63 ay sonra relaps gelişmiştir. Sadece relapsta rituksimab alan 10 AAV hastalarının 9’u başlangıçta pulse steroid ve siklofosfamid (7 GPA, 2 MPA), 1 GPA hastası da azatiyoprin ve orta-yüksek doz steroid almıştır. BVAS kategorilerine bakıldığında relapsta BVAS-WG’ye göre 3 hastada sınırlı tutulum/aktivasyon görüldü, diğer GPA hastalarında şiddetli hastalık/aktivasyon görüldü. Relaps RTX alan hastaların klinik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. **Sonuç:** AAV hastalarının tanısında ve takibinde; R-FFS, BVAS, DEI ve VDI ölçeklerinin kullanılması hastanın kapsamlı değerlendirmesinde yardımcı olmaktadır. Özellikle BVAS ve DEI skorları yüksek olan hastalarda rituksimab kullanıldığında relaps oranlarının siklofosfamid ve azatioprine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak nadir bir hastalık olan AAV tanılı hasta sayımızın az olması nedeni ile daha fazla hasta içeren çok merkezli çalışmalar bu konuda daha detaylı yorum yapmamızı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülit (AAV), Birmingham vaskülit aktivite skorları (BVAS), hastalık yaygınlık indeksi (DEI), revize beş faktör skoru (R-FFS), rituksimab (RTX), vaskülit hasar indeksi (VDI)

Tablo 1. Tanıda RTX alan hastaların klinik bulguları

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Tanı	R-FFS	BVAS	BVAS durumu	DEI	Tanıda organ tutulumu
1	K	52	GPA	2/5	BVAS WG: 11	Şiddetli hastalık/ alevlenme	8	Deri-akciğer-böbrek-nörolojik
2	E	44	MPA	2/4	BVAS V3: 44	Aktif hasta	15	Deri-eklem-akciğer-böbrek-gastrointestinal
3	E	45	GPA	1/5	BVAS WG: 12	Şiddetli hastalık/ alevlenme	10	Göz-mukoza-eklem-üst solunum yolu-akciğer-böbrek
4	E	49	GPA	2/5	*	*	*	Eklem-akciğer-böbrek
5	E	49	MPA	1/4	BVAS V3: 32	Aktif hasta	11	Deri-eklem- akciğer-böbrek-nörolojik
6	E	37	GPA	1/5	BVAS WG: 11	Şiddetli hastalık/ alevlenme	7	Mukoza-kardiyovasküler-üst solunum yolu- akciğer-böbrek
7	E	55	GPA	2/5	BVAS WG: 16	Şiddetli hastalık/ alevlenme	6	Akciğer-böbrek
8	K	20	GPA	1/5	BVAS WG: 12	Şiddetli hastalık/ alevlenme	10	Deri-mukoza-üst solunum yolu- akciğer-böbrek-nörolojik
9	K	30	GPA	0/5	BVAS WG: 3	Şiddetli hastalık/ alevlenme	4	Mukoza-üst solunum yolu-akciğer
10	K	25	GPA	*	*	*	*	Mukoza-üst solunum yolu-akciğer
11	E	70	MPA	3/5	BVAS V3: 18	Aktif hasta	4	Akciğer-böbrek

*Tanının dış merkezde konulduğu hastada, başlangıç tetkik sonuçlarına ulaşılamadığından hastalık ölçekleri hesaplanamamıştır.

Tablo 2. Relapsta rtx alan hastaların klinik bulguları

Hasta	Tanı	BVAS	BVAS durumu	DEI	VDI	Relaps organ tutulumu
1	GPA	BVAS WG: 8	Şiddetli hastalık/alevlenme	5	2	Akciğer-üst solunum yolu
2	GPA	BVAS WG: 5	Şiddetli hastalık/alevlenme	5	3	Akciğer-üst solunum yolu
3	GPA	BVAS WG: 7	Şiddetli hastalık/alevlenme	4	5	Üst solunum yolu
4	MPA	BVAS V3: 26	Aktif hasta	5	6	Akciğer-böbrek
5	GPA	BVAS WG: 10	Şiddetli hastalık/alevlenme	6	10	Mukoza- akciğer-böbrek
6	MPA	BVAS V3: 18	Aktif hasta	4	6	Böbrek-nörolojik
7	GPA	BVAS WG: 5	Şiddetli hastalık/alevlenme	7	3	Göz-akciğer
8	GPA	BVAS WG: 4	Şiddetli hastalık/alevlenme	9	2	Akciğer-üst solunum yolu
9	GPA	BVAS WG: 5	Şiddetli hastalık/alevlenme	8	4	Eklem- akciğer-böbrek
10	GPA	BVAS WG: 9	Şiddetli hastalık/alevlenme	8	5	Nörolojik
11	GPA	BVAS WG: 13	Şiddetli hastalık/alevlenme	9	10	Nörolojik
12	GPA	BVAS WG: 16	Şiddetli hastalık/alevlenme	9	5	Eklem- akciğer-böbrek

PS-024**Aksiyal spondiloartropatili hastalarda Dudley enflamatuvar bağırsak hastalığı tarama anketinin validasyonu**

Meryem Özoğul¹, Duygu Temiz Karadağ², Neslihan Gökçen², Özlem Özdemir Işık², Ayşe Çeşle², Ayten Yazıcı²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

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

Amaç: Yapılan ileokolonoskopik çalışmalarda spondiloartritli (SpA) hastaların %5-10'unda aşikar enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) meydana geldiği gösterilmiştir. Bu çalışmada SpA'lı hastalarda İBH için non-invaziv tarama yöntemi olarak kullanılan dudley enflamatuvar bağırsak semptom anketinin (DISQ) Türkçe validasyonunu yapmayı amaçladık.

Yöntem: Polikliniğine başvuran ve 2009 ASAS aksiyal SpA kriterlerini dolduran 18-75 yaş arası 174 hasta alındı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedildi. Fekal kalprotektin için gaita örnekleri alındı. Yakınsak geçerlilik için DISQ ve bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI), bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi (BASFI), 36 maddelik kısa form sağlık anketi (SF-36) arasındaki ilişki analiz edildi. Ayırt edici geçerlilik açısından İBH semptomları olan ve olmayan hastalar arasında DISQ skorunun değişimi incelendi. Tekrarlanabilirlik açısından DISQ anketi hastalara 1 ay sonra tekrar uygulandı ve cronbach alfa değeri hesaplandı. İç tutarlılık açısından sorulara verilen yanıtlar için Cronbach alfa değeri hesaplandı.

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Yakınsak geçerlilik açısından DISQ ile BASDAI ve BASFI arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü (sırasıyla $r=0,432$, $p<0,001$; $r=0,248$, $p=0,001$); DISQ ile SF-36 arasında ise yüksek düzeyde negatif yönlü bir ilişki saptandı ($p<0,001$) (Tablo 2). Ayırt edici geçerlilik açısından ishali ($p<0,001$), karın ağrısı ($p<0,001$), oral aftı ($p=0,008$) ve dışkıda mukus tarif eden hastalarda ($p<0,001$) DISQ değerlerinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 3). Tekrarlanabilirlik açısından DISQ'nun Türkçe validasyonu için cronbach alfa değeri 0,70 ve iç tutarlılık için 0,76 olarak hesaplandı ($p<0,001$). DISQ ile fekal kalprotektin arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Sonuçlarımıza göre DISQ'nun SpA'da olası bağırsak enflamasyonunun araştırılmasında ilk basamak kullanılabilir bir anket olduğunu düşünmekteyiz. Ancak klinik uygunluğunu gösteren cut-off değerini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartropatili, enflamatuvar bağırsak hastalığı, Dudley enflamatuvar bağırsak semptom anketi

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

	n=174
	Ort ± SS veya n (%)
Yaş (yıl)	44,46±10,35
Hastalık başlangıç yaşı (yıl)	29,84±9,02
Tanı yaşı (yıl)	34,29±10,17
Hastalık süresi (ay)	175,4±104,3
Cinsiyet (Erkek)	118 (%67,8)
Enflamatuvar bel ağrısı	174 (%100)
Artrit	28 (%16,1)
Daktilit	7 (%4)
Entezit	105 (%60,3)
Üveit	27 (%15,5)
Psöriazis	7 (%4)
Enflamatuvar barsak hastalığı	0
Ailede SpA öyküsü	50 (%28,7)
NSAİ'ye yanıt	157 (%90,2)
MRG'de sakroiliit (n=135)	127 (%94,1)
Radyografide sakroiliit (n=167)	Normal 10 (%6)
	Evre 1 7 (%4,2)
	Evre 2 42 (%25,1)
	Evre 3 52 (%31,1)
	Evre 4 56 (%33,5)
Radyografide sindesmoit (n=167)	57 (%34,1)
Radyografide entezit (n=128)	66 (%51,6)
HLA-B27 (n=154)	107 (%69,5)
İshal	15 (%8,6)
Karın ağrısı	27 (%15,5)
Kilo kaybı	7 (%4)

Tablo 1. Devamı

	n=174
	Ort ± SS veya n (%)
Perianal hastalık	41 (%23,6)
Rektal kanama	6 (%3,4)
Dışkıda kan	7 (%4)
Dışkıda mukus	21 (%12,1)
Eritema nodozum	4 (%2,3)
Pyoderma gangrenozum	0
Oral aft	34 (%1,5)
Kolanjit	1 (%0,6)
Ailede İBH öyküsü	3 (%1,7)
Lökosit (≥l)	8147,81±1902,09
ESH (mm/h) (n=171)	11,77±10,40
CRP (mg/L)	5,87±9,00
Fekal Kalprotektin (≥g/g)	86,51±124,86
bDMARD	139 (%79,9)
csDMARD	20 (%11,5)
bDMARD+ cDMARD	4 (%2,2)
NSAİİ kullanımı	Yok 43 (%24,7)
	Aralıklı 118 (%67,8)
	Sürekli 13 (%7,4)

Tablo 2. DISQ, BASDAİ ve BASFI ile SF-36 anketlerinin korelasyonu

	Fiziksel fonksiyon*	Fiziksel rol gücülüğü*	Emosyonel rol gücülüğü*	Enerji/canlilik/vitalite*	Ruhsal sağlık*	Sosyal işlevsellik*	Ağrı*	Genel sağlık algısı*	BASDAİ	BASFI
DISQ	-0,342 (<0,001)	-,0332 (<0,001)	-0,310 (<0,001)	-0,384 (<0,001)	-0,363 (<0,001)	-0,426 (<0,001)	-0,468 (<0,001)	-,0470 (<0,001)	0,432 (<0,001)	0,248 (<0,001)

*: Kısa form sağlık anketi'nin alt parametreleri, BASDAİ: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi; DISQ: Dudley enflamatuvar bağırsak semptom anketi

Tablo 3. İBH ilişkili olabilecek parametrelerde ile BASDAİ, DISQ, ESH ve CRP karşılaştırması

Bulgular		DISQ medyan (Q1-Q3)	p
İshal	Yok (n=159)	5,99±3,92	<0,001
	Var (n=15)	13,07±4,32	
Karın ağrısı	Yok (n=147)	5,66±3,49	<0,001
	Var (n=27)	11,74±5,39	
Oral aft	Yok (n=140)	6,21±4,38	0,008
	Var (n=34)	8,12±4,37	
Perianal hastalık	Yok (n=133)	6,29±4,3	0,088
	Var (n=41)	7,54±4,77	
Dışkıda mukus	Yok (n=167)	6,08±4,06	<0,001
	Var (n=7)	10,2±5,34	
Anemi	Yok (n=142)	6,4±4,48	0,120
	Var (n=32)	7,38±4,17	
DEA	Yok (n=155)	6,43±4,47	0,067
	Var (n=19)	7,84±3,96	
BASDAİ	<4 (n=97)	5,06±3,34	<0,001
	≥4 (n=77)	8,49±4,89	
Kalprotektin	<50 ≥g/g (n=93)	6,35±8,87	0,575
	>50 ≥g/g (n=83)	6,87±4,72	

PS-025

Primer Sjögren sendromu olan hastalarda fiziksel aktivite düzeyini etkileyen faktörlerin araştırılması

Duygu Şahin¹, Özgül Öztürk², Nihan Neval Uzun¹, Özlem Feyzioğlu², Mehmet Engin Tezcan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı, primer Sjögren sendromu (pSS) olan hastalarda fiziksel aktivite seviyelerini belirlemek ve aktif bir yaşam tarzını etkileyen faktörleri anlamaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya EULAR kılavuzlarına göre pSS tanısı alan doksan yedi hasta dahil edildi (Tablo 1). Hastaların fiziksel aktivite seviyeleri "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Formu" kullanılarak değerlendirildi. Enflamatuvar artrit kolaylaştırıcıları ve engelleri anketi, fiziksel aktiviteye yönelik algılanan engelleri ve kolaylaştırıcıları değerlendirmek için kullanıldı. ESSPRI, hastaların sikka, yorgunluk ve artralji/miyalji semptomlarını

değerlendirmede kullanıldı. Aynı zamanda HADS anksiyete ve depresyon ölçeği ve sağlık değerlendirme anketi (HAQ) kullanıldı. **Bulgular:** Kırk altı hasta fiziksel olarak hareketsizdi ve geri kalanı orta düzeyde aktifti. Genellikle belirlenen engeller arasında motivasyon eksikliği, yorgunluk ve ağrı yer alıyordu. Tersine, fiziksel aktivitenin sağlık ve ruh hali yararları hakkındaki bilgi, önemli bir motivasyon kaynağı olarak ortaya çıktı. Kolaylaştırıcılarda daha iyi puanlar ve engellerde daha düşük puanlar alan hastalar daha yüksek fiziksel aktivite seviyeleri sergiledi ($p<0,05$). Özellikle, yüksek düzeyde algılanan fiziksel aktivite kolaylaştırıcıları [olasılık oranı (OO): 1,02; %95 güven aralığı (GA), 1,00 -1,05] ve azalmış ağrı (OO: 0,81; %95 GA: 0,69-0,95) aktif bir yaşam tarzıyla ilişkilendirilmiştir (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışma, birincil Sjögren sendromu olan hastalarda fiziksel aktiviteyi yönlendirmede motivasyonun ve fiziksel aktivitenin sağlık ve ruh hali için faydalarının farkındalığının rolünü vurgulamaktadır. PSS hastalarında hareketsiz yaşam tarzlarına karşı koymak için psikolojik yönleri ve hastalıkla ilişkili ağrıyı ve yorgunluğu ele alan özel fiziksel aktivite programları tasarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, fiziksel aktivite, fiziksel fonksiyon, sjögren

Tablo 1 Fiziksel aktivite seviyesine göre Sjögren sendromlu hastaların fiziksel aktivite belirleyicileri, psikolojik semptomlar, algılanan hastalık semptomları ve fiziksel fonksiyon açısından karşılaştırılması

	Fiziksel inaktif (n=46)	Fiziksel orta aktif (n=51)	p
ESSPRI total skor	5,86 (1,74)	4,44 (2,44)	0,002
ESSPRI kuruluk skoru	5,82 (2,77)	4,86 (2,98)	0,104
ESSPRI yorgunluk skoru	5,30 (2,54)	3,92 (3,24)	0,023
ESSPRI ağrı skoru	7 (5-8)	5 (0-7)	0,002
HAQ	0,42 (0,10-0,85)	0,2 (0-5)	0,024
HADS-anksiyete	7 (5-10)	5 (3-8)	0,013
HADS-depresyon	7 (5-10)	5 (2-10)	0,023
IFAB total skor	-6,78 (18,99)	6,64 (21,29)	0,002
IFAB madde 1	-4,5 (-8-0)	0 (-7-0)	0,159
IFAB madde 2	0 (-5-0)	0 (-6-0)	0,559
IFAB madde 3	0 (0-5)	0 (0-5)	0,619
IFAB madde 4	0 (0-5,5)	0 (0-8)	0,898
IFAB madde 5	0 (-5,25-0)	0 (-5-0)	0,819
IFAB madde 6	-7 (-9-2,5)	-2 (-5-0)	<0,001
IFAB madde 7	-1,5 (-7-0)	0 (-5-0)	0,058
IFAB madde 8	0 (0-5,25)	8 (0-10)	0,002
IFAB madde 9	0 (0-8)	8 (0-10)	0,009
IFAB madde 10	0 (0-6,25)	4 (0-10)	0,036

Tablo 2 Primer Sjögren sendromlu hastaların demografik ve klinik özellikleri

Değişken	Tüm hastalar (n=97)
Yaş (ortalama)	54,5
Kadın cinsiyet (n) (%)	93 (%95,9)
Vücut kitle indeksi	28,8
Evli olanlar (n) (%)	83 (%85,5)
Çalışanlar (n) (%)	19 (%19,6)
Güncel tedavi (n) (%)	
Hidroksiklorokin	63 (%64,9)
Metotreksat	4 (%4,1)
Azatiopürin	3 (%3,1)
Prednizolon	5 (%5,1)
İlaçsız	26 (%26,8)
Ortalama hastalık süresi (yıl)	5,7
ESSPRI total skor (ortalama) (SS)	5,1 (2,2)
ESSPRI ağrı skoru (ortanca) (ÇA)	6 (3-8)
ESSPRI kuruluk skoru (ortalama) (SD)	5,3 (2,9)
ESSPRI yorgunluk skoru (ortalama) (SS)	4,6 (3)
IFAB total skor (ortalama) (SS)	0,2 (21,2)
IPAQ-SF (n) (%)	
İnaktif	46 (%47,4)
Orta derecede aktif	51 (%52,6)
HAQ (ortanca)	0,25 (0,05-0,60)
HADS anksiyete skoru (ortanca)	6 (4-9)
HADS depresyon skoru (ortanca)	6 (4-10)

Rekürren aftöz stomatit ve Behçet hastalığı ayırıcı tanısında ana femoral ven duvar kalınlık ölçümünün değerlendirilmesi

Sıla Ay¹, Cem Turan¹, Özge Altunok², Rabia Ergelen³, Tülin Ergün², Haner Direskeneli⁴, Fatma Alibaz Öner⁴

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Rekürren aftöz stomatit (RAS), tekrarlayan ağrılı ülserlerle karakterize bir oral mukoza hastalığıdır. Behçet hastalığı (BH); oral aft, genital ülser ve inflamatuvar göz hastalığı ile karakterize ancak nörolojik, gastrointestinal ve vasküler tutulum da yapabilen bir multi-sistemik hastalıktır. BH, Chapel Hill sınıflamasına göre arter ve ven tüm çapta damarları tutabilen sistemik bir değişken damar vaskülitisi olarak da tanımlanmıştır. Yakın zamanda Alibaz-Öner ve ark. yaptıkları çalışmalarda ana femoral ven duvar kalınlık (AFVDK) artışının BH'de tanısız açıdan yüksek duyarlılık ve özgünlüğü olduğunu göstermiş ve pek çok hastalıkla ayırıcı tanıda faydalı olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda AFVDK ölçümünün RAS ve BH ayırıcı tanısında faydası olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

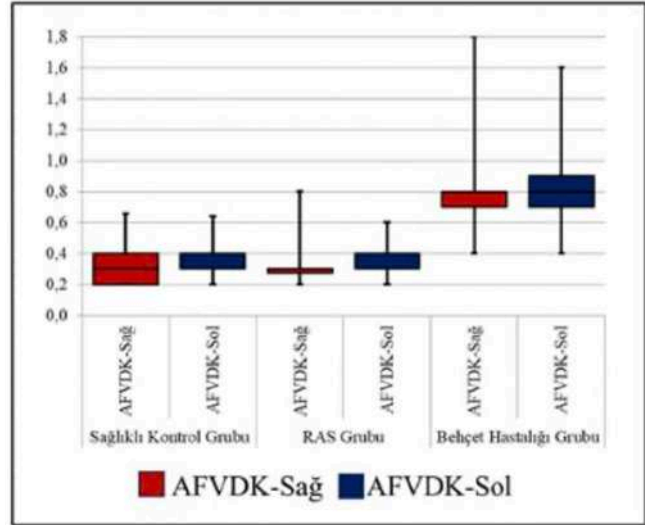
Yöntem: Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve İç Hastalıkları polikliniklerine tekrarlayan oral aft şikayeti ile başvuran ve RAS tanısı alan 62 hasta, yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş BH'ları ve sağlıklı kontrol grubu alınmıştır. Hastaların demografik bilgileri, alışkanlıkları, özgeçmiş ve soygeçmişleri, aft karakter özellikleri ve AFVDK ölçümleri kaydedilmiştir.

Bulgular: Altmış iki RAS tanılı hasta, 70 BH tanılı hasta ve 42 sağlıklı kontrol bu çalışmaya dahil edilmiştir. Üç grup arasında yaş ve cinsiyet benzer dağılım göstermektedir ($p>0,05$). BH grubunda AFVDK-sağ ölçümü, AFVDK-sol ölçümü ve AFVDK-ortalama değeri, sağlıklı kontrol grubu ve RAS grubundan anlamlı ($p<0,05$) olarak daha yüksek saptanmıştır. Buna karşın sağlıklı kontrol grubu ve RAS grubu arasında AFVDK-sağ ölçümü, AFVDK-sol ölçümü ve AFVDK-ortalama değeri anlamlı ($p>0,05$) olarak farklılık göstermemiştir (Şekil 1). BH grubu ve RAS grubu ayırımında AFVDK-sağ [eğri altı alan 0,989 (0,977-1,000)], AFVDK-sol [eğri altı alan 0,993 (0,984-1,000)] AFVDK-ortalama değerinin anlamlı [eğri altı alan 0,9994 (0,986-1,000)] olduğu gözlenmiştir (Tablo 1). Çalışmamız BH ve RAS ayırımında AFVDK sağ, sol ölçümlerinin ve ortalama değerinin yüksek duyarlılık ve özgüllüğe (>%85) sahip olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda pozitif kestirim oranları ve negatif kestirim oranları da (>%85) oldukça yüksek saptanmıştır (Tablo 2).

Sonuç: RAS yaşam boyu görülme sıklığı %25 (%5-66) olan sık bir hastalıktır. BH'da da oral aft çoğunlukla hastalığın ilk klinik bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır. BH tanısına yönelik spesifik bir laboratuvar testi, histopatolojik veya genetik bulgu yoktur. Çalışmamız BH'de AFVDK ölçümünün RAS ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu ve $\geq 0,5$ mm eşik değerinde >%80'in üzerinde duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğunu

göstermiştir. Buna karşın RAS ve sağlıklı kontrol grupları arasında AFVDK ölçümünde belirgin farklılık saptanmamıştır. Sonuç olarak mevcut araştırmamız AFVDK ölçümünün BH ve RAS ayırıcı tanısı yapılırken, kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli bir tanı yöntemi olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ana femoral ven, ana femoral ven duvar kalınlık ölçümü, behçet hastalığı, oral aft, rekürren aftöz stomatit



Şekil 1. Sağlıklı kontrol, RAS ve BH gruplarının AFVDK sağ ve sol ölçümlerinin karşılaştırması

Tablo 1.

Behçet Hastalığı Grubu-RAS Grubu	Eğri Altı Alan	%95 Güven Aralığı	p-değeri
AFVDK-Sağ	0,989	0,977-1,000	0,000
AFVDK-Sol	0,993	0,984-1,000	0,000
AFVDK-Ortalama	0,994	0,986-1,000	0,000

BH grubu ile RAS grubu karşılaştırmasının EAA değerlendirmeleri-ROC eğrisi

AFVDK: Ana femoral ven duvar kalınlık, RAS: Rekürren aftöz stomatit

Tablo 2.

	RAS grubu	Behçet hastalığı grubu	Duyarlılık	Pozitif kestirim	Özgüllük	Negatif kestirim	Uyum	+OO	p
AFVDK-Sağ	55	3	%95,7	%90,5	%88,7	%94,8	%92,4	8,48	0,000
<0,5mm	7	67							
≥0,5mm									
AFVDK-Sol	51	1	%98,6	%86,3	%82,3	%98,1	%90,9	5,56	0,000
<0,5mm	11	69							
≥0,5mm									
AFVDK-Ort.	56	1	%98,6	%92,0	%90,3	%98,2	%94,7	10,19	0,000
<0,5mm	6	69							
≥0,5mm									

RAS grubu ile BH grubunun AFVDK sağ, sol ve ortalama değerlerinin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif kestirim değerleri

PS-027

Lupus ve IgA vaskülit: Tesadüf mü birliktelik mi?

Rahime Duran, Derya Yıldırım, Rıza Can Karadaş, İbrahim Vasi, Burcuğül Kaya, İbrahim Yahya Çakır, İbrahim Karaduman, Hamit Küçük, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker, Abdulsamet Erden

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

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoğunlukla lupus nefriti (LN) ile prezente olan, multisistemik bir otoimmün hastalıktır. LN, SLE’de en yaygın böbrek patolojisi olmasına rağmen, bazen IgA nefropatisi (IgAN) gibi non-lupus nefropatiler de görülebilmektedir. SLE ve IgAN birlikteliği nadir bir durum olmakla birlikte, tedavi ve prognoz üzerine önemli etkileri vardır. Bu çalışma, SLE ve IgAN hastalarının klinik özelliklerini ve prognozunu, primer IgAN ve LN’li SLE hastalarıyla karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: 1995 ile Aralık 2023 tarihleri arasında bildirilen SLE ve IgAN olgularını saptamak için “PubMed” ve “Google Scholar” veri tabanında “systemic lupus erythematosus” ve “IgA nephropathy” anahtar kelimeleri kullanılarak kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Tüm hastalar, 1982 ve 2019 ACR/EULAR SLE tanı kriterlerini karşılamaktadır ve IgAN tanısı mezangiumda dominant IgA birikiminin gösterildiği böbrek biyopsisi ile konulmuştur. Bu

olgular, kliniğimizde takip edilen 47 LN hastası (sınıf III, sınıf IV, sınıf III+V, sınıf IV+V) ve literatürdeki 215 primer IgAN hastası ile karşılaştırılmıştır. Demografik veriler, hematüri, proteinüri, anti dsDNA, hipokomplementemi, tedavi, son dönem böbrek yetmezliği (ESKD) ve mortalite ile ilgili veriler toplanmıştır (Tablo).

Bulgular: Literatürde 16 olgu tanımlanmış olup benzer klinik ve patolojik özelliklere sahip iki olguda da kliniğimizden dahil edilmiştir. SLE ve IgAN olan 18 olgunun medyan yaş 41,6 ve kadın oranı %72,2 olarak saptanmıştır. SLE-IgAN grubunda, primer IgAN kohortu ile karşılaştırıldığında, ESKD (%11,1’e karşı %34) ve mortalite (%5,6’ya karşı %20) oranları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, SLE-IgAN grubunda SLE-LN kohortuna kıyasla biraz daha düşük bir mortalite oranı (%5,6’ya karşı %10,6) gözlemlenmiştir.

Sonuç: Dominant IgA birikimi olan SLE, genellikle primer IgA nefropatisinden daha hafif bir seyir izlese de, kresentik glomerülonefriti olan şiddetli olgular son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyebilir. Lupus hastalarında gelişen renal anormalliklerde IgA nefropati gelişebileceği de akılda tutulmalıdır, doğru tanı ve tedavi stratejilerinin belirlenebilmesi için böbrek biyopsisi yapılması önem arz etmektedir. SLE ile IgAN birlikteliğinin ardındaki mekanizmaların aydınlatılması için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: IgA nefropatisi, lupus nefriti, sistemik lupus eritematozus

Tablo 1: SLE-IgAN, primer IgAN ve SLE-LN hastalarının klinik özellikleri

	SLE-IgAN (n=18)	Primary IgAN (n=215)	SLE-LN (n=47)	P
Yaş, medyan, yıl	41.6 (19-74)	44 (34-58)	30 (18-55)	<0.001
Cinsiyet, n (%)				<0.001
Kadın	13 (72.2)	63 (29)	40(90.9)	
Erkek	5 (27.7)	152 (71)	4(9.1)	
Hematüri, n (%)				
Mikroskopik	15 (83.3)	N/A	26 (68.4) ¹	<0.001
Makroskopik	3 (16.6)	N/A		
Proteinüri, medyan, mg/24 saat	2141 (82-5300)	1024 (620-2360)	2141(293-10.883)	<0.001
Anti-dsDNA pozitifliği, n (%)	10 (55.5)	N/A	35 (74.5)	<0.001
Hipokomplementemi(C3/ C4), n (%)	10 (55.5)	N/A	36(76.6)	<0.001
Medikal tedavi, n (%)				
Prednizon	17 (94.4)	N/A	90 (99)	0.304
Siklofosfamid	4 (22.2)	92 (43)	28(55.3)	0.017
ACE-I	7 (38.8)	133 (62)	34 (72.3)	0.044
ESKD, n (%)	2 (11.1)	73 (34)	5 (10.6)	<0.001
Mortalite, n (%)	1 (5.6)	43 (20)	5(10.6)	0.120

PS-028

Primer Sjögren sendromu hastalarında endotelial disfonksiyon ve subklinik aterosklerozun karotis intima-media kalınlığı ve akım aracılı dilatasyon ölçümü ile değerlendirilmesi

İffet Nesli Kırmızıdemir¹, Onur Şahin¹, Meryem Can²

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

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

Primer sjögren sendromu (PSS), kronik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır, enflamasyon ateroskleroz ve artmış kardiyovasküler risk ile yüksek oranda ilişkilidir. Patogenezde subklinik aterosklerotik değişiklikler belirleyici olup bu değişiklikler kendini endotelial disfonksiyon, intima media kalınlığında artış ve azalmış vasküler elastisite ile gösterebilmektedir. Subklinik aterosklerozun varlığı, karotis intima-media kalınlığı (CIMT) ve akım aracılı dilatasyon (FMD) gibi non-invaziv ultrasonografik araçlar kullanılarak tespit edilebilir. Bu yöntemler, aterosklerozun erken belirteçleri olan endotel hasarı ve disfonksiyonu ile yakından ilişkilidir. Bu çalışmamızın amacı PSS tanılı hastalarda subklinik ateroskleroz ve endotelial disfonksiyonu saptamak için kullanılacak CIMT ve FMD yöntemlerinin kardiyovasküler olayları öngörmekte başarılı olup olmadığını invazif olmayan bir şekilde ortaya koymaktır. Çalışmaya 42 PSS (K/E: 41/1, ort. yaş: 45,8 yıl) ve 20 sağlıklı kontrol (SK) (K/E: 19/1, ort. yaş: 44,05 yıl) dahil edildi. Endotel fonksiyonu akıma bağlı artmış dilatasyon (brachial artery FMD),

CIMT ise B-Mode ultrason ile değerlendirildi. Gruplar arası kıyaslamalar için Kruskal-Wallis testi kullanıldı. PSS hastalarının ortanca hastalık süresi 46,50 (0-336) ve ortanca semptom süresi 70 ay (1-336) olarak saptandı. PSS tanılı hastalarda SK grubuna göre anlamlı yüksek CIMT düzeyleri saptanmıştır. (sağ CIMT p=0,006, sol CIMT p=0,001). PSS'li hastalarda brakial çap shear stress sonrası ölçüm değer ortancası 0,40 cm (0,31-0,53), kontrol grubunda ise 0,44 cm (0,37-0,55) (p=0,01) olarak bulundu. Kontrol grubunda shear stres sonrası brakial çap değerlerinde artış saptanmasına rağmen FMD (%) değerleri kontrol grubu ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmamıştır (p=0,05). PSS hasta grubunda sağ CIMT değerinin hastalık süresi, semptom süresi ve yaş ile korele olduğu görüldü [sırasıyla (r=0,450; r=0,416; r=0,786) ve (p=0,004; p=0,008; p=0,000)]. Sol CIMT değerinin ise sadece yaş ile korele olduğu görüldü (r=0,754, p=0,000). FMD (%) ölçümü ile değerler arasında korelasyon saptanmamıştır. Çalışmamızda PSS hastalarında daha önce bildirilen çalışmalara benzer şekilde anlamlı yüksek CIMT düzeyleri saptanmıştır. FMD (%) ölçümü ise istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da PSS hastalarında daha düşük saptanmıştır bu sonuç ortalama yaş, düşük hastalık aktivitesi ve ortalama hastalık sürelerine atfedilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akım aracılı dilatasyon, endotel disfonksiyonu, karotis intima media-kalınlığı, primer Sjögren sendromu, subklinik ateroskleroz

COVID-19'un Takayasu arteriti üzerindeki etkileri: Tek merkez deneyimi

Esma Dursun¹, Rıza Can Kardeş², Derya Yıldırım², Burçugül Kaya², İbrahim Vasi², Rahime Duran², Hazan Karadeniz², Abdulsamet Erden², Berna Göker², Abdurrahman Tufan², Mehmet Akif Öztürk², Hamit Küçük²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: COVID-19 pandemisi, otoimmün hastalıkları olan bireylerde enfeksiyon riskini artırmış ve tedavi süreçlerini karmaşık hale getirmiştir. Bu çalışma, COVID-19'un Takayasu arteriti hastaları üzerindeki klinik ve laboratuvar etkilerini değerlendirmeyi, hastalık aktivitesi ve immüno-supresif ilaçların rolünü incelemeyi, aşılama ve komorbiditelerin hastalık seyrini üzerindeki etkilerini analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada son 5 yılda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Polikliniği'ne başvuran, klinik ve görüntüleme bulgularıyla Takayasu arteriti tanısı konmuş hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, Takayasu arteriti ve COVID-19 enfeksiyonunun klinik verileri ve laboratuvar sonuçları hastane kayıt sisteminden elde edildi. COVID-19 sırasında ve sonrasında ITAS2010 skorları poliklinik takipleri sırasında üç aylık aralıklarla hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 72 hastanın genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların %38,9'u en az bir kez COVID-19

Tablo 1. Çalışmaya alınan Takayasu hastalarının genel özellikleri

Parametre	Sonuç
Hasta sayısı	72
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	67 (93,1)
Erkek	5 (6,9)
Tanı yaşı, yıl, ortalama ± SS	35,2±13,6 yıl
COVID-19 geçirenler, n (%)	28 (38,9)
COVID-19 geçirdikleri yaş, ortalanca (ÇA)	36,0 yıl (19)
COVID-19 sonrası takip süresi, ay, ortalanca (ÇA)	27,5 (16,1)
Takayasu takip süresi, ay, ortalanca (ÇA)	
COVID-19 geçirdikleri tarihte	62,6 (132,3)
Son kontrolde	81,4 (114,7)
Sigara, n (%)	
Hiç içmemiş	46 (63,9)
Bırakmış	16 (22,2)
Halen içiyor	10 (13,9)
Paket-yıl, ortalanca (ÇA)	8 paket-yıl (11)
Numano sınıflaması, n (%)	
I	8 (9,5)
IIa	6 (8,3)
IIb	21 (29,2)
III	14 (19,4)
IV	8 (11,1)

ile enfekte olmuştur. Hastaların COVID-19 geçirdikten sonra ortalanca takip süresi 27 ay olarak saptanmıştır. Ek komorbiditeleri olan hastalarda, COVID-19 enfeksiyonu insidansının arttığı görülmüştür (p<0,05). İmmüno-supresif ilaç kullanımı, COVID-19 sıklığı üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir. COVID-19 sırasında ve sonrasında, ITAS2010 skorları enfeksiyon geçiren ve geçirmeyen hastalar arasında farklılık göstermemiştir. Ancak, pandemi döneminde COVID-19 geçiren hastaların ITAS2010 skorları, geçirmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,039, Tablo 2). Aynı dönemde, COVID-19 enfeksiyonu geçiren hastaların C-reaktif protein (CRP) seviyeleri, geçirmeyenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,011, Tablo 2). On bir hasta etkili bir aşı dozu almamışken, 61 hasta aşılanmıştır. Aşılama sonrası hastaların %22,2'sinde (n=6) alevlenme gözlenmiştir. Aşılama, farklı aşı türleri ile Takayasu hastalığı alevlenmeleri veya hastalık aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Sonuç: COVID-19 enfeksiyonu ve aşılama süreçleri, Takayasu arteriti olan hastalarda hastalığın aktivitesini ve uzun vadeli seyrini anlamlı bir şekilde etkilememektedir. Ayrıca, Takayasu arteritinin kendisi ve tedavide kullanılan immüno-supresif ilaçlar, COVID-19 enfeksiyonunun seyrini, Takayasu hastalık aktivitesini ve CRP düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilememektedir. Aşılama durumu, COVID-19 insidansını, akut faz yanıtını veya Takayasu hastalığı klinik aktivitesini etkilememekte ve alevlenmelere yol açmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, COVID-19, immüno-supresif tedavi, aşılama

Tablo 1. Devamı

Parametre	Sonuç
V	15 (20,8)
Tedaviler, n (%)	
Steroid	38 (52,8)
cDMARD	43 (59,7)
Metotreksat	17 (23,6)
Leflunomid	12 (16,7)
Azatiyopürin	15 (20,8)
bDMARD	32 (44,4)
TNF inhibitörü	18 (25)
IL-6 inhibitörü	14 (19,4)

Tablo 2. COVID-19 pozitif ve negatif hastalarda ITAS2010 ve CRP değerleri

	COVID-19 (+) (n=28)	COVID-19 (-) (n=44)	p
ITAS2010, medyan (ÇA)			
Tanı döneminde	9,5 (3)	9 (3)	0,459
COVID-19 döneminde	2 (2)	1 (2)	0,039
Son kontrolde	1 (2)	1 (2)	0,501
CRP (mg/L), medyan (ÇA)	8 (17)	2 (7)	0,011

Behçet hastalığında klinik bulguların paterji testi ile ilişkisi

Abdullah Doğan¹, Hacer Doğan², Emel Daloğlu³, Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Ankara

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

Giriş: Behçet hastalığı (BH), mukokutanöz bulguların ön planda olduğu ancak oküler, vasküler, kas-eklem, gastrointestinal ve nörolojik sistem tutulumu ile seyredabilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Paterji testi pozitifliği (PTP), BH'nin sık görüldüğü Orta Doğu ve Asya ülkelerinde yüksektir. PT'nin BH'nin klinik bulguları ile ilişkisi henüz yeterince aydınlatılmamış olup bu konuda çelişkili sonuçlar bildiren çalışmalar vardır. Sunduğumuz çalışmada PTP ile BH'nin sistemik tutulumları arasındaki ilişki değerlendirildi.

Yöntem: Bu çalışmada, 2006-2023 yılları arasında takipli, iş sağlığı güvenliği-1990 kriterlerine göre BH tanılı hasta kohortu retrospektif olarak tarandı. Bu hastalardan PT pozitif olan ve dışlama kriterleri bulunmayanlar çalışmaya dahil edildi. PT uygulanmayanlar, ek enflamatuvar hastalığı olanlar, kolşisin, glukokortikoid, immunsupresif ajan gibi PT sonucunu değiştirebilecek tedavileri almış olanlar dışlandı. Her hasta için demografik özellikler, BH'nin klinik bulguları ve PT sonucunu içeren bir form dolduruldu. İstatistik yöntemi olarak IBM SPSS-26.0 versiyonu kullanıldı. Grupları karşılaştırmak için t-testi, ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi. Çalışmanın etik kurulu onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nden alındı (karar no: 2023/263, tarih: 8 Kasım 2023).

PT uygulanması: Kliniğimizde PT için hastanın her iki ön kolu alkol ile dezenfekte edildikten sonra her iki tarafa 3 farklı noktaya 20 gauge tek kullanımlık steril iğneler deneyimli sağlık personeli tarafından intradermal ponksiyon şeklinde uygulanır.

Kırk sekiz saat sonra uzman bir romatolog tarafından hasta yeniden değerlendirilir. Ponksiyon yerinde eritemli papüller/püstüler lezyon gelişmesi halinde PT pozitif olarak kaydedilir.

Bulgular: Bin iki yüz altmış Behçet hastanın 440'ına PT uygulanmıştı. Hastaların 331'i (%75,2) erkekti. Yüz elli sekiz (%35,9) hastanın PT pozitifliği (PTP) (Tablo 1). PTP ve PT negatif (PTN) grubunun tanı yaşı ortanca-minimum/maksimum olarak sırasıyla 24,00-16/56 ve 26,00-16/57 idi. PTP hastalar daha genç yaşta tanı almıştı. Aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,02$). Erkeklerde PTP'liği %41,1 iken kadınlarda bu oran %20,2 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,00$). Hastalardan 69'una HLA-B51 çalışılmış 49 hastada PTP, 20 hastada PTN saptanmıştı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,01$). Oküler tutulum her iki grupta da en sık posterior üveit şeklinde idi. PTP grupta göz tutulumu %39,9 oranında görülürken PTN grupta bu %29,8 oranında idi. Aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,03$). Arteriyel tromboz PTP grupta PTN gruba göre daha yüksek oranda (%14,6'ye karşılık %8,5) görülmüştü. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,049$). Kardiyak tutulum ise PTP grupta hiç saptanmazken, PTN grupta 3 (%1,1) hastada saptandı ($p=0,19$). Hastalık süresi, aile öyküsü, genital ülser, deri, eklem, gastrointestinal ve nörolojik tutulum bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. PTP grupta nötrofil ve sistemik enflamasyon indeksi (Sİİ) değerleri bakımında anlamlı fark yoktu ($p=0,13$). Nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ise PTP grupta, PTN gruba göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,07$) (Tablo 2).

Sonuç: BH'de klinik bulgular ile PT ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma sonuçlarında farklılıklar mevcuttur. PT ile BH'nin klinik bulgularının ilişkisini araştırdığımız çalışmada PTP'nin erkek cinsiyette ve insan lökosit antijeni (HLA)-B5 (+) hastalarda anlamlı olarak yüksek olduğunu ve PTP'nin, BH'de göz tutulumu ve arteriyel tromboz gelişimini predikte edebileceğini saptadık. PT pozitifliği günümüzde Türk toplumunda azalmaktadır ancak erkek hastalar ve HLA-B51 alleli taşıyıcılarında PTP'yi yüksek bulmuş olmamız BH'nin daha agresif seyredildiği HLA-B51 (+), genç erkek hastalarda özellikle PT pozitifliğinde göz tutulumu ve arteriyel tromboz açısından dikkatli olunması gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: BH, paterji testi, sistemik tutulumlar

Tablo 1. Tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri

		n	%
Tüm hastalar		440	100
Cinsiyet	Kadın	109	24,8
	Erkek	331	75,2
Tanı yaşı (n)		391	88
(Ortalama± SS)	27,06±8,73		
(Medyan-min/maks)	26,00-16/57		
Hastalık süresi(yıl)		396	90
(Ortalama± SS)	7,28±4,86		
(Medyan-min/maks)	6,00-0,2/33		
Paterji	Pozitif	158	35,9
	Negatif	282	64,1
Oral aft	Var	440	100
Genital ülser	Var	313	71,1
	Yok	127	28,9
HLA-B51	Pozitif	69	53
	Negatif	62	47
	Yapılmadı	309	70,2
Ailede Behçet hikayesi	Var	58	15
	Yok	329	85
	Bilinmiyor	53	
Cilt tutulumu	Var	363	82,5
	<u>Enterna nodorum</u>	142	32,3
	<u>Osteofollikol</u>	234	53,2
Oküler tutulum	Var	147	33,4
	<u>Unilateral</u>	29	6,6
	<u>Bilateral</u>	37	8,4
	Bilinmiyor	81	18,4
Oküler tutulum şekli	<u>Ön üveit</u>	21	4,8
	<u>Arka üveit</u>	66	15
	<u>panüveit</u>	37	8,4
	<u>Retinal vaskulit</u>	8	1,8
Artrit	Var	83	18,9
Tromboz	Var	99	22,5
	<u>Venöz</u>	52	11,8
	<u>Arteriyel</u>	47	10,7
Anevrizma	Var	9	2
İntestinal tutulum	Var	15	3,4
Kardiyak tutulum	Var	3	0,7
Nörolojik tutulum	Var	25	5,8
	<u>Parankimal</u>	18	4,1
	<u>Ekstra-parankimal</u>	4	0,9

Tablo 2. Paterji pozitif ve negatif hastaların, demografik, klinik laboratuvar verileri

		Paterji (+) n, (%)	Paterji (-) n, (%)	p
Tüm hastalar		158 (35,9)	282 (64,1)	0,02
Tanı yaşı		25,81±8,49	7,18±4,60	0,86
(Ortalama-SS)		24,00-16/56	6,00-0,2/25	
(Medyan-minimum/maksimum)				
Cinsiyet	Kadın	22 (20,2)	87 (79,8)	0,00
	Erkek	136 (41,1)	195 (58,9)	0,00
Oral aft	Var	158 (100)	280 (100)	-
Genital ülser	Var	114 (72)	199 (70)	0,72
HLA-B51 (n=131)	Pozitif	49 (17,4)	20 (12,7)	0,01
Ailede Behçet öyküsü	Var	35 (16,4)	20 (12,7)	0,55
Deri tutulumu		127 (80,4)	236 (83,7)	0,38
	Akneiform lezyon	11 (61,1)	106 (82,2)	0,03
	Eritema nodozum	51 (31,6)	91 (32,6)	0,80
	Osteofollikül	105 (66,5)	129 (45,7)	0,00
Oküler tutulum (n=147)		63 (39,9)	84 (29,8)	0,03
	Unilateral	9	20	
	Bilateral	12	25	
	Bilinmiyor	42	39	
Oküler tutulum şekli	Ön üveit	7 (0,04)	14 (0,05)	
	Arka üveit	30 (0,19)	36 (0,12)	
	panüveit	2 (0,01)	20 (0,07)	
	Retinal vaskülit	8 (0,05)	6 (0,02)	
Artrit (n=83)		33 (20,9)	50 (17,7)	0,41
Tromboz (n=99)		42 (26,6)	57 (20,2)	0,12
	Venöz	19 (12)	33 (11,7)	0,13
	Arteriyel	23 (14,6)	24 (8,5)	0,049
Anevrizma (n=9)		4 (2,5)	5 (1,8)	0,59
İntestinal tutulum (n=15)		8 (5,1)	7 (2,5)	0,15
Kardiyak tutulum (n=3)		0 (0)	3 (1,1)	0,19
Nörolojik tutulum(n=25)		8 (5,1)	17 (6)	0,66
	Parankimal (n=18)	6 (3,8)	12 (4,3)	0,6
	Ekstra-parankimal(n=4)	2 (1,3)	2 (1,7)	
MPV	n=145	8,97±1,01	9,26±1,27	0,38
Platelet	n=145	242±54	266±66	0,13
Nötrofil	n=145	5,33±2,00	4,72±1,50	0,14
Lenfosit	n=145	1,98±0,60	2,21±0,68	0,19
SİL	n=145	762±480	651±434	0,13
NLO	n=145	3,05±1,75	2,38±1,43	0,07

MPV: Ortalama trombosit hacmi, NLO: Nötrofil/lenfosit oranı, SİL: Sistemik enflamasyon indeksi

Romatizma tanılı bireylerin ifade ettikleri öz-değer algılarının hastalık tanılarına göre fonksiyonellik, anksiyete-depresyon ve biyopsikososyal özelliklerinin ilişkisinin incelenmesi

Orkun Tüfekçi¹, Aysima Barlak¹, Nur Banu Karaca¹, Sinan Buran¹, Mustafa Ekici², Umut Kalyoncu², Ali Akdoğan², Şule Apraş Bilgen², Sedat Kiraz², Edibe Ünal¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Temel Fizyoterapi Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Romatizmalı bireyler, fonksiyonel problemlerinin yanı sıra ağrı, anksiyete-depresyon, sosyal izolasyon, uyku ve cinsel problemler yaşadıklarından biyopsikososyal olarak etkilenirler. Bu durum, bireylerin günlük yaşamının merkezindedir ve romatizmalı bireylerin öz-değerini düşürmektedir. Ancak bu bireylerin bildirdikleri öz-değer durumunun bütüncül olarak diğer biyopsikososyal özelliklerle ilişkisini değerlendiren çalışmalara rastlanılamamaktadır. Bu çalışmanın amacı romatizmalı bireylerin ifade ettikleri öz-değer algılarının hastalık tanılarına göre fonksiyonellik, anksiyete-depresyon ve biyopsikososyal özelliklerinin ilişkisinin incelenmesiydi.

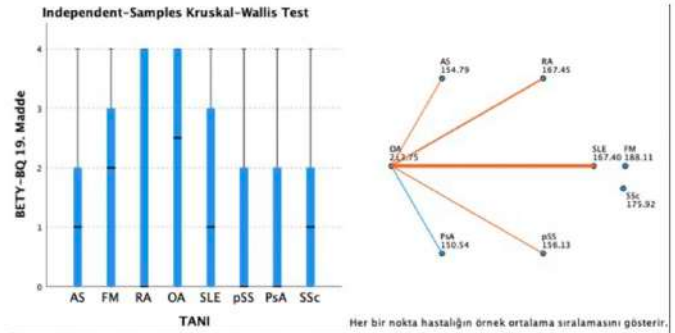
Yöntem: Romatolojik bir hastalık tanısı bulunan 343 birey çalışmaya dahil edildi. Bireylere ait demografik özellikleri alındı. Bireylerin ifade ettikleri öz-değer algıları BETY-Biopsychosocial Questionnaire (BETY-BQ) 19. maddesi ile değerlendirildi ve ölçeğin toplam skoru kaydedildi. Fonksiyonellikleri, Health Assessment Questionnaire (HAQ); anksiyete-depresyon düzeyleri, hospital anxiety and depression scale (HADS) ile değerlendirildi. Ölçekler arasındaki ilişki için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. BETY-BQ'nun 19.maddesine verilen yanıtlar her seçenek için sayı ve yüzde (%) verilerek gösterildi (Tablo 1). Öz-değer algısında problem bildiren ve bildirmeyen bireylerin özellikleri Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı. Hastalık tanıları arasındaki öz-değer algısı karşılaştırılması Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Tanılar arası ikili karşılaştırmalar Dunn-Bonferroni düzeltmesi kullanılarak incelendi.

Bulgular: 343 romatizmalı bireyin %55.1'i değişen sıklıkta öz-değer algısında problem yaşadığını bildirdi. 19.madde, diğer ölçekler ile yüksek, orta ve zayıf düzeyde ilişkiler gösterdi ($p<0,001$: BETYBQ, $\rho=0,617$; HAQ, $\rho=0,324$; HADS-Anksiyete, $\rho=0,418$; HADS-Depresyon, $\rho=0,406$). Öz-değer algısında problem bildiren ve bildirmeyen bireylerde fonksiyonellik, anksiyete-depresyon ve biyopsikososyal özellikleri arasında anlamlı fark görüldü ($p<0,001$). Öz-değer algısı incelendiğinde hastalık tanıları arasında fark bulundu ($p<0,027$). BETY-BQ'nun 19.maddesine göre incelendiğinde en çok etkilenim osteoartrit tanılı bireylerde saptanırken; diğer tanıları benzerdi ($p>0,05$) (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde romatizmalı bireylerin çoğunun öz-değer algısında problem bildirdiği görüldü. Bu problemin fonksiyonellik, anksiyete-depresyon ve biyopsikososyal durumlardan etkilendiği saptandı. Bu sonuçlar,

romatizmalı bireylerin ifade ettikleri öz-değer algısı ve saptanan etkilenimler düşünüldüğünde söz konusu hastalıkların yönetiminin biyopsikososyal yaklaşımlarla desteklenmesi yönünde yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Öz-değer, fonksiyonellik, biyopsikososyal durum, anksiyete, depresyon, BETY-BQ



Şekil 1. Hastalık tanılarına göre öz-değer bildirme dağılımı ve hastalıkların ikili karşılaştırılması (turuncu, benzer özellik; mavi, fark var)
AS: Aort stenozu, FM: Fibromiyalji, OA: Osteoartrit, PSA: Psoriatik artrit, pSS: Primer Sjögren sendromu, RA: Romatoid artrit, SLE: Sistemik lupus eritematozus, SSC: Sistemik skleroz

Tablo 1. Bireylere ait demografik özellikler ve değerlendirme sonuçları

n=343	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (yıl)	47,32±11,76	
VKI (kg/m ²)	28,15±6,22	
Hastalık durasyonu (yıl)	10,01±9,21	
BETY-BQ (0-120)	54,87±27,53	
HAQ (0-3)	0,73±0,65	
HADS-anksiyete (0-21)	8,13±4,60	
HADS-depresyon (0-21)	7,29±4,22	
Cinsiyet	n (%)	
Kadın (%)	281 (81,9)	
Erkek (%)	62 (18,1)	
Hastalık tanısı	n (%)	Öz-değer problemi n (%)
Romatoid artrit	50 (14,6)	23 (46)
Ankilozan spondilit	46 (13,4)	24 (52,2)
Fibromiyalji	48 (14,0)	32 (66,6)
Osteoartrit	48 (14,0)	34 (70,8)
Psöriatik artrit	48 (14,0)	22 (45,8)
Sistemik lupus eritematozus	39 (11,4)	21 (53,8)
Sjögren sendromu	38 (11,1)	17 (44,7)
Sistemik skleroz	26 (7,6)	16 (61,5)
BETY-BQ Soru 19: "kendime değer vermiyorum."	n (%)	
Evet her zaman (4 puan)	59 (17,2)	
Evet sıklıkla (3 puan)	34 (9,9)	
Evet bazen (2 puan)	61 (17,8)	
Evet nadiren (1 puan)	35 (10,2)	
Hayır hiçbir zaman (0 puan)	154 (44,9)	

Juvenil idiyopatik artrit tanılı hastaların erişkin romatolojiye geçiş sonrasında tanı değişikliklerinin değerlendirilmesi

Şerife Asya Germe¹, Zeynep Balık², Zehra Özsoy¹, Yunus Emre Dalkılıç³, Ezgi Deniz Batu², Özge Başaran², Yelda Bilginer², Umur Kalyoncu¹, Seza Özen², Şule Apraş Bilgen¹, Levent Kılıç¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Juvenil idiyopatik artrit (JİA), çocukluk çağında en sık görülen kronik inflamatuvar artritir. JİA tanılı hastaların şikayetleri %30-60 oranında erişkin yaşta da devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı JİA alt gruplarının erişkin romatolojiye geçiş sonrası takip süreçlerinde tanı değişikliklerini değerlendirmektir.

Yöntem: Pediatrik romatoloji kliniğinde 2015-2022 yılları arasında JİA tanısı ile takipli olan ve erişkin romatoloji kliniğinde en az bir kez takip edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Toplam 107 hasta çalışmaya dahil edildi. Pediatrik romatoloji kliniğinden erişkin romatoloji kliniğine geçiş sonrasında hastalar erişkin romatolojideki son kontrollerindeki klinik, serolojik ve radyolojik bulguları ile erişkin sınıflandırma kriterlerine [spondiloartrit (SpA) Spondiloartrit Değerlendirme Derneği, romatoid artrit (RA) (ACR-EULAR 2010), erişkin başlangıçlı still hastalığı (AOSD)

(Yamaguchi), psoriatik artrit (PsA) (Caspar)] göre yeniden sınıflandırıldı.

Bulgular: 1) Çalışmaya dahil edilen 107 hastanın 62'si (%57,9) erkekti. Hastaların median yaşı 21 (17,5-27,7) yılı. Median hastalık süresi 9 (2-23) yılı. Hastaların median takip süreleri pediatrik romatolojide 73,46 (0-215) ay, erişkin romatolojide ise 10,28 (0-68,89) aydı. 2) Pediatrik romatolojide 53 (%49,5) hasta entezitili ilişkili artrit (ERA), 24 (%22,4) hasta oligoartiküler JİA, 15 (%14) hasta sistemik JİA, 6 (%5,6) hasta romatoid faktör (RF) (+) poliartiküler JİA, 6 (5,6%) hasta RF (-) poliartiküler JİA, 3 (%2,8) hasta PsA grubunda yer alıyordu. 3) Erişkin romatolojiye geçiş sonrasında hastaların %30,8'i radyografik aksiyel SpA, %15'i non-radyografik aksiyel SpA, %12,1'i RA, %11,2'si AOSD, %2,8'i PsA, %2,8'i periferik SpA olarak sınıflandırıldı. Özellikle oligoartiküler JİA grubundaki hastalar olmak üzere hastaların %25,2'si erişkin sınıflandırma kriterlerini karşılamıyordu (Tablo 1). 4) Geçiş esnasında hastaların %60'ı medikal tedavi alıyordu (%49,5 biyolojik tedavi, %8,4 konvansiyonel sentetik DMARD (disease-modifying antirheumatic drug), %1,9 biyolojik tedavi ve DMARD).

Sonuç: Oligoartiküler JİA ve RF (-) poliartiküler JİA gruplarında yer alan hastaların önemli bir kısmının erişkin sınıflandırma kriterlerini karşılamıyor olması bu alt grupların erişkin romatolojide yönetimini zorlaştırmaktadır. JİA alt tiplerinin erişkin dönemdeki karşılıklarının netleşmesi ve geçişin kesintiye uğramadan yönetilmesi, JİA prognozunun iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geçiş polikliniği, JİA, sınıflandırma kriterleri

Tablo 1: Juvenil idiyopatik artrit tanılı hastaların erişkin romatolojide sınıflandırılması

		Oligoartiküler (n=24)	Poliartiküler RF (+) (n=6)	Poliartiküler RF (-) (n=6)	ERA (n=53)	PsA (n=3)	Sistemik (n=15)	Toplam (n=107)
	Cinsiyet (Kadın/Erkek)	14/10	5/1	4/2	12/41	1/2	9/6	45/62
Erişkin Sınıflandırma	Radyografik aksiyel SpA	3 (%12,5)	0	0	30 (%56,6)	0	0	33 (%30,8)
	Non-radyografik aksiyel SpA	1 (%4,2)	0	1 (%16,7)	14 (%26,4)	0	0	16 (%15)
	Periferik SpA	1 (%4,2)	0	0	2 (%3,8)	0	0	3 (%2,8)
	RA	4 (%16,7)	6 (%100)	2 (%33,3)	1 (%1,9)	0	0	13 (%12,1)
	PsA	0	0	0	0	3 (%100)	0	3 (%2,8)
	AOSD	0	0	0	0	0	12 (%80)	12 (%11,2)
	Sınıflandırmayan	15 (%62,5)	0	3 (%50)	6 (%11,3)	0	3 (%20)	27 (%25,2)
	Seroloji	HLA-B27	3/17 (%17,6)	0/3	1/3 (%33)	22/48 (%45,8)	1/2 (%50)	1/4 (%25)
	RF	0/16	3/4 (%75)	1/5 (%20)	0/22	0/1	0/9	4/57 (%7)
	Anti-CCP	0/15	3/4 (%75)	0/1	0/15	0/1	0/7	3/43 (%6)
	ANA	13/22 (%59)	4/5 (%80)	2/6 (%33,3)	14/26 (%53,8)	1/1 (%100)	3/10 (%30)	37/70 (%52)
Yapısal hasar bulguları	Erozyon	1/11 (%9)	4/6 (%66,6)	0/2	2/19 (%10,5)	0/2	1/6 (%16,6)	8/46 (%17)
	Sakroiliit*	3/13 (%23)	0/2	0/4	30/46 (%65)	2/3 (%66,6)	0/3	35/71 (%49)
Ekstra-artiküler bulgular	Üveit	5 (%20,8)	0	1 (%16,7)	3 (%5,7)	0	0	9 (%8,4)
	Psoriasis	0	0	0	0	3 (%100)	0	3 (%2,8)
	İnflamatuvar bağırsak hastalığı	0	0	0	3 (%5,7)	0	0	3 (%2,8)

ANA: Antinükleer antikor, Anti-CCP: Anti-siklik sitrüllemiş peptid antikor, AOSD: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, ERA: Entezit ilişkili artrit, HLA: İnsan lökosit antijeni, PsA: Psoriatik artrit, RA: Romatoid artrit, RF: Romatoid faktör, SpA: Spondiloartrit *Modifiye New York Kriterleri'ne göre

Biyolojik ajan kullanan romatoid artrit hastalarının böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler: Retrospektif kohort çalışma

Burcu Soyeri¹, Neslihan Gökçen², Duygu Temiz Karadağ², Ayşe Çefle², Ayten Yazıcı²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

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

Amaç: Romatoid artrit (RA) başta eklemler olmak üzere birçok sistemi etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. RA hastalarında böbrek hem hastalık nedeni ile hem de kullanılan ilaçlara bağlı etkilenebilmektedir. Çalışmamızda, biyolojik hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçları (bDMARDlar) kullanan RA hastalarının böbrek fonksiyonlarının zaman içindeki değişimlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

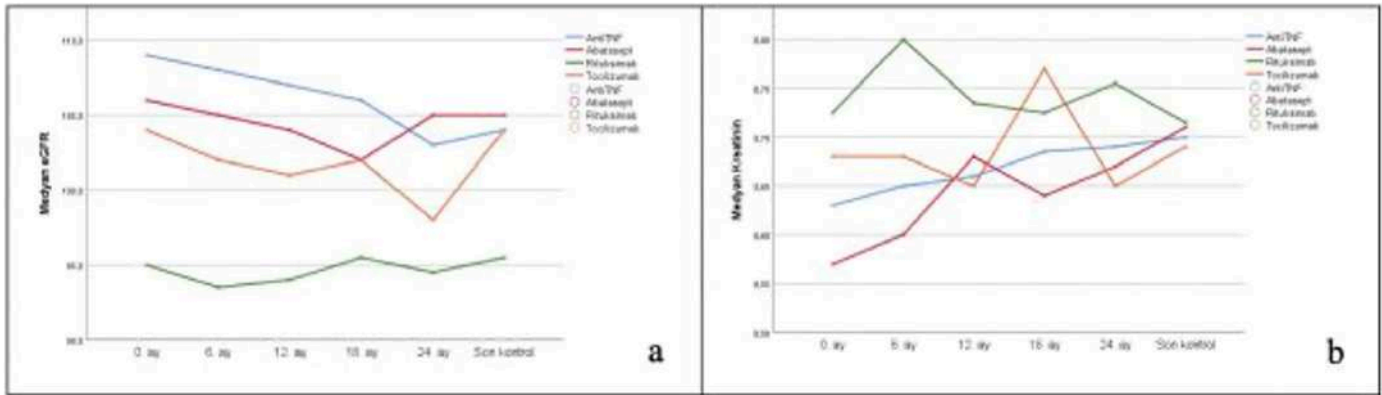
Yöntem: Çalışmamız, retrospektif kohort çalışma olarak tasarlandı. Biyolojik DMARD kullanan ve düzenli takibe gelen 141 RA hastası çalışmaya alındı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri ile kullandıkları ilaçlar hasta dosyaları taranarak kaydedildi.

Tedavi başladıktan sonra 24 ay içindeki glomerüler filtrasyon hızı (GFR), kreatinin ve üre değerlerindeki değişiklikler incelendi. Takiplerde, GFR'de %10 azalma ve kreatininde %25'lik artış anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hasta popülasyonunun median yaşı 57 yıl olup %78'i kadın hastalardan oluşmaktaydı. Biyolojik tedavi öncesi hastaların %42'sinde komorbid hastalık mevcut olup %2,1'inde farklı evrelerde kronik böbrek hastalığı (KBH) mevcuttu. Biyolojik kullanımı sonrası takiplerde 19 hastada (%13,4) GFR'de %10'dan fazla düşme olduğu saptandı (p<0,001). Biyolojik ilaçlar kategorize edilip kıyaslandığında, anti-TNF kullananlarda anlamlı düşme gözlemlendi (p<0,001) (Şekil 1). Hastalar GFR'deki düşüş oranlarına göre kategorize edilip karşılaştırıldığında, GFR \geq %10 düşme olan hastalarda kardiyovasküler hastalık sıklığı daha fazlaydı (p=0,041). Fakat, regresyon analizi yapıldığında, GFR düşüşünde etkili hiçbir faktöre rastlanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda, anti-TNF kullananlarda zaman içinde kreatininde yükselme ve GFR'de düşme gözlemlendi. Fakat bu değişim, KBH evrelemesi yapıldığında anlamlılık göstermedi.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, biyolojik DMARD, anti-TNF, kronik böbrek hastalığı



Şekil 1. Kullanılan biyolojik tedavilere göre takip sırasında GFR (a) ve kreatinin (b) değerindeki değişim
GFR: Glomerüler filtrasyon hızı

B/tsDMARD kullanan RA hastalarında D2T-RA kriterlerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Asena Eken¹, Gizem Ayan², Mustafa Ekici², Erdiç Ünalı², Gözde Sevgi Kart Bayram², Büşra Fırlatan², Buğu Bulat², Emre Bilgin³, Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Ali İhsan Ertenli², Sedat Kiraz², Umut Kalyoncu², Levent Kılıç²

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

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Giriş: Günümüzde birçok tedavi seçeneğine rağmen romatoid artrit (RA) hastalarının önemli bir kısmında hastalık aktivitesi ya da yaşam kalitesinde istenilen hedeflere ulaşılamamaktadır. 2021 yılında EULAR tarafından en az iki farklı etki mekanizmalı biyolojik/hedefe yönelik DMARD tedavisine rağmen semptomların ve/veya belirtilerin devam ettiği hastalar tedavi zor RA (D2T-RA) olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda temel olarak 3 kriter grubu yer almaktadır (Şekil 1) Bu üç kriteri de sağlayan hastalar D2T-RA olarak tanımlanmaktadır. Ancak bir çok hasta D2T-RA tanımlaması için gereken her 3 kriteri karşılamasa da, bir ya da iki kriteri sağlayabilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde takip edilen b/tsDMARD kullanan hastalarda EULAR D2T-RA kriterlerinin dağılımı, herhangi üç kriterden birini sağlama sıklıkları ve D2T-RA tanımını sağlamasa da tedaviyi zor hale getirebilecek kriterlere sahip hastaların klinik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

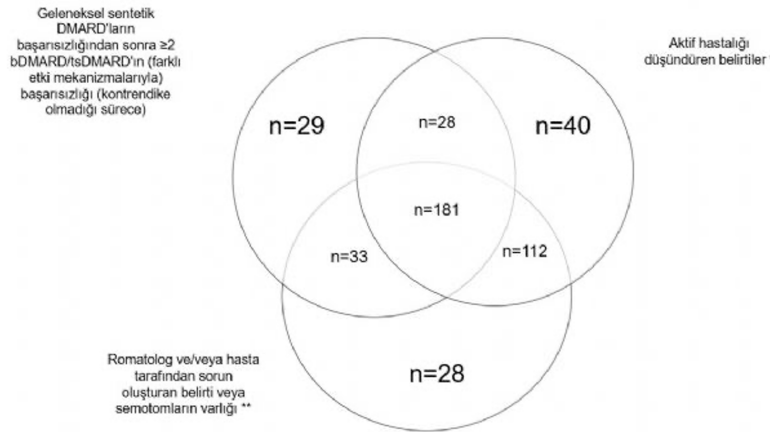
Yöntem: Hastanemiz romatoloji kliniğine 1 Nisan 2023-30 Kasım 2023 tarihleri arasında başvuran ve en az 1 yıldır b/tsDMARD tedavisi alan RA hastaları çalışmaya dahil edildi. Dahil edilen hastaların değerlendirme vizitindeki hastalık aktivitesi ölçümleri, demografik, klinik özellikleri ve ilaç kullanım öyküleri incelendi.

Hastalar EULAR D2T RA kriterlerini sağlama sayılarına göre 4 gruba ayrıldı. [i) sadece 1 kriteri sağlayan, ii) sadece 2 kriteri sağlayan, iii) her 3 kriteri sağlayan ya da iv) hiçbir kriteri sağlamayan hasta grupları şeklinde]. Hastalar değerlendirme vizitindeki DAS28 ESR'ye göre de düşük hastalık aktivitesi olanlar (DAS28 ESR <3,2), D2T olmayıp DAS28 ESR >3,2 olanlar ve D2T olan grupta DAS28 ESR değeri >3,2 olan hastalar olarak üç gruba ayrıldı. EULAR tarafından belirlenen D2T-RA kriterleri, bazı maddeleri nicel değerler olacak şekilde uyarlandı (Şekil 1).

Bulgular: Çalışmada toplam 487 RA hastası dahil edildi. Hastaların %37,1'i (181/487) D2T-RA idi ve her üç kriteri de karşılamaktaydı. İlk kriteri karşılayan hasta sayısı 270 (%55,4) idi. İlk kriteri sağlayan hastaların 209'unda (%77,4) ikinci kriteri sağlayan, aktif hastalığı düşündüren belirtiler vardı. Yirmi dokuz hasta sadece birinci kriteri, 40 hasta sadece ikinci kriteri, 28 hasta ise sadece üçüncü kriteri karşılıyordu. Hastaların %92,6'sı en az bir kriteri sağlıyordu ve sadece 36'sı (%7,4) her üç kriteri de karşılamıyordu (Şekil 1). EULAR D2T-RA kriterlerini sağlama sayılarına göre 4 gruba ayrılan hastalar arasında cinsiyet, hastalık süresi, b/tsDMARD kullanım süresi, sigara kullanımı ve bakılan komorbiditeler açısından istatistiksel fark saptanmadı. Güncel yaş hiçbir kriteri sağlamayan hastalarda daha küçük olsa da post-hoc analizde anlamlı fark yoktu (Tablo 1). DAS28 ESR'ye göre bakıldığında D2T-RA olmayıp DAS28 >3,2 olan hastaların daha ileri yaşta olduğu görülmüş ancak istatistiksel fark bulunmamıştır. D2T-RA olan hastalarda DM tanısı diğer gruplardan anlamlı olarak daha sık olduğu görülmüştür [42 (13,9) vs 8 (11,3) vs 27 (23,9); p<0,05] (Tablo 2).

Sonuç: B-tsDMARD kullanan hastaların %92,6'sı EULAR tarafından belirtilen ve tedavide zorluğa neden olan 3 kriterin en az birini içeriyordu. Bu kriterlerin dağılımına göre hasta grupları arasında fark gözlenmemiş olsa da; bu hastalarda farklı tedavi zorluğu mekanizmaları olabileceği ve bu hastaların farklı özelliklere sahip olduğu düşünülebilir. Bunun için daha büyük hasta gruplarını içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: B-tsDMARD, D2T RA, hastalık aktivitesi, prognoz



*DAS28 ≥3,2, yaşa göre ESR yüksekliği, C reaktif protein ≥0,5, steroid tedavisinin 7,5 mg ve eşdeğerinde prednizolon altına düşülememesi, veya HAQ ≥1.2
** Hekim genel değerlendirmesi ≥50; hastanın genel değerlendirmesi ≥50 veya PASS hayır olması

Şekil 1. D2T RA kriterleri ve hastaların kriterleri karşılama durumu

Tablo 1. Hastaların karşıladıkları D2T kriteri sayısına göre karşılaştırılması

	D2T-RA n=181	Bir kriteri karşılayan n=97	İki kriteri karşılayan n=173	Hiçbir kriteri karşılamayan n=36	p-değeri
Kadın, n (%)	154 (85,1)	77 (79,4)	148 (85,5)	25 (69,4)	0,074
Güncel yaş±SS	56,9±12,4	54,1±11,2	57,1±12,4	52,4±11,6	0,043 Post-hoc anlamsız
Tanı yaşı±SD	42,3±12,1	40,4±11,5	43,6±12,4	39,3±10,5	0,078
Tanı süresi (yıl)±SS	14,7±8,4	13,8±7,8	13,5±8,6	13±8,8	0,49
Tanı anından b/tsDMARD başlanana kadar geçen süre (yıl)*	7 (4-10)	6 (3-9)	5 (3-9)	6,5 (3-10)	0,70
b/tsDMARD başlangıcından son vizite kadar geçen süre (yıl)±SS	7±4,2	6±4,4	6,2±4,8	6,8±4,7	0,26
Sigara, n (%)	103 (56,9)	51 (52,6)	95 (54,9)	18 (50)	0,84
- Hiç içmemiş	78 (43,1)	46 (47,4)	78 (45,1)	18 (50)	
-Aktif veya bırakmış					
RFn(%)	143 (79)	67 (69,1)	131 (75,7)	25 (69,4)	0,48
ACPA, n(%)	107 (59,1)	55 (56,7)	97 (56,1)	20 (55,6)	0,46
RF ve/veya ACPA	159 (87,8)	140 (80,9)	77 (79,4)	26 (72,2)	0,34
Komorbiditeler, n (%)	36 (19,9)	8 (22,2)	12 (12,4)	21 (12,1)	0,25
-DM	88 (48,6)	10 (27,8)	31 (32)	52 (48,6)	0,89
-HT	21 (11,6)	3 (16,7)	4 (13,8)	6 (10,3)	0,75
-KAH/SVO	2 (1,1)	-	-	3 (1,7)	0,32
-KBH	7 (3,8)	2 (5,6)	3 (3,1)	6 (3,5)	0,79
-Malignite	7 (3,9)	3 (8,3)	6 (6,2)	7 (4)	0,51
-Sjögren					

RF: Romatoid Faktör, ACPA: anti-siklik sitrülünlenmiş peptid antikor DM: tip 2 diabetes mellitus, HT: hipertansiyon, KAH: koroner arter hastalığı, KBH: kronik böbrek hastalığı, SVO: serebrovasküler olay, ksDMARD: konvansiyonel sentetik DMARD, bDMARD: biyolojik DMARD, tsDMARD: hedefe yönelik sentetik DMARD *Veriler ortanca değer (IQR (25-75)) olarak verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların DAS28-ESR'ye göre aktivite durumları ve D2T RA olmaya göre karşılaştırılması

	DAS28<3,2 n=303	DAS28> 3,2 ve D2T-RA olmayan n=71	DAS28> 3,2 ve D2T-RA olan n=113	p-değeri
Kadın, n (%)	245 (80,9)	61 (85,9)	98 (86,7)	0,32
Güncel yaş±SS	55,5±12,2	57,9±13,0	56,6±11,7	0,47
Tanı yaşı±SS	41,1±11,9	45,4±12,5	43,0±11,8	0,18
Tanı süresi (yıl)±SS	14,4±8,4	12,5±8,4	13,8±8,3	0,31
Tanı anından b/tsDMARD başlanana kadar geçen süre (yıl) *	6 (4-10)	5 (2-9)	7 (4-10)	0,25
b/tsDMARD başlangıcından son vizite kadar geçen süre (yıl)±SS	7,4±7,3	6,7±6,9	6,4±7,8	0,82
Sigara, n (%)	163 (53,8)	39 (54,9)	65 (57,5)	0,73
-Hiç içmemiş	140 (46,2)	32 (45,1)	48 (42,5)	
-Aktif veya bırakmış				
RFn(%)	223 (73,6)	54 (76,1)	89 (78,8)	0,90
ACPA, n(%)	171 (56,4)	41 (57,7)	67 (59,3)	0,38
RF ve/veya ACPA	239 (78,9)	60 (84,5)	96 (85)	1,0
Komorbiditeler, n (%)	42 (13,9)	8 (11,3)	27 (23,9)	0,034
-DM	104 (34,3)	24 (33,8)	53 (46,9)	0,08
-HT	18 (5,9)	3 (4,2)	13 (11,5)	0,088
-KAH/SVO	5 (1,7)	-	-	-
-KBH	9 (3)	5 (7)	4 (3,5)	0,28
-Malignite	16 (5,3)	3 (4,2)	4 (3,5)	0,82
-Sjögren				

RF: Romatoid Faktör, ACPA: anti-siklik sitrülünlenmiş peptid antikor DM: tip 2 diabetes mellitus, HT: hipertansiyon, KAH: koroner arter hastalığı, KBH: kronik böbrek hastalığı, SVO: serebrovasküler olay, ksDMARD: konvansiyonel sentetik DMARD, bDMARD: biyolojik DMARD, tsDMARD: hedefe yönelik sentetik DMARD *Veriler ortanca değer (IQR (25-75)) olarak verilmiştir.

Mikofenolat mofetile bağılı gelişen yan etkilerin yönetiminde enterik kaplı mikofenolat sodyuma geçiş romatolojide bir şans olabilir mi?

Nagehan Dik Kutlu, Yavuz Pehlivan, H. Ediz Dalkılıç, Belkıs Nihan Coşkun, Burcu Yağız

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Mikofenolat mofetil (MMF), romatolojide yaygın olarak kullanılan bir immünosupresandır. Ancak zaman zaman hastalar gastrointestinal (Gİ) rahatsızlık başta olmak üzere çeşitli yan etkiler nedeniyle tedaviye devamda zorlanmakta, enterik kaplı mikofenolat sodyum (EC-MPS) ise farklı farmakokinetiği nedeni ile alternatif olarak kullanılmaktadır. Bu iki ilacın karşılaştırması en çok organ nakli olmuş hastalarda yapılmışken MMF'ten EC-MPS'ye geçiş ile ilgili romatoloji pratiğinde elimizdeki veriler sınırlıdır. Biz de bu nedenle kliniğimizde MMF tedavisi başlanmış olup takipte EC-MPS'ye geçiş yapan hastaları incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza 18 yaşından büyük, MMF'den EC-MPS tedavisine geçilmiş 16 hasta dahil edildi. Verilerin yetersiz olması nedeniyle 2 hasta çalışmadan çıkarıldı. Hastaların tanıları, MMF'ten EC-MPS'ye geçiş nedenleri, tedavi süreleri ile maksimum ilaç dozları retrospektif olarak incelendi. Hastaların tanı anındaki, MMF ve EC-MPS başlangıcı ile 3. aylardaki laboratuvar parametreleri ve hastalık aktivite skorları kayıt edildi.

Bulgular: Hastaların 7'si lupus, 4'ü Sjögren, 2'si skleroderma, 1'i granüloamatöz polianjit ile takipliydi. Hastaların hepsi kadındı (Tablo 1). On iki hastada Gİ yakınmalar, bir hastada göğüs ve karın ağrısı, bir hastada ruhsal gerginlik nedeniyle MMF'ten EC-MPS'ye geçilmişti. Gİ yakınma nedeniyle MMF'ye devam edemeyen 12 hastanın 9'u (%75) EC-MPS tedavisinde kalabildi. Her iki ilaçla da en sık görülen Gİ yan etki bulantıydı. Bunu sıklık sırasına göre ishal, kusma, karın ağrısı ve hazımsızlık izledi. Karaciğer, böbrek ve diğer organ tutulumlarına ait olası yan etkiler gözlenmedi. Ortalama ilaçta kalım süreleri MMF için 13,6 (0,5-60) ay, EC-MPS için 16,9 (0,3-47) ay idi. EC-MPS tedavisi devam ederken bir hastada ek immünosupresif ihtiyacı olmuş, 2 hastada hastalık progresyonu ve 1 hastada zona nedeniyle tedavi kesilmişti. MMF'ten EC-MPS'ye geçiş yapan lupus, sjögren ve granüloamatöz polianjit ile takipli hastalarda tedavi başlangıcı ve üçüncü aydaki hastalık aktivite skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark izlenmedi (Tablo 2). Skleroderma ile takipli hastaların üçüncü ay verilerindeki eksiklikler nedeniyle karşılaştırma yapılamadı.

Sonuç: MMF'ten EC-MPS'ye en sık geçiş nedeni Gİ yan etkiler olup bulantı en sık görülen semptomdu. MMF ile Gİ yan etki gelişen hastaların %75'i EC-MPS ile Gİ yan etki yaşamadı. EC-MPS'ye geçiş etkili ve güvenli olduğu görüldü. Gİ şikayetleri nedeniyle MMF'ye devam edemeyen hastalar EC-MPS'ye geçişten fayda görebilir.

Anahtar Kelimeler: Gİ, MMF, mikofenolat sodyum, yan etki

Tablo 1. MMF

	Cinsiyet	Tanı	Tanı yaşı	Hastalık süreleri (ay)	Romatoid faktör	Anti nükleer antikor	Pozitif otantikolar	Tanı anındaki klinik bulgular	MMF kullanım süresi	MMF[?] EC-MPS geçiş nedeni	EC-MPS kullanım süresi
1	Kadın	SLE	23	213	Negatif	1/3200	SS-A, SS-B, Ribozomal P	Eklem, deri Mukozal ülser, Alopesi	34 ay	Bulantı, kusma, ishal	10 gün
2	Kadın	SLE	21	326	Negatif	1/3200	RNP, Nükleosom	Eklem, Deri, Alopesi, Renal	1 ay	Göğüs ve karın ağrısı	5 ay
3	Kadın	SLE	19	194	Negatif	1/3200	SS-A, SS-B, Ro-52	Deri, Alopesi, Renal	37 ay	Bulantı, kusma, ishal	3 ay
4	Kadın	SLE	32	27	Negatif	1/3200	SS-A, Ro-52	Raynaud fenomeni, Renal	4 ay	Bulantı, ishal	23 ay
5	Kadın	SLE	21	139	Negatif	1/320	RNP, Ro-52	Deri, Raynaud fenomeni, Alopesi, Renal, Hematolojik	6 ay	İshal	47 ay
6	Kadın	SLE	28	64	Negatif	1/100	-	Deri, Renal	60 ay	İshal	29 ay
7	Kadın	SLE	16	191	Negatif	1/320	SS-A, Sm, Ro-52	Deri, Eklem, Alopesi, Renal	3 ay	Bulantı, ishal, karın ağrısı	27 ay
8	Kadın	Sjögren	51	27	Negatif	1/100	-	Eklem, Kuru göz, Kuru ağız, İAH, Polinöropati	1 ay	Bulantı, kusma, karın ağrısı	33 ay
9	Kadın	Sjögren	71	5	Pozitif	1/3200	Ro-52	Kuru göz, İAH	1 ay	Bulantı, kusma	29 ay
10	Kadın	Sjögren	57	27	Negatif	1/100	-	Kuru ağız, İAH	4 ay	Karın ağrısı	12 ay
11	Kadın	Sjögren	64	8	Negatif	1/1000	-	Kuru göz, Kuru ağız, İAH	3 ay	Bulantı, karın ağrısı	1 ay
12	Kadın	Granüloamatöz Polianjit	35	134	Negatif	1/1000	MPO	Renal, İştme kaybı, Görme kaybı, İAH	2 ay	Ruhsal gerginlik	2 hafta

Tablo 1. Devamı

Cinsiyet	Tanı	Tanı yaşı	Hastalık süreleri (ay)	Romatoid faktör	Anti nükleer antikor	Pozitif otantikolar	Tanı anındaki klinik bulgular	MMF kullanım süresi	MMF[?] EC-MPS geçiş nedeni	EC-MPS kullanım süresi	
13	Kadın	Skleroderma	21	21	Negatif	1/10000	Scl-70	Raynaud fenomeni, Eklem, Sklerodaktili, İAH	36 ay	Bulantı, kusma	25 ay
14	Kadın	Skleroderma	42	42	Negatif	1/100	Sentromer B	Raynaud fenomeni, telenjektazi, İAH	2 ay	Bulantı, hazımsızlık	2 ay

MMF: Mikofenolat mofetil, EC-MPS: Enterik kaplı mikofenolat sodyum SLE: Sistemik lupus eritematozus, RNP: Ribonükleoprotein, Sm: Smith, MPO: Myeloperoksidaz, İAH: İntersitiyel akciğer hastalığı

Tablo 2. Lupus, Sjögren ve Wegener ile takipli hastaların tedavi sürecindeki hastalık aktivite skorları

	MMF başlangıç	MMF 3.ay	EC-MPS başlangıç	EC-MPS 3.ay
SLEDAİ	9	8	18	Devam etmiyor
SLEDAİ	11	Devam etmiyor	9	4
SLEDAİ	16	8	6	6
SLEDAİ	6	6	6	0
SLEDAİ	8	0	2	0
SLEDAİ	4	2	2	4
SLEDAİ	6	4	4	4
ESSDAİ	12	Devam etmiyor	12	12
ESSDAİ	12	Devam etmiyor	12	12
ESSDAİ	12	12	12	12
ESSDAİ	14	Devam etmiyor	14	Devam etmiyor
BVAS	8	Devam etmiyor	8	Devam etmiyor

MMF: Mikofenolat mofetil, EC-MPS: Enterik kaplı mikofenolat sodyum, SLEDAİ: systemic lupus erythematosus disease activity index, ESSDAİ: EULAR Sjögren's syndrome disease activity index, BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skorları

PS-037**Sistemik skleroz hastalarının tanı döneminde başvuru nedenleri**

Aslıhan Avanoğlu Güler¹, Mehmet Akif Baltacı¹, Büşra Fırlatan², Burak Okyar³, Ayşegül Avcu⁴, Betül Dikkanoğlu⁵, Zübeyde Aslan⁶, Enes Yayla⁷, Shirkhan Amikishiyev⁸, Reyhan Salman⁹, Özlem Doğan Ağbuga¹⁰, Gülşah Aydın¹¹, Gizem Varkal¹², İbrahim Vasi¹³, Duygu Emine Ersözülü³, Fatma Alibaz⁴, Ayşe Çefle⁵, Abdülsamed Erden¹³, Ahmet Karataş¹¹, Atalay Doğru⁶, Tahsin Murat Turgay⁷, Didem Arslan¹², Yasemin Yalçınkaya⁸, Süleyman Serdar Koca¹¹, Murat İnanç⁸, Mustafa Erdoğan⁴, Duygu Temiz Karadağ⁵, Alper Sarı¹, Ali Akdoğan²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Adana Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

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

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁶Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

⁷Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁹Konya Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

¹⁰Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van

¹¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

¹²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

¹³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik sklerozun (SSk) erken dönem semptom ve bulguları, birçok araştırmanın odak noktası olmuştur. Ancak, hastaların semptom ve bulgularının retrospektif olarak sorgulanması, bu tür çalışmaların en büyük kısıtlılıklarından biridir. Tanı konulmasından itibaren geçen sürenin kısa olduğu hastaları içeren bir çalışma, daha doğru ve güvenilir veriler sunabilir. Bu çalışmada, SSk tanısı son bir yıl içinde konulmuş hastaların ilk başvuru semptom ve bulguları incelenmiştir.

Yöntem: Türkiye Sistemik Skleroz veri tabanına Eylül 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında kaydedilmiş ve tanıdan itibaren geçen süresi 12 ay veya daha kısa olan, ACR/EULAR 2013 SSk sınıflama kriterlerini karşılayan 63 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalıkla ilgili klinik ve laboratuvar verileri veri tabanından alınmıştır. Ek veriler, çalışmaya katılan merkezler tarafından doldurulan hasta bilgi formu aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. Sonuçlara göre hastaların hastaneye ilk başvuru semptomları sırasıyla Raynaud fenomeni (RF) (%43,5), eklem ağrısı (%14,5), nefes darlığı/öksürük (%11,2) ve RF ile birlikte diğer semptomların (eklem ağrısı, deride sertlik) varlığıydı (Şekil 1). Hastaların başvurduğu ilk bölümler ise iç hastalıkları (%47,6), romatoloji (%9,5), aile hekimliği (%7,9) ve göğüs hastalıklarıydı (%7,9). İlk şikayeti RF dışı olan hastaların hastaneye başvurma süresi ortalama 1 ay iken, ilk şikayeti RF olan hastalarda bu süre 5,5 aya kadar uzamış ve anlamlı bir fark göstermiştir ($p=0,03$). İlk şikayeti RF olan hastaların tanı sürecine kadar geçen zaman 1,12 yıl iken, RF dışı semptomlarla başvuran hastaların tanı süreci 0,41 yıl sürmüştür ($p=0,11$). Hastaların %52,4’ü tanı sürecinde gecikme yaşadığını düşünmektedir. Bu gecikmenin en sık nedenleri hastaların semptomlarını önemsememeleri (%36,7), randevu almakta ve romatoloji doktoruna ulaşmada yaşanan zorluklar (%30) ve doktorların hastaları doğru bölüme yönlendirmemesi (%23,3) olarak bildirilmiştir.

Sonuç: SSk hastalarının hastaneye ilk başvuru nedenlerinin en önemlisi RF’dir. Başta iç hastalıkları uzmanları olmak üzere, tüm hekimlerin RF’ye yaklaşım konusunda bilgilendirilmeleri, bu hastaların erken tanısında önemli bir katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, Raynaoud fenomeni, semptomlar, Sistemik skleroz, tanı süreci



Şekil 1. Hastaların sağlık kuruluşuna ilk başvuru nedenlerinin dağılımı

Tablo 1. SSk hastalarının sosyodemografik özellikleri ve tanı süreçleri (n=63)

Yaş (ort ± SS)	49,68±15,1
Cinsiyet, kadın, n (%)	56 (89,9)
Medeni durum, evli, n (%)	47 (74,6)
Yaşadığı yer, n (%)	
Köy-kasaba	2 (3,2)
İlçe	14 (22,2)
İl	46 (73)
Eğitim durumu, n (%)	
Okuma-yazma yok	10 (15,9)
İlk-orta öğrenim	26 (41,3)
Lise ve üzeri	27 (42,9)
Hastalık alt-tipleri, n (%)	
dkSSk	17 (27)
lkSSk	45 (71,4)
Sine SSc	1 (1,6)
Hastalık süresi ortanca (Q1-Q3), yıl	
RF dışı ilk semptomdan itibaren	1,25 (0,89-1,87)
RF'den itibaren	2,08 (1,58-3,16)
İlk semptomdan hastane başvurusuna kadar geçen süre ortanca (Q1-Q3), ay	
Tüm hastalar	4 (0,5-17)
İlk semptom RF-dışı olan hastalar	1 (0-5)
İlk semptom RF olan hastalar	5,5 (1-24,25)
dkSSk hastalar	5 (1-26,25)
lkSSk hastalar	3,5 (0,37-15,5)
İlk semptomdan tanıya kadar geçen süre ortanca (Q1-Q3), yıl	
Tüm hastalar	1,08 (0,25-2,25)
İlk semptom RF olan hastalar	1,12 (0,25-2,77)
İlk semptom RF-dışı olan hastalar	0,41 (0,25-1,29)
dkSSk hastalar	1,08 (0,36-2,12)
lkSSk hastalar	1,08 (0,25-2,16)

Sistemik lupus eritematozus hastalarında kontraseptif kullanımı ve aile planlaması danışmanlığı

Gamze Yıldız¹, Zeliha Ademoğlu², Elif Güngör², Yelin Koçak Ünsal², Rabia Gökçen Umurca Aydemir², Mehmet Engin Tezcan³, Hakan Emmungil²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) genellikle doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen otoimmün multisistemik bir hastalıktır. Bu hastalarda hem hastalık aktivitesi hem de tedavideki teratojenik ilaçlar gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Biz de çalışmamızda SLE'li kadın hastalarda gebelik danışmanlığı ve doğum kontrol yöntemleri açısından farkındalığı ve bunların gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

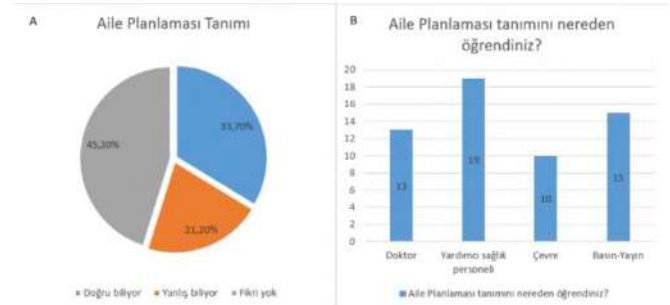
Yöntem: Çalışmaya 2023-2024 yıllarında Trakya Üniversitesi romatoloji kliniğine başvurmuş, 2019 EULAR/ACR SLE sınıflandırma kriterlerine göre tanı alan kadın hastalar dahil edildi. Hastalara gebelik öyküleri, önceki gebelik komplikasyonları, kullandıkları doğum kontrol yöntemleri, aile planlaması (AP) ve doğum kontrol yöntemleri hakkında danışmanlık alıp almadıkları ile ilgili sorular soruldu. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, hastalık aktiviteleri ve almış oldukları tedaviler kaydedildi. Nicel ve nitel verileri göstermek için ortalama ve standart sapma ve frekans (%), veri analizi için ki-kare testi kullanıldı. 0,05'ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 104 SLE'li kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 44,72±12,33 olarak hesaplandı. Hastaların ortalama tanı yaşı 32,13±12,37, ortalama hastalık süresi 12,55±6,81 yıldır. 104 hastanın 88'i (%84,6) gebelik yaşamıştı. Yüz dört hastanın 91'i (%87,5) AP hizmeti almamıştı. Hastaların AP tanımını bilgisi sorgulandığında 35 hasta (%33,7) doğru biliyorken, 22 hasta (%21,2) yanlış olarak bilmekteydi ve 47 hastanın (%45,2) ise bu kavram hakkında fikri yoktu. Fikri olan hastalar içinde kavramın öğrenildiği yer sorgulandığında 19 hasta (%33,3) doktor dış sağlık personelinden, 15 hasta (%26,3) basın-yayın organlarından, 13 hasta (%22,8) hekimlerden, 10 hasta (%17,5) ise çevreden öğrendiğini söyledi (Şekil 1). AP hizmeti alan hastalar daha yaşlıydı. AP hizmeti alan ve almayan kadınlar arasında hastalık süresi, öğrenim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, aylık gelir gibi sosyodemografik özellikler arasında fark yoktu (Tablo 1). Ayrıca SLEDAI skorları, teratojen ilaç kullanımı ve anti-fosfolipid antikor (AFA) açısından anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). AP hizmeti alan ve almayan hastaların AP yöntemleri hakkındaki bilgi durumu Tablo 2'de verilmiştir. AP bilgisi alıp almamasına göre gebelik sonuçlarına bakıldığında bilgilendirme alan 13 gebeliğin 10'u canlı doğum, 2 istemsiz abortus, 1 kürtaj ile sonuçlanmıştır. AP bilgisi olmayan 75 gebeliğin 56'sı canlı doğum, 13'ü istemsiz abortus, 3'ü ölü doğum ile sonuçlanmıştır. AP bilgisi olmayanlarda gebeliğin kötü sonuçlanma oranı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sayısal olarak daha fazla

bulunmuştur. AP hizmeti alan hasta sayısının düşük olması nedeniyle istatistiksel farklılık gözlenememiş olabileceği düşünülebilir. Gebelik yaşayan 88 hastanın 43'ünün (%48,9) gebelikte SLE tanısı yoktu. Gebelik sırasında SLE tanısı olan 45 hastanın 29'unda (%64,4) gebelik komplikasyonu gelişmişti. Dokuz (%20,0) hastada preeklampsi, 14 (%31,1) hastada SLE alevlenmesi, 13 (%28,9) hastada preterm eylem, 6 (%13,3) hastada fetal kayıp, 3 (%6,7) hastada ise intrauterin gelişme geriliği olan gebelik komplikasyonu mevcuttu. Gebelik komplikasyonu yaşayan 29 hastanın 26'sı (%89,6) AP hizmeti almamıştı. AP hizmeti alanların sadece 3'ünde gebelik komplikasyonu gelişmişti.

Sonuç: Çalışmamız SLE hastalarının AP ve doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermiştir. Bunun sonucunda hastaların gebelik süreç ve sonuçları olumsuz etkilenmektedir. Mevcut bulgulara göre, SLE hastalarının çoğunda AP hizmeti yeteri kadar verilmemektedir. Her ne kadar istatistiksel anlamlılığa ulaşmamış olsa da AP hizmeti alanlarda daha iyi gebelik sonuçları ve daha az gebelik komplikasyonları gerçekleşmiştir. Bu nedenle, klinik pratikte özellikle doğurganlık döneminde olan hastalara doğum kontrolü hizmetleri ve AP konsültasyonu önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, kontrasepsiyon, sistemik lupus eritematozus



Şekil 1. Hastaların aile planlaması kavramına yönelik bilgileri A: Aile planlaması tanımını bilme durumları, B: Aile planlaması kavramını nereden öğrendikleri

Tablo 1. AP hizmeti alan ve almayan hastaların sosyodemografik özellikleri ve gebelik sonuçları

	AP hizmeti alanlar (n=13)	AP hizmeti almayanlar (n=91)	p değeri
Yaş (yıl)	53,62±7,78	43,45±12,35	0,005*
Hastalık süresi (yıl)	12,08±5,17	12,62±7,03	0,791*
Sigara kullanımı (n,%)	3 (%23,1)	25 (%27,5)	1,000*
Gebelik sayısı	2,85±1,28	2,55±1,26	0,434*
Medeni durum			
Evli	11 (%84,6)	75 (%82,4)	
Bekar	0 (%0,0)	11 (%12,1)	0,127**
Boşanmış	2 (%15,4)	5 (%5,5)	
Öğrenim durumu			
Okuryazar değil	0 (%0,0)	2 (%2,2)	
Okuryazar	0 (%0,0)	3 (%3,3)	
İlköğretim	5 (%38,5)	42 (%46,2)	0,843**
Lise	3 (%23,1)	22 (%24,2)	
Üniversite	5 (%38,5)	22 (%24,2)	
Aylık gelir			
0-11.500 TL	4 (%30,8)	30 (%33,0)	
11.500-20.000 TL	4 (%30,8)	39 (%42,9)	
20.000-30.000 TL	3 (%23,1)	11 (%12,1)	0,638**
>30.000 TL	2 (%15,4)	11 (%12,1)	
Yaşadığı yer			
Kırsal kesim	3 (%23,1)	21 (%23,1)	1,000**
Kentsel kesim	10 (%76,9)	70 (%76,9)	
AP tanımını doğru bilenler	9 (%69,2)	26 (%28,6)	0,009**

*Bağımsız gruplarda T test; **Fisher-Freeman-Halton testi

Tablo 2. AP hizmeti alan ve almayan hastaların AP yöntemleri hakkındaki bilgi durumları

		Modern yöntemler	
		n(%)	n(%)
		AP hizmeti alanlar (n=13)	AP hizmeti almayanlar (n=91)
Erkek kondomu	Bilgi sahibiyim	11 (%84,6)	66 (%72,5)
	Kısmen bilgi sahibiyim	2 (%15,4)	13 (%14,3)
	Bilgim yok	-	12 (%13,2)
Kadın kondomu	Bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	13 (%14,3)
	Kısmen bilgi sahibiyim	4 (%30,8)	5 (%5,5)
	Bilgim yok	6 (%46,2)	73 (%80,2)
Diyafraam	Bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	4 (%4,4)
	Kısmen bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	1 (%1,1)
	Bilgim yok	7 (%53,8)	86 (%94,5)
Servikal başlık	Bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	2 (%2,2)
	Kısmen bilgi sahibiyim	2 (%15,4)	-
	Bilgim yok	8 (%61,5)	89 (%97,8)
Spermisit	Bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	2 (%2,2)
	Kısmen bilgi sahibiyim	2 (%15,4)	4 (%4,4)
	Bilgim yok	8 (%61,5)	85 (%93,4)
Rahim içi araç	Bilgi sahibiyim	10 (76,9)	35 (%38,5)
	Kısmen bilgi sahibiyim	2 (%15,4)	28 (%30,8)
	Bilgim yok	1 (%7,7)	28 (%30,8)
OKS	Bilgi sahibiyim	8 (%61,5)	35 (%38,5)
	Kısmen bilgi sahibiyim	4 (%30,8)	27 (%29,7)
	Bilgim yok	1 (%7,7)	29 (%31,9)
Derialtı implant	Bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	7 (%7,7)
	Kısmen bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	8 (%8,8)
	Bilgim yok	7 (%53,8)	76 (%83,5)
Vazektomi	Bilgi sahibiyim	5 (%38,5)	6 (%6,6)
	Kısmen bilgi sahibiyim	2 (%15,4)	10 (%11,0)
	Bilgim yok	6 (%46,2)	75 (%82,4)
Tüp ligasyonu	Bilgi sahibiyim	6 (%46,2)	19 (%20,9)
	Kısmen bilgi sahibiyim	4 (%30,8)	18 (%19,8)
	Bilgim yok	3 (%23,1)	54 (%59,3)
Enjeksiyon	Bilgi sahibiyim	6 (%46,2)	8 (%8,8)
	Kısmen bilgi sahibiyim	3 (%23,1)	5 (%5,5)
	Bilgim yok	4 (%30,8)	78 (%85,7)

Erken sistemik sklerozda steroid kullanımı: Türkiye veri tabanı analizi

Zübeyde Uğurlu, Shirkhan Amikishiyev, Bengisu Aslan, Aslıhan Avanoğlu, Ayşegül Avcu, Arif Babayiğit, Mehmet Akif Baltacı, Reyhan Bilici, Özlem Doğan Ağbuga, Mustafa Erdoğan, Büşra Fırlatan, Esra Genç, Serdar Can Güven, Burak Okyar, Tahir Saygın Öğüt, Duygu Sevinç Özgür, Berçemhan Sulu, Gizem Varkal, İbrahim Vasi, Gülşah Yamancan, Reşit Yıldırım, Berna Yurttaş, Fatma Alibaz, Didem Arslan, Cemal Bes, Ayşe Çefle, Abdülsamet Erden, Emine Duygu Ersözlü, Şükran Erten, Duygu Temiz Karadağ, Ahmet Karataş, Timuçin Kaşifoğlu, Gezmiş Kimyon, Orhan Küçükşahin, Alper Sarı, Ali Şahin, Murat Turgay, Yasemin Yalçınkaya, Müçteba Enes Yayla, Veli Yazısız, Mehmet Engin Tezcan, Gülen Hatemi, Murat İnanç, Süleyman Serdar Koca, Ahmet Merih Birlik, Ali Akdoğan, Atalay Doğru

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) tedavisinde steroid kullanımı, skleroderma renal krizi (SRK) riskini artırabileceği endişesiyle genellikle sınırlı tutulmaktadır. Bununla birlikte, miyozit ve miyokardit gibi durumlar için orta-yüksek dozlarda, artrit gibi durumlar için ise düşük dozlarda steroid tedavisi gerekli olabilir. Bu çalışmada, Türkiye Sistemik Skleroz veri tabanına kayıtlı hastalarda steroid kullanım endikasyonları, etkinliği ve kullanılan dozlar açısından bir analiz yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye Sistemik Skleroz veri tabanına kaydedilmiş, ACR/EULAR 2013 SSk sınıflama kriterlerini karşılayan 208 hastanın verileri incelenmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalıkla ilgili klinik ve laboratuvar verileri veri tabanından elde edilmiştir.

Bulgular: İncelenen hastaların 46'sında (%22) steroid kullanımı tespit edilmiştir. Steroidlerin en sık deri ve akciğer tutulumu nedeniyle tercih edildiği görülmüştür. Steroid doz ortalaması 5,73±3,53 mg olup, hastaların %69,5'inde düşük doz (<15 mg prednizolon veya eşdeğeri) kullanımı saptanmıştır. Hastaların steroid kullanım süresi 1 ile 53 ay arasında değişmektedir. Bir hastada orta doz (15-30 mg prednizolon veya eşdeğeri) kullanılmıştır. Yüksek doz steroidin (>30 mg prednizolon veya eşdeğeri) hastaların %8,6'sında özellikle miyozit ve kardiyak tutulum için kullanıldığı görülmüştür. Bu hastalardan birinde skleroderma renal kriz (SRK) gelişmiştir, anjiyotensin konverting enzim inhibitörü (ACEi) ile tedavi edilmiştir. Steroid kullanan hastalarda en sık tespit edilen diğer bulgular puffy ödem (%56,5) ve gastrointestinal sistem (GIS) tutulumu (%47,8) olmuştur. Dört hastada steroid tedavisi, tedaviden yeterli fayda sağlanamaması ve diğer nedenlerle kesilmiştir.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre, ülkemizde erken dönem SSk hastalarında en sık deri ve akciğer tutulumu için ve çoğunlukla düşük doz steroid tedavisi tercih edilmektedir. Yüksek doz steroid ile SRK görülme riski açısından SSk hastaları dikkatli seçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, steroid, skleroderma renal kriz

Tablo 1. Erken sistemik skleroz tanılı steroid kullanan hastaların demografik verileri

	Tüm hastalar (n=46)
Kadın, n (%)	39 (%84,8)
Yaş, yıl (ortalama ± SS)	47,37±12,16
Hastalık süresi, ay	22,20±13,57
Skleroderma tipi, n (%)	
Diffüz	21 (%45,7)
Sınırlı	24 (%52,1)
Sine	1 (%2,2)
Eğitim durumu, lisans ve lisansüstü, n (%)	15 (%32,6)
Meslek, çalışan, n (%)	16 (%34,8)
Sigara kullanan, n (%)	15 (%32,6)
mRSS	6,50±7,98 3 // (0-28)
Organ tutulumu	
Puffy ödem	26 (%56,5)
İnflamatuvar artrit, geçirilmiş veya aktif	14 (%30,5)
GIS tutulumu	22 (%47,8)
Eklem kontraktürü	6 (%13)
Miyozit	4 (%8,7)
PAH	2 (%4,3)
SRK	1 (%2,1)

Değerler ortalama ± standart sapma ve ortanca, minimum-maksimum olarak sunulmuştur.

SS: Standart sapma, GIS: Gastrointestinal sistem, mRSS: Modifiye rodhan deri skoru, PAH: Pulmoner hipertansiyon, SRK: Skleroderma renal kriz

Tablo 2. Erken sistemik skleroz hastalarında steroid kullanımı

	Tüm hastalar (n=46)
Steroid tipi, n (%)	
Metilprednizolon	17 (%37,0)
Prednizolon	30 (%65,2)
Steroid endikasyonu, n (%)	
Deri	22 (%47,8)
Akciğer	7 (%15,2)
Eklem	2 (%4,3)
Miyozit	3 (%4,3)
Kardiyak	2 (%4,3)
Artralji	1 (%2,2)
Raynaud	1 (%2,2)
Diğer	11 (%23,9)
Steroid devamı, n (%)	
Devam eden	42 (%91,3)
Kesilen	4 (%8,7)
Steroid kullanım süresi, ay	18,24±13,51 // 15 (1-53)
Ortalama steroid dozu, miligram	5,73±3,53,5 // (3-40)

Değerler ortalama ± standart sapma ve ortanca, minimum-maksimum olarak sunulmuştur.

Anti-sentromer ve anti-topoizomeraz I antikör pozitif sınırlı sistemik skleroz hastalarının farklılıkları, bir ulusal skleroderma veri tabanı çalışması

Mücteba Enes Yayla, Duygu Temiz Karadağ, Ayşe Çefle, Shirkhan Amikishiyev, Yasemin Yalçınkaya, Büşra Fırlatan, Gülşah Yamancan, Ahmet Karataş, Berçemhan Sulu, Reyhan Bilici, Ayşegül Avcu, Mustafa Erdoğan, Fatma Alibaz, Duygu Sevinç Özgür, Cemal Bes, Serdar Can Güven, Orhan Küçükşahin, Şükran Erten, İbrahim Vasi, Abdülşamet Erden, Veli Yazısız, Arif Babayigit, Ali Şahin, Burak Okyar Emine Duygu Ersözülü, Mehmet Akif Baltacı, Aslihan Avanoğlu, Alper Sarı, Reşit Yıldırım, Timuçin Kaşifoğlu, Bengisu Aslan, Tahir Saygın Öğüt, Gezmiş Kimyon, Berna Yurttaş, Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Gizem Varkal, Didem Arslan, Özlem Doğan Ağbuga, Esra Genç, Mehmet Engin Tezcan, Gülen Hatemi, Murat İnanç, Ahmet Merih Birlik, Süleyman Serdar Koca, Ali Akdoğan, Murat Turgay

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Anti-topoizomeraz I antikörünün (ATA) sistemik skleroz (SSk) hastalarında yaygın ve hızlı deri fibrozisi, ciddi organ tutulumu, yüksek morbidite ve mortalite ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durum hastalara daha ağır ve uzun immünyüpresif tedaviler verilmesi ile sonuçlanabilmektedir. ATA pozitif SSK hastalarının yaklaşık %10'u sınırlı deri tutulumu ile prezente olmaktadır. Bu çalışmada, erken sınırlı deri tutulumlu sistemik skleroz (sSSk) hastalarında ATA ile anti-sentromer antikoru (ASA) pozitif olanlar arasındaki demografik, klinik ve laboratuvar farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Skleroderma veri tabanı çalışması kapsamında hastalık süresi ≤ 3 yıl olan SSK hastaları prospektif olarak kaydedilmektedir. Veri tabanında kayıtlı 208 SSK hastası incelendi. Yüz otuz sekiz sSSk hastası değerlendirmeye alındı hem ASA hem de ATA pozitifliği olan 4 hasta ve her iki antikörün de negatif olduğu ya da antikör profilleri bilinmeyen 32 hasta analizlerden dışlandı. Yüz iki sSSk hastası çalışmaya dahil edildi. Altmış ASA (+) sSSk hasta ile 42 ATA (+) sSSk hasta karşılaştırıldı.

Bulgular: Raynaud başlangıç (49,1 \pm 14,8 ile 41,7 \pm 13,8, p=0,015), non-raynaud semptom ortaya çıkış (52,2 \pm 14,6 ile 43,8 \pm 13,4, p=0,004) ve tanı yaşı (52,3 \pm 14,5 ile 44,4 \pm 13,2, p=0,006) ATA (+) sSSk grubunda daha erkendi. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) ATA (+) hasta grubunda istatistiksel olarak daha sıkı (%72,5 ile %19,3, p<0,001). Diğer klinik bulgular iki grupta da benzerdi (Tablo 1). Kapillarioskopik ve laboratuvar özellikler açısından iki grup arasında fark yoktu. Serolojik değerlendirmede RF varlığı ASA (+) sSSk hastalarında daha sık olarak saptandı (%19,1 ile %0, p=0,009).

Sonuç: ATA (+) sSSk hastalarında Raynaud başlangıç, non-Raynaud semptom ortaya çıkış ve tanı yaşları daha erkendi. Erken dönem hastalar değerlendirmeye alınmış olsa dahi İAH sıklığı ATA (+) sSSk hastalarında daha sık olarak saptandı. Hastaların uzun dönem takipleri ATA pozitif sınırlı SSK hastalarının prognozu hakkında daha fazla veri sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anti-sentromer antikör, anti-topoizomeraz I antikör, interstisyel akciğer hastalığı, sınırlı deri tutulumlu sistemik skleroz, sistemik skleroz

Tablo 1. Anti-sentromer ve anti-topoizomeraz I pozitif sınırlı deri tutulumlu sistemik skleroz hastalarının karşılaştırılması

	ASA (+) sSSk n=60	ATA (+) sSSk n=42	p
Demografik veriler			
Cinsiyet, kadın (%)	58 (96,7)	40 (95,2)	>0,999 [†]
Raynaud başlangıç yaşı, yıl (ort ± SS)	49,1±14,8	41,7±13,8	0,015 [‡]
Non-raynaud bulgu başlangıç yaşı, yıl (ort ± SS)	52,2±14,6	43,8±13,4	0,004 [‡]
Tanı yaşı, yıl (ort ± SS)	52,3±14,5	44,4±13,2	0,643 [‡]
Sigara (%)			
İçmemiş	42 (73,7)	33 (80,5)	
İçiyor	11 (19,3)	5 (12,2)	
Ex-smoker	4 (7)	3 (7,3)	
Klinik özellikler			
Hastalık süresi (Raynauddan tanıya kadar), yıl (ortanca, ÇAA)	2,8 (2,6)	2,5 (3,3)	0,328 [†]
Hastalık süresi (non-raynaud semptomdan tanıya kadar), yıl (ortanca, ÇAA)	1,2 (1,5)	1,3 (1,7)	0,561 [†]
mRSS (ortanca, ÇAA)	2,5 (7)	2 (10)	0,466 [†]
Raynaud (%)	56 (93,3)	39 (92,9)	>0,999 [†]
Puffy finger (%)	30 (50)	18 (43,9)	0,547 [†]
Dijital Pitting (%)	12 (20)	8 (19)	>0,999 [†]
Dijital Ülser (%)	10 (16,7)	8 (19)	0,756 [†]
Gangren (%)	1 (1,7)	0	>0,999 [†]
Kalsinozis (%)	3 (5)	0	0,266 [†]
Telenjektazi (%)	30 (50)	20 (47,6)	0,813 [†]
Artropati (%)	8 (13,3)	7 (16,7)	0,640 [†]
İnflamatuvar artrit (%)	10 (16,9)	6 (16,7)	0,972 [†]
Eklem kontraktürü (%)	2 (3,3)	0	0,511 [†]
Tendon sürtünme sesi (%)	0	0	--
Miyozit (%)	0	0	--
İAH (%)	11 (%19,3)	29 (72,5)	<0,001 [†]
PAH (%)	4 (6,8)	2 (4,8)	>0,999 [†]
Skleroderma renal kriz (%)	0	0	--
GIS tutulumu (%)	15 (25)	13 (31)	0,507 [†]
Kardiyak tutulum (%)	0	2 (4,9)	0,166 [†]
Kapillaroskopi SSK paterni (%)			0,913 [†]
Erken	20 (47,6)	14 (43,8)	
Aktif	19 (45,2)	15 (46,9)	
Geç	3 (7,1)	3 (9,4)	
Laboratuvar özellikler			
Kre, mg/dL (ortanca, ÇAA)	0,66 (0,2)	0,67 (0,2)	0,750
Hb, g/L	12,9±1,4	13,1±1,1	0,498
CRP, mg/L	3,2 (8,3)	3 (9)	0,548
CRP >5mg/L (%)	17 (32,1)	14 (35,9)	0,702 [†]
Hipokomplementemi (%)	1 (2,2)	0	>0,999 [†]
Serolojik özellikler (%)			
ANA pozitifliği	58 (100)	42 (100)	--
U1RNP	0	3 (8,8)	0,073 [†]
PmSCL	0	1 (3,4)	0,408 [†]
AntiRo/SSA	4 (7,8)	3 (8,3)	>0,999 [†]
AntiRo52/SSA	3 (6,5)	1 (3,2)	0,644 [†]
AntiLa/SSB	1 (2)	2 (5,6)	0,569 [†]
RF	9 (19,1)	0	0,009 [†]
Anti-CCP	2 (4,5)	0	0,506 [†]

[†]Fisher's exact test uygulandı. [‡]Student t-testi uygulandı. ^{††}ki-kare testi uygulandı. ^{†††}Mann-Whitney U testi uygulandı, ATA: Anti-topoizomeraz I antikorunun, ASA: Anti-sentromer antikorunu, sSSK: Erken sınırlı deri tutulumlu sistemik skleroz, İAH: İnterstisyel akciğer hastalığı, RF: Raynaud fenomeni

Takayasu arteritli hastalarda osteoporoz ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi: Yeterince tanıyor muyuz, yeterince tanıyor muyuz?

Mesut Özgün Özdal¹, Ayşegül Avcu², Dilek Gogas Yavuz³, Fatma Alibaz Öner², Haner Direskeneli²

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

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

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bir kronik büyük damar vaskülitisi olarak Takayasu arteritinde (TAK) tedavi ilişkili komorbidite insidansı artmıştır. Osteoporoz, komorbid durumların en önemlilerindedir. Bu çalışmada TAK olan hastaların düşük kemik kütlelerine yol açabilecek hastalık ilişkili özellikleri ve kişisel risk faktörlerinin yanı sıra; TAK nedeni ile almış oldukları tedavinin osteoporoz ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya >18 yaş ACR kriterlerine göre TAK tanısı almış, 3 ayın üstünde glukokortikoid (GK) kullanımı olan 70 hasta ile kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyeti benzer 64 sağlıklı kontrol (SK) dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, kırık öyküsü ve osteoporoz risk faktörleri, femur boyun/lomber KMD sonuçları, var olan hastalarda lateral torakolomber grafileri, kemik metabolizması ile ilişkili laboratuvar ölçümleri ve FRAX skorlaması ile kırık riskleri değerlendirildi.

Bulgular: TAK tanılı hastaların yaş ortalaması 48,1 (+12,5) yıl idi. Hastalık süresi ortalama 10,2 (+6,4) yıl, takip süresi 11 (+2,1) aydı. Hastaların %10,9'unda osteoporoz, %45,7'sinde osteopeni saptandı. TAK hastalarında lomber omurga (L1-L4) KMY değeri 1,020 (0,752-1,410) g/cm² iken, sağlıklı kontrol grubunda bu değer 1,120 (0,906-1,520) g/cm² olarak ölçüldü (p=0,01). Lomber omurga T skoru ise TAK hastalarında -0,7 (-3,6; 1,7) ve sağlıklı kontrol grubunda -0,15 (-2; 3) olarak bulundu (p=0,003). Femur KMY ve T skorları da gruplar arasında anlamlı farklı idi (TAK: 0,900 (0,666-1,200) g/cm² vs SK: 0,954 (0,709-1,300) g/cm², p=0,01; Femur T skoru: TAK: -0,9 (-2,7; 2) vs SK -0,15 (-2,1; 2,6), p<0,001). Femur Z skoru TAK hastalarında -0,7 (-2,3; 2) ve sağlıklı kontrol grubunda 0,05 (-1,9; 2,1) olarak belirlendi (p=0,002). TAK grubundaki 50 hastadan 37'sinde (%74) çökme kırığı saptanırken, kontrol grubundaki 59 sağlıklı katılımcının sadece 14'ünde (%23,7) çökme kırığı tespit edildi (p<0,001). Hasta ve sağlıklı kontrol grup karşılaştırıldığında, FRAX'a göre majör kırık (p=0,001) ve kalça kırığı riski (p=0,001) arasında da anlamlı fark bulundu. Çoklu regresyon analizinde osteoporoz veya osteopenisi olan TAK hastaları için kadın cinsiyet ile, çökme kırığı ise yaş ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda Takayasu arteriti hastalarında osteoporoz/osteopeni ve çökme fraktürlerinin sıklığının yükseldiğini, FRAX skorlarının da arttığını gözledik. TAK'lı hastalar günümüzde artmış sağkalımla beraber GK'ler başta olmak üzere ilaçların uzun vadeli olası yan-etkilerinin daha fazla ortaya çıkması olasılığı göz önünde bulundurularak yakın izlenmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Çökme kırığı, FRAX, glukokortikoid, osteoporoz, Takayasu arteriti

Tablo 1. TAK hastalarının ve sağlıklı katılımcıların demografik ve osteoporoz özelliklerinin karşılaştırılması

	TAK	Sağlıklı kontrol	p değeri
Yaş, (yıl) medyan (min-maks)	48 (21-65)	44,5 (24-65)	0,061
VKI (kg/m ²)	26,6 (17,6-35,5)	28,3 (18,1-42,1)	0,009
FRAX majör	9,5 (4,5-21,3)	3,6 (2,8-6,1)	<0,001
FRAX kalça	1,0 (0,1-10)	0,2 (0-1,8)	<0,001
L1-L4 BMD	1,020 (0,752-1,410)	1,120 (0,906-1,520)	0,015
Femur BMD	0,900 (0,666-1,200)	0,954 (0,709-1,300)	0,015
Ctx (ng/mL)	0,3 (0,05-1,7)	0,28 (0,1-1,43)	0,378
Kalsiyum(mg/dL)	9,5 (7,8-10,4)	9,75 (8,8-10,5)	0,001
Parathormon(ng/L)	47 (8 -334)	59,39 (14,8-151)	0,028

Erken sistemik skleroz tanılı hastalarda malignite sıklığı

Burak Okyar, Duygu Temiz Karadağ, Ayşe Çefle, Müçteba Enes Yayla, Murat Turgay, Mehmet Akif Baltacı, Aslıhan Avanoğlu, Alper Sarı, Gezmiş Kimyon, Büşra Fırlatan, Ayşegül Avcu, Mustafa Erdoğan, Fatma Alibaz, Berçemhan Sulu, İbrahim Vasi, Abdülsamet Erden, Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Reyhan Bilici, Serdar Can Güven, Orhan Küçükşahin, Şükran Erten, Gizem Varkal, Didem Arslan, Gülşah Yamancan, Ahmet Karataş Özlem Doğan Ağbuğa, Bengisu Aslan, Tahir Saygın Öğüt, Shirkhan Amikishiyev, Yasemin Yalçinkaya, Berna Yurttaş, Reşit Yıldırım, Timuçin Kaşifoğlu, Arif Babayigit, Ali Şahin, Duygu Sevinç Özgür, Cemal Bes, Esra Genç, Mehmet Engin Tezcan, Veli Yazısız, Gülen Hatemi, Murat İnanç, Ahmet Merih Birlık, Süleyman Serdar Koca, Ali Akdoğan, Emine Duygu Ersözlü

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Malignite, Sistemik skleroz (SSk) hastalarında en sık görülen ölüm nedenlerinden biridir. SSk hastalarında malignite sıklığına ilişkin veriler çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmada, erken dönem SSk hastalarında malignite sıklığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Türkiye SSk veri tabanına kaydedilmiş 2013 ACR/EULAR sınıflama kriterlerini karşılayan 208 SSk hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalıkla ilgili klinik ve laboratuvar verileri veri tabanından alındı. Hastaların malignite sıklığı ve diğer klinik bulgularla ilişkisi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların %93,3'ü (194/208) kadın, %6,7'si (14/208) ise erkektir. Hastaların ortalama yaşı 50±14 yıl (19-83 yaş aralığında) olarak hesaplanmıştır. Hastalık alt tipleri açısından %66,3'ünde (138/208) sınırlı, %29,8'inde (62/208) diffüz, ve %3,8'inde (8/208) sine skleroderma tanısı belirlenmiştir. 208 hastadan 8'inde (%3,8) malignite saptanmıştır. Hastaların demografik ve klinik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. İkişer hastada (%22,2) tiroid papiller kanseri ve meme kanseri tespit edilmiştir. Diğer hastalarda renal hücreli kanser, kolon kanseri, lösemi ve lenfoma tanıları konulmuştur. Malignite tanısı konan hastaların tamamı kadındır ve yaş ortalaması 56,5±16,1 yıl (24-69 yaş aralığında) olarak belirlenmiştir. Bu hastaların %75'i (6 hasta) sınırlı, %25'i (2 hasta) ise diffüz deri tutulumu göstermiştir. Hastaların %62,5'inde (5 hasta) anti-Scl70, %12,5'inde (1 hasta) anti-sentromer antikor ve %50'sinde (2 hasta) anti-U1RNP pozitifliği saptanmıştır. Üç hastada kanser tanısı, SSk tanısından önce (3, 7 ve 14 ay önce) konulmuş; diğer hastalarda ise SSk tanısından sonra (2, 3, 10 ve 19 ay sonra) konulmuştur.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre, erken dönem SSk hastalarında, başta papiller tiroid kanseri ve meme kanseri görülebilmektedir. Birçok farklı malignite tanı önce veya sonrasında saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, malignite, kanser, risk faktörleri, otoantikolar

Tablo 1. Malignitesi olan SSk hastalarının demografik ve klinik özellikleri

Özellikler	n (%) / ort ± SS
Yaş (yıl)	56,5±16,1
Yaş Aralığı (yıl)	24-69
Cinsiyet (kadın)	%100 (8/8)
Hastalık alt tipi	
Sınırlı Sistemik skleroz	%75 (6/8)
Diffüz Sistemik skleroz	%25 (2/8)
Meslek	
Öğretmen	%25 (2/8)
Ev hanımı	%62,5 (6/8)
Emekli memur	%12,5 (1/8)
Medeni durum	
Evli	%75 (6/8)
Bekar	%25 (2/8)
Eğitim durumu	
İlkokul mezunu	%50 (4/8)
Lise mezunu	%12,5 (1/8)
Lisans mezunu	%25 (2/8)
Yüksek lisans mezunu	%12,5 (1/8)
Sigara içme durumu	
Hiç sigara içmemiş	%75 (6/8)
Sigara bırakmış	%12,5 (1/8)
Aktif sigara içicisi	%12,5 (1/8)
Menopoz durumu	
Menopozda	%75 (6/8)
Menopozda değil	%25 (2/8)
Komorbid hastalık	
Hipertansiyon	%37,5 (3/8)
Diabetes mellitus	%25 (2/8)
Hiperlipidemi	%12,5 (1/8)
Hipotiroidi	%12,5 (1/8)
Sjögren sendromu	%12,5 (1/8)
Hastalık süresi (Raynaud fenomeninden itibaren)	3,1±1,1
Hastalık süresi (non-Raynaud semptomdan itibaren)	2,0±1,2
Kapillaroskopi (skleroderma paterni)	%75 (6/8)
Antinükleer antikor	%100 (8/8)
Anti-Scl70 antikor	%62,5 (5/8)
Antisentromer antikor	%12,5 (1/8)
Yakınlarında malignite öyküsü	%62,5 (5/8)

Romatoloji uzmanları ve romatoloji yan dal araştırma görevlilerinde sistemik sklerozda pulmoner hipertansiyon taraması konusundaki farkındalığın değerlendirilmesi

Büşra Fırlatan¹, Alper Sarı², Duygu Temiz Karadağ³, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğru Bulat¹, Mustafa Ekici¹, Mustafa Erdoğan⁴, Şirkhan Amikishiyev⁵, Betül Dikkanoğlu³, Yasemin Yalçınkaya⁵, Süleyman Serdar Koca⁶, Merih Birlik⁷, Ali Akdoğan¹

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

²Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁴Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁷Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Pulmoner hipertansiyon (PHT) ve interstisyel akciğer hastalığı; sistemik skleroz (SSk) tanılı hastalardaki morbidite ve mortalitenin başlıca nedenleri olup, ölümlerin %60'undan fazlasının nedenidir. SSk hastalarının aktif ve periyodik olarak PHT açısından taraması gerektiği konusunda fikir birliği vardır. Bu komplikasyonun erken tanı ve tedavisi prognozu iyileştirmektedir. Bu çalışmada, SSk hastalarının yönetiminde etkin rol oynayan Romatoloji uzmanları ve yan dal araştırma görevlilerinin PHT taraması ile ilgili farkındalık düzeylerinin ve PHT taramasında tercih ettikleri yöntemlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma için 20 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanarak, online hale getirildi. Anket formu, Türkiye Romatoloji Derneği'ne üye olan 552 hekime dernek e-posta adresi üzerinden iletildi. Yeterli katılımcının sağlanabilmesi için üyelere, 15 gün ara ile iki kez e-posta gönderilmesi sağlandı. Ankette katılımcıların çalıştığı şehir, ünvanları (Romatoloji uzmanı veya yan dal araştırma görevlisi), Romatoloji alanında çalışma süreleri, çalıştıkları merkezler (üniversitesi hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel hastane veya muayenehane) ve merkezlerde takip edilen toplam SSk hasta sayısı, bir haftada görülen SSk hasta sayısı ve çalıştıkları merkezde takip edilen bağ doku ilişkili PHT hasta sayısı değerlendirildi. Ayrıca katılımcıların SSk hastalarında PHT taramasıyla ilgili önerilerden haberdar olup olmadıkları, PHT taraması için kullandıkları yöntemlerin [PHT semptom-bulguları, ekokardiyografi (EKO), elektrokardiyografi (EKG), solunum fonksiyon testi/karbonmonoksit difüzyon kapasitesi ölçümü (SFT/DLCO), akciğer grafisi (PAAG), BNP/NT-proBNP, 6 dakika yürüme testi (6DYT), DETECT ve ASIG algoritması] öncelik dereceleri ve ne sıklıkla uyguladıkları (hiçbir zaman/ yılda bir/ 2 yılda bir/ ≥3 yılda bir/sadece semptomatik ise), çalıştıkları merkezde bu tetkiklerin gerçekleştirilme süresi (1 hafta içerisinde/1 hafta-1 ay/1-3 ay/ >3 ay/ yapılmıyor/ kullanmıyorum)

ve bu tetkiklerin değerlendirilmesinde katılımcıların kendilerini yeterli hissedip hissetmedikleri soruldu. Ek olarak katılımcıların SSk dışındaki bağ doku hastalıklarında PHT taraması yapıp yapmadıkları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya anket formunu eksiksiz dolduran 79 Romatoloji uzmanı ve 32 yan dal araştırma görevlisi olmak üzere toplam 111 katılımcı dahil edildi (Tablo 1). Katılımcıların %51,4'ünün Romatoloji alanında çalışma süresi 0-5 yıl arasındaydı. Katılımcıların çalıştıkları merkezlerin %55,9'unda toplamda seksen üzerinde SSk hastası takip edilmekteydi. Merkezlerin çoğunluğunda (%45) takip edilen bağ doku ilişkili PHT olan hasta sayısı 0-10 arasında değişmekteydi. Katılımcıların %27'si kısmen olmak üzere tamamı SSk hastalarında PHT tarama önerilerinden haberdar olduğunu belirtti. Katılımcıların çoğunluğunun tercihlerine göre SSk hastalarında PHT taramasında kullandıkları yöntemlerin öncelik sırasına göre (1-9) değerlendirilmesi şu şekildeydi: 1- PHT semptom-bulguları, 2-EKO, 3-SFT/DLCO, 4-BNP, 5-PAAG, 6- EKG, 7- 6DYT, 8- DETECT ve 9-ASIG algoritması (Tablo 2). PHT taramasında yıllık olarak EKO, SFT/DLCO, BNP ve 6DYT kullanım oranları sırasıyla %96,4, %92,8, %74,8 ve %55,9 olarak saptandı. Katılımcıların %38,7'si DETECT algoritmasını ve %46,84'ü de ASIG algoritmasını hiçbir zaman kullanmadıklarını belirtti. Katılımcıların çalıştıkları merkezlerin %0,9'unda EKO, %23,4'ünde SFT/DLCO, %18'inde 6DYT ve %8,1'inde BNP ölçümü yapılamamaktaydı. PHT semptom-bulgularını ve taramada kullanılan tetkiklerin (EKO, SFT/DLCO, 6DYT) sonucunun değerlendirilmesinde yeterlilik hissetme oranı %73-79 arasında değişmekteydi. Katılımcıların %47,7'si rutin olarak, %48,6'sı ise sadece semptomatik olan SSk dışı bağ doku hastalarında PHT taraması uygulamaktaydı.

Sonuç: Katılımcılar büyük oranda PHT konusunda bilgi sahibidir, yaklaşık %75'i taramada kullanılan metotların değerlendirilmesi konusunda kendini yeterli hissetmektedir. Katılımcıların PHT taramasında en sık tercih ettikleri metotlar EKO ve SFT/DLCO'dur, tarama algoritmaları en az tercih edilen yöntemlerdir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, pulmoner hipertansiyon, PHT, tarama

Tablo 1. Katılımcıların anket yanıtları

	Tüm katılımcılar (n=111)
Romatoloji alanında çalışma süresi (n,%)	
Sıfır-5 yıl	57 (51,4)
Altı-10 yıl	28 (25,2)
On bir-20 yıl	16 (14,4)
Yirmi bir-30 yıl	9 (8,1)
>30 yıl	1 (0,9)
Merkezde takipli toplam SSK hasta sayısı (n,%)	
Sıfır-20	20 (18)
Yirmi bir-40	14 (12,6)
Kırk bir-80	15 (13,5)
>80	62 (55,9)
Merkezde 1 haftada görülen SSK hasta sayısı (n,%)	
Sıfır-5	54 (48,6)
Altı-10	28 (25,2)
On bir-20	24 (21,6)
Yirmi bir -30	2 (1,8)
>30	3 (2,7)
Merkezde takipli bağ doku ilişkili PHT hasta sayısı (n,%)	
Sıfır-10	50 (45)
On bir -20	21 (18,9)
Yirmi bir -50	23 (20,7)
>50	17 (15,3)
SSK hastalarında PHT taraması önerilerinden haberdar mısınız? (n,%)	
Evet	81 (73)
Kısmen	30 (27)
Hayır	0 (0)
SSK hastalarında PHT taramasından kullanılan yöntemlerin uygulama sıklığı (n,%)	
EKO	
Hiçbir zaman	1 (0,9)
Yılda bir	107 (96,4)
İki yılda bir	2 (1,8)
≥3 yılda bir	1 (0,9)
Sadece semptomatikse	0 (0)
SFT/DLCO	
Hiçbir zaman	1 (0,9)
Yılda bir	103 (92,8)
İki yılda bir	1 (0,9)
≥3 yılda bir	2 (1,8)
Sadece semptomatikse	4 (3,6)
BNP/NT-proBNP	
Hiçbir zaman	10 (9)
Yılda bir	83 (74,8)
İki yılda bir	5 (4,5)
≥3 yılda bir	2 (1,8)
Sadece semptomatikse	11 (9,9)

Tablo 1. Devamı

	Tüm katılımcılar (n= 111)
SSK hastalarında PHT taramasından kullanılan yöntemlerin uygulama sıklığı (n, %)	
6DYT	
Hiçbir zaman	25 (22,5)
Yılda bir	62 (55,9)
İki yılda bir	8 (7,2)
≥3 yılda bir	5 (4,5)
Sadece semptomatikse	11 (9,9)
DETECT algoritması	
Hiçbir zaman	43 (38,7)
Yılda bir	33 (29,7)
İki yılda bir	7 (6,3)
≥3 yılda bir	10 (9)
Sadece semptomatikse	18 (16,2)
ASIG algoritması	
Hiçbir zaman	52 (46,8)
Yılda bir	29 (26,1)
İki yılda bir	5 (4,5)
≥3 yılda bir	5 (4,5)
Sadece semptomatikse	20 (18)
Merkezde EKO yapılma süresi (n, %)	
Bir hafta içerisinde	50 (45)
Bir hafta- 1 ay	41 (36,9)
Bir ay- 3 ay	15 (13,5)
>3 ay	4 (3,6)
Yapılmıyor	1 (0,9)
Kullanmıyorum	0 (0)
Merkezde SFT/DLCO yapılma süresi (n, %)	
Bir hafta içerisinde	60 (54,1)
Bir hafta- 1 ay	20 (18)
Bir ay- 3 ay	4 (3,6)
>3 ay	1 (0,9)
Yapılmıyor	26 (23,4)
Kullanmıyorum	0 (0)
Merkezde 6DYT yapılıyor mu? (n, %)	
Evet	85 (76,6)
Hayır	20 (18)
Kullanmıyorum	6 (5,4)
Merkezde BNP/Nt-ProBNP ölçümü yapılıyor mu? (n, %)	
Evet	101 (91)
Hayır	9 (8,1)
Kullanmıyorum	1 (0,9)
PHT semptom ve bulgularını değerlendirmede yeterli hissetme (n, %)	86 (77,5)
EKO sonucunu değerlendirmede yeterli hissetme (n, %)	81 (73)
SFT/DLCO sonucunu değerlendirmede yeterli hissetme (n, %)	88 (79,3)
6DYT sonucunu değerlendirmede yeterli hissetme (n, %)	81 (73)
SSK dışı bağ doku hastalarında PHT taraması (n, %)	
Evet	53 (47,7)
Hayır	4 (3,6)
Sadece semptomatikse	54 (48,6)

Tablo 2. Katılımcıların SSK hastalarında PHT taramasında kullandıkları yöntemlerin öncelik sırasına göre (1-9) değerlendirilmesi

Sıralama	PHT semptom-bulguları*	EKO*	EKG*	SFT/DLCO*	PAAG*	BNP/NT-proBNP*	GDYT*	DETECT*	ASIG*
1.	48	44	3	4	2	1	1	2	6
2.	19	44	4	20	8	4	1	9	2
3.	18	6	22	40	8	9	7	0	1
4.	4	4	7	24	18	35	13	6	0
5.	4	3	14	13	22	25	16	6	8
6.	1	0	27	3	17	25	19	12	7
7.	4	0	11	6	13	9	36	21	11
8.	7	4	9	1	11	1	10	46	22
9.	6	6	14	0	12	2	8	9	54

*N: 111

PS-044**Sistemik lupus eritematozusta hipermobilitate ve fibromyalji sıklığı ve ilişkili faktörler**

Zehra Özsoy, Buğu Bulat, Şerife Asya Germe, Güllü Sandal Uzun, Levent Kılıç, Ali Akdoğan

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

Amaç: Artralji ve myalji sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında sık görülen semptomdur. Artralji ve myaljinin sebebi SLE hastalık aktivitesi olabileceği gibi altta yatan eklem hipermobilitesi ve/veya fibromyalji gibi durumlarda da bu şikayetler görülebilir. Çalışmamızın amacı SLE hastalarında hipermobilitate ve fibromyalji sıklığının saptanmasıdır.

Yöntem: Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı Polikliniği'nde takipli SLE tanılı 102 hasta dahil edildi. SLE hastalarında hipermobilitate Beighton Hipermobilitate Skoru ile ve fibromyalji varlığı ACR 2016 Fibromyalji Tanı Kriterleri ile tanımlandı. Hipermobilitesi ve fibromiyaljisi olan SLE hastalarının SLEDAI-2K aktivite ve ağrı skorları (ağrı değerlendirme skoru ve VAS) diğer hastalar ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 87'si (%85,3) kadındı. Median (min-max) yaş 41 (18-77) idi. Hastalık süreleri median (min-max) değeri 11 (0-37) idi. Hastaların 26'sında (%25,5) hipermobilitate, 28'inde (%27,5) fibromyalji tespit edildi. Altı hastanın hem hipermobilitesi hem fibromiyaljisi vardı. Tüm grupta hipermobilitate veya fibromiyaljisi olan hasta oranı %47 idi. Hipermobilitesi olan hasta grubu fibromiyalji veya hipermobilitate ve fibromiyaljisi olmayan gruba göre daha gençti (Tablo 1). Organ tutulumları açısından gruplar arası fark saptanmadı. Fibromiyaljisi olan hastalarda median hasta VAS değeri ve ağrı değerlendirmesi diğer iki gruba göre daha yüksekti (Tablo 1). SLEDAI-2K aktivite skoru fibromiyaljisi olan grupta daha düşüktü (Tablo 1).

Sonuç: Hipermobilitate ve/veya fibromiyalji varlığı SLE hastalarının yaklaşık yarısında saptanmıştır. Fibromiyaljisi olan hastalar ağrıdan daha fazla yakınmakta iken; hipermobilitesi olanların muhtemelen daha genç olmaları nedeni ile ağrı yakınmaları artmamıştır. Hastalık aktivitesi üzerine fark saptanmamış olmakla birlikte SLE hastaları her iki durum için dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, hipermobilitate, fibromyalji

Tablo 1. Sadece hipermobilitesi olan, sadece fibromiyaljisi olan, her ikisi de olmayan hasta gruplarının karşılaştırılması

	Hipermobilitesi olan n (%): 20 (20,8)	Fibromiyaljisi olan n (%):22 (22,9)	Hipermobilite ve fibromiyaljisi olmayan n (%): 54 (56,3)	p
Kadın n (%)	18 (90)	21 (95,5)	44 (81,5)	0,23
Yaş, med (min-max)	27,5 (20-58)	54 (37-77)	41,5 (18-73)	<0,001
Hastalık Süresi, med (min-max)	13,5 (1-25)	12 (1-30)	10 (0-37)	0,25
Günlük Steroid Kullanımı n (%)	17 (85)	19 (86,4)	49 (90,7)	0,73
Hasta VAS, med (min-max)	20 (0-90)	40 (20-70)	20 (0-100)	0,01
Ağrı Değerlendirmesi, med (min-max)	0 (0-3)	2 (0-2)	0 (0-4)	<0,001
SLEDAI-2K Aktivite Skoru, med (min-max)	4 (0-35)	2 (0-12)	4,5 (0-36)	0,008

Üç grup karşılaştırıldığında anlamlı çıkan parametreler ikili gruplar olarak karşılaştırıldı. Yaş ortanca değerinde hipermobilitesi olan ve fibromiyaljisi olan grup arasında ($p<0,001$), hipermobilitesi olan ve her ikisi olmayan grup arasında ($p=0,002$), fibromiyaljisi olan ve her ikisi olmayan grup arasında ($p=0,005$) fark saptandı. Hasta VAS ortanca değerinde hipermobilitesi olan ve fibromiyaljisi olan grup arasında ($p=0,001$), fibromiyaljisi olan ve her ikisi olmayan grup arasında ($p=0,01$) fark saptandı. Ağrı değerlendirme hipermobilitesi olan ve fibromiyaljisi olan grup arasında ($p= <0,001$), fibromiyaljisi olan ve her ikisi olmayan grup arasında ($p<0,001$) fark saptandı. SLEDAI-2K Aktivite skoru ortanca değerinde hipermobilitesi olan ve fibromiyaljisi olan grup arasında ($p=0,02$), fibromiyaljisi olan ve her ikisi olmayan grup arasında ($p=0,003$) fark saptandı.

PS-045

Psoriatik artritte ek hastalıkların değerlendirilmesi

Kübra Yücel¹, Öykü Tomay², Selin Gürleyen¹, Ebru Çiçek¹, Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

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

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) ek hastalık sıklığı ve metabolik sendrom (MetS) varlığının hastalık üzerine etkilerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: CASPAR kriterlerine göre PsA olarak sınıflandırılan 214 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar standart bir değerlendirme formu ile değerlendirilerek demografik, klinik ve laboratuvar verileri kesitsel olarak toplanmıştır. Ek hastalık bilgileri değerlendirilmiş ve MetS için ATPIII tanı kriterleri kullanılmıştır. Ek olarak yaşam kalitesi için HAQ, Dermatology Life Quality Index (DLQI) ve Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeks (BASFI), aktivite içinse Disease Activity in PsA (DAPSA) ve PsA Disease Activity Score (PASDAS) kullanılmıştır. Verilerin dağılım özelliklerine göre sürekli değişkenler ve kategorik verilerin ikili grup karşılaştırılmalarında t-test/Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %45'inde en az bir ek hastalık olduğu tespit edilmiştir. Bu ek hastalıklar arasında en sık olarak sırasıyla hipertansiyon (HT, %40,2), tiroid hastalıkları (%19,2) ve diabetes mellitus (DM) (%17,3) yer almıştır. MetS sıklığı ise %36 olarak bulunmuştur. Gerek ek hastalığı olan grupta gerekse MetS olan grupta olan hastalar daha ileri yaşta (49±12,3 vs 55,8±10,4, $p<0,001$; 49±12,9 vs 56±9,6, $p<0,001$) cinsiyet dağılımları benzerdi. Ek hastalığı olan hastaların hastalık domainlerinin dağılımı olmayanlar ile benzerdi. Hastaların tedavi dağılımları da sentetik DMARD ve biyolojik tedavi kullanımı açısından farklılık göstermemektedir. Aktivite durumları da benzerken yaşam kaliteleri HAQ ve BASFI skorları ek hastalık olan (HAQ: 0,5±0,7 vs 0,8±0,8, $p=0,036$; BASFI: 2,1±2,4 vs 2,8±2,3, $p=0,008$) ve MetS (HAQ: 0,5±0,74 vs 0,83±0,89, $p=0,034$; BASFI: 2,2±2,3 vs 2,8±2,5, $p=0,012$) olan grupta daha kötü olarak bulundu. Ek olarak MetS olan hastaların CRP değerleri olmayanlara göre daha yüksekti (6,4±11,0 vs 7,7±8,7, $p=0,012$). MetS olan hastaların %90'nın vücut kitle indeksi >30 idi.

Sonuç: PsA hastaların yarıya yakınında en az bir ek hastalık bulunmaktadır. Toplumdakine benzer şekilde yaşla birlikte ek hastalık sıklığı artmaktadır. Bu ek hastalık yükünün önemli bir bölümünü metabolik sendrom oluşturmaktadır. MetS varlığı inflamatuvar yüke obezite ve artmış bel çevresi gibi komponentleri ile ek bir katkı sağlıyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, ek hastalık, metabolik sendrom

Sistemik sklerozide enflamatuvar artritin kliniğe yansması: Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu Kayıt Kütüğü Verileri

Özlem Doğan Ağbuga, Shirkhan Amikishiyev, Bengisu Aslan, Aslıhan Avanoğlu, Ayşegül Avcu, Arif Babayiğit, Mehmet Akif Baltacı, Reyhan Bilici, Büşra Fırlatan, Esra Genç, Sedar Can Guven, Burak Okyar, Tahir Saygın Öğüt, Duygu Sevinç Özgür, Gülşah Yamancan, Berçemhan Sulu, Zübeyde Uğurlu, Gizem Varkal, İbrahim Vasi, Reşit Yıldırım, Berna Yurttaş, Fatma Alibaz, Didem Arslan, Cemal Bes, Ahmet Merih Birlik, Ayşe Çefle, Atalay Doğru, Abdülsamet Erden, Emine Duygu Ersözlü, Şükran Erten, Gülen Hatemi, Murat İnanç, Ahmet Karataş, Timuçin Kaşifoğlu, Süleyman Serdar Koca, Orhan Küçükşahin, Ali Şahin, Mehmet Engin Tezcan, Murat Turgay, Yasemin Yalçınkaya, Mücteba Enes Yaşla, Veli Yazısız, Alper Sarı, Mustafa Erdoğan, Duygu Temiz Karadağ, Ali Akdoğan, Gezmiş Kimyon

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarında kas-iskelet sistemi bulgularını değerlendirmek, hem kas ve eklem tutulumu hem de deri fibrozisinin neden olduğu hareket kısıtlılığı nedeniyle zordur. Deri sertliğinin kas-iskelet sistemi üzerindeki etkisi, inflamatuvar artritin tanısını zorlaştırabilir. Bu çalışmanın amacı, erken dönem SSk hastalarında artrit sıklığını belirlemektir.

Metod: Türkiye SSk veri tabanına kayıtlı ve 2013 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre SSk tanısı almış 208 hastanın verileri incelendi. Artrit/artropati verisi bulunan 203 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik ve

laboratuvar bulguları veri tabanından elde edildi. Vizit sırasında fizik muayene ile artrit bulgusu saptanan hastalar “aktif artrit”, tıbbi kayıtlarında artrit öyküsü bulunan hastalar ise “öyküde artrit” olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 203 hastanın %89,17’si kadın (181 hasta), %10,83’ü erkekti (22 hasta). Hastaların yaş ortalaması 50,04±14,08 yıl olup, yaş aralığı 19-83 yıl arasında değişmekteydi. 203 hastanın 46’sında (%22,66) inflamatuvar artrit/artropati tespit edildi; geri kalan 157 hastada (%77,34) artrit/artropati bulunmadı. Artriti olan 46 hastanın 11’inde (%5,3) aktif inflamatuvar artrit, 35’inde (%16,8) ise artrit öyküsü mevcuttu. Artriti olan hastalarla olmayanlar karşılaştırıldığında; artriti olan hastalarda BNP seviyeleri (p=0,029) ve anti-CCP pozitifliği anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,031). Ayrıca, artriti olan hastalarda puffy ödemin daha sık görüldüğü saptandı (p=0,018). Artriti olan grupta, metotreksat kullanımının daha yaygın olduğu belirlendi (p=0,000). Diffüz skleroderma hastalarında artrit sıklığı, sınırlı skleroderma hastalarına göre daha yüksekti (p=0,032). Artriti olan ve olmayan hastalar arasında yaş, miyozit (p=0,694), Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon (p=0,209), dijital ülser (p=0,218) ve kontraktür (p=0,762) açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuç: Sonuçlarımız, erken dönem SSk hastalarında fizik muayene ve tıbbi öyküye dayalı inflamatuvar artrit sıklığını ortaya koymaktadır. SSk hastalarında artrit bulgularının deri tutulumundan etkilenebileceği göz önüne alındığında, fizik muayene bulgularının görüntüleme yöntemleriyle desteklenmesi, tanının güvenilirliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, artrit, artropati

Biyolojik tedavi alan romatizmal hastalarda prostat spesifik antijen seyri

Derya Akarken, Melike Ersoy, Emine Figen Tarhan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Muğla

Amaç: Biyolojik tedaviler malignite risk artışına sebep olup olmadığı konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Biz de bu çalışmamızda Anti TNF alfa tedavisi gören enflamatuvar romatolojik hastalığı olan hastalarda prostat kanseri için bir gösterge olabilen prostat spesifik antijen değerlerinde değişim olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

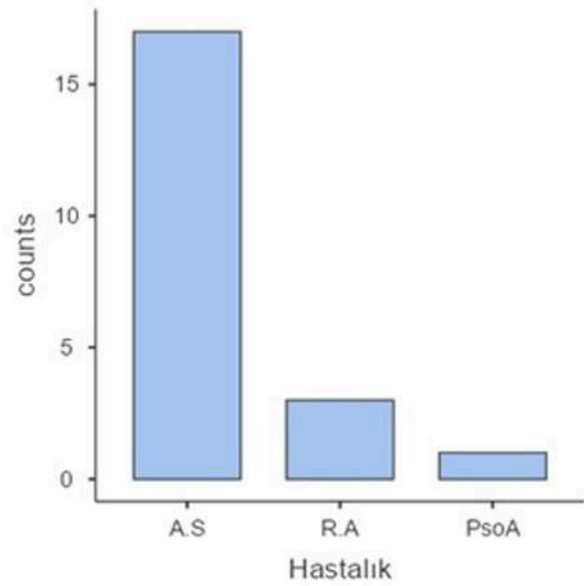
Materyal- Metot: Romatoloji kliniğimizde takipli olan ve biyolojik tedavi alan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan erkek olan ve tedavi öncesi prostat spesifik antijen (PSA) değerlerine ulaşılabilen 25 hastadan 4'ü takip dışı kaldığı için çalışmadan çıkarıldı. Toplam 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları, romatolojik hastalıkları, kullandıkları biyolojik ajan ile tedavi öncesi, tedaviye başladıktan sonraki 1. ve 3. aylardaki prostat spesifik antijen değerleri değerlendirmeye alındı. Kategorik değişkenler frekans olarak, sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma veya ortanca (min-max, IQR) olarak ifade edildi. Sürekli değişkenlerin değerlendirilmesinde repeated ANOVA testi kullanıldı. Analizlerin yapılmasında Jamovi version 2.6 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı $54,8 \pm 12,9$ yıl olarak saptandı. Çalışmaya alınan hastaların 17'si (%81) ankilozan spondilit, 3'ü romatoid artrit ve 1'i (%4,8) psöriatik artrit tanılıydı (Şekil 1). Tedavi ajanları değerlendirildiğinde hastaların 5'i (%23,8) adalimumab, 8'i (%38,1) sertolizumab ve 8'i (%38,1) Etanercept kullanmaktaydı. Prostat spesifik antijen değerlerine bakıldığında tedavi öncesi ortalama PSA değeri $1,03 \pm 0,84$ ng/dL iken, tedavi sonrasında 1. ayda $0,80 \pm 0,51$ ng/dL ve tedavi sonrası 3. ayda ise $0,64 \pm 0,30$ ng/dL olarak bulundu. PSA değerlerindeki değişim analiz edildiğinde ortalama PSA değerlerinin tedavi boyunca düştüğü gözlemlendi ve aralarındaki fark istatistik olarak

anlamlıydı ($p=0,010$). Post-hoc analizlerde ise bu PSA farkının tedavi öncesi değer ile tedavi sonrası 3. aydaki değer arasında anlamlı seviyede olduğu gözlemlendi ($p=0,016$). Farklı tanı ve farklı tedavi alan hastaların alt grup analizlerinin yapılabilmesi için yeterli hasta sayısı oluşmadı. Daha uzun takip süresi ve daha fazla hasta sayısı ile analizlerin tekrarlanması planlanmaktadır.

Sonuç: Düşük hasta sayısı ve heterojen bir grup olsa da Anti TNF alfa ile tedavi edilen erkek romatoloji hastalarında PSA seviyelerinde progresyon saptamadık hatta anlamlı gerileme olabileceğini ortaya koyduk. Bunun özellikle prostat kanseri tanısında mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamız devam etmekte olup ilerleyen dönemde sonuçlar paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF alfa inhibitörleri, prostat spesifik antijen, kanser



Şekil 1. Romatolojik tanıların dağılımı

Behçet hastalığında non-pulmoner arteriyel tutulum: Çok merkezli, retrospektif olgu serisi

Özge Karakök¹, Duygu Kerim², Şerife Coşkun Sağırkaya³, Gamze Akkuzu⁴, Burcu Ceren Uludoğan⁵, Gezmiş Kimyon⁶, Özkan Urak⁷, Gökçe Kenar⁷, Şule Yaşar Bilge⁵, Cemal Bes⁴, Şükran Erten⁸, Gökhan Keser², Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

³Ankara Yildırım Beyazıt Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁵Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

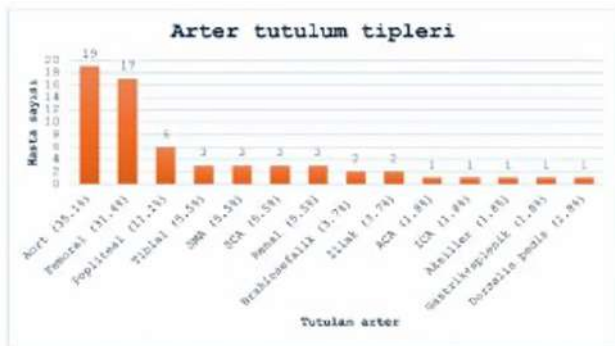
⁶Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

⁷Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁸Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet hastalığında (BH) non-pulmoner arteriyel tutulum ciddi komplikasyonlara neden olabilen önemli bir tutulum şeklidir. Bu çalışmada non-pulmoner arteriyel tutulumlu BH hastalarının klinik özelliklerinin, etkilenen damarların, lezyon tiplerinin, uygulanan tedavilerin ve uzun dönem takip sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, 7 tersiyer romatoloji merkezinden 54 hasta dahil edilmiştir. Tüm veriler hasta dosyalarından retrospektif olarak edinilmiştir.



Şekil 1. Non-pulmoner arteriyel tutulum tipleri
ACA: Ana karotis arter, ICA: İnternal karotis arter, SCA: Subklavian arter, SMA: Süperior mezenterik arter

Bulgular: Kırk dokuz (%90,7) hasta erkekti. Ortanca (ÇAA) BH tanı yaşı 33,5 (26-40,8), hastalık süresi 12 (5-20) yıl ve takip süresi 4 (2-12,8) yıl idi. İlk arteriyel olay yaşandığında ortanca yaş 38,5 (30,5-46) yıl idi (Tablo 1). En sık etkilenen damarlar sırasıyla aorta (n=19, %35,1) ve femoral arter (n=17, %31,4) idi (Şekil 1). Anevrizma (%72,2) ve tromboz (%18,5) başlıca vasküler lezyonlardı. On bir (%20,3) hastada arteriyel olay immünespresif (IS) tedavi altında gerçekleşti (azatiyoprin n=10, infliksimab n=1). Elli dört hastanın 10'unda (%18,5) arteriyel tutulum ek olarak kardiyak tutulum da vardı (koroner arter anevrizması, n=7; intrakardiyak trombüs, n=3). Arteriyel olay sonrasında 34 (%62,9) hasta pulse glukokortikoid (GK) tedavisi almıştı. GK azaltıcı olarak en sık kullanılan IS ajanlar siklofosamid (n=37, %68,5), azatiyoprin (n=34, %63) ve anti-TNF ilaçlar (adalimumab, n=3, infliksimab, n=11; %25,9) idi. Yirmi altı (%48,1) hastaya cerrahi ve/veya girişimsel müdahale yapılmıştı ve bu işlemlerin 19'u (%73) başarılıydı. Arteriyel olay sonrası ortanca takip süresi 46,5 (21,8-150) aydı. Takip sırasında 8 (%14,8) hastada ikinci ve aortiti olan 1 (%1,8) hastada üçüncü arteriyel vasküler olay gelişmişti. Son vizitte, 22 (%40,7) hasta halen GK tedavisi alıyordu ve 9 (%16,6) hastada tedaviye rağmen aktif hastalık devam ediyordu (Yüksek akut faz reaktanları ve görüntüleme ile tespit edilen vasküler olaylara dayanarak).

Sonuç: Çalışmamızda BH'da non-pulmoner arteriyel tutulum başlangıç yaşı, literatürle uyumlu olarak, diğer vasküler tutulumlardan daha geç yaşlarda saptanmıştır. Çoğunlukla erkeklerde ve anevrizma şeklinde ortaya çıkmıştır. Hastaların yaklaşık yarısında, IS tedavilere ek olarak cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmuştur. Takip sırasında mortalite oranı, çoğunlukla hem arteriyel, hem de kardiyak tutulumu olan hastalarda (n=3) görülmüş olup, %9,2 olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, arteriyel tutulum, vasküler tutulum, anevrizma

Tablo 1. Non-pulmoner arteriyel tutulumu olan hastaların bazal karakteristik özellikleri

Hasta özellikleri	Hasta sayısı (n=54)
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	49 (90,7)
Kadın	5 (9,3)
Tanı yaşı, yıl (ortanca)	33,5 (26-40,8)
İlk arteriyel olay yaşı, yıl (ortanca)	38,5 (30,5-46)
Takip süresi, yıl (ortanca)	4 (2-12,8)
Sigara öyküsü, n (%)	25 (46,35)
Oral aft, n (%)	51 (94,4)
Genital ülser, n (%)	37 (68,5)
Eritema nodosum, n (%)	18 (33,3)
Papülopüstüler lezyon, n (%)	24 (44,4)
Paterji pozitifliği, n (%)	23 (42,6)
Artrit, n (%)	6 (11,1)
Venöz tutulum, n (%)	23 (42,6)
Oküler tutulum, n (%)	8 (14,8)
Nörolojik tutulum, n (%)	6 (11,1)
Gastrointestinal tutulum, n (%)	4 (7,4)

Vasküler tutulumlu Behçet sendromu hastalarında mikofenolat mofetil tedavisi: Tek merkez deneyimi

Emine Uslu, Mücteba Enes Yayla, Nilgün Göveç Gıynaş,
Zehra Karaman Ongun, Serdar Sezer, Tahsin Murat Turgay, Aşkın Ateş

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

Amaç: Behçet sendromu (BS) farklı damarları etkileyen bir vaskülitir. En sık damar tutulum şekli venöz damarların etkilenmesi şeklindedir. Venöz tutulumda tedavide azatioprin, siklosporin, siklofosfamid, monoklonal anti-tnf blokörleri veya interferon – alfa ile tedavi önerilmektedir. Arteriyel tutulumda siklofosfamid ve monoklonal TNF blokerleri önerilmektedir. Azatioprin tedavisine bağlı yan etki gelişmesi veya etkisizlik durumunda bir üst basamak olarak siklofosfamid gibi toksik bir ajan veya monoklonal TNF blokörlerinin kullanımı önerilmektedir. Azatioprin gibi konvansiyonel bir immunsupresif ajan olan mikofenolat mofetilin (MMF) BS'nun vasküler tutulumunda etkin olup olmadığı bilinmemektedir. Çalışmada amacımız merkezimize başvurup vasküler tutulumlu BS tanısı alıp, vasküler tutulum sebebiyle MMF tedavisini başlanan hastalarda, tedavinin etkinliğini ve olası yan etkilerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamıza 2010-2024 yılları arasında Multidisipliner Behçet polikliniğine başvuran vasküler tutulum sebebiyle mikofenolat mofetil başlanan 10 BS hastanın dosyası geriye dönük olarak taranmıştır. Hastaların mikofenolat mofetil öncesi organ tutulumları, hangi vasküler tutulum sebebiyle MMF başladığı, tedavinin 6 ve 12. ayında relaps/remisyon varlığı, yeni gelişen bir organ tutulum varlığı ve CRP değerleri not edilmiştir. Vasküler olarak remisyon; klinik olarak kötüleşme olmaması, yeni olay

görülememesi ve CRP nin 10mg/L un altında olması olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların %90'ı erkek, ortalama tanı yaşları 24,3+/- 6,2 iken, mikofenolat mofetil başlanma yaşları 34,3+/-10,49 idi. Beş hastaya DVT sebebiyle, 1 hastaya Pulmoner trombüs, 2 hastaya kronik bacak ülseri, 1 hasta Pulmoner arter anevrizması ve 1 hasta periferik arter anevrizması sebebiyle MMF başlanmıştı. Hastaların beşi remisyon indüksiyonu, beş hastada idame amaçlı MMF tedavisi almıştır (Tablo 1). Bir, 2 ve 5 numaralı hastaların öyküsünde vena cava inferior tutulumu, 7 numaralı hastada pulmoner anevrizma ve pulmoner trombüs, 8 ve 10 numaralı hastanın periferik arter anevrizması, 9 numaralı hastada da pulmoner ve intrakardiyak trombüs gibi geçmişte büyük damar tutulumları mevcut idi. Hastaların %70'i 6. Ayda remisyonunda iken, 12. Ayda %60 hasta remisyonunda idi. Hastalar ortalama 25,1 (22,5) ay süreyle MMF kullandı. Hastaların üçü vasküler relaps sebebiyle MMF tedavisini bıraktı. Vasküler relaps izlenen bir hastada aynı zamanda oküler olarak relaps da izlenmişti. Hastaların hiç birinde tedavi öncesi ve sonrası mukokütanöz aktivasyon yok idi.

Sonuç: MMF'in, nörolojik tutulumlu BS hastalarının tedavisinde etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Oküler tutulumda tartışmalı veriler vardır. Çalışmamızda vasküler tutulumlu beş hastada MMF remisyon indüksiyonunda kullanılmıştır. Bu hastaların ikisinde relaps izlenmiştir. Beş hastada ise idame tedavide kullanılmış, ilk oniki ayda sadece bir hastada relaps izlenmiştir. MMF tedavisi vasküler tutulumlu BS hastalarında azatioprin yan etkisi, TNF-reddi gibi, özellikle idame tedavide düşünülebilir. Ancak çalışmamızın retrospektif olması, plasebo veya başka bir ilaç kolunun olmaması ve hasta sayısının çok az olması önemli kısıtlılıklardandır.

Anahtar Kelimeler: Mikofenolat mofetil, Behçet sendromu, vasküler tutulum

Tablo 1. Hastaların mikofenolat mofetil kullanım sebebi ve seyirleri

Hasta	MMF başlama sebebi	MMF (indüksiyon/idame)	Relaps/remisyon (12 ay süresince)	Aktivasyon gösteren tutulum
Hasta 1	Kronik bacak ülseri	İndüksiyon	Tedavi altında yeni ülser gelişimi yok, eski ülserlerde kabuklanma	
Hasta 2	Pulmoner trombüs ve derin ven trombozu	İndüksiyon	Remisyon	
Hasta 3	Derin ven trombozu	İndüksiyon	Relaps	Üveit ve Derin Ven Trombozu
Hasta 4	Derin ven trombozu	İdame	Remisyon	38 ay sonra eritema nodozum, bacak ülseri ve artrit gelişimi
Hasta 5	Derin ven trombozu ve kronik bacak ülseri	İdame	Relaps	Bacak ülserlerinde artış
Hasta 6	Derin ven trombozu	İndüksiyon	Remisyon	
Hasta 7	Pulmoner arter anevrizması	İdame	Remisyon	
Hasta 8	Periferik arter anevrizması	İdame	Remisyon	
Hasta 9	Derin ven trombozu	İdame	Remisyon	
Hasta 10	Derin ven trombozu	İndüksiyon	Relaps	Akut faz yüksekliği (5. yılda da DVT gerçekleşiyor)

Erken sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalarında tedavi tercihleri: Sistemik Skleroz Türkiye veritabanı gerçek yaşam verileri

Reyhan Bilici, Duygu Temiz Karadağ, Ayşe Çefle, Shirkhan Amikishiyev, Büşra Fırlatan, Ahmet Karataş, Gülşah Yamancan, Berçemhan Sulu, Fatma Alibaz, Mustafa Erdoğan, Ayşegül Avcu, Cemal Bes, Duygu Sevinç Özgür, Şükran Erten, Orhan Küçükşahin, Serdar Can Güven, Abdülsamet Erden, İbrahim Vasi, Murat Turgay, Mücteba Enes Yayla, Veli Yazısız, Ali Şahin, Arif Babayığit, Emine Duygu Ersözlü, Burak Okyar, Alper Sarı, Aslıhan Avanoğlu, Mehmet Akif Baltacı, Timuçin Kaşifoğlu, Reşit Yıldırım, Tahir Saygın Öğüt, Bengisu Aslan, Gezmiş Kimyon, Berna Yurttaş, Atalay Doğru, Zübeyde Uğurlu, Didem Arslan, Gizem Varkal, Özlem Ağbuga, Mehmet Engin Tezcan, Esra Genç, Ahmet Merih Birlik, Gülen Hatemi, Murat İnanç, Süleyman Serdar Koca, Ali Akdoğan

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarında en yaygın ve ciddi organ tutulumlarından biri olan interstisyel akciğer hastalığı (İAH), mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir. Güncellenen tedavi kılavuzları immünsüpresif ajanlara ek olarak anti-fibrotik ve biyolojik tedavilere yer vermiştir. Bu çalışmada, gerçek yaşam verilerine dayanarak erken dönem SSk-İAH hastalarında tedavi tercihlerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, Türkiye Sistemik Skleroz veri tabanında kayıtlı olan, 2013 ACR/EULAR (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) SSk sınıflama kriterlerini karşılayan ve akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) sonuçlarına göre interstisyel akciğer hastalığı tanısı konmuş hastalar dahil edilmiştir.

Bulgular: Veri tabanında kayıtlı 208 SSk hastasının kayıtları incelendi ve 84 SSk-İAH hastasının verileri analiz edildi. Hastaların yaş ortalaması 49±13,6 olup, cinsiyet dağılımı Kadın/Erkek olarak 73/11 şeklindedir. Hastaların 38'i (%45,2) diffüz, 42'si (%50) sınırlı ve 4'ü (%4,8) sine skleroderma alt tipine sahiptir. Hastaların 76'sı (%91) konvansiyonel immünsüpresif tedavi kullanılmaktaydı. Sekiz hasta (%9) İAH için biyolojik tedavi ve 8 hasta anti-fibrotik tedavi ile izleniyordu. Konvansiyonel immünsüpresif tedaviler arasında en sık tercih edilen ajanlar mikofenolat mofetil (MMF) (%77), ardından siklofosamid (CYC) (%26), en az tercih edilen ise azatioprin (AZA) (%2) olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Türkiye'deki Sistemik Skleroz Veri Tabanından elde edilen verilere göre, erken dönem SSk-İAH kılavuzlara uygun olarak en sık konvansiyonel immünosüpresif tedaviler kullanılmaktadır ve MMF en sık kullanılan immünosüpresif ajandır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, interstisyel akciğer hastalığı, biyolojik tedaviler

Tablo 1. Erken sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalarının demografik ve klinik özellikleri (n=84)

Yaş, yıl	49±13,6
Cinsiyet,kadın	73(%86,9)
Hastalık alt tipi	
Diffüz	38 (%45,2)
Sınırlı	42 (%50)
Sine skleroderma	4 (%4,8)
mRCS	2 (0-36)
Hastalık süresi (ay)	24 (1-74)
Raynaud süresi (ay)	37(6-253)
Non-raynaud süre, ay	28 (2-223)
İAH süresi (ay)	16 (1-49)
ANA pozitifliği	79 (%94)
Anti-Scl 70 pozitifliği	60 (%71)
Anti centromer pozitifliği	4 (%4)
Anti-Ro 52 pozitifliği	6 (%7)
Anti- SSA pozitifliği	7 (%8)
Anti SSB pozitifliği	1 (%1)
İnterstisyel kalınlaşma	21(%25)
İnterlobüler septal kalınlaşma	28 (%34)
Traksiyon bronşektazi	27(%33)
Retiküler damste artışı	52 (%64)
Bal peteği varlığı	5 (%6)
Buzlu cam varlığı	66 (%82)
FEV1 % (n=53)	83 (41-122)
FVC % (n=58)	79 (41-124)
FEV1 /FVC (n=54)	97 (65-131)
DLCO /VA(n=31)	78 (0-164)
DLCO/Hb (n=34)	61(0-171)
MMF	65 (%77)
CYC	22 (%26)
AZA	2 (%2)
RTX	8 (%9)
Nintedanib	8 (%9)

Erken evre sistemik skleroz hastalarında kardiyovasküler hastalık sıklığı ve risk faktörleri

Shirkhan Amikishiyev, Yasemin Yalçınkaya, Bengisu Aslan, Aslıhan Avanoğlu, Ayşegül Avcu, Arif Babayiğit, Mehmet Akif Baltacı, Reyhan Bilici, Özlem Doğan Ağbuga, Mustafa Erdoğan, Büşra Fırlatan, Esra Genç, Serdar Can Guven, Burak Okyar, Tahir Saygın Ögüt, Duygu Sevinç Özgür, Berçemhan Sulu, Zübeyde Uğurlu, Gizem Varkal, İbrahim Vasi, Gülşah Yamancan, Reşit Yıldırım, Berna Yurttaş, Fatma Alibaz, Didem Arslan, Cemal Bes, Ayşe Çefle, Atalay Doğru, Abdülsamet Erden, Emine Duygu Ersözlü, Şükran Erten, Duygu Temiz Karada, Ahmet Karataş, Timuçin Kaşifoğlu, Gezmiş Kimyon, Orhan Küçükşahin, Alper Sarı, Ali Şahin, Murat Turgay, Mücteba Enes Yayla, Veli Yazısız, Mehmet Engin Tezcan, Gülen Hatemi, Süleyman Serdar Koca, Ahmet Merih Birlik, Ali Akdoğan, Murat İnanç

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik sklerozlu (SSk) hastalarda kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin arttığı düşünülmektedir. Ancak, geleneksel KVH risk faktörlerinin (erkek cinsiyet, ileri yaş, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet, ailede KVH öyküsü) etkisi konusunda veriler çelişkilidir. Bu çalışmada, erken evre SSk hastalarında KVH sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu gözlemsel çalışmada, 2010 ACR/EULAR SSk sınıflama kriterlerini karşılayan 208 hastanın verileri kesitsel olarak incelendi. Kardiyovasküler tutulumu olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik özellikleri ile laboratuvar sonuçları karşılaştırılarak, KVH riskini artıran faktörler belirlendi.

Bulgular: Toplam 208 hasta değerlendirildi. Koroner arter hastalığı (KAH) hikayesi olan 5 hasta (4 kadın/1 erkek, ortalama yaş 66,2±17,3) çalışmaya dahil edildi. Bu hastalardan birinde KAH zemininde konjestif kalp yetmezliği geliştiği görüldü. Dört hastada sınırlı deri tutulumu (skSSk), bir hastada ise yaygın deri tutulumu (dkSSk) saptandı. KAH grubundaki hastalar, KAH olmayan hastalara göre daha yaşlıydı (66,2±17,3 ve 49,1±14,2, p=0,009). Gruplar arasında Raynaud fenomeni ve Raynaud dışı

bulgular açısından fark bulunmadı. KAH grubunda sedimentasyon değerleri daha yüksek bulundu (37,2±13,6 ve 17,5±1,0, p=0,03). Ayrıca, bir hastada Sjögren sendromu olan çakışma sendromu mevcuttu. Komorbiditeler değerlendirildiğinde, KAH grubunda sigara içen hasta bulunmamakla birlikte, bir hastada sigara öyküsü vardı (Tablo 1).

Sonuç: Erken evre SSk hastalarında KAH sıklığında belirgin bir artış saptanmamıştır. KAH olmayan hastalarda değerlendirilen risk faktörlerinde belirgin bir artış gözlenmemiştir. SSk'nın KAH üzerindeki etkileri değerlendirmek için uzun dönem takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, kardiyovasküler hastalık, koroner arter hastalığı

Tablo 1. Koroner arter hastalığı olan ve olmayan hastaların özellikleri

	KAH olanlar	KAH olmayanlar	p değeri
Hasta sayısı, n(%)	5 (2.4)	203 (97.6)	
Erkek, n/N(%)	1 (0.5)	21 (10.1)	
Kadın, n/N(%)	4 (1.9)	182 (87.5)	0.48
Yaş	66.2±17.3	49.1±14.2	0.009
Skleroderma alt tip n (%)			
Sınırlı deri tutulumu	4 (2.9)	134 (64.4)	
Yaygın deri tutulumlu	1 (1.6)	61 (29.3)	0.77
Deri tutulumu olmayan	0	8 (3.8)	
Klinik bulgular			
mRSS, (ort±SS)	3.4±2.0	5.5±0.5	0.56
Raynaud süresi (yıl), (ort±SD)	2.4±0.5	3.8±0.3	0.51
Raynaud dışı bulgu süresi (yıl), (ort±SD)	1.8±0.8	1.6±0.4	0.81
Raynaud fenomeni	5 (2.7)	185 (88.9)	0.76
Dijital ülser	1 (0.5)	47 (22.6)	0.79
Telanjektazi	4 (1.9)	93 (44.7)	0.31
PAH	0	15 (7.2)	0.75
IAH	1 (0.5)	78 (37.5)	0.82
Laboratuvar, n (%)			
Anti-sentromer	3 (1.4)	67 (32.2)	0.58
Anti-Scl-70	2 (1.0)	92 (44.2)	0.80
Sedimentasyon	37.2±13.6	17.5±1.0	0.03
Çakışma sendromu	1 (0.5)	24 (11.5)	0.82
Komorbiditeler, n (%)			
Sigara	0	33 (15.9)	0.70
Hipertansiyon	2 (1.0)	24 (11.5)	0.06
Diabetes Mellitus	2 (1.0)	14 (6.7)	0.006
Hiperlipidemi	2 (1.0)	32 (15.4)	0.14
≥2 komorbidite	4 (1.9)	8 (3.8)	0.005

Kısaltmalar: mRSS, modifiye Rodnan cilt skoru; PAH, pulmoner arteriyel hipertansiyon; IAH, interstisyel akciğer hastalığı

Takayasu arteritli hastalarda aort ve mitral kapak tutulumunun sıklığı

Muhammet Emin Kutu¹, Fatih Taştekin², Duygu Kerim², Tuğba Ocak³, Senar Şan⁴, Fatih Yıldırım⁵, Hasan Kocaayan⁶, Sema Işık⁷, Gökçe Kenar⁸, Ayşegül Avcu⁹, Burcu Ceren Uludoğan¹⁰, Selda Çelik¹, Kenan Aksu², Gökhan Keser², Ayşe Çefle⁴, Ayten Yazıcı⁴, Cemal Bes⁵, Servet Akar⁶, Ahmet Omma⁷, Fatoş Önen⁸, Haner Direskeneli⁹, Fatma Alibaz Öner⁹, Şule Yaşar Bilge¹⁰, Yavuz Pehlivan³, Nilüfer Alpay Kanitez¹¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁶İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁷Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁸Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁰Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Koc Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti (TA) hastalarının önemli bir kısmında kalp kapak tutulumu vardır ve etkilenen kapağın genellikle aort olduğu bildirilmektedir. Kalp kapak tutulumu sıklıkla yetersizliğe yol açmakta ve kapak fonksiyonlarında ilerleyici bozulmalar görülmektedir.Çıkan aort tutulumu aort

yetmezliği için bir risk faktörü olarak bilinmektedir. Ancak risk faktörleri ve prognoz hakkında daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

Yöntem: Bu çalışmanın amacı AV ve mitral kapak görülme sıklığını ve risk faktörlerini belirlemektir. ACR kriterlerine göre TA tanısı alan ve 11 romatoloji merkezinden başlangıçta ekokardiyografisi yapılan romatoloji hastaları bu çalışmaya dahil edildi. Akut romatizmal ateşi ve konjenital kalp kapak hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Klinik, laboratuvar ve ekokardiyografi verileri poliklinik dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Yüz yetmiş yedisi (%89) kadın, yaş ortalaması 32,9±12,5 olan toplam 199 hasta analiz edildi. “Numano sınıflandırmasına” göre Tip 5 (%37) ve Tip 1 (%24) sıklık açısından ilk iki radyolojik tipti. Yetersizlik en çok ortak kapak tutulumu paterni idi. Ekokardiyografi yapılan hastaların 85’inde (%43) MV, 68’inde (%34) AV yetersizliği vardı. MV ve AV yetersizliği sırasıyla 4 (%5) hastada orta ve 10 (%28) hastada şiddetliydi. Konjestif kalp yetmezliği AV yetersizliği olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,03).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre TA hastalarında en sık görülen kalp kapak patolojisi MV yetmezliğiydi. Ancak, hafif MV yetersizliği normal popülasyonda, doğurganlık çağındaki kadınlarda da görülebildiğinden, AV yetersizliği klinik olarak daha önemli olabilmektedir. Ayrıca, AV yetersizliği olan grupta kalp yetersizliği oranı daha yüksektir. AV yetersizliğinin sıklığının radyolojik Tip 2 ve Tip 5’te istatistiksel olarak anlamlı olmaması, patogenezin yalnızca çıkan aortun tutulumu ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Çalışmamızda veri toplama ve analiz çalışmaları halen devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekokardiyografi, kapak tutulumu, Takayasu

Ülkemizde referans merkezlere başvuruda son 10 yılda neler değişti: Bir örnek olarak Behçet hastalığı

Büşra Fırlatan¹, Ezgi Aysu Şahin Mavi², Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğru Bulat¹, Mustafa Ekici¹, Erdiç Ünalı¹, Güllü Sandal Uzun¹, Gizem Ayan¹, Zehra Özsoy¹, Şerife Aşya Germe¹, Bayram Farisoğulları¹, Emine Duran³, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Emre Bilgin¹, Berkan Armağan¹, Alper Sarı¹, Abdulsamet Erden¹, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, Sedat Kiraz¹, Ali İhsan Ertenli¹, Umut Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı; Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Japonya ve Kore'den yapılan çalışmalarda yıllar içerisinde Behçet hastalığı (BH) görülme sıklığında düşüş, komplet tip BH'de azalma ve organ tutulumlarında artış gibi klinik prezantasyonda değişimler olduğu saptanmıştır. Ülkemizde romatoloji doktoru sayısı son yıllar içerisinde katlanarak artış göstermiş ve birçok ilde BH'larını yönetebilecek klinisyenler çalışmaya başlamıştır. Bu nedenle tersiyer merkezlere gelen BH'lerin sayı ve kliniğinde değişiklikler olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın amacı, tersiyer bir merkezde yönetilen BH'lerin tanı süresi 10 yıl altında ve üstünde olanların klinik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUVAM) veri tabanında BH tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu veri tabanında 1058 hasta vardır, pediatrik hastalar ile verisi eksik olan hastalar analize dahil edilmemiştir. Çalışmaya 01.01.2000-31.12.2023 tarihleri arasında en az bir defa değerlendirilmiş ve klinik verilerine eksiksiz ulaşılabilen 804 BH tanılı hasta alınmıştır. Hastalar tanı tarihlerine göre 01.01.2014 öncesi ve sonrası olarak iki gruba ayrılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, semptom, tanı ve son ziyaret tarihleri, tanı ve hastalık süresince BH ilişkili tutulumları

ve almış oldukları tedaviler ile HLAB51 ve paterji testi sonuçları kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 804 BH tanısı olan hasta, tanı tarihlerine göre 2014 yılı öncesi ve sonrası olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar sırasıyla 532 (%53,2 kadın) ve 272 (%44,5 kadın) hastadan oluşmaktaydı. Son 10 yılda başvuruda daha sık olan bulgular (tanı sırasında): Demografik olarak daha sık erkek (%55,5 vs. %46,8, p=0,019) ve daha ileri yaşlardaydılar (30,3±10,4 vs. 28,2±10,4, p=0,009). Klinik bulgularda kutanöz tutulum (%58,5 vs. %47, p=0,002) ve vasküler tutulum (%18,4 vs. %11,3, p=0,006) daha sıklıkla saptandı. HLAB51 pozitiflik oranı daha yüksek olarak bulundu (%71,5 vs %59,2, p=0,018). Son 10 yılda başvuruda daha az sıklıkta olan bulgular (tanı sırasında): Klinik bulgulardan oral aft (%91,9 vs. %96,4, p=0,006), genital ülser (%46,7 vs %70,9, p<0,001), göz tutulumu (%26,8 vs %38,9, p=0,001) ve paterji pozitifliği (%21,7 vs %58,5, p<0,001) daha düşük olarak saptandı. Hastaların tüm takipleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında vasküler tutulum oranları benzer rakamlara ulaşırken, nörolojik tutulum tanı süresi 10 yılın üstünde olan grupta daha fazla saptandı (%13,5 vs %8,5, p=0,035). Tedaviler açısından bakıldığında; tanı son 10 yılda başvuruda hastaların steroid (%37,5 vs %20,9), azatiopurin (%31,6 vs %22,4) ve en az bir immunsupresif (%45,6 vs %34,2) kullanım oranları daha yüksekti. Tanıda interferon ve siklofosamid kullanan hasta sayısı gruplar arasında benzerken, tüm takip boyunca tanı süresi >10 yıl olan grupta bu tedavileri kullanan hasta oranı daha yüksek saptandı (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışmada, Behçet hastalığı ile tersiyer merkezde takip edilen hastaların klinik prezantasyonlarında ve tedavi tercihlerinde son 10 yılda değişim olduğu saptanmıştır. Oral aft, genital ülser, göz tutulumu ve paterji pozitifliğinde azalma olurken, tanıda kutanöz ve vasküler tutulum ile başvuran hasta sayısı artmıştır. Bu farklılığın, BH'nın klinik başvurusundaki değişimlerden kaynaklanması olası olmakla birlikte, asıl sebebin romatoloji doktorlarının ülke genelinde sayısının artması olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, değişim, mukokutanöz, göz, vasküler, nörolojik

Tablo 1. 2014 yılı öncesi ve sonrasında BH tanısı almış hastaların özellikleri

	Tanıda			Tüm takip süresince (ever)		
	Tanı >10 yıl (2014 öncesi) (n=532)	Tanı ≤10 yıl (2014 ve sonrası) (n=272)	p	Tanı >10 yıl (2014 öncesi) (n=532)	Tanı ≤10 yıl (2014 ve sonrası) (n=272)	p
Cinsiyet (K/E)	283/249	121/151	0,019	283/249	121/151	0,019
Tanı yaşı (yıl) ort ± SS	28,2 ±10,4	30,3±10,4	0,009	28,2±10,4	30,3±10,4	0,009
Takip süresi (yıl) ort ± SS	17,4±9,4	3,2±3,1	<0,001	17,4±9,4	3,2±3,1	<0,001
Oral aft (n, %)	513 (96,4)	250 (91,9)	0,006	515 (96,8)	254 (93,4)	0,024
Genital ülser (n, %)	377 (70,9)	127 (46,7)	<0,001	386 (72,6)	128 (47,1)	<0,001
Kutanöz tutulum (n, %)	250 (47)	159 (58,5)	0,002	291 (54,7)	172 (63,2)	0,020
- Papulopüstüller lezyon	104 (19,5)	85 (31,3)		111 (20,9)	94 (34,6)	
- Eritema nodosum	130 (24,4)	49 (18)		158 (29,7)	52 (19,1)	
- PPL + EN	16 (3)	25 (9,2)		22 (4,1)	26 (9,6)	
Göz tutulumu (n, %)	207 (38,9)	73 (26,8)	0,001	249 (46,8)	78 (28,7)	<0,001
Vasküler tutulum (n, %)	60 (11,3)	50 (18,4)	0,006	114 (21,4)	63 (23,2)	0,575
- Venöz	38 (7,1)	28 (10,3)		69 (13)	34 (12,5)	
- Arteriyel	14 (2,6)	9 (3,3)		25 (4,7)	11 (4)	
- Venöz + Arteriyel	2 (0,4)	5 (1,8)		12 (2,3)	7 (2,6)	
- Tromboflebit	6 (1,1)	8 (2,9)		8 (1,5)	11 (4)	
Kardiyak tutulum (n,%)	4 (0,8)	1 (0,4)	0,667	6 (1,1)	2 (0,7)	0,724
Nörolojik tutulum (n,%)	28 (5,3)	18 (6,6)	0,434	72 (13,5)	23 (8,5)	0,035
- Parankimal	15 (2,8)	10 (3,7)		49 (9,2)	13 (4,8)	
- Serebral venöz sinus trombozu	13 (2,4)	8 (2,9)		23 (4,3)	10 (3,7)	
GIS tutulumu (n,%)	6 (1,1)	6 (2,2)	0,235	14 (2,6)	7 (2,6)	0,961
Kas-iskelet tutulumu (n,%)						
- Artrit	66 (12,4)	44 (16,2)	0,141	82 (15,4)	44 (16,2)	0,778
- Spondilit	9 (1,7)	4 (1,5)	1	24 (4,5)	5 (1,8)	0,054
*Paterji pozitifliği (n, %)	93 (58,5)	34 (21,7)	<0,001	96 (57,5)	35 (20,7)	<0,001
**HLAB51 pozitifliği (n, %)	-	-	-	90 (59,2)	133 (71,5)	0,018
Tedaviler						
- Kolşisin	491 (92,3)	216 (79,4)	<0,001	513 (96,4)	226 (83,1)	<0,001
- Penisilin	86 (16,2)	25 (9,1)	0,006	122 (22,9)	35 (12,9)	0,001
- Steroid	111 (20,9)	102 (37,5)	<0,001	213 (40)	125 (46)	0,112
- En az bir immunsupresif	182 (34,2)	124 (45,6)	0,002	306 (57,5)	152 (55,9)	0,636
- Azatiopurin	119 (22,4)	86 (31,6)	0,005	234 (43,9)	118 (43,4)	0,853
- Siklosporin	23 (4,3)	3 (1,1)	0,014	37 (6,9)	9 (3,3)	0,036
- İnterferon	46 (8,6)	28 (10,3)	0,450	131 (24,6)	46 (16,9)	0,013
- Siklofosamid	21 (3,9)	11 (4)	0,951	49 (9,2)	14 (5,2)	0,043
- Anti-TNF	24 (4,5)	19 (6,9)	0,142	88 (16,5)	57 (21)	0,121
ISG kriter karşılama (n, %)	311 (58,5)	112 (41,2)	<0,001	353 (66,4)	121 (44,5)	<0,001
ICBD kriter karşılama (n, %)	460 (86,5)	191 (70,2)	<0,001	475 (89,3)	206 (75,7)	<0,001

n=804 aksi belirtilmedikçe *tanıda (n=316); ever (n=336) **ever (n=338)

PET/BT'de iliofemoral arter tutulumu, Takayasu arteritinde aterosklerotik risk faktörleriyle ilişkilidir

Sema Kaymaz Tahra¹, Salih Özgüven², Nuh Filizoğlu²,
Ali Uğur Ünal³, Tunç Öneş², Tanju Yusuf Erdil²,
Fatma Alibaz Öner³, Haner Direskeneli³

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Şiddetli aterosklerozda sıklıkla görülen iliofemoral arter tutulumu, Takayasu arteritinde de (TAK) görülebilmektedir. Bu çalışmada, pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide (PET/BT) iliofemoral arter tutulumu olan ve olmayan TAK hastalarının özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

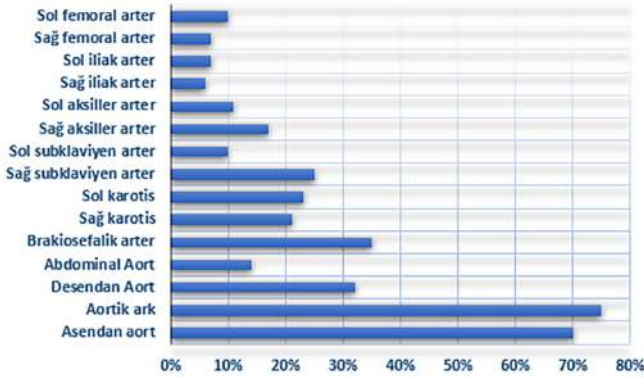
Yöntem: Amerikan Radyoloji Derneği 1990 sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve PET/BT görüntülemesi yapılan TAK hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik ve klinik veriler hasta dosyalarından elde edildi. Geleneksel kardiyovasküler risk faktörleri: Diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara

içme öyküsü ve vücut kitle indeksi olarak kaydedildi. PET vasküler aktivite skoru (PETVAS), kantitatif PET aktivitesini değerlendirmek için kullanıldı.

Bulgular: TAK tanılı 52 (K/E: 42/10) hastanın 71 PET/BT taraması incelendi. Ortalama yaş 42,8±14,2 ve ortalama hastalık süresi 5,6 ±5,3 yıldır. Aortik ark (%75) en sık tutulan arter idi. İlio-femoral arterler 9 (%13) hastada tutulmuştu. İlio-femoral tutulumu olan hastalarda ortalama yaş daha ileri (52,5±17,4 vs. 39,9±12,4, p=0,036), glukokortikoid dozu [0 (0-7,5) vs. 2,5 mg/gün (0-80), p=0,049] ve C-reaktif protein düzeyleri daha düşük (36,1±28,1 vs. 19,7±25,0 mg/L, p=0,041) ve ortalama PETVAS daha yüksek idi (11,4±9,7 vs. 4,2±3,9, p=0,018). Erkek hasta sayısının (%50 vs. %14, p=0,016) ve sigara içenlerin (%78 vs. %35, p=0,016) iliofemoral tutulum grubunda daha fazla olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre TAK hastalarında PET/BT'de iliofemoral arterlerin tutulumu aterosklerotik risk faktörleriyle ilişkilidir. Bu nedenle, alt ekstremitte tutulumu olan TAK hastalarının takibi sırasında anti-aterosklerotik yaklaşımlar daha güçlü bir şekilde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, görüntüleme, PET/BT, ateroskleroz



Şekil 1. Takayasu arteriti hastalarında arteriyel bölgelerin tutulum sıklığı

Tablo 1. PET/BT'de iliofemoral tutulumu olan ve olmayan TAK hastalarının özellikleri

	İlio-femoral tutulumu olan hastalar (n=9)	İlio-femoral tutulumu olmayan hastalar (n=62)	p
Yaş, yıl, ortalama ± SS	52,5±17,4	39,9±12,4	0,036
Cinsiyet, erkek, n (%)	4 (50)	6 (14)	0,016
Hastalık süresi, yıl, ortalama ± SS	4,0±5,6	5,7±5,4	0,65
GK dozu*, mg/d	0 (0-7.5)	2.5 (0-80)	0,049
Aktif hastalık**, n (%)	6 (67)	30 (48)	0,30
CRP, mg/L, ortalama ± SS	36,1±28,1	19,7±25,0	0,041
PETVAS, ortalama ± SS	11,4±9,7	4,2±3,9	0,018
Diyabet, n (%)	0 (0)	6 (11)	0,29
Hipertansiyon, n (%)	4 (45)	29 (53)	0,64
Hiperlipidemi, n (%)	4 (45)	17 (31)	0,42
Sigara içenler, n (%)	7 (78)	19 (35)	0,016
VKI, kg/m ² , ortalama ± SS	21,9±3,5	24,3±4,1	0,105

*:Metilprednizolon eşdeğeri doz, **:Kerr kriterlerine göre

CRP: C-reaktif protein, GK: Glukokortikoid, PET/BT: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi, PETVAS: PET vasküler aktivite skoru, TAK: Takayasu arteriti, SS: Standart sapma, VKI: Vücut kitle indeksi

Spondiloartriti taklit eden enflamatuvar bel ağrısı ile ilişkili maligniteler

Fatih Albayrak¹, Bünyamin Kısacık², İbrahim Gündüz³, Özlem Kudaş⁴, Emrah Koç⁵, Orhan Zengin⁶, Nagehan Dik Kutlu⁷, Mustafa Gür⁸, Adem Küçük⁹, Menice Güler Şen¹⁰, Şule Ketenci Ertaş¹¹, Zeynel Abidin Akar¹², Süleyman Serdar Koca³, Yavuz Pehlivan⁷

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

²Sanko Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

³Fırat Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Elazığ

⁴İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

⁶Gaziantep Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

⁷Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Elazığ

⁹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹¹Kayseri Acıbadem Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kayseri

¹²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Enflamatuvar bel ağrısı (EBP), spondilartritin (SpA) tipik bir özelliğidir. EBP enfeksiyonlar, ilaçlar ve farklı maligniteler nedeniyle oluşabilir. Kanseler arasında hematolojik maligniteler ve solid tümörler paraneoplastik olarak veya metastaz yoluyla enflamatuvar bağırsak hastalığına neden olabilir. Bu çalışmada, son 10 yılda EBP ile başvuran ve nihai tanısı malignite olan hastalarımızın demografik ve klinik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Son 10 yılda EBP ile başvuran ve nihai tanı olarak malignite tanısı alan 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Her merkezden 1:1 benzer yaş-cinsiyet oranına sahip aksiyel SpA tanısı alan 36 hasta kontrol grubu olarak dahil edildi.

Bulgular: Hematolojik maligniteler azalan sırayla multipl miyelom, akut lösemi ve lenfoma idi. Katı tümörler meme kanseri, akciğer kanseri, kemik tümörleri, prostat, kolon, embriyonal karsinom ve primeri bilinmeyen maligniteydi. Malignite ile ilişkili bel ağrısında hematolojik/solid oranı benzerdi (18/16), semptom ve tanı arasındaki aralık daha kısaydı ve eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein ve serum laktat dehidrogenaz (LDH) seviyeleri gibi biyobelirteç sonuçları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti.

Sonuç: Malignite ile ilişkili bel ağrısı, SpA hastalarından daha şiddetli klinik tablo, daha yüksek akut faz reaktan seviyeleri ve daha yüksek LDH değerleri ile farklılık göstermektedir. Maligniteler ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır ve bulgularımızı doğrulamak için özellikle nedensel maligniteler açısından daha geniş olgu serilerinin sonuçlarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Enflamatuvar bel ağrısı, malignite, spondiloartropati

Romatoid artrit hastalarında koroidal vaskülarite indeksi ve subfoveal koroidal kalınlık, artırılmış derinlik görüntüleme optik koherens tomografisi ile değerlendirilmesi

Fatih Albayrak¹, Mustafa Berhuni²

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

²Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Gaziantep

Amaç: Romatoid artrit (RA) nedeniyle oluşan sistemik vaskülit, zengin bir vasküler ağa sahip olan koroidal dokuyu da etkileyebilir. RA'da retinal vaskülit ve koroidit görülebilir. RA'nın koroid vaskülarite indeksi ve subfoveal koroid kalınlığı (SFCT) üzerine etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 28 RA hastasının 56 gözü ve yaş ve cinsiyete eşleştirilmiş 65 sağlıklı normal katılımcının 65 gözü dahil edildi. Tüm katılımcıların kortikal görme bozuklukları (CVI), geliştirilmiş derinlik görüntüleme optik koherens tomografi görüntülerinin image J programına aktarılmasıyla ölçüldü ve 2 grup arasında karşılaştırıldı. Tüm katılımcıların SFCT, merkezi maküla kalınlığı (CMT) ve optik disk parametreleri spektral alan OCT ile ölçüldü ve karşılaştırıldı.

Bulgular: RA ve kontrol gruplarının ortalama CVI değerleri sırasıyla 65,9±1,52 ve 68,56±1,62 olup, RA grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,001). RA ve kontrol gruplarının ortalama SFCT değerleri sırasıyla 290,11±15,18 ve 332,88±11,04 olup, SFCT RA grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,001). İki grup arasında CMT ve optik disk parametreleri açısından anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: RA hastalarının sağlıklı katılımcılara göre CVI'ları daha düşük ve SFCT'leri daha incedir. RA'da koroidal vasküler enflamasyona sekonder olarak, trombüs oluşumuna bağlı koroidal kan akımının azalması, iskemi ve fibrozis nedeniyle oluşan vasküler atrofi ve lüminal boşluğun daralması CVI ve SFCT'de azalmaya neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, koroidal vasküler indeks, subfoveal vasküler kalınlık

İzotretinoin ve enflamatuvar bel ağrısı; aman dikkat!

Fatih Albayrak¹, Bünyamin Kısacık², Süleyman Serdar Koca³

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

²Sanko Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

³Fırat Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Elazığ

Amaç: Oral izotretinoin akne vulgaris için sıkça kullanılan bir tedavi ajanıdır. Son yıllarda kas-iskelet sistemi ile bilinen yan etkileri oldukça yaygındır. Bu çalışmada, izotretinoin kullanımına bağlı enflamatuvar bel ağrısı gelişen ve romatoloji polikliniğimize başvuran hastalarımız ile ilgili gerçek yaşam verilerinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çok merkezli olarak yapılan bu çalışmada, izotretinoin kullanımı sonrası enflamatuvar bel ağrısı gelişen toplam 59 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri retrospektif olarak hasta kayıt dosyalarından alınmıştır. Çalışmamız için Fırat Üniversitesi Etik Kurul'undan onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 47'si (%79,7) kadın, 12'si (%21,3) erkek idi. Elli beş (%93,2) hasta akne vulgaris, 4 (%6,8) hasta ise komedon nedeni ile izotretinoin kullanmıştır. İzotretinoin kullanım miktarı 4693 mg (minimum: 600 mg, maksimum: 10800 mg), kullanım süresi ise 5 ay (\pm 2,98) idi. Hastaların takip süresi ortalama 13,5 ay idi. Hastaların 44'nün (%76,3) şikayetleri ilk üç ay gelişmişti. Hastalarımızın bakılan pelvis grafisinde; 5 (%8,5)

hastada grade 2 sakroilit,21 (%35,6) hastada ise garde 1 sakroilit görüldü. Çekilen sakroiliyak manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) 47 (%79,7) hastada bilateral sakroilit,10 (%16,9) hastada ise tek taraflı sakroilit tespit edildi. Hastaların 43'ünde (%72,9) HLA-27 negatif, 2 (%3,4) hastada pozitif, diğer 14 (%23,7) hastaya ise bakılmamıştı. Hastaların başlangıç BASDAI skoru ortalaması 5,46 (\pm 1,52), ilaç kesilip non steroid alantiyenflamatuvar ilaç tedavisi ve egzersiz sonrası 3 ay sonra bakılan BASDAI skoru ortalaması ise 2,46 (\pm 1,90) idi. 33 (%55,9) hastanın takipleri sırasında çekilen kontrol MRG'si normal, 5 (%8,5) hastada kronik sakroilit mevcuttu. Takiplerimiz sırasında 5 hastaya ankilozan spondilit, 1 hastaya ise SAPHO sendromu tanısı konmuştur.

Sonuç: İzotretinoin genel olarak orta-ciddi düzeyde akne vulgaris için kullanılan önemli bir tedavi ajanıdır. Yapılan çok az çalışmada izotretinoin kullanımı sonrası sakroilit gelişen olgu-derlemesi şeklinde yayınlar mevcuttur. Yaptığımız çalışmada enflamatuvar bel ağrısı tarifleyen ve anamnezinde izotretinoin kullanımı olan hastalar alınmıştır ve uzun dönem sonuçları gösterilmiştir. Takiplerimizde 6 hastaya romatolojik hastalık tanısı konmuştur ve bu açıdan çalışmamız önem arz etmektedir. Romatoloji pratiğinde anamnez alınırken izotretinoin kullanımının sorgulanması önemlidir ve dikkat edilmesi gereken bir husustur. Bu alanda daha fazla olgular ile geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İzotretinoin, enflamatuvar bel ağrısı, spondiloartropati

PsA prevalansı beklenenden düşük: Ülke çapında sağlık verileri e-Nabız'dan elde edilen sonuçlar

Gizem Ayan¹, Hasan Satış², Emre Bilgin³, Abdülşamet Erden⁴, Alper Sarı⁵, Berkan Armağan⁶, Hakan Babaoğlu⁶, Erdem Karabulut⁷, Duygu Tecer⁸, Levent Kılıç¹, Orhan Küçükşahin⁹, Mustafa Mahir Ülgü¹⁰, Mustafa Okan Ayvalı¹¹, Naim Ata¹¹, Şuayip Birinci¹², **Umut Kalyoncu**¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) epidemiyolojisi üzerine sonuçlar, öncelikle çeşitli araştırma metodolojileri, farklı hasta grupları ile PsA'yı tanımlama kriterleri ve coğrafi farklılıklar nedeniyle çelişkili bulgular ortaya koymaktadır. Ancak, Türkiye'de PsA'nın yaygınlığını belirlemek için nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada, Türkiye'de PsA'nın yaygınlığını göstermeyi amaçladık.

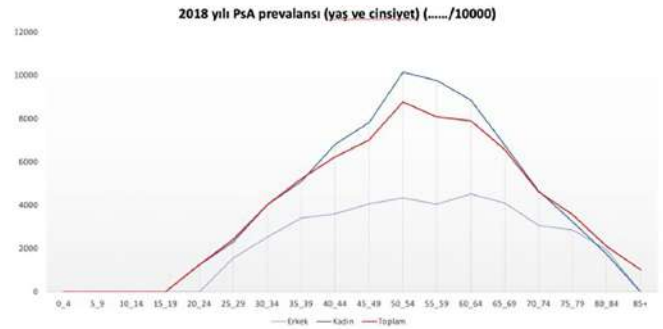
Yöntem: Ülke genelinde kohort değerlendirmesi, Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi (e-Nabız) kullanılarak gerçekleştirildi. Bu

analiz için PsA/psoriasis olguları, M07, M09, L40 ve alt gruplarını içeren ICD-10 kodları kullanılarak belirlendi. PsA ve psoriasis olguları, 30 günlük bir aralıkla en az iki kez ICD-10 kodu girilen hasta sayısı olarak tanımlandı. PsA'nın ulusal prevalansı, 2018 yılın 1 Ocak-1 Aralık tarihleri arasında belirlenen olgu sayısının, o dönemde Türkiye'de ikamet eden kişi sayısına bölünmesiyle belirlendi.

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında 40.463 PsA hastası ve 408.023 psoriasis hastası vardı. Toplamda, plak sedef hastalarının (PsO) %9,91'inde ICD-10 kod sistemine göre PsA vardı. Bunların %65,6'sı kadındı ve ilk başvuru yaşı ortalaması (standart sapma) 47,5 (13,7) idi. 2018 yılında PsA prevalansı 3/10000 idi. Şekil 1'de 2018 yılı için romatoid artrit yaş gruplarına ve cinsiyete göre görülme sıklığı görülmektedir. Kadın ve erkeklerdeki yaş dağılımları benzer olup pik görülme yaşı 50-54 arasındır.

Sonuç: Epidemiyolojik çalışmalar ile ICD-10 kodlu hastane başvuruları arasında uyumsuzluk olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda ICD-10 koduna ulusal veri PsA prevalansı beklenenden düşüktür. PsO tanısı olan hastaların ancak %10'unda PsA tanı kodu mevcuttur. Ayrıca kadınların daha fazla sağlık sisteminden yararlandığı görülmektedir. Tüm bu bulgular PsA'nın tanı ve takip süreçlerinde halen devam eden sorunlar olduğuna işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: PsA, prevalans, epidemiyoloji



Şekil 1. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre PsA prevalansı
PsA: Psoriatik artrit

Romatolojik hastalık tanılı kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda biyolojik tedavi deneyimi

Sinem Burcu Kocaer¹, Yeşim Erez², Caner Çavdar³, Gerçek Şen⁴, Merih Birlik⁴, Fatoş Önen⁴, İsmail Sarı⁴

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Romatolojik hastalıklar, çok farklı etiyopatogenez ve klinik özellikler gösteren farklı tedavi yaklaşımları gerektiren hastalık grupları içermektedir. Bu hastalıkların tedavisinde ileri tedavi modaliteleri gerekebilmektedir ve bu tedaviler biyolojik tedavi olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik tedaviler ile ilgili her geçen gün deneyim ve bilgi düzeyimiz artmakla birlikte bu ilaçların renal yetmezlik hastalarındaki farmakokinetiği, tedavi etkinliği ve ilaç yan etkileri konusunda literatür verisi kısıtlı olması nedeniyle kliniğimizdeki romatolojik hastalık tanılı kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda biyolojik tedavi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Kliniği'nde takip edilen, romatolojik tanısı nedeniyle biyolojik tedavi alan hastalardan kronik böbrek yetmezliği olanların verileri retrospektif değerlendirilmiştir. Hastaların sosyodemografik verileri, komorbidite varlığı, romatolojik hastalık tipi, kullanılan ilaçlar, tedavide kalım süresi, laboratuvar, görüntüleme ve patoloji sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 26 hasta dahil edildi. Hastaların 15'i erkekti (%57,7). Hastaların ortalama güncel yaşı 61, tanı yaşı 45,7,

semptom başlama yaşı ise 41'di. Yirmi altı hastanın 19'u takipte, 6'sı takip dışı, 1'inin eks olduğu görüldü. Yirmi bir hastanın ek hastalığı mevcuttu. En sık eşlik eden hastalıklar diabetes mellitus ve hipertansiyondu. Hastaların 12'si (%46,2) aksiyel spondilartroz, 8'i (%30,8) romatoid artrit, 2'si psöriatik artrit (%7,7) tanılıydı. Yedi hastada (%26,9) proteinüri mevcuttu. Bu hastaların 5'ine (%19,2) amiloidoz açısından biyopsi yapılmıştı. Üç hastanın rektal biyopsi (%11,5) ve 2 hastanın (%77) renal biyopsi öyküsü mevcuttu. Hastaların sadece 1'inde (%3,8) diyaliz ihtiyacı olduğu görüldü. Renal nakil ihtiyacı olan hasta yoktu. Yedi hasta (%26,9) ilk biyolojik tedavi olarak etanersept kullanmaktaydı ve en sık kullanılan ajan etanerseptti; ikinci sırada ise en sık infliksimab mevcuttu. Hastaların 9'unda (%34,6) biyolojik tedavi switch edildiği görüldü. Switch sonrası en sık adalimumab tedavisine geçildiği görüldü. Hastaların 8'i (%30,8) biyolojik tedavi eş zamanlı konvansiyonel sentetik hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaç kullanmaktaydı. Biyolojik kullanım süresi ortalama 72 ay olarak hesaplandı. Biyolojik öncesi kreatinin düzeyi ortalama 1,14 mg/dL iken biyolojik sonrası kreatinin 1,4 mg/dL olarak görüldü. Ortalama proteinüri 1 gr/gün olarak hesaplandı. Biyolojik öncesi ortalama proteinüri 0,78 g/gün iken biyolojik sonrası 0,54 g/gün olarak görüldü (Şekil 1).

Sonuç: Biyolojik tedavi sonrası kreatinin değerlerinde artış olmasına rağmen, bu artışın MDRD-GFR'ye bağlı yaşta azalmaya bağlı olduğu düşünülmüştür. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda ilk biyolojik tedavinin ilaç sağkalım oranı %66,4 olup literatür verileri ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, bozulmuş böbrek fonksiyonlarının ilaç sağkalım oranı üzerinde bir etkisi olmayabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedaviler, kronik böbrek yetmezliği, romatolojik hastalıklar

	Mean	Minimum	Maksimum	Std. Deviation
Yaş (n)	61	42	78	12,1
Tanı yaşı (n)	45,7	20	68	13,4
Semptom başlangıç yaşı (n)	41	18	68	15,4
Takip süresi (ay)	192,4	48	500	112
Semptom süresi (ay)	172,5	2,00	900	280,5
Biyolojik tedavi öncesi kreatinin (mg/dl)	1,1	0,76	2	0,3
Biyolojik tedavi öncesi CrCl (ml/dak)	60,5	34,00	100	16,9
Son ziyaret CrCl	51,2	15,00	104	19,6
Son ziyaret kreatinin (mg/dl)	1,4	0,77	4,2	0,6
Biyolojik tedavi öncesi ESR (mm/h)	54	5,00	120	34,6
Son ziyaret ESR (mm/h)	25,3	3,00	95	22,7
Biyolojik tedavi öncesi CRP (mg/l)	30,6	3,40	140	33,5
Son ziyaret CRP (mg/l)	10,4	1,70	31	7,4
Kantitatif proteinüri en yüksek veri (gr/24 saat)	1	0,13	8,3	1,8
Son ziyaret kantitatif proteinüri (gr/24h)	0,51	0	2,00	0,5
Biyolojik tedavi öncesi kantitatif proteinüri (gr/24h)	0,78	0	6,79	1,7
Toplam biyolojik tedavi sayısı (n)	1,43	1	3	0,5
Biyolojik tedavide kullanım süresi (ay)	72,38	24	160	38,2

Şekil 1. Sonuçlar

Tedavisi zor psoriatik artritli hastaların özellikleri: Ülke çapında sağlık verileri e-Nabız'dan elde edilen sonuçlar

Umur Kalyoncu¹, Hasan Satış², Gizem Ayan¹, Emre Bilgin³, Abdülşamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Hakan Babaoğlu⁵, Erdem Karabulut⁶, Duygu Tecer⁷, Alper Sarı⁸, Levent Kılıç¹, Mustata Mahir Ülgü⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹⁰, Şuayip Birinci¹¹, Orhan Küçükşahin¹²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara

¹⁰Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Son zamanlarda, tedavisi zor psoriatik artritli (D2T PsA) hastaların özellikleri giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, ulusal sağlık kayıt veri setinde kayıtlı tedavisi zor PsA hastalarının klinik ve demografik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Veri sistemi ve hasta seçimi; Sağlık Bakanlığı tarafından 2014'ten beri kurulan sağlık verisi depolarına dayanan Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Bu analizde, PsA olguları, ICD-10 kodları (M07, M09 ve alt grupları) aracılığıyla belirlendi ve olgular, ilgili ICD-10 kodlarına 30 günlük bir aralıkla en az iki kez girilen hastalar olarak tanımlandı. Eşlik eden hastalık analizi için, aynı hastalığa sahip hastalarda eşlik eden hastalığın mevcut olduğu kabul edildi ve ICD-10 kodu en az 3 kez zaman sınırı olmaksızın girilenler ek hastalık var olarak kabul edildi. Tedavisi zor PsA, PsA hastalarına ≥ 2 farklı biyolojik hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) reçete edilmesi olarak tanımlandı. Bu grupta demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve tedavi stratejileri değerlendirildi ve sadece 1 bDMARD kullanımı olan hastalar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Kırk bin dört yüz altmış üç PsA hastasından 11.923'ü (%29,4) en az bir bDMARD kullandı. Toplam olarak tüm PsA hastalarının 2.605'i (%6,4), bDMARD kullanan hastaların %21,8'i D2T PsA olarak tanımlandı. Kullanılan ilaç sayısına göre grupların dağılımı şu şekildeydi: İki bDMARD n=2,524 (%21,2), üç bDMARD n=1.138 (%9,5), dört bDMARD n=455 (%3,8), ≥ 5 (%2,5). Bir bDMARD kullanan hastalar ile iki veya daha fazla bDMARD kullanan hastalar arasında bağ doku hastalığı, glikoz intoleransı, hiperlipidemi, pulmoner veya renal hastalıklar, maligniteler veya tromboz açısından fark görülmedi. Öte yandan, iki veya daha fazla bDMARD kullanan hastalarda nöropsikiyatrik bozukluklar daha sıkı [depresyon %32,3'e karşı %26,1, olasılık oranı (OO), %95 güven aralığı (GA) 1,35 (1,23-1,48)], fibromiyalji %12,0'a karşı %7,5 OO, %95 GA 1,64 (1,42-1,89). Tedavisi zor PsA'lı hastaların konvansiyonel sentetik hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaç ve glukokortikoid kullanma oranı daha yüksekti.

Sonuç: Ulusal kayıtlara göre tüm PsA hastalarının yaklaşık %6'sı ve bDMARD kullanan hastaların yaklaşık beşte biri iki veya daha fazla farklı mekanizma bDMARD kullandı. Başlıca belirleyici faktör, kadınlarda biraz daha yüksek olan depresyon ve fibromiyalji varlığıdır. Verilerimize göre nedensellik gösterilemese de bu hasta grubunda özel dikkat gösterilmesi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: D2T, PsA, zor

Tablo 1. D2T ve 1 bDMARD kullanılan PsA hastalarının özellikleri

	bDMARD=1 n (%) n= 9.220	D2T PsA, n (%) n=2.605	OO
Yaş, yıl, ortalama (SS)	44.27 (12,7)	43.86 (11,7)	N.A
Kadın cinsiyet, n (%)	5.667 (61,45)	1771 (65,54)	1,19 (1,09-1,31)
Glukokortikoid kullanımı	5.889 (63,9)	1863 (71,5)	1,48 (1,35-1,63)
csDMARD'ların kullanımı	7.824 (84,8)	2.409 (89,1)	1,47 (1,28-1,68)
Metotreksat	6656 (72,1)	2072 (76,6)	1,27 (1,15-1,40)
Leflunomid	2975 (32,2)	1132 (41,8)	1,51 (1,39-1,65)
Sülfasalazin	2985 (32,3)	872 (32,2)	0,99 (0,91-1,09)

bDMARD: Biyolojik hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaç, csDMARD: Konvansiyonel sentetik hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaç, D2T PsA: Tedavisi zor psoriatik artrit, OO: Olasılık oranı, SS: Standart sapma

Behçet sendromunda klinik çalışmalar için kullanılan sonuç ölçütlerinin sistematik literatür taraması

Yeşim Özgüler¹, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Peter A Merkel², Beverly Shea³, Haner Direskeneli⁴, Alfred Mahr⁵, Robin Christensen⁶, Gülen Hatemi¹

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

²University of Pennsylvania, Department of Biostatistics, Epidemiology, and Informatics, Division of Rheumatology, Philadelphia, USA

³University of Ottawa and Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canada

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

⁵Cantonal Hospital St. Gallen, St. Gallen, Switzerland

⁶The Parker Institute, Bispebjerg and Frederiksberg Hospital, Copenhagen, Denmark

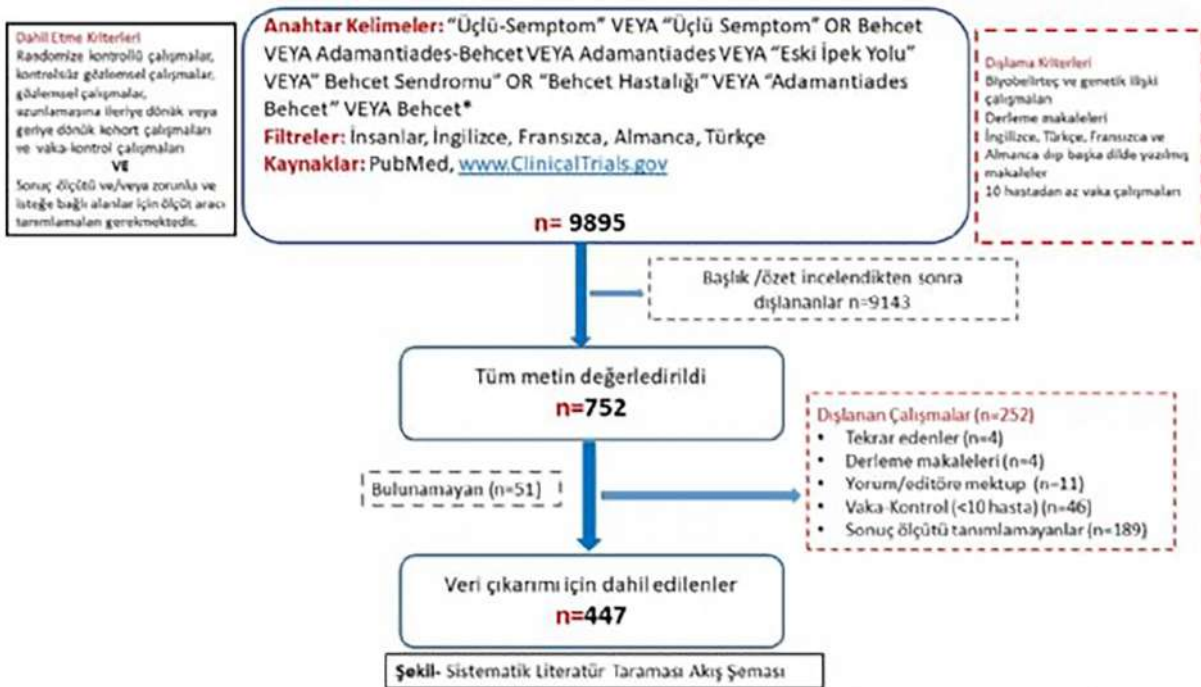
Amaç: OMERACT Behçet Sendromu (BS) Çalışma Grubu, BS konusunda uzmanlar ve BS hastalarından oluşan geniş, multidisipliner bir ekip olarak, BS çalışmalarında kullanılmak üzere bir "Core Domain Set" geliştirmişti. Bu set hastalık aktivitesi, yeni organ tutulumu, yaşam kalitesi, yan etkiler ve ölüm olmak üzere beş zorunlu alandan ve organ-sistem tutulumları için zorunlu ve opsiyonel ek alt alanlardan oluşmaktaydı. Bu çalışmada, nihai amacımız olan Temel Sonlanım Ölçütleri Seti (Core Set of Outcome Measures) geliştirmenin bir sonraki basamağı olarak, her bir alanla eşleşen ideal sonlanım ölçütlerini belirlemek için bir sistematik literatür taraması yapmayı hedefledik.

Yöntem: PubMed ve ClinicalTrials web sitesinde tarama yaptık ve herhangi bir sonlanım ölçütü ve/veya ölçüm aracı bildiren randomize kontrollü çalışmaları, kontrolsüz çalışmaları, gözlemsel çalışmaları, prospektif veya retrospektif kohort çalışmalarını ve olgu-kontrol çalışmalarını dahil ettik (Şekil 1). Bu sonlanım ölçütleri ve ölçüm araçlarından "Core Domain Set" her bir alanıyla eşleşenleri belirledik.

Bulgular: Dokuz bin sekiz yüz doksan beş çalışmanın başlık ve özetlerini inceledikten sonra, 752'sinin tam metinlerini değerlendirdik. Bu çalışmaların 432'si dahil etme kriterlerimizi karşıladı. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için kullanılan 8 farklı ölçek ile 1 tane hastalığa özgü ve 16 tane genel yaşam kalitesi ölçeği tespit ettik. "Behçet Hastalığı Bağırsak Tutulumu Hastalık Aktivite İndeksi" gibi belli bir organ tutulumu için geliştirilmiş, BS'ye özgü az sayıda ölçek tespit edebildik. Ayrıca benzer organ tutulumuna sahip diğer hastalıklar için geliştirilmiş ölçeklerin (örneğin; Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi) BS için de kullanıldığını gördük. Birçok çalışmada organ tutulumları için "remisyon", "yanıt", veya "nüks" gibi sonlanımların bildirildiğini, ancak bunlar için standart tanımlar olmadığını saptadık.

Sonuç: BS çalışmalarında birbirinden farklı çok sayıda sonlanım ölçütü ve ölçeği ve standart olmayan tanımlar kullanılmakta, bazı tutulum tipleri için ise Behçet'e özgü araçlar bulunmamaktadır. Mevcut araçların psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi, her bir alan ve alt alan için en uygun aracın seçilmesi ve gerektiğinde yeni araçların geliştirilmesi, bir Temel Sonuç Ölçütleri Seti'nin geliştirilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, sonlanım ölçütü, sistematik literatür taraması



Şekil 1. Sistematik literatür taraması akış şeması

İnterstisyel akciğer hastalığı olan romatoid artrit hastalarında St. George solunum anketinin diğer parametrelerle ilişkisi

İrem Şahinoğlu¹, Deniz Kızıllırmak², Mevlüt Kaçar¹, Filiz Cemre Taşgöz¹, Şeref Süllükçü¹, Emre Ali Acar¹, Müge Gencer Tuluy³, Seçil Sarı², Sadettin Uslu¹, Özgül Soysal Gündüz¹, Timur Pırıldar¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Manisa

³İzmir Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid artrit (RA) hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. St George solunum anketi (SGRQ) hasta tarafından bildirilen faydalı bir sonuç ölçütüdür. Çalışmamızda, İAH olan RA hastalarında SGRQ ile akciğer fonksiyonel ve görüntüleme parametreleri arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntemler: ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve İAH tanısı ile takip edilen 37 RA hastası çalışmaya dahil edilmiştir. SGRQ, akciğer fonksiyonel ve radyolojik sonuç ölçümleri analiz edilmiştir.

Bulgular: Ortanca yaşı 64 (çeyrekler açıklığı: 42-82) yıl olan ve %81,1'i (n=30) kadın olan 37 RA-İAH hastası analiz edilmiştir. Ortalama hastalık süresi 107,29±111,78 aydı. Toplam SGRQ skoru 6 dakika yürüme testi, sağlık değerlendirme anketi, DAS 28-ESR, SF-12 fiziksel ve mental skorla ilişkiliydi (sırasıyla r=-0,565, p=0,016, r=0,646, p=0,027, r=0,471, p=0,003, r=-0,773, p<0,001 ve r=-0,607, p<0,001). SGRQ alt skorlarının hiçbirisi HRCT skorları ve zorunlu vital kapasite ile korelasyon göstermedi. Karbon monoksit difüzyon kapasitesi sadece SGRQ semptom skoru ile negatif korelasyon gösterdi (r=0,470, p=0,003) (Tablo 1).

Sonuç: RA'da akciğer tutulumunun geleneksel ölçümlerinden akciğer fonksiyon testleri ve görüntüleme skorları ile günlük pratikte yatak başında uygulanabilen SGRQ ile bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, romatoid artrit, St. George solunum anketi

Tablo 1. St. George solunum anketi total skoru, semptom alt skoru, aktivite alt skoru ve etki alt skorunun diğer parametrelerle ilişkisi

n=37	SGRQ total skor	SGRQ total skor	SGRQ semptom skoru	SGRQ semptom skoru	SGRQ aktivite skoru	SGRQ aktivite skoru	SGRQ etki skoru	SGRQ etki skoru
RA	r	p	r	p	r	p	r	p
FVC	-0,140	0,408	-0,177	0,295	-0,158	0,351	-0,087	0,609
DLCO	-0,258	0,123	-0,470	0,003	-0,210	0,211	0,077	0,649
6DYT	-0,565	0,000	-0,403	0,013	-0,575	0,000	-0,274	0,100
HAQ	0,646	0,000	0,568	0,000	0,578	0,000	0,368	0,025
DAS28-ESH	0,471	0,003	0,356	0,031	0,508	0,001	0,263	0,116
Warrick şiddet skoru	0,167	0,322	0,174	0,304	0,206	0,222	0,132	0,434
Warrick yoğunluk skoru	0,168	0,322	0,132	0,437	0,185	0,272	0,239	0,154
Warrick total skor	0,172	0,308	0,161	0,342	0,203	0,229	0,181	0,282
Min SpO2	-0,287	0,085	-0,254	0,130	-0,367	0,026	-0,010	0,955
SF-12 fiziksel skor	-0,773	0,000	-0,571	0,000	-0,721	0,000	-0,390	0,017
SF-12 mental skor	-0,607	0,000	-0,590	0,000	-0,519	0,001	-0,320	0,054

6DYT: 6 dakika yürüme testi, DAS28-ESH: Hastalık aktivite skoru, DLCO: Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi, FVC: Zorlu vital kapasite, HAQ: Sağlık değerlendirme anketi, Min SpO2: Minimum oksijen saturasyonu, RA: Romatoid artrit, SF-12: Kısa form 12 yaşam kalitesi ölçeği, SGRQ: St. George solunum anketi

Sistemik skleroz çakışma sendromu olan hastaların klinik özellikleri

İbrahim Vasi^{1*}, Shirkhan Amikishiyev^{2*}, Bengisu Aslan^{3*}, Aslıhan Avanoğlu Güler^{4*}, Ayşegül Avcu^{5*}, Arif Babayigit^{6*}, Mehmet Akif Baltacı^{4*}, Reyhan Bilici^{1*}, Özlem Doğan Ağbuga^{7*}, Mustafa Erdoğan^{5*}, Büşra Fırlatan^{8*}, Esra Genç^{9*}, Serdar Can Güven^{10*}, Burak Okyar^{11*}, Tahir Saygın Öğüt^{3*}, Duygu Sevinç Özgür^{12*}, Berçemhan Sulu^{13*}, Zübeyde Uğurlu^{14*}, Gizem Varkal^{15*}, Gülşah Yamancı^{16*}, Reşit Yıldırım^{17*}, Berna Yurttaş^{13*}, Fatma Alibaz^{5*}, Didem Arslan^{15*}, Cemal Bes^{12*}, Ayşe Çefle^{18*}, Atalay Doğru^{14*}, Emine Duygu Ersözül^{11*}, Şükran Erten^{13*}, Duygu Temiz Karadağ^{18*}, Ahmet Karataş^{16*}, Timuçin Kaşifoğlu^{17*}, Gezmiş Kimyon^{19*}, Orhan Küçükşahin^{10*}, Alper Sarı^{4*}, Ali Şahin^{6*}, Murat Turgay^{20*}, Yasemin Yalçinkaya^{2*}, Müçteba Enes Yağla^{20*}, Veli Yazsız^{21*}, Mehmet Engin Tezcan^{9*}, Gülen Hatemi^{13*}, Murat İnanç^{4*}, Süleyman Serdar Koca^{16*}, Ahmet Merih Birlik^{22*}, Ali Akdoğan^{8*}, Abdulsamet Erden^{1*}

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

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü Antalya

⁴Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sivas

⁷Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

¹⁰Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

¹²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

¹³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

¹⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

¹⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

¹⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹⁸Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

¹⁹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

²⁰Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

²²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Moleküler Tıp Anabilim Dalı, İzmir

*Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik skleroz (SSk), deri ve iç organlarda yaygın fibrozis, vaskülopati ve otoimmün özelliklerle karakterize, nadir görülen kronik bir bağ dokusu hastalığıdır. SSk, genellikle deri tutulumu derecesine göre sınıflandırılan üç ana alt tipe ayrılır: Diffüz kutanöz SSk (DkSSk), sınırlı kutanöz SSk (LkSSk) ve sine skleroderma. SSk, ayrıca diğer romatizmal hastalıklarla, örneğin romatoid artrit (RA), Sjögren sendromu ve sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilir. Bu durumlar “çakışma sendromu” olarak adlandırılır. Çalışmamızda çakışma sendromu olan SSk hastaları ile diğer SSk hastalarının klinik özellikleri karşılaştırılması planlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmaya, Türkiye Sistemik Skleroz veri tabanına kayıtlı ve ACR/EULAR 2013 sınıflama kriterlerine göre SSk tanısı konulmuş 208 hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik bilgileri, klinik ve laboratuvar verileri veri tabanından elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %93,3’ü (194/208) kadın, %6,7’si (14/208) ise erkektir. Hastaların yaş ortalaması 50±14 yıl olup, yaş aralığı 19 ile 83 arasında değişmektedir. Hastalık alt tiplerine göre dağılım incelendiğinde, %66,3’ünde (138/208) sınırlı (LkSSk), %29,8’inde (62/208) diffüz (DkSSk), %3,8’inde (8/208) sine skleroderma ve bu hastaların da %12’sinde (25/208) çakışma sendromları tespit edilmiştir. Çakışma sendromlu hastaların %36’sında (9 hasta) Sjögren sendromu, %20’sinde (5 hasta) polimiyozit ve %8’inde (ikişer hasta) SLE, mikst bağ dokusu hastalığı ve RA görülmüştür. Anti-topoizomeraz pozitifliği DkSSk hastalarında daha yaygın iken anti-sentromer pozitifliği LkSSk hastalarında daha yaygın saptanmıştır (p=0,001). Çakışma sendromu olan hastalarda ise anti-La/SSb ve anti-Ro/SSa pozitifliği anlamlı olarak SSk hastalarından daha fazla olarak saptanmıştır (p=0,001). SSk klinik bulgularında ise dijital ülser, pitting skar, eklem kontraktürü ve interstisyel akciğer hastalığı sıklığı DkSSk hastalarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla, p=0,002, p=0,001, p=0,001, p=0,009). Çakışma sendromlu hastalarda ise artropati, kas güçsüzlüğü ve miyozit sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. SSk ve çakışma sendromlu hastaların demografik, klinik, serolojik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda, çakışma sendrom oranı %12 olup literatürdeki çalışmalar ile benzerdir. Bu çalışmada çakışma sendromu hastaları arasında %8 SSk-RA, %20 SSk-polimiyozit ve %36 SSk-Sjögren oranları bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda çakışma sendromlarında farklı bağ dokusu hastalıklarının sıklığı heterojenlik göstermektedir. İnterstisyel akciğer hastalığı sıklığı ve deri bulguları DkSSk hastalarında daha yüksek saptanmış olup literatürdeki veriler ile benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Kas iskelet sistemi bulguları ise çakışma sendromlu hastalarda daha sık gözlenmiştir. Bu hastaların klinik seyri tahmini için uzun dönem çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çakışma sendromu, klinik özellikler, sistemik skleroz

Tablo 1. Sistemik skleroz ve çakışma sendromlu hastalarının demografik, klinik ve serolojik özellikleri

	DkSSk n=51	LkSSk n=132	Overlap sendrom n=25	p
Cinsiyet-kadın, n (%)	42 (82,3)	130 (98,5)	22 (88)	0,001
Yaş-yıl, ortalama ± SS	50,7±12,3	50,4±15,2	49,1±11,9	0,898
Hastalık süresi-yıl, medyan (25-75)	2,2 (1,2-3,2)	1,6 (1,0-2,7)	2,1 (0,9-2,6)	0,386
Hastalık başlangıç yaşı-yıl, ortalama ± SS	47,5±11,8	48,7±15,2	47,3±12	0,397
Sigara içme öyküsü				
Hiç içmemiş, n (%)	31 (62)	91 (69,5)	20 (80)	0,104
Ex-smoker, n (%)	11 (22)	13 (9,9)	-	0,104
Aktif içici, n (%)	6 (12)	21 (16)	5 (20)	0,104
Medeni durumu				
Evlü, n (%)	40 (78,4)	105 (79,5)	23 (92)	0,648
Bekar, n (%)	10 (19,6)	24 (18,2)	2 (8)	0,648
Eğitim durumu				
Okula gitmemiş, n (%)	1 (2)	10 (7,6)	3 (12)	0,16
İlkokul-ortaokul, n (%)	30 (58,8)	55 (41,7)	11 (44)	0,16
Lise, n (%)	3 (5,9)	23 (17,4)	5 (20)	0,16
Lisans-yüksek lisans, n (%)	14 (27,5)	26 (19,7)	4 (16)	0,16
Seroloji, (pozitiflik)				
Anti nükleer antikor, n (%)	45 (88,2)	120 (90,9)	22 (88)	0,872
Anti topoizomeraz 1, n (%)	40 (78,4)	42 (31,8)	11 (44)	0,001
Anti sentromer antikor, n (%)	-	63 (47,7)	7 (28)	0,001
Anti-DFS 70, n (%)	1 (2)	3 (2,3)	2 (8)	0,207
Anti-dsDNA, n (%)	2 (3,9)	2 (1,5)	-	0,42
U1RNP, n (%)	2 (3,9)	2 (1,5)	2 (8)	0,129
Anti-PM/Sci, n (%)	2 (3,9)	3 (2,3)	1 (4)	0,521
Anti-Ro52, n (%)	2 (3,9)	8 (6,1)	2 (8)	0,197
Anti-La/SSb, n (%)	-	1 (0,8)	4 (16)	0,001
Anti-Ro/SSa, n (%)	4 (7,8)	5 (3,8)	12 (48)	0,001
RF, n (%)	6 (11,8)	8 (6,1)	3 (12)	0,452
Anti-CCP, n (%)	2 (3,9)	-	2 (8)	0,063
Mukokütanöz bulgular				
Puffy ödem, n (%)	26 (52)	55 (44)	12 (50)	0,596
Pitting skar, n (%)	28 (56)	26 (20,5)	8 (33,3)	0,001
Kalsinozis, n (%)	3 (6)	4 (3,1)	1 (4,2)	0,682
Vaskülopati bulguları				
Raynaud fenomeni, n (%)	48 (96)	116 (91,3)	24 (100)	0,205
Telenjektazi, n (%)	28 (56)	56 (45,2)	11 (45,8)	0,422
Dijital ülser, n (%)	20 (40)	20 (15,7)	8 (33,3)	0,002
Kas-iskelet sistemi bulgular				
Enflamatuvar artrit, n (%)	18 (36)	22 (17,5)	6 (25)	0,014
Eklem kontraktürü, n (%)	11 (22)	2 (1,6)	4 (16,7)	0,001
Miyozit, n (%)	-	-	5 (20,8)	0,001
Kas güçsüzlüğü, n (%)	7 (14)	2 (1,6)	8 (33,3)	0,001
Kas atrofisi, n (%)	4 (8)	-	4 (16,7)	0,001
Tendon sürtünme sesi, n (%)	1 (2)	-	-	0,578
GIS tutulumu, n (%)	21 (42)	32 (25,4)	10 (41,7)	0,053
İnterstiyel akciğer hastalığı n (%)	34 (66,7)	42 (31,8)	8 (32)	0,009
Pulmoner hipertansiyon, n (%)	4 (8)	10 (7,9)	1 (4,2)	0,804
Skleroderma renal kriz, n (%)	1 (2)	1 (0,8)	-	0,67
Laboratuvar değerleri				
Hemoglobin (g/dL), medyan (25-75)	12,7 (11,7-13,6)	13 (12,2-13,8)	13,1 (10,6-13,7)	0,554
Lökosit (/mm ³), ortalama ± SS	8211±2528	7548±2299	7937±2398	0,25
Kreatinin (mg/dL) medyan (25-75)	0,6 (0,6-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,658
Kreatinin fosfokinaz (IU/L) medyan (25-75)	77 (49-164)	67 (39-83)	81 (45-174)	0,31
Sedimentasyon (mm/sa) medyan (25-75)	18 (10-26)	13 (8-21)	19 (9-30)	0,13
C-reaktif protein (mg/L) medyan (25-75)	5 (2,4-17,4)	3,4 (2-9)	5 (10,6-13,7)	0,543

DkSSk: Diffüz kutanöz sistemik skleroz, GIS: Gastrointestinal sistem, LkSSk: sınırlı kutanöz sistemik skleroz, SS: Standart sapma

Erken sistemik skleroz hastalarında otolog kök hücre nakli için uygun adayların değerlendirilmesi

Serdar Can Güven^{1*}, Shirkhan Amikishiyev^{2*}, Bengisu Aslan^{3*}, Aslıhan Avanoğlu Güler^{4*}, Ayşegül Avcu^{5*}, Arif Babayigit^{6*}, Mehmet Akif Baltacı^{4*}, Reyhan Bilici^{7*}, Özlem Doğan Ağbuga^{8*}, Mustafa Erdoğan^{5*}, Büşra Fırlatan^{9*}, Esra Genç^{10*}, Burak Okyar^{11*}, Tahir Saygın Öğüt^{3*}, Duygu Sevinç Özgür^{12*}, Berçemhan Sulu^{13*}, Zübeyde Uğurlu^{14*}, Gizem Varkal^{15*}, İbrahim Vasi^{7*}, Gülşah Yamancı^{16*}, Reşit Yıldırım^{17*}, Berna Yurttaş^{13*}, Fatma Alibaz^{5*}, Didem Arslan^{15*}, Cemal Bes^{12*}, Ayşe Çefle^{18*}, Atalay Doğru^{14*}, Abdülşamet Erden^{7*}, Emine Duygu Ersöz^{11*}, Duygu Temiz Karadağ^{18*}, Ahmet Karataş^{16*}, Timuçin Kaşifoğlu^{17*}, Gezmiş Kimyon^{19*}, Alper Sarı^{4*}, Ali Şahin^{6*}, Mehmet Engin Tezcan^{10*}, Murat Turgay^{20*}, Yasemin Yalçınkaya^{2*}, Müçteba Enes Yayla^{20*}, Veli Yazısız^{21*}, Gülen Hatemi^{13*}, Süleyman Serdar Koca^{16*}, Ahmet Merih Birlik^{22*}, Ali Akdoğan^{9*}, Murat İnanç^{4*}, Orhan Küçükşahin^{1*}, Şükran Erten^{13*}

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü Antalya

⁴Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁶Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sivas

⁷Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

¹²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Cam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

¹³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

¹⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

¹⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

¹⁷Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹⁸Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

¹⁹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

²⁰Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

²²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Moleküler Tıp Anabilim Dalı, İzmir
*Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, hastalık için optimal bir ilaç tedavisi henüz bulunamamıştır. Bu durum, bağışıklık sistemini yeniden düzenlemeye yönelik otolog hematopoetik kök hücre nakli (OKİT) gibi tedavi yaklaşımlarının önem kazanmasına yol açmıştır. Bu çalışmanın amacı, ulusal veri tabanında OKİT adayı olabilecek hastaları belirlemek, bu hastaların klinik ve tedavi özelliklerini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya, Türkiye Sistemik Skleroz veri tabanına kayıtlı ve 2013 ACR/EULAR sınıflama kriterlerini dolduran 208 SSk hastası dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik bilgileri, klinik, laboratuvar ve tedavi verileri veri tabanından elde edilmiştir. OKİT adayı SSk hastalarını belirlemek amacıyla, literatürde tanımlanan iki temel çalışmanın dahil etme kriterleri kullanılmıştır: SCOT çalışması (Kriter Seti 1) ve ASTIS çalışması (Kriter Seti 2).

Bulgular: İncelenen 208 hastalık süresi [ortalama ay ± standart sapma (SS)] 25,7±17, yaş (ortalama yıl ± SS) 50,1±14,5 olarak saptandı. Hastaların %66,3'ü sınırlı SSk, %29,8'i diffüz SSk ve %3,8'i sine SSk kriterlerini karşılamaktaydı. Eksik veriye sahip hastalar çıkarıldıktan sonra, toplamda 8 hastanın OKİT kriterlerini karşıladığı belirlendi. Bu hastalardan 3'ü Kriter Seti 1'i, 7'si Kriter Seti 2'yi, 2'si ise her iki kriter setini karşılamaktaydı. OKİT kriterlerine uygun hastaların demografik, klinik ve tedavi verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Ulusal veri tabanında eksik veriye sahip hastalar dışlandıktan sonra 8 hastanın OKİT adayı olduğu izlenmiştir. Bu hastaların bazal özellikleri ve başlanan ilaç tedavileri saptanmış, gelecek çalışmalar için temel bir veri seti oluşturulmuştur. Ulusal veri tabanı takip süresi ve hasta sayısı arttıkça SSk tedavisinde OKİT uygulamasının yeri konusunda daha fazla veri elde edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, skleroderma, tedavi, otolog kemik iliği nakli

Tablo 1. OKİT uyumlu hastaların demografik, klinik verileri ve tedavi özellikleri

	Kriter Seti 1 n=3	Kriter Seti 2 n=7
Yaş, yıl, ortalama (minimum-maksimum)	58,0 (36,0-74,0)	49,0 (36,0-64,0)
Cinsiyet, kadın, sayı (%)	3 (100)	6 (85,7)
Hastalık tipi, diffüz	3 (100)	7 (100)
Semptom süresi (Raynaud), ay, ortalama (minimum-maksimum)	31 (31-43)	32 (25-44)
Semptom süresi (Raynaud dışı), ay, ortalama (minimum-maksimum)	29 (7-46)	23 (6-50)
ANA+, sayı (%)	3 (100)	7 (100)
ScL-70+, sayı (%)	3 (100)	7 (100)
Komorbid hastalıklar		Hipertansiyon, 1 hipertiroidi
SSk manifestasyonları, sayı (%)		
Raynaud	3 (100)	7 (100)
Sklerodaktili	3 (100)	7 (100)
Pitting skar/dijital ülser	2 (66,6)	4 (57,1)
Artrit/artropati	0	1 (14,3)
Renal kriz	0	0
İAH	3 (100)	7 (100)
GIS	3 (100)	5 (71,4)
FVC %, ortalama (minimum-maksimum)	94 (54-105)	87 (54-105)
DLCO%/Hg, ortalama (minimum-maksimum)	62.5 (58-67)	58.0 (51-71)
mRSS, ortalama (minimum-maksimum)	19 (19-28)	19 (18-34)
Laboratuvar parametreleri, ortalama (minimum-maksimum)		
ESR, mm/st	43 (16-88)	39 (16-88)
CRP (mg/L)	36 (2-70)	21,4 (3-70)
Tedavi, sayı (%)		
Sistemik glukokortikoid	2 (66,6)	3 (42,9)
Hidroksiklorokin	3 (100)	4 (57,1)
Siklofosamid	1 (33,3)	2 (28,6)
Mikofenalat mofetil	2 (66,6)	6 (85,7)
Metotreksat	0	1 (14,3)
Azatiyopurin	1 (33,3)	1 (14,3)
Antifibrotik	0	0

Gebelik döneminde biyolojik tedavi alan hastaların gebelik ve postpartum dönemdeki klinik ve tedavi verilerinin retrospektif değerlendirilmesi

Yeşim Erez, Sinem Burcu Kocaer, Fatoş Önen, İsmail Sarı

Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Romatolojik hastalıklar önemli oranda doğurganlık çağındaki kadınları etkilemektedir. Bu nedenle gebelik ve postpartum dönemde romatolojik hastalık seyri ve tedavisi klinik pratikte önemli bir sorun teşkil etmektedir. Romatolojik hastalığın fetal ve maternal sağlık üzerindeki etkisine ek olarak, son dönemlerde biyolojik ilaçların artan kullanımı nedeniyle bu grup ilaçların gebelikteki etkilerine ilişkin güvenlik endişeleri de ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada, gebelikte biyolojik tedavi alan hastaların klinik özellikleri, tedavi karakteristikleri ve gebelik sonuçlarının araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Ocak 2015 ile Aralık 2022 tarihleri arasında planlandı. Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji bölümünde takipli hastalardan gebelikte biyolojik tedavi alan hastalar retrospektif olarak belirlendi. Hastalara ait demografik ve klinik özellikler, tedavi karakteristikleri ve gebelik sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 15 hasta (ortalama yaş 37,2±4) alındı. Tanı anındaki ortalama yaş 25,6±5,4 ve gebelik yaşı 33±3,9 olarak bulundu. Ortalama takip süresi 96±55 ay olarak saptandı. Medyan biyolojik tedavi süresi 37 (1-156) aydı. Altı (%40) hasta aksiyel spondiloartrit, 6 (%40) hasta psöriatik artrit tanısı ile izlenmekteydi. On iki (%80) hastanın gebeliği planlı iken 10 (%66) hasta romatoloji hekimi tarafından konsepsiyon öncesi gebeliğe uygun olarak değerlendirilmişti. Gebelik öncesi 13 (%86,6) hasta remisyonda veya kısmi remisyondaydı. Beş (%33,3) hasta steroid kullanmaktaydı ve tüm hastalarda hastalık modifiye eden antiromatizmal ilaçlar gebe kalmadan önce kesilmişti. Konsepsiyonda 10 (%66,6) hasta sertolizumab, 4 (%26,7) hasta adalimumab almaktaydı. Rituksimab alan hastanın tedavisi gebelik planı nedeniyle kesilmişti. Altı (%60) hastada sertolizumab

tedavisine gebelikte devam edilir iken adalimumab alan hastaların tedavisi ilk trimesterde kesilmişti (Tablo 1). Tedavisi kesilen 2 hastada hastalık aktivasyonu gelişmişti. Biyolojik tedavisi kesilen 9 hastanın 3'ünde gebelik sırasında biyolojik tedaviye yeniden başlanmıştı. Bir hastada gelişen erken membran rüptürü dışında perinatal komplikasyon gelişmediği gözlemlendi. Gebelikte sertolizumab alan bir annenin bebeğine erken çocukluk döneminde zihinsel gerilik tanısı olduğu diğer bebeklerin sağlıklı olduğu görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada, merkezimizde takipli ve gebelikte biyolojik tedavi kullanan hastaların çoğunluğunun planlı şekilde ve romatoloji hekimi tarafından uygun görüldükten sonra gebe kaldığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların çoğunluğunun gebelik öncesi remisyonda veya düşük hastalık aktivitesinde olduğu, gebelikte hastalık aktivasyonu yaşamadığı gözlemlenmiştir. Gebelik planı olan hastalarda romatoloji hekimlerinin sertolizumab tercih etme eğiliminde olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, biyolojik, hastalık aktivitesi

Tablo 1. Hastalara ait klinik ve tedavi özellikleri (n=15)

Yaş	37.2±4
Tanı yaşı	25.6±5.4
Gebelik yaşı	33±3.9
Takip süresi, ay	96±55
Biyolojik tedavi süresi, ay	37 (1-156)
Romatolojik hastalık	
Spondiloartrit	6 (40)
Psöriatik artrit	6 (40)
Romatoid artrit	1 (6.6)
Behçet hastalığı	1 (6.6)
Sistemik lupus eritematozus	1 (6.6)
Biyolojik tedavi	
-Sertolizumab	10 (66.6)
-Adalimumab	4 (26.7)
Hastalık aktivitesi	
Remisyon/parsiyel remisyon*	13 (86.6)
Gebelikte aktivasyon	3 (20)
*Gebelik başlangıcında	

Konvansiyonel DMARD tedavisine yanıtı ve yanıtı olmayan RA'lı hastalarda hasta kaynaklı ölçeklerin rolünün değerlendirilmesi

Dilşad Kuru¹, Ayşegül Avcu², Esra Sevimli³, Burcu Aksoy⁴, Gonca Mumcu⁵, Güzide Nevsun İnanç²

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

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

³Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Programı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Programı, İstanbul

⁵Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

Amaç: Kronik hastalık yönetimi hasta ve hekimler için oldukça zorlu bir süreçtir. Objektif klinik bulguların yanı sıra hasta kaynaklı çıktılar önemli geri bildirimler sağlarlar. Romatoid artrit (RA) kırık ve kemik hasarına yol açan ve engellilik yaratan bir kronik enflamatuvar eklem hastalığıdır. Etiyolojisinde oral sağlık da dahil olmak üzere birçok faktörün etkisi bulunmaktadır. Bu hastaların izleminde hasta kaynaklı çıktılarının kullanılması süreç yönetimi açısından hekime oldukça önemli geri bildirimler sağlamaktadır. Bu çalışmada konvansiyonel hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaç (DMARD) tedavisine yanıtı ve yanıtı olmayan RA'lı hastalarda hasta kaynaklı ölçeklerle “günlük yaşam aktivitesinin”, “oral ve genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin”, “anksiyete ve depresyon” ve “psikolojik dayanıklılık” düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya romatoloji polikliniğine başvuran 18-75 yaş arası, konvansiyonel DMARD tedavisine klinik olarak yanıtı olmayan 21 hasta (K/E: 13/8) ile konvansiyonel DMARD tedavisine klinik olarak yanıtı olan 29 hasta (K/E:20/9) olmak üzere toplam 50 hasta alınmıştır. Veriler klinik muayene ve hasta kaynaklı ölçekleri içeren anket aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler; “EQ-5D-5L Genel Sağlık puanı”, “İş Üretkenliğinde ve Faaliyetlerinde Azalma Ölçeği-Günlük Aktivite Bozukluğu (WPAI-Günlük Aktivite Bozukluğu)”, “Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

(BRS)”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)” ve “Oral Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (OHIP-14)”dır. Bu ölçeklerde; EQ-5D-5L Genel Sağlık ve BRS puanlarının yüksek olması, WPAI-Günlük Aktivite Bozukluğu, OHIP-14 ve HADS puanlarının düşük olması hastanın süreçten olumsuz yönde etkilenmediğini göstermektedir. Hastalık aktivitesi son 3 aydaki DAS28-ESR hastalık aktivitesi skoru ile değerlendirilmiştir. Veriler parametrik olmayan testler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: DMARD yanıtı ve yanıtı olmayan grupların yaş (59,6±11 vs. 60,3±13) ve cinsiyet dağılımlarının (K/E: %69/31 vs. %62/38) benzer olduğu görüldü (p<0,05). DMARD yanıtı ve DMARD yanıtı olmayan gruplar karşılaştırıldığında her iki grup yaş, tanı aldıktan sonra geçen zaman ve tanı almadan önceki şikayet süresi açısından benzer bulunmuştur (p>0,05). İki grup arasında hasta kaynaklı çıktılar değerlendirildiğinde; DMARD yanıtı olmayan grupta WPAI-Günlük Aktivite Bozukluğu puanı artarken (56,4±26,2 vs. 28,7±28,3, p=0,017), EQ-5D-5L Genel Sağlık puanının daha düşük olduğu (50,5±24,1 vs. 66,6±17,4, p=0,018) belirlendi. Ayrıca OHIP-14 ve BRS puanlarında ise gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 1). DMARD yanıtı olmayan grupta WPAI-Günlük Aktivite Bozukluğu puanının artışı EQ-5D-5L Genel Sağlık (r=-0,86, p=<0,001) ve BRS puanlarının (r=-0,64, p=0,013) azalması ile ilişkili olduğu da belirlendi. Bunlara ek olarak; WPAI-Günlük Aktivite Bozukluğu puanının artışı DAS28-ESR değerinin artışı (r=0,74, p=0,004) ve en son diş hekimliği muayenesinden sonra geçen sürenin uzamasıyla da ilişkilidir (r=0,72, p=0,003) (Tablo 2).

Sonuç: Hasta kaynaklı çıktılar kronik hastalık yönetiminde hekime önemli geri bildirimler sağlamaktadır. DMARD yanıtı olmayan grupta günlük yaşam aktivitesinin ve genel sağlık durumunun olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Günlük yaşam aktivitesinin ayrıca psikolojik dayanıklılık düzeyi, en son diş hekimine gidiş süresi gibi değişkenlerden de etkilendiği görüldü. Objektif bulguların yanı sıra hasta kaynaklı çıktılarının kullanımı tedavi protokollerindeki değişiklik kararının verilmesinde ve hastanın yaşamının bu süreçten nasıl etkilenebileceğinin anlaşılmasında faydalı olmaktadır. Ayrıca, hastaların oral sağlık açısından düzenli kontrollerinin sağlanmasının da hastalık aktivitesinin iyi kontrolü açısından önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık aktivitesi, hasta kaynaklı çıktılar, RA

Tablo 1. Hasta kaynaklı ölçeklerle günlük yaşam, hayat kalitesi ve psikolojik dayanıklılık değerlendirilmesi

	DMARD yanıtı	DMARD yanıtı	
	Ortalama (standart sapma)	Ortalama (standart sapma)	p
WPAI Günlük Aktivite Bozukluğu	28,7 (28,3)	56,4 (26,2)	0,017
EQ-5D-5L Genel Sağlık	66,6 (17,4)	50,5 (24,1)	0,018
OHIP-14	15,2 (3,3)	15,7 (3,1)	0,315
Kısa Psikolojik Dayanıklılık (BRS)	3,2 (0,9)	3,1 (1,1)	0,887

DMARD: Hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaç, OHIP-14: Oral Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 2. DMARD yanıtı olmayan grupta günlük yaşam aktivitesini etkileyen parametrelerin değerlendirilmesi

		rho	p
WPAI Günlük Aktivite Bozukluğu	Yaş	-0,07	0,79
	EQ-5D-5L Genel Sağlık	-0,86	<0,001
	DAS28-ESR	0,74	0,004
	Kısa Psikolojik Dayanıklılık (BRS)	-0,64	0,013
	En son diş hekimliği muayenesinden sonra geçen süre	0,72	0,003

Psöriatik artritte certolizumabın 10. yılı: Kalıcılık ve tedavi yanıtının belirleyicileri-HURBIO gerçek yaşam verileri

Mustafa Ekici, Gizem Ayan, Erdiç Ünal, Büşra Fırlatan, Gözde Sevgi Kart Bayram, Buğu Bulat, Ali İhsan Ertenli, Sedat Kiraz, Şule Apraş Bilgen, Ali Akdoğan, Ömer Karadağ, Levent Kılıç, Umut Kalyoncu

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

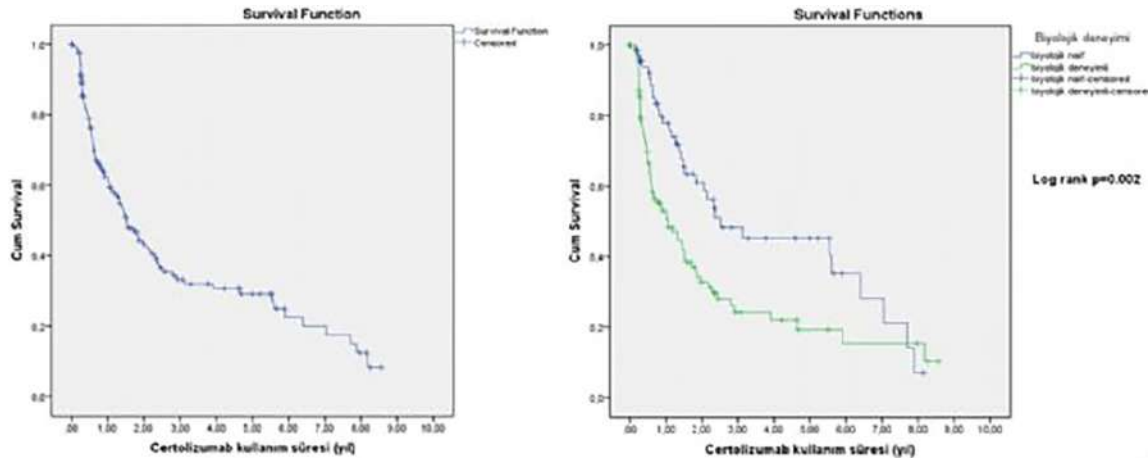
Giriş: Bir pegile tümör nekroz faktörü- α (TNF-alfa) inhibitörü olan certolizumab, psöriazis ve psöriatik artritli (PSA) hastaların randomize kontrollü çalışmalarında (RKÇ) hastalık aktivitesini azaltmıştır. RKÇ'ler genellikle sıkı dahil edilme kriterleri nedeniyle gerçek dünyadaki klinik uygulamalardan farklı hasta kohortları kullandığından gerçek yaşam verileri önem arz etmektedir. Bu çalışmadaki amacımız certolizumabın gerçek hayattaki kalıcılık oranını, kalıcılığıyla ilişkili faktörleri ve etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmaya Mart 2015-Haziran 2024 arasından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji kliniğinde takip edilen HURBIO veri tabanında kayıtlı olan ve en az 1 doz certolizumab alan tüm hastalar dahil edildi. En az bir doz ilaç alan hastalar ilaçta kalım analizine, en az 1 kontrol ziyareti olan hastalar etkinlik ve güvenlik analizine alındı. Hastalık aktivite skorları olarak DAPSA ve BASDAİ kullanıldı. İlaç başlandıktan sonra ilaç etkisinin değerlendirilmesi için başlangıca göre ilk kontrol ziyaretindeki hastalık aktivite parametrelerindeki (HAQ, BASFI, BASDAİ, VAS global, VAS ağrı ve DAPSA) Wilcoxon; ilaçta kalım analizi Kaplan-Meier ve Cox regresyon analiziyle hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya certolizumab kullanan 210 PSA hastası dahil edildi. Yüz elli altı (%74,3) kadın, yaş ortalaması 47 (\pm 12,2)'di. Hastaların 106'sında (%50,5) izlemlerinin herhangi bir anında certolizumab kesilmişti. İlaç kesim nedeni olarak 47 (%45,2) primer etkisizlik, 33 (%31,7) sekonder etkisizlik, 14 (%13,5) yan etki ve diğer neden 10 (%9,6) saptandı. Hayatı tehdit edici ciddi yan etki izlenmedi. Bir yıllık ilaçta kalım %62,3 saptandı. İlaçta 1 yıllık kalımın biyolojik deneyimliler de belirgin düşük (%77,8 ve %53,0 log rank=0,002) olduğu görüldü (Şekil 1). İlaçta kalımı etkileyen faktörler arasında biyolojik deneyimli olmanın [2,70 (%95 güven aralığı (GA) 1,48-4,93)] ve ilaç başlama sonrası ilk kontrol ziyarette DAPSA skorunun yüksek seyretmesinin [1,022 (%95 GA 1,004-1,040)] ilaçta kalımı azalttığı görüldü (Tablo 1). Yüz yetmiş yedi (%84,3) hastanın en az bir kontrol ziyareti vardı. Hastaların ilk kontrolleri medyan 3 (3-6) ayda yapılmıştı. Başlangıç ve ilk kontrol ziyaretteki hastalık parametrelerindeki değişim sırasıyla HAQ [0,65 çeyrekler açıklığı (ÇA) 0,65] ve 0,35 (ÇA 0,89) p<0,001], BASFI [3,9 (ÇA 4,9) ve 2,5 (ÇA 4,2) p<0,001], BASDAİ [5,5 (ÇA 3,6) ve 3,5 (ÇA 4,2) p<0,001], VAS global [59,5 (ÇA 40) ve 37,1 (ÇA 40) p<0,001], VAS ağrı [63,6 (ÇA 40) ve 45,4 (ÇA 45) p<0,001] ve DAPSA [21,1 (ÇA 11,4) ve 9,3 (ÇA 10,5) p<0,001] olmuştur.

Sonuç: Certolizumabın PSA'lı hastalar üzerindeki gerçek yaşam kalıcılığı ve etkinliği değerlendirildiği bu çalışmada bulgularımız, RKÇ dışında, gerçek yaşam koşullarında da certolizumabın hastalık aktivitesini anlamlı şekilde azalttığını ve güvenli bir güvenlik profili çizdiği görüldü. Certolizumab öncesi biyolojik deneyimli olmanın ilaçta kalımı belirgin azalttığı görülmüştür. Bu durum bu hastaların bazal hastalık aktivitesinin zor kontrol edilen hastalar olması lehine yorumlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Certolizumab, gerçek yaşam verileri, ilaçta kalım



Şekil 1. Certolizumab tedavisi alan hastalarda genel ilaçta kalım ve biyolojik deneyime göre ilaç kalım eğrisi

Tablo 1. Certolizumab tedavisini sürdüren ve bırakan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Tüm hastalar n=210	Certolizumab devam n=104	Certolizumab kesilen n=106	p	Multivariate analiz	
					Olasılık oranı (% 95 GA)	p
Kadın n (%)	156 (74,3)	79 (76)	77 (72,6)	0,58		
Hasta yaşı (SS)	47,0 (12,2)	44,5 (10,9)	47,9 (13,3)	0,04	1,005 (0,98-1,02)	0,65
PSA tanı yaşı (SS)	39,7 (11,9)	38,6 (11,9)	39,2 (12,2)	0,72		
PSA izlem süresi yıl, medyan (ÇA)	5 (9)	4 (6)	8 (9,5)	0,02		
PSA gecikme süresi yıl, medyan (ÇA)	1 (7)	1 (6,5)	1,5 (7)	0,66		
Psöriazis sonrası PSA'ya kadar geçen süre yıl, medyan (ÇA)	6 (14)	3 (12)	8 (17,3)	0,03	1,000 (0,97-1,02)	0,98
VKİ (SS)	28,9 (6,2)	29,3 (6,4)	28,5 (5,8)	0,32		
VKİ<30 n (%)	130 (62,2)	61 (59,2)	69 (65,1)	0,38		
Sigara, n (%)	134 (64,1)	67 (64,4)	67 (63,8)	0,92		
Hipertansiyon, n (%)	53 (25,2)	30 (19,2)	33 (31,1)	0,04		
Diyabeti n (%)	27 (12,9)	13 (12,5)	14 (13,2)	0,87		
KAH, n (%)	7 (3,3)	2 (1,9)	5 (4,7)	0,44		
HLA B 27 pozitifliği n (%)	25/93 (26,9)	12/46 (26,1)	13/47 (27,7)	0,86		
Quantiferon pozitifliği n (%)	26 (12,4)	12 (11,7)	14 (13,2)	0,20		
Biyolojik naiflik n (%)	86 (41)	53 (51)	33 (31,1)	0,003	2,70 (1,48-4,93)	0,01
Certolizumab başlangıç DAPSA (SS)	22,0 (10,85)	22,5 (12,3)	21,4 (8,7)	0,56		
Certolizumab kontrol ilk ziyaret DAPSA, medyan (ÇA)	10,3 (11,4)	7,6 (10,2)	11,3 (13,7)	0,002	1,022 (1,004-1,040)	0,01
Certolizumab son kontrol DAPSA, medyan (ÇA)	12,3 (11,9)	9,8 (10,0)	14,9 (12,7)	<0,001		
BASDAİ ≥%50 yanıt (ilaç öcesi ve birinci kontrol ziyaret) n (%)	29/65 (44,6)	17/32 (53,1)	12/33 (36,4)	0,17		
Certolizumab başlangıç HAQ, medyan (ÇA)	0,65 (0,75)	0,62 (0,9)	0,65 (0,8)	0,66		
Certolizumab ilk kontrol ziyaret HAQ, medyan (ÇA)	0,35 (0,83)	0,30 (0,5)	0,50 (1,0)	0,01		
Certolizumab son ziyaret HAQ, medyan (ÇA)	0,5 (1,15)	0,32 (1)	0,98 (1,2)	<0,001		

ÇA: Çeyrekler açıklığı, GA: Güven aralığı, PSA: Psöriatik artritli, SS: Standart sapma, VKİ: Vücut kitle indeksi

Erişkin başlangıçlı still hastalığında relapsı öngördüren tanı anındaki faktörler nelerdir?

İbrahim Yahya Çakar¹, Yeter Mahmutoğlu², Rıza Can Kardeş¹, İbrahim Vasi¹, Serdar Sezer², Müçteba Enes Yayla², Emine Uslu², Hamit Küçük¹, Aşkın Ateş², Mehmet Akif Öztürk¹, Murat Turgay², Abdülşamet Erden¹

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

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı still hastalığı (EBSH), basit eklem tutulumundan şiddetli makrofaj aktivasyon sendromuna (MAS) kadar geniş bir spektrumda klinik özellikler gösteren enflamatuvar bir hastalıktır. Klinik bulguların heterojenliği sebebiyle bazı olgularda remisyon sağlanırken bazı olgularda kronik bir hastalık olarak seyir etmektedir. Hastalığın kronik olarak seyrettiği hastalarda uzun süreli immünoşüpresif tedavi gerekliliği olabilmekte, bu tedavilerin kesilmesi veya tedavilerde doz değişiklikleri ya da presipitan başka sebeplere bağlı olarak hastalarda relapslar gelişebilmektedir. Bu çalışma, EBSH hastalarında relaps gelişimini öngörecektir klinik veya laboratuvar parametrelerinin varlığını saptamayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi romatoloji bilim dallarında takipli EBSH tanılı hastaların, tanıdaki klinik ve laboratuvar özellikleri, izlem süreleri, tanı için kullandığı ilaçlar, tedavi altındaki süre, tedavisiz izlenen süre, hastalarda MAS gelişip gelişmediği, eğer geliştirse MAS gelişme süresi, hastalarda relaps gelişip gelişmediği, eğer geliştirse relaps gelişme süresi bilgileri kaydedildi. Literatürde başka hastalıklar için hastalık aktivasyonu, tedavi cevabı veya

prognoz göstermede kullanımları olan nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, C-reaktif protein (CRP)/lenfosit oranı, Sistemik İmmün Enflamatuvar endeks-SII [(nötrofil x platelet)/lenfosit], Sistemik Enflamasyon Cevap indeksi-SIRI [(nötrofil x monosit)/lenfosit], CRP/albumin, nötrofil/ferritin, ferritin/albumin parametreleri de hesaplandı.

Bulgular: Doksan dört hastanın verisi mevcuttu ve 87 hastanın relaps bilgisine ulaşıldı. Ortalama relaps gelişme süresinin 60,3 ay olduğu hesaplandı. Relaps gerçekleşen hastaların tanı anı CRP değerinin (123 mg/L vs. 189 mg/L, p=0,01), CRP/albumin değerinin (29,69 vs. 58,4 p<0,001), lökosit değerinin (13,7 vs. 19,6 p=0,02), nötrofil değerinin (10,2 vs. 17,6 p=0,01) belirgin daha yüksek, albumin değerinin (3,4 vs. 2,9 p=0,007) daha düşük, tanıda splenomegalisinin daha az olduğu (%13,8 vs. %38,1 p=0,01) görülmüştür (Tablo 1). Relapsı predikte edecek değişkenlerin saptanması için yapılan lineer regresyon analizinde, dikotom (sistemik still vs. eklem ağırlıklı still) ve klasik (monosiklik, polisiklik ve kronik) sınıflandırma tiplerinden de özellikle sistemik still şeklinde seyreden hastalarda relapsın daha sık görüldüğü görülmüştür (olasılık oranı:12,98 p=0,05) (Tablo 2).

Sonuç: Relaps gelişimi hasta morbidite ve mortalitesine büyük etkisi olan bu nedenle istenmeyen klinik bir durumdur. Bu çalışmada EBSH olan hastalarda tanıdaki bulgularla, ileride gelişebilecek relapsı öngörmeye; artrit ağırlıklı fenotipten ziyade sistemik bulgularla başlayan EBSH'lerin, tanıda CRP, lökosit ve nötrofil değerleri yüksek olanların, albumin seviyesi düşük olanların ve CRP/albumin ve ferritin/albumin indeksleri yüksek olanların ve tanıda splenomegalisi olmayanların relaps gelişimi açısından yakın takibi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Still, relaps, enflamatuvar endeks

Tablo 1. ESBH'lerin demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Relaps olmayan grup (n=56)	Relaps olan grup (n=31)	p
Tanı yaşı, yıl ortalama (±SS)	37,5 (13,6)	37,6 (12,9)	0,98
Tanı gecikme süresi ay medyan (25-75p)	1 (0,4-3,2)	1,5 (1-7,2)	0,13
Ateş (>38 derece), n (%)	54 (98,2)	30 (100)	0,64
Hepatomegali, n (%)	19 (35,2)	8 (27,6)	0,32
Splenomegali, n (%)	21 (38,2)	4 (13,8)	0,01
LAP varlığı, n (%)	38 (69,1)	18 (62,1)	0,34
Artrit olan eklem sayısı ortalama (±SS)	2,9 (1,5)	4,6 (3,9)	0,77
ESR medyan (25-75p)	77,0 (58-97)	92,5 (72,7-101,2)	0,3
CRP medyan (25-75p)	141 (80,1-203,5)	104 (71-157)	0,001
Albümin medyan (25-75p)	3,4 (2,9-3,9)	2,9 (2,4-3,4)	0,007
Fibrinojen medyan (25-75p)	405 (7,9-719)	6,8 (4,4-413)	0,06
Ferritin medyan (25-75p)	1363 (502-4302)	4442(563-11582)	0,15
Trigliserit medyan (25-75p)	213,5 (103,2-230,5)	162 (112,5-255,5)	0,36
Lökosit medyan (25-75p)	13,7 (10,3-19,8)	19,6 (13,9-27,7)	0,02
Nötrofil medyan (25-75p)	10,2 (7,1-18,3)	17,6 (11,6-25,6)	0,01
Kreatinin medyan (25-75p)	0,65 (0,55-0,75)	0,68 (0,57-0,85)	0,25
KCFT bozukluğu, n (%)	36 (69,2)	17 (68)	0,55
SAS skoru (siddetli hastalık olan hasta yüzdesi), n (%)	9 (16,4)	7 (26,9)	0,20
NLR (nötrofil/lenfosit oranı) medyan (25-75p)	8,4 (4,4-13,6)	11,2 (7,8-25,6)	0,09
PLR (platelet/lenfosit oranı) medyan (25-75p)	8,5 (5-14)	11,2 (7,8-25,6)	0,15
CRP/Ly medyan (25-75p)	1,91 (0,8-94,3)	17,5 (0,09-172,2)	0,56
SII (nötrofil x platelet)/lenfosit medyan (25-75p)	2327 (1367-4603)	3704 (1756-6698)	0,27
SIRI (nötrofil x monosit)/lenfosit medyan (25-75p)	5,15 (2,63-9,08)	5,63 (2,36-12,42)	0,42
CRP/albumin medyan (25-75p)	29,69 (15,43-44,85)	58,4 (31,76-104,34)	<0,001
Nötrofil/ferritin medyan (25-75p)	0,68 (0,005-6,72)	0,57 (0,002-10,07)	0,85
Ferritin/albumin medyan (25-75p)	388,2 (99,1-1258,3)	1399,1 (190,7-4494,4)	0,05

CRP: C-reaktif protein, ESBH: Erişkin başlangıçlı still hastalığı, SS: Standart sapma

Tablo 2. ESBH'lerde relapsın predikte eden faktörlerin multivaryant analiz ile incelenmesi

Parametre	Olasılık oranı (GA)	p
CRP/albumin	1,025 (1,0-1,050)	0,055
ESR	1,016 (0,974-1,059)	0,45
Fibrinojen	0,997 (0,993-1,000)	0,061
Lökosit	0,865 (0,694-1,079)	0,19
Nötrofil	1,001 (0,946-1,060)	0,9
Splenomegali	0,335 (0,06-1,8)	0,2
Sistemik fenotip (vs. eklem ağırlıklı fenotip)	12,98 (1,003-168,14)	0,05
İntermitan fenotip (vs. kendini sınırlayan fenotip)	0,187 (0,029-1,220)	0,08
Kronik fenotip (vs. kendini sınırlayan fenotip)	13,672 (0,630-296,50)	0,09

CRP: C-reaktif protein, GA: Güven aralığı

Polimiyaljiya romatika tedavisinde glukokortikoidlere eklenen DMARD'ların prognoza etkisinin değerlendirilmesi

Özge Karakök¹, Elif Akyazı Şener², Elif Güngör³, Duygu Şahin⁴, Rabia Deniz⁵, Şükran Erten⁶, Hakan Emmungil³, Mehmet Engin Tezcan⁴, Cemal Bes⁵, Timuçin Kaşifoğlu⁷, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

⁶Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁷Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Polimiyaljiya romatika (PMR), 50 yaş üzeri kişilerde görülen, omuz kalça kuşağında ağrı, sabah tutukluğu, akut faz reaktanlarının (AFR) yükselmesi ve glukokortikoidlere (GK) hızlı yanıt verme ile karakterize enflamatuvar romatolojik bir hastalıktır. GK'ler PMR tedavisinin temel taşı oluşturur. Bununla birlikte, özellikle yaşlı hastalarda, uzun süreli GK kullanımı yan etkiler açısından endişe yaratmaktadır. Yapılan bir meta-analizde 5. yılda %25 hastanın halen GK tedavisine devam ettiği bildirilmiştir. Çalışmamızda PMR tedavisinde GK tedaviye ek olarak hastalığı modifiye eden anti-romatizmal ilaç (DMARD) eklenen hastaların karakteristik özelliklerini ve prognoza katkısını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza, 6 tersiyer romatoloji merkezinden 157 hasta retrospektif olarak dahil edilmiştir. 2012 ACR/EULAR

sınıflama kriterlerine uygun olan hastalar dahil edilip dev hücreli arteriti olan hastalar dışlanmıştır. Tüm veri hasta dosyalarından retrospektif olarak edinilmiştir.

Bulgular: Yüz on yedi (%74,5) hasta kadındı. Ortanca (ÇAA) tanı yaşı 68 (63-74) yıl ve ortanca takip süresi 24 (12-44) aydı. Doksan iki (%58,6) hastada hipertansiyon, 41 (%26,3) hastada diabetes mellitus vardı. GK tedavisi öncesinde 11 hastada osteopeni, 11 hastada osteoporoz saptandı. Başlangıçta ortanca C-reaktif protein değeri 37,5 (17-64) mg/dL, sedimentasyon değeri 56 (41-78,5) mm/saattir. Başlangıç tedavisi olarak tüm hastalar prednizon veya eşdeğeri GK almıştı. Ortanca prednizon veya eşdeğeri GK dozu 15 (15-20) mg, tedavi süresi 20 (11-35,5) ay olarak saptanmıştır. Hastaların bazal karakteristik özellikleri Tablo 1' de gösterilmiştir. Takip süresince 99 (%63) hasta steroide ek olarak DMARD ile tedavi edilmiş olup 69 (%69,6) hasta metotreksat, 27 (%27,2) hasta leflunomid, 11(%11,1) hasta hidroklorokin, 4 (%4,04) hasta azatiyoprin ve 3 (%3,03) hasta tosilizumab almıştı. Tanı anından GK kesilmesine kadar geçen süre ortanca 21 (13-34,5) aydı. Herhangi bir DMARD alan ve almayan hastalar arasında, GK kesilmesine kadar geçen sürede anlamlı fark yoktu (p=0,76). Ortanca 24 aylık takip sonunda, son vizitlerinde 109 (%69,4) hasta halen GK tedavisi alıyordu ve ortanca prednizon veya eşdeğeri GK dozu 5 (2,5-5) mg idi. On sekiz (%11,5) hastanın klinik olarak semptomatik olduğu ve AFR yüksekliği görüldü. Takip sırasında herhangi bir DMARD kullanan hastaların (n=99) 14'ünde, sadece GK ile takip edilen hastaların (n=58) 4'ünde klinik olarak aktivasyon görüldü ve tedavi grupları arasında anlamlı fark yoktu (p=0,16). GK tedavisi ile yan etki profili incelendiğinde 10 hastada osteoporoz, 3 hastada kan şekeri regülasyonunda bozulma, 3 hastada zona enfeksiyonu ve 1 hastada katarakt geliştiği gözlemlendi.

Sonuç: Retrospektif çalışmamızda, PMR hastalarında GK tedavisine DMARD eklemenin, GK kesilme süresi ve relaps üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü. Ancak, DMARD kullanımının potansiyel yararları ve riskleri daha ileri çalışmalarla araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DMARD, glukokortikoid, glukokortikoid azaltıcı ajan, polimiyaljiya romatika, prognoz

Tablo 1. Hastaların bazal karakteristik özellikleri

	Hasta sayısı (n=157)	DMARD alan hasta sayısı (n=99)	Sadece GK ile takip edilen hasta sayısı (n=58)	p
Cinsiyet				
Kadın	117 (%74,5)	79 (%79,8)	38 (%65,5)	0,04
Erkek	40 (%25,5)	20 (%20,2)	20 (%34,5)	
Tanı yaşı, yıl (ortanca)	68 (63-74)	67 (59,5-71,5)	71.5 (67-76)	<0,01
Komorbiditeler				
Hipertansiyon	92 (%58,6)	59 (%59,6)	33 (%56,9)	0,99
Diabetes mellitus	41 (%26,3)	21 (%21,2)	20 (%34,4)	0,07
Koroner arter hastalığı	21 (%13,4)	11 (%11,1)	7 (%12,1)	0,90
Osteoporoz	11 (%7)	9 (%9,1)	2 (%3,4)	0,21
Başlangıç semptomları				
Omuz ağrısı	147 (%93,6)	92 (%92,9)	55 (%94,8)	0,74
Omuzda hareket kısıtlılığı	133 (%84,7)	82 (%82,8)	51 (%87,9)	0,39
Kalça ağrısı	100 (%63,7)	66 (66,7)	34 (%58,6)	0,31
Kalça hareket kısıtlılığı	79 (%50,3)	48 (48,5)	31 (%53,4)	0,54
Artrit	63 (%40,1)	35 (35,4)	28 (%48,3)	0,11
CRP (mg/dL)	37.5 (17-64)	42,5 (18-70)	35 (16,3-59,5)	0,23
Sedimentasyon (mm/saat)	56 (41-78,5)	61 (41-85,5)	53 (41-67)	0,08
Prednizon veya eşdeğeri GK dozu (mg)	15 (15-20)	15 (15-20)	15 (15-20)	0,16

CRP: C-reaktif protein, DMARD: Hastalığı modifiye eden anti-romatizmal ilaç, GK: Glukokortikoid

Erişkin başlangıçlı still hastalığında ilaçsız izlemi öngördüren tanı anındaki faktörler nelerdir?

İbrahim Yahya Çakır¹, Yeter Mahmutoğlu², Rıza Can Kardeş¹, İbrahim Vasi¹, Serdar Sezer², Müçteba Enes Yayla², Emine Uslu², Hamit Küçük¹, Aşkın Ateş², Mehmet Akif Öztürk¹, Murat Turgay², Abdülsamet Erden¹

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

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı still hastalığı (EBSH), eklem tutulumundan şiddetli makrofaj aktivasyon sendromuna (MAS) kadar geniş bir spektrumda klinik özellikler gösteren enflamatuvar bir hastalıktır. Klinik bulguların heterojenitesi nedeniyle bazı olgularda remisyon sağlanırken bazı olgularda kronik bir hastalık olarak seyrine devam etmektedir. Remisyon; hastaların hayat konforunu ve ilaç yan etkisinden korunmasını sağlayan morbidite ve mortalite yol açmaması nedeniyle klinisyenler ve hasta tarafından en arzu edilen sonlanım noktasıdır. Bu çalışmada, EBSH hastalarında remisyonu (tedavisiz izlemi) öngörebilecek veya onunla ilişkili olan parametreleri saptamayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi romatoloji bilim dallarında takipli EBSH tanılı hastaların, tanıdaki klinik ve laboratuvar özellikleri, izlemleri süresince kullandığı ilaçlar, tedavi altındaki süre, tedavisiz izlenen süre (kortikosteroid dahil hiçbir csDMARD, bDMARD'ın kullanılmadığı dönem), hastalarda MAS gelişimi, eğer geliştirse MAS gelişme süresi, hastalarda relaps gelişimi, eğer geliştirse relaps gelişme süresi kaydedildi. Literatürde başka hastalıklar için hastalık aktivasyonu, tedavi cevabı veya prognoz göstermede kullanımları olan nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, C-reaktif protein (CRP)/lenfosit oranı, Sistemik İmmün Enflamatuvar Endeks-SII [(nötrofil x platelet)/lenfosit], Sistemik Enflamasyon Cevap indeksi-SIRI [(nötrofil x monosit)/lenfosit], CRP/albumin, nötrofil/ferritin, ferritin/albumin parametrelerine de bakıldı.

Bulgular: Doksan dört hastanın verisi mevcuttu ve 84 hastanın tedavi devam bilgisine ulaşıldı. Altmış sekiz hastada ilaçsız tedavi dönemi hiç sağlanamamışken, 16 hasta için 1 adet tedavisiz dönem sağlandığı görüldü. Tedavisiz izlenen hastalarda tanıda, artrit ve 6 ay içerisinde %10'un üzerinde kilo kaybı istatistiksel olarak daha azdı (%38,8 vs. %12,5; %75,8 vs. %46,7; her ikisi içinde p=0,03). Tedavisiz izlenen hastaların geçmiş ilaç kullanımlarına bakıldığında; oral steroid tedavisine tam yanıt görülme oranının daha yüksek olduğu görüldü (%60,3 vs. %100; p<0,001). Tedavisiz izlenen hastaların csDMARD kullanım oranlarının daha az (%91,2 vs. %68,8, p=0,01) olduğu görüldü. Tedavisiz izlenen grubun tedavi sürecinde kullandığı csDMARD'lara ve oral steroide tam yanıt gösterdiği görüldü (%61,3 vs. %100, p=0,02; %60,3 vs. %100 p<0,001). Tedavisiz izlenen grubun geçmişte hiç biyolojik tedavi almadığı gözlemlendi (%38,2 vs. %0). Tedavisiz izlenen grup ile izlenmeyen grupların oral steroid, csDMARD, bDMARD ve immünoşüpresif tedavi (toplam steroid, csDMARD ve bDMARD) kullanım süreleri açısından karşılaştırmalarında, gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 1). Oral steroid kullanım sürelerinin, csDMARD kullanım sürelerinin ve bDMARD kullanım sürelerinin bir dönem tedavisiz izlenen grupla diğer grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2). Tedavisiz izlemi öngörmek için yapılan multivaryant regresyon analizlerinde baktığımız parametrelerin hiçbirisinin tedavisiz izlemi öngörmede istatistiksel anlamlı bir öneme sahip olmadığı görüldü.

Sonuç: Romatolojik hastalıklarda kullanılan ilaçların yan etkileri göz önüne alındığında remisyonu ve tedavi kesimine karar verme hastalık takibinde zor ve önem arz eden konulardandır. Çalışmamızda tanıda kilo kaybı ve artritin tedavisiz izlenen kolda daha az olduğu saptadık. Ayrıca tedavisiz izlenen grubun tanı sonrası başlanan oral steroid ve csDMARD'lara iyi yanıt verdikleri ve genelde biyolojik tedavi ihtiyaçları olmadığını tespit ettik. İmmünoşüpresif alma süreleri açısından anlamlı fark olmayan bu 2 hasta grubunun özellikle csDMARD ve steroid tedavisine verdikleri dramatik yanıt, hastalığın izleminde bu tedavi duyarlı hastaların tedavisiz izlenebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Still, tedavisiz izlem, ilaç kesimi, enflamatuvar endeksler

Tablo 1. ESBH'lerin demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Tedavisiz izlenemeyen grup (n=68)	Tedavisiz izlenen grup (n=16)	p
Tanı yaşı, yıl medyan (25-75p)	38,5 (28,2-49)	38 (30-47)	0,88
Tanı gecikme süresi ay medyan (25-75p)	1,4 (0,7-6)	1,35 (0,35-2,75)	0,28
Ateş (>38 derece), n (%)	65 (97)	16 (100)	0,65
Kilo kaybı (6 ayda>%10), n (%)	47 (75,8)	7 (46,7)	0,03
Hepatomegali, n (%)	21 (32,3)	4 (25)	0,4
Splenomegali, n (%)	16 (24,2)	4 (25)	0,59
Artrit, n (%)	26 (38,8)	2 (12,5)	0,03
Artrit eklem sayısı medyan (25-75p)	2 (2-4)	6 (2-10)	0,47
ESR medyan (25-75p)	77 (58-97)	92,5 (72,7-101,2)	0,07
C-reaktif protein medyan (25-75p)	141 (80,1-203,5)	104 (71-157)	0,26
Fibrinojen medyan (25-75p)	108 (4,7-493)	413 (5-580)	0,6
Ferritin medyan (25-75p)	1853 (561-8379)	855 (459-7026)	0,57
Albümin medyan (25-75p)	3,1 (2,55-3,65)	3,45 (2,9-3,97)	0,18
Lökosit medyan (25-75p)	15,5 (10,7-23,4)	13,5 (12,6-19,9)	0,87
Kreatinin medyan (25-75p)	0,66 (0,55-0,74)	0,64 (0,56-0,85)	0,81
KCFT bozukluğu, n (%)	42 (68,9)	9 (64,3)	0,48
SAS skoru (şiddetli hastalık olan hasta), n (%)	14 (22,2)	2 (13,3)	0,35
NLR (nötrofil/lenfosit oranı) medyan (25-75p)	9,4 (4,8-17,9)	9,5 (6,3-17,2)	0,79
CRP/Ly (CRP/lenfosit oranı) medyan (25-75p)	3,03 (0,08-123)	0,15 (0,07-40,2)	0,16
CRP/albumin medyan (25-75p)	39,1 (23,0-68,7)	31,6 (22,7-46,5)	0,19
SII [(nötrofil x platelet)/lenfosit] medyan (25-75p)	3023 (1401-4761)	3304 (1770-4612)	0,81
SIRI [(nötrofil x monosit)/lenfosit] medyan (25-75p)	5,1 (2-9,4)	7,1 (3,9-12,1)	0,27
Nötrofil/ferritin medyan (25-75p)	0,75 (0,03-6,67)	1,6 (0,21-20,9)	0,14
Ferritin/albumin medyan (25-75p)	513,3 (178,5-2960,7)	256,7 (99,1-2364,6)	0,57

Tablo 2. Tedavi süreleri ve cevapları

	Tedavisiz izlenemeyen grup (n=68)	Tedavisiz izlenen grup (n=16)	p
Oral steroid kullanma süresi medyan ay (25-75p)	42,3 (17,1-109,3)	26,3 (13,9-75,1)	0,26
Oral steroidle tam remisyon oranı (%)	60,3	100	<0,001
csDMARD kullanma süresi medyan ay (25-75p)	20,5 (7,3-55,9)	38,1 (25,9-100,2)	0,07
csDMARD ile tam remisyon oranı (%)	61,3	100	0,02
bDMARD kullanma süresi medyan ay (25-75p)	12,7 (3,5-33,7)		
Toplam immünoşüpresif kullanma süresi medyan ay (25-75p)	61,3 (20-112,5)	36,0 (18,8-90,0)	0,42

ANCA ilişkili vaskülitlerde sinonazal tutulumun SNOT-22 anketi ile değerlendirilmesi

Demet Baş¹, Rıza Can Kardeş², Derya Yıldırım², Burcuğül Kaya², İbrahim Vasi², Rahime Duran², Abdulsamet Erden², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk², Hamit Küçük²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) ile ilişkili vaskülitler (AAV), özellikle granüloematöz polianjiitiste (GPA) olmak üzere renal ve üst solunum yolu tutulumunun sık görüldüğü bir hastalık grubudur. Sinonasal Outcome Test 22 (SNOT-22), hem nazal hem de genel sağlık semptomlarını birleştiren, kronik rinosinüzitle ilgili çeşitli semptomların şiddetini nicel olarak ölçen, her bir sorunun 0 ile 5 arasında puanlandığı ve toplamda 110 puan üzerinden değerlendirilen 22 maddelik bir ankettir. Bu çalışmanın temel amacı, AAV hastalarında sinonazal semptomları değerlendirmek için SNOT-22 anketini kullanmaktır.

Yöntem: Ocak 2023 ile Aralık 2023 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi romatoloji polikliniğinde takip edilen AAV hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Aktif enfeksiyon veya başka bir otoimmün hastalığı olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Rutin poliklinik takipleri sırasında, onam veren tüm hastalara SNOT-22 anketi yüz yüze görüşmeler sırasında uygulanmıştır. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları ve laboratuvar sonuçları hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya, ortalama tanı yaşı 47,8±14,4 yıl olan 90 AAV hastası dahil edilmiştir. Hastaların %53'ü kadındı ve %75,6'sında GPA tanısı vardı. Hastaların %68'inde üst solunum yolu semptomları mevcuttu. ANCA paternleri hastaların %55,2'sinde c-ANCA ve %20,7'sinde p-ANCA olarak saptanmıştır. Tanı anında ortalama BVAS skoru 18,3 ve medyan FFS skoru 1,0 idi (Tablo 1). SNOT-22 uygulaması sırasında hastaların yaş ortalaması 53,7±13,5 idi. Hastaların %38,9'unda üst solunum yolu bulguları vardı ve en yaygın olanı %21,1'inde görülen sensörinöral işitme kaybıydı. Medyan C-reaktif protein 5,1 mg/L [çeyrekler açıklığı (ÇA): 6,9] olarak saptandı. Hastaların çoğu remisyondaydı (medyan BVAS: 0). SNOT-22 medyan skoru (ÇA) 0 (4) idi ve hastaların %37,8'inin skoru 0'dan büyüktü (Tablo 2). SNOT-22 skoru 4-9 arasında olan hastalarda ortalama steroid dozu, skoru <4 olan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır (10 mg/gün vs. 3,75 mg/gün, p=0,027). SNOT-22 ile diğer demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi parametreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: SNOT-22 skoru 4-9 arasında olan hastalarda daha yüksek steroid dozlarının kullanılması, sinonasal semptomların hastalık aktivitesi ve tedaviye yanıt verme ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, diğer demografik, klinik ve laboratuvar parametreleri ile SNOT-22 skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, bu konuda daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülitler, sinonazal tutulum, Sinonasal Outcome Test 22 (SNOT-22), hasta tarafından bildirilen sonuçlar

Tablo 1. Tanı döneminde AAV hastalarının özellikleri

Parametre	Değer
Hasta sayısı	n=90
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	48 (53)
Erkek	42 (47)
Tanı yaşı, ortalama ± SS	47,8±14,4 yıl
Tanı, n (%)	
GPA	68 (75,6)
MPA	5 (5,6)
EGPA	14 (15,6)
Böbreğe sınırlı AAV	3 (3,3)
Klinik, n (%)	
Konstitüsyonel	75 (83)
Deri	17 (19)
Mukoza ve göz	23 (26)
Kulak burun boğaz	61 (68)
Akciğer	70 (79)
Kardiyovasküler	15 (17)
Gastrointestinal	1 (1)
Böbrek	55 (61)
Sinir sistemi	26 (29)
Laboratuvar	
CRP, mg/L, ortanca (ÇA)	97,2 (187,2)
Kreatinin, mg/dL, ortanca (ÇA)	0,97 (1,80)
Proteinüri, mg/gün, ortanca (ÇA)	448 (1376)
ANCA IFA, n (%)	
Yapılmadı	4 (4,6)
Negatif	17 (19,5)
c-ANCA	48 (55,2)
p-ANCA	18 (20,7)
ANCA ELISA, n (%)	
Yapılmadı	5 (5,8)
Negatif	19 (22,1)
PR3-ANCA	48 (55,8)
MPO-ANCA	14 (16,3)
Hastalık şiddeti	
BVAS, ortalama ± SS (%95 GA)	18,3±7,4 (16,7-19,8)
FFS, ortanca (ÇA)	1 (1)

BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skoru CRP: C-reaktif protein, FFS: Beş faktör skoru

Tablo 2. SNOT-22 uygulaması sırasında klinik ve laboratuvar bulguları

Parametre	Değer
Yaş, ortalama \pm SS (%95 GA)	53,7 \pm 13,5 yıl (50,9-56,5)
Klinik, n (%)	
Konstitüsyonel	8 (8,9)
Deri	3 (3,3)
Mukoza ve göz	18 (20)
KBB	35 (38,9)
Akciğer	39 (44,3)
Kardiyovasküler	21 (23,3)
Gastrointestinal	3 (3,3)
Böbrek	53 (58,9)
Sinir sistemi	18 (20)
Laboratuvar	
ESR, mm/saat, ortalanca (ÇA)	22,5 (23)
CRP, mg/L, ortalanca (ÇA)	5,1 (6,9)
eGFR, mL/dk/1,73 m ² , ortalanca (ÇA)	86 (49)
Proteinüri, mg/gün, ortalanca (ÇA)	163,5 (321)
Hastalık değerlendirilmesi	
BVAS, ortalanca (ÇA)	0 (0)
VDI, ortalanca (ÇA)	3 (2)
Nüks, n (%)	52 (57,8)
SNOT-22	
Ortanca puan (ÇA)	0 (4)
0 puan, n (%)	56 (62,2)
>0 puan, n (%)	34 (37,8)
1-3 puan, n (%)	9 (10)
4-9 puan, n (%)	13 (14,4)
\geq 10 puan	12 (13,3)

BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skoru CRP: C-reaktif protein,
FFS: Beş faktör skoru, VDI: Vaskülit hasar indeksi

PS-072

Behçet sendromunda pulmoner arter tutulumu: sistematik literatür derlemesi

Tumay Ak¹, Sukran Erdem Nurcan¹, Emire Seyahi²

¹*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

²*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı ve Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul*

Amaç: Pulmoner arter tutulumu, Behçet sendromunda (BS) önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir; ayrıca, en sık genç erkekleri etkiler, hastalığın erken döneminde ortaya çıkar ve venöz damar tutulumuyla birliktelik gösterir ancak venöz tutulumla kıyasla daha nadir gözükür. Pulmoner arter tutulumu eskiye nazaran anevrizmadan (PAA) ziyade izole pulmoner arter trombozu (PAT) şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, yine son yıllarda, BS'nin tedavisinde daha fazla oranda biyolojik tedavi uygulanmakta, daha az vasküler girişime ihtiyaç duyulmaktadır. Bütün bunların sonucunda mortalitenin günümüzde azalmış olması beklenmektedir. Bu çalışmada, literatür verilerini sistematik bir şekilde tarayarak, demografik, klinik, tedavi ve sağkalım verilerini değerlendirdik ve özellikle yıllar içerisindeki gösterdikleri değişimleri kaydettik.

Yöntem: PRISMA-IPD kontrol listesi verilerin raporlanmasına rehberlik etti. PROSPERO veri tabanına kayıt oluşturuldu (ID: CRD42022374596). Literatür taraması 1980 ile Kasım 2022 arasında PubMed/MEDLINE, EMBASE ve Web of Science aracılığıyla gerçekleştirildi. Bias riski, Önerilerin Derecelendirilmesi Değerlendirme, Geliştirme ve Değerlendirme (GRADE) aracı kullanılarak değerlendirildi.

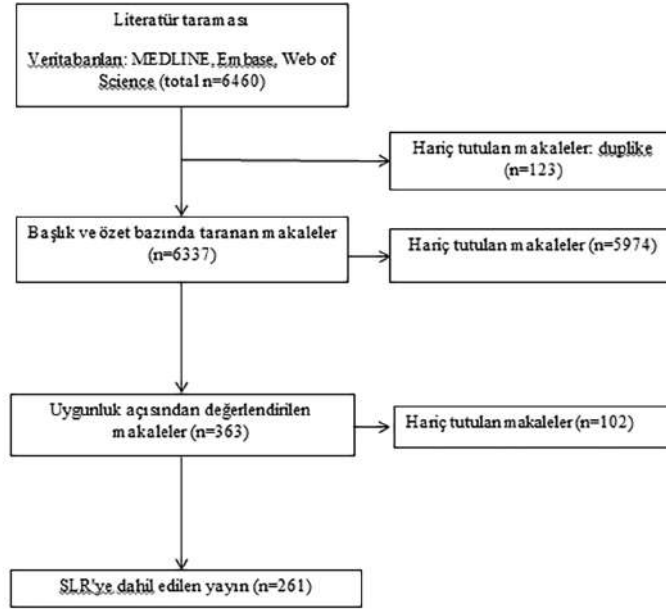
Bulgular: Şekil 1'de gösterildiği gibi, literatür taraması sonucunda 6337 makale belirlendi. Başlıklar ve özetler dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre tarandıktan ve tam metinler değerlendirildikten sonra, 624 hastanın bildirildiği 261 makale seçim kriterlerini karşılayarak sistematik literatür taramasına dahil edildi. GRADE düşüktü çünkü veriler olgu bildirilerine dayanmakta idi. Literatürdeki olguların %63'ü Orta Doğu kökenliydi ve bunların da %54'ünü Türkiye menşei bildiriler oluşturmaktaydı (Tablo 1). Tüm olguların, sadece %70'i tanı kriterlerini karşılamakta iken, %20'si kriterlerini doldurmayan ve tek başına vasküler tutulumla seyreden hastalardı. İzole PAT insidansı günümüze yaklaştıkça artma eğilimi gösterirken PAA insidansı azalmakta idi (Tablo 2). PAA sıklığına paralel olarak ölümcüllük yıllar içinde azalmakta idi. 2000 öncesinde cerrahi tedavi önemli ölçüde daha yaygınken, immünosupresif tedavilerin (steroidler, siklofosfamid, azatiyoprin ve anti-tümör nekroz faktörler) kullanımı günümüze yaklaştıkça anlamlı derecede artış göstermektedir ve bu da ölüm oranlarında azalma ile ilişkili olarak görünmektedir.

Sonuç: Literatür taramamız pulmoner arter tutulumu ile ilişkili önemli sonuçları açığa çıkarmıştır. Dünya üzerinde en sık Orta Doğu halklarında görülmesi, genetik olarak ek yatkınlık olabileceğini düşündürmektedir. BS için karakteristik olan deri mukoza tutulumu olmadan da ortaya çıkması vasküler tutulumun tek başına bir sendrom olabileceğini düşündürmüştür. İzole PAT'ın

daha sık gözlenmesi, PAT'ın PAA'nın öncü lezyonu olabileceğini ve erken tanı ve tedavi ile hastalığın daha şiddetli formu olan PAA'ya ilerlemenin önüne geçilebileceğini akla getirmektedir. Daha hassas kesitsel görüntüleme yöntemlerinin de gelişmiş olması pulmoner tutulumun daha erken saptanmasını sağlamaktadır.

Son olarak çalışmamız son yıllarda pulmoner arter tutulumunda ölümcüllüğün anlamlı şekilde azaldığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, damar hastalıkları, pulmoner arter, anevrizma, tromboz, immünosüpresif ilaçlar



Şekil 1. Metodoloji ve literatür araştırmasının akış şeması

Tablo 1. Temel özellikler

Demografik özellikler, toplam n=624	
Yaş, ortalama \pm SS	31 \pm 11,2 ^a
E/K, n (%)	538 (%86)/86 (%14)
Pediyatrik olgular (\leq 16 yaş), n (%)	30 (%5)
Coğrafi dağılım, toplam n=624	
Orta Doğu, n (%)	369/582 (%63) ^b
Uzak Doğu, n (%)	70/582 (%12)
Kuzey Afrika, n (%)	41/582 (%7)
Güney Afrika, n (%)	12/582 (%2)
Kuzey Avrupa, n (%)	17/582 (%3)
Güney Avrupa, n (%)	52/582 (%9)
Kuzey Amerika, n (%)	11/582 (%2)
Güney Amerika, n (%)	10/582 (%1,5)
Avustralya, n (%)	1/582 (%0,5)

^a: Ortalama 31 yıl, %95 güven aralığı (30,1-31,9 yıl)
^b: Bu olguların 337'si (%54) Türkiye'den bildirilmiştir

Tablo 2. Klinik özellikler

Özellikler	Total n=624
Tutulmuş tipleri	
İzole PAA, n (%)	218/560 (%39)
İzole PAT, n (%)	150/557 (%27)
PAA+PAT, n (%)	158/557 (%28)
Tedavi immünosüpresif	
2010 öncesi, n=210	164/210 (%78)
2010 sonrası, n=414	352/410 (%86)
Tedavi cerrahi/vasküler girişim	
2010 öncesi, n=210	80/210 (%38)
2010 sonrası, n=414	102/414 (%24)
Ölümcüllük	
2010 öncesi, n=210	47/210 (%22)
2010 sonrası, n=414	53/414 (%13)

PAA: Pulmoner arter anevrizması, PAT: Pulmoner arter trombozu

Sistemik skleroz hastalarında anemi prevalansı, etiyojisi ve aneminin hastalık seyrine etkileri: retrospektif kohort çalışması

Sema Yaşar Aytekin¹, İbrahim Karaduman², İbrahim Vasi², Abdulsamet Erden²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Çalışmamızın amacı sklerozda (SSc) anemi sıklığını ve etiyojisini belirlemek, takipte anemi gelişen veya mevcut anemide derinleşme olan hastaların etiyojik faktörleri ve klinik özelliklerini analiz ederek hastalık seyri ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Hastalığın sistemik formu, özellikle deri, gastrointestinal, kardiyovasküler, pulmoner sistem ve böbrekler gibi birçok organ ve sistemi etkileyebilir. SSc'de görülen bu çoklu organ tutulumu, hastalığın seyrini ve hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. Anemi, enflamatuvar ve otoimmün hastalıklarda yaygındır ve SSc'de şiddet ve prognoz açısından bir risk faktörü kabul edilir. Ancak SSc'de anemi sıklığı, nedenleri ve hastalığın seyri ile ilişkili kısıtlı veri mevcuttur.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi romatoloji kliniğinde, 2002 ile 2024 yılları arasında SSc tanısı almış toplam 125 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Anemi; Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre yetişkinlerde hemoglobin konsantrasyonunun kadınlarda 12 gr/dL'nin ve erkeklerde 13 gr/dL'nin altında olması olarak tanımlandı. Yeni gelişen anemi için takipte ≥ 1 gr/dL düşüşler baz alındı.

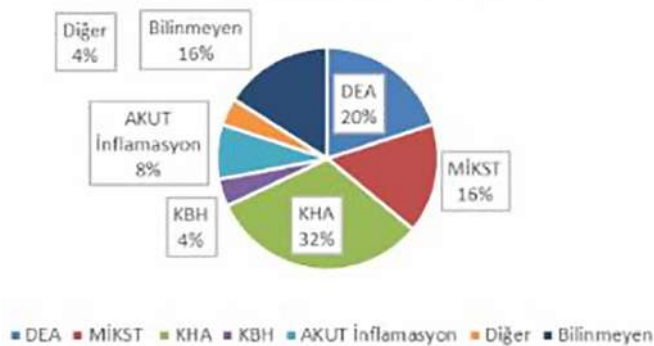
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 125 hastanın 25'inde (%20) tanı anında anemi tespit edildi. En yaygın etiyojisi, 8 hastada (%32) gözlenen kronik hastalık anemisiydi (KHA). Beş hastada (%20)

demir eksikliği anemisi (DEA), 4 hastada (%16) mikst anemi (B12 ve demir eksikliği), 2 hastada (%8) akut enflamasyona bağlı anemi ve 1 hastada (%4) kronik böbrek hastalığına bağlı anemi saptandı. Dört hastada (%16) anemi etiyojisi belirlenemedi (Şekil 1). Tanı anında anemik hastaların yaş, cinsiyet dağılımı, hastalık alt tipi, seroloji, deri tutulumu, kardiyopulmoner tutulumu; laboratuvarında ise bazal kreatinin, C-reaktif protein ve sedimentasyon değerleri arasında anlamlı fark gözlenmedi. Ancak bazalde anemisi olan hastaların albümin düzeyleri anemik olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük izlendi (4,32 g/dL vs. 3,96 g/dL p=0,001) (Tablo 1). Takip süresince 87 hastada (%69,6) yeni anemi gelişti veya mevcut anemide derinleşme gözlemlendi. Bu hastalarda en sık olarak 51 hastada (%58,6) DEA tespit edildi. Yirmi yedi hastada (%31) mikst anemi, 39 hastada (%44,8) akut enflamasyona bağlı anemi ve 16 hastada (%18,4) KHA tespit edildi. Yirmi hastada (%23) etiyojik neden belirlenemedi (Şekil 2). Takipte anemi gelişen hastaların daha uzun hastalık süresine sahip olduğu (p=0,004), telenjektazi (p=0,036), dijital ülser (p=0,002), kardiyopulmoner tutulum (interstisyel akciğer hastalığı ve daha düşük FVC/DLCO) (p=0,043) miyozit (p=0,006) komplikasyonlarının daha yaygın olduğu görüldü. Anemi gelişen hastalar arasında kadınların oranı daha yüksek bulundu (p=0,041). Laboratuvar sonuçlarında ise takipte anemi gelişen hastaların sedimentasyon oranları (p=0,001) anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışma, SSc hastalarında anemi prevalansının yüksek olduğunu ve anemi gelişiminin daha ciddi deri, kas iskelet sistemi ve kardiyopulmoner komplikasyonlarla ilişkili, hastalık şiddetini artıran bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Tanı anında ve takip süresince en yaygın görülen anemi türleri arasında DEA ve KHA yer almaktadır ancak sonuçlar anemi sıklığının yanı sıra aneminin etiyojisinin de geniş bir yelpazede değiştiğini göstermektedir. Bu çalışma, SSc hastalarında anemi yönetimine dair önemli veriler sunmakla birlikte, çalışmanın retrospektif doğası ve sınırlı örneklem büyüklüğü, gibi bazı sınırlamaları bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anemi, prognoz, sistemik skleroz

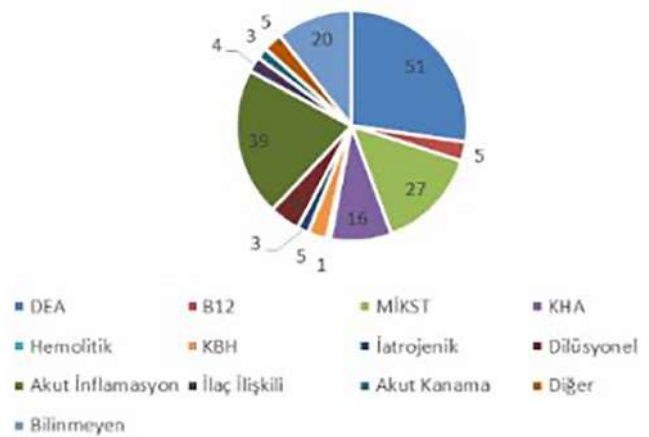
Tanı zamanında anemi ve nedenleri



Şekil 1. Tanı zamanında anemi ve nedenleri

DEA: Demir eksikliği anemisi, KBH: Kronik böbrek hastalığı, KHA: Kronik hastalık anemisi

Takipte anemi gelişimi ve nedenleri



Şekil 2. Takipte anemi gelişimi ve nedenleri

DEA: Demir eksikliği anemisi, KBH: Kronik böbrek hastalığı, KHA: Kronik hastalık anemisi

Tablo 1. Anemisi olan ve olmayan sistemik skleroz hastalarının tanı anındaki anemi durumlarına göre klinik özellikleri

	Anemisi olmayan (n=100)	Anemik hasta (n=25)	p
Tanı anındaki yaş, (yıl) ortalama (SS)	45,74±12,86	42,52(±)14,86	0,282
Cinsiyet			
Kadın-n (%)	93	24	0,584
Erkek-n (%)	7	1	
SSc özellikleri			
Hastalık alt tipi-n (%)			
lcSSc	36	5	0,257
dcSSc	43	12	0,257
Overlap sendrom	21	8	0,257
Seroloji-n (%)			
ANA-n (%)	91	23	0,598
Anti-sentromer-n (%)	23	5	0,98
Anti-topoizomeraz 1-n (%)	56	12	0,98
Klinik tutulumlar			
Özofageal tutulum-n (%)	59	18	0,232
Deri tutulumu			
Telenjektazi-n (%)	48	12	0,86
Dijital ülser-n (%)	24	8	0,348
MRSS medyan(25-75)	8 (3,5-16,5)	8 (5-19)	0,982
Kardiyo-pulmoner tutulum			
İAH-n (%)	52	18	0,12
FVC, ortalama (SS)	95,60±18,83	86,31±21,73	0,064
DLCO, ortalama (SS)	77,23±21,09	69,89±19,89	0,174
PAH-n (%)	11	2	0,66
PAB, mmhg-medyan (25-75)	25 (20-30)	27 (20-32)	0,253
Miyozit-n (%)	16	9	0,018
Artralji-n (%)	77	19	0,82
Laboratuvar			
Hemoglobin, ortalama (SS)	13,28±0,99	11,05±0,63	<0,001
CRP (mg/L), medyan (25-75)	4,7 (2,5-8,4)	5,7 (2,4-14)	0,473
Sedimentasyon medyan (25-75)	23(13-33)	37 (17-48)	0,231
Albümin ortalama (SS)	4,31±0,38	3,96±0,45	<0,001
Kreatinin medyan (25-75)	0,68 (0,59-0,76)	0,66 (0,56-0,78)	0,863

Tablo 2. Hastalık takibi süresince yeni anemi gelişen veya mevcut anemide derinleşme olan hasta ve özellikleri

	Anemisi olmayan (n=38)	Anemik hasta (n=87)	p
Yaş, (yıl) medyan (25-75)	57,70 (40-63)	55,32 (43-66)	0,800
Cinsiyet			
Kadın-n (%)	33	84	0,041
Erkek-n (%)	5	3	
SSc özellikleri			
Baslangıç yaşı, (yıl) ortalama (SS)	46,49±12,58	44,48±13,61	0,441
Hastalık süresi, (yıl) medyan (25-75)	5,65 (2,8-11,0)	9,59 (6,38-14,28)	0,004
Hastalık alt tipi-n (%)			
lcSSc	16	25	0,327
dcSSc	15	40	0,327
Overlap sendrom	7	22	0,327
Seroloji-n (%)			
ANA-n (%)	34	80	0,516
Anti-sentromer-n (%)	11	17	0,516
Anti-topoizomeraz 1-n (%)	22	46	0,516
Klinik tutulumlar			
Özofageal tutulum-n (%)	19	58	0,078
Deri tutulumu			
Telenjektazi-n (%)	13	47	0,036
Dijital ülser-n (%)	2	29	0,002
MRSS, median(25-75)	2(2-6)	4(2-12)	0,170
Kardiyo-pulmoner tutulum			
İAH-n (%)	16	54	0,043
FVC, ortalama (SS)	104,0±16,74	94,53±18,93	0,032
DLCO, ortalama (SS)	83,10±14,27	71,65±22,41	0,008
PAH-n (%)	1	12	0,06
PAB, mmhg- medyan (25-75)	25 (20-30)	27 (22-35)	0,103
Miyozit-n (%)	2	23	0,006
Artralji-n (%)	27	69	0,260
Laboratuvar			
Hemoglobin, ortalama (SS)	13,67±101	12,20±1,38	<0,001
CRP (mg/L), medyan (25-75)	3,25 (3-5,6)	3,5 (3-6,9)	0,881
Sedimentasyon, medyan (25-75)	17 (12-23)	25 (14-44)	0,001
Albümin, medyan (25-75)	4,5 (4,3-4,7)	4,4 (4-4,6)	0,398
Kreatinin, medyan (25-75)	0,69 (0,58-0,8)	0,68 (0,59-0,79)	0,996

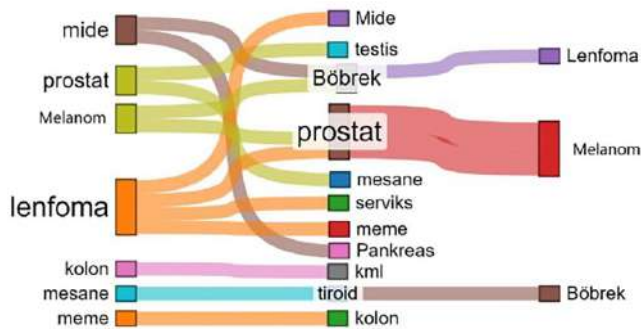
IgG4 ilişkili hastalık ve çoklu malignite birlikteliği

Rahime Duran, Derya Yıldırım, Rıza Can Kardeş, İbrahim Vasi, Burcuğül Kaya, İbrahim Yahya Çakır, İbrahim Karaduman, Hamit Küçük, Mehmet Akif Öztürk, Berna Göker, Abdülşamet Erden

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

Amaç: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-RD), tümör benzeri lezyonlarla karakterize edilen heterojen, fibroenflamatuvar bir hastalıktır. Özellikle tükrük bezleri, pankreato-biliyer sistem, lakrimal bezler, orbita, lenf nodları, aorta ve retroperitoneum gibi hemen hemen her organı etkileyebilir. IgG4-RD, genel popülasyona kıyasla özellikle lenfoma ve solid organ maligniteleri açısından artmış malignite riski taşımaktadır. Literatürde, IgG4-RD hastalarında görülen malignite genellikle soliter kanser olarak bildirilmektedir. Kliniğimizde takip edilen çoklu malignitenin eşlik ettiği iki hastadan yola çıkarak birden fazla malignite görülen IgG4-RD hastaları ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. Bu çalışma, çoklu malignitenin görüldüğü IgG4-RD hastalarının klinik özelliklerini, malignite olmayan IgG4-RD hastaları ve soliter malignitenin görüldüğü IgG4-RD hastaları ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: PUBMED ve Google Scholar veritabanlarında “IgG4 ilişkili hastalık” ile “kanser,” “malignite” ve “tümör” anahtar kelimeleri kullanılarak, IgG4-RD hastalarında çoklu maligniteleri içeren olgular incelenmiştir. 2019 ACR/ EULAR sınıflandırma kriterlerine göre IgG4-RD tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Kliniğimizden de çoklu malignitesi olan 2 hasta dahil edilmiştir. Bu olgular, kliniğimizde takip edilen malignitenin olmadığı 25 IgG4-RD hastası ve literatürdeki soliter malignitenin eşlik ettiği 118 IgG4-RD hastası ile karşılaştırılmıştır. Demografik bilgiler, IgG4-RD klinik fenotipi, malignite yeri ile ilgili veriler toplanmıştır.



Şekil 1. Çoklu malignite gelişen hastaların Sankey diyagramı

Bulgular: Çoklu malignitenin görüldüğü IgG4-RD grubuna, 11 hasta literatürden ve 2 hasta kliniğimizden olmak üzere toplam 13 hasta dahil edilmiştir. Bu hastalardan 11’inde iki, 2’sinde ise üç farklı kanser görülmüştür. IgG4-RD başlangıç yaşı ortalama 66 yıl (58-83) olarak saptanmıştır. Hastaların 10’u erkek, 3’ü kadındır. En sık IgG4-RD tutulum yerleri pankreatik-biliyer (%69), Mikulicz/sistemik hastalık (%15,3), retroperitoneal fibrozis/aortit (%7,6) ve IgG4 ilişkili sklerozan mastit/orbita hastalığı (%7,6) olarak saptanmıştır (Tablo 1). On üç hastada toplam 30 kanser izlenmiş olup en sık görülen tümörler lenfoma, prostat kanseri ve melanomdur (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamız, IgG4-RD’de malignite riskinin arttığını vurgulamakta ve bu hastaların çoklu malignite olasılığı nedeniyle yakın izlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. İmmun sistemdeki bir defektin, kontrolsüz enflamasyon ve tümör gelişiminde neden olabileceği düşünülmektedir. Çoklu malignitelerin sıklıkla pankreatik-biliyer fenotipten kaynaklanması, bu fenotipin çoğunlukla daha ileri yaşta görülmesi ve yaşla birlikte artan malignite riski ile ilişkilendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, kanser, malignite

Tablo 1. Malignite olmayan, soliter malignite olan ve çoklu malignite olan IgG4-RD hastalarının klinik özellikleri

	IgG4-RD, malignite yok (n=25)	IgG4-RD, çoklu malignite var (n=13)	IgG4-RD, soliter malignite var (n=118)
Yaş, medyan,yıl	47 (27-71)	66 (58-83)	60
Cinsiyet,n,%			
Kadın	9 (36)	3 (23)	27 (22.9)
Erkek	16 (64)	10 (76.9)	91 (77.1)
IgG4-RD fenotip,n			
Pankreato-biliyer	1 (4)	9 (69.2)	71 (60.1)
Retroperiton/Aortit	11 (44)	1 (7.6)	26 (22)
Baş/boyun	5 (20)	-	30 (25.4)
Mikulicz/ Sistemik	1 (4)	2(15.3)	33 (27.9)
Diğer	7 (28)	1(7.6)	10 (8.4)
Malignite,total,n	0	30	12
Lenfoma	-	6	4
Mide	-	1	2
Meme	-	2	-
Prostat	-	5	-
Kolon	-	2	1
Melanom	-	4	-
Böbrek	-	3	1
Pankreas	-	1	-
Testis	-	1	-
Serviks/over	-	2	-
Mesane	-	2	1
Tiroid	-	1	2
Hepatoselüler	-	-	1

IgG4-RD: IgG4 ilişkili hastalık

Lupus nefriti klinik ve laboratuvar göstergelerinin incelenmesi: tek merkez deneyimi

Gülşah Soytürk¹, Hatice Ecem Konak¹, Ebru Atalar¹, Serdar Can Güven¹, Hakan Babaoğlu¹, Pınar Akyüz Dağlı¹, Esra Kayaçan Erdoğan¹, Rezan Koçak Uluköy¹, Berkan Armağan¹, Kevser Orhan¹, İsmail Doğan², Yüksel Maraş³, Ahmet Omma³, Şükran Erten², Orhan Küçükşahin²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Lupus nefriti (LN), sistemik lupus eritematozus (SLE)'nin en ciddi organ tutulumlarından biridir ve SLE hastalarının %50-60'ını etkilemektedir. Tedavi stratejilerindeki ilerlemelere rağmen, son dönem böbrek yetmezliğine ilerleme riski %10-30 arasında kalmaktadır. LN gelişimi riski taşıyan hastaların belirlenmesi, organ hasarı riskini en aza indirmek için erken tanı ve tedaviyi kolaylaştırır. Bu çalışmanın amacı, LN olgularında hastalık seyrini, uygulanan tedavi yöntemlerini, klinik ve laboratuvar verilerini inceleyerek LN tanısında kritik öneme sahip göstergeleri belirlemektir.

Yöntem: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde takipli 2019 Avrupa Romatizma Birliği ve Amerikan Romatoloji Koleji kriterlerini karşılayan 199 SLE hastasının tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi modaliteleri kaydedildi. Hastalar LN tanısı alan ve LN tanısı olmayan hastalar olmak üzere iki alt gruba ayrıldı. LN; renal biyopsi ile yada lupus alevlenmesi sırasında aşikar renal semptomlara (proteinüri, aktif ürener sediment) göre sınıflandırıldı.

LN tanısı olan ve olmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi modaliteleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 57'si LN olmak üzere toplam 199 SLE hastası dahil edildi. Her iki SLE alt grubundaki olguların çoğunluğunu kadınlar oluşturmasına rağmen, LN olgularında erkeklerin oranı LN olmayanlara göre daha yüksekti (p=0,051). LN hastaları LN olmayanlara göre daha erken yaşta tanı aldı (p=0,023). SLE hastalarında immünoşüpresif tedavi kullanımı açısından incelendiğinde, LN tanısı alan olan hastalar olmayanlara göre kortikosteroid, mikofenolat mofetil (%59,6) ve siklofosfamid (%54,4) daha sık kullanılmaktaydı (sırasıyla p=0,024, p=0,00, p=0,00) (Tablo 1). Demografik parametrelerin özeti Tablo 1'de gösterilmektedir. Laboratuvar özelliklerine göre karşılaştırmada LN olan hastalarda olmayanlara göre anti-dsDNA, anti-SS-A, anti-Ro-52, anti-SM/RNP ve anti-Ribozomal-P sıklığı daha fazlaydı (sırasıyla p=0,028, p=0,006, p=0,005, p=0,003, p=0,014) (Tablo 2). SLE hastalarının böbrek tutulumu ile sistemik tutulum arasındaki ilişki incelendiğinde her iki grupta da konstitüsyonel semptomlardan en sık görülen klinik belirti yorgunluktu; LN olan grupta bu oran %63,2, LN olmayan grupta ise %55,6 olarak bulundu. Gruplar karşılaştırıldığında, LN olan hastalarda serozit (%28,1), lökopeni (%45,6) ve otoimmün hemolitik anemi (%36,8) daha sık görülmekteydi. Buna karşın, LN olmayan grupta kas-iskelet tutulumu (%45,1) ve subakut kutanöz/diskoid lupus (%18,3) daha yaygındı. Tablo 2'de SLE hastalarının böbrek tutulumuna göre laboratuvar, klinik özelliklerinin ve organ tutulumlarının karşılaştırması gösterilmektedir.

Sonuç: Bu çalışmada, LN olan ve LN olmayan SLE hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar profilleri hakkında önemli bilgiler sunmaktayız. Bulgularımız, LN olan ve LN olmayan hastalar arasında klinik olarak anlamlı birçok özellikte farklılıklar bulunduğunu göstermiştir. SLE hastalarının LN göstergelerinin incelenmesi ile ilgili çok merkezli daha çok hasta popülasyonu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. LN olan ve olmayan hastaların demografik özelliklerinin ve tedavi seçeneklerinin karşılaştırması

	LN olan hastalar, n=57	LN olmayan hastalar, n=142	P
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	45 (78,9)	127 (89,4)	0,051
Erkek	12 (21,1)	15 (9,1)	
Yaş, yıl, ort (SS)	39,70 (12,55)	43,99 (13,92)	0,033
Tanı yaşı, ort (SS)	32,70 (12,55)	37,25 (13,63)	0,023
Hastalık süresi, ay, medyan (IQR)	60 (88)	49,5 (70)	0,417
Komorbidite, n (%)			
Hipertansiyon	10 (17,9)	27 (19)	0,851
Diyabetes mellitus	4 (7)	14 (9,9)	0,528
Koroner arter hastalığı	1 (1,8)	8 (5,6)	0,234
KOAH/ASTİM	2 (3,5)	3 (2,1)	0,626
Hiperlipidemi	3 (5,4)	8 (5,7)	0,952
Tedavi, n (%)			
Kortikosteroid	57 (100)	130 (91,5)	0,024
Hidroksiklorokin	55 (96,5)	140 (98,6)	0,340
Azathioprin	22 (38,6)	42 (29,6)	0,397
Metotreksat	4 (7)	23 (16,2)	0,184
Mikofenolat mofetil	34 (59,6)	18 (12,7)	0,000
Siklofosfamid	31 (54,4)	6 (4,2)	0,000
Ritüksimab	5 (8,9)	4 (2,8)	0,148
İmmünooglobulin	3 (5,3)	7 (4,9)	0,814
Plazmaferez	2 (3,6)	2 (1,4)	0,513

LN: Lupus nefriti, SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık

Tablo 2. LN olan ve olmayan hastaların laboratuvar, klinik özelliklerinin ve organ tutulumlarının karşılaştırması

Laboratuvar arametri (analiz edilen parametreye sahip hasta sayısı)	LN olan hastalar, n=57	LN olmayan hastalar, n=142	P
RF, n(%)	4 (7)	11 (7,7)	0,860
ANA, n (%)	55 (96,5)	137 (96,5)	0,997
Anti-dsDNA, n (%)	15 (26,3)	19 (13,4)	0,028
Anti-dsDNA, n (%)*	42 (73,7)	91 (64,1)	0,193
Anti-SS-a, n (%)	41 (71,9)	72 (50,7)	0,006
Anti-SS-b, n (%)	11 (19,3)	34 (23,9)	0,479
Anti-R0-52, n (%)	33 (57,9)	51 (35,9)	0,005
Anti-SM/RNP, n (%)	25 (43,9)	32 (22,5)	0,003
Anti-SM, n (%)	5 (8,8)	10 (7)	0,676
Anti-U1 RNP, n (%)	2 (3,5)	3 (2,1)	0,569
Anti-histon, n (%)	13 (22,8)	21 (14,8)	0,174
Anti-Ribozomal p, n (%)	8 (14)	6 (4,2)	0,014
Anti-DFS-70, n (%)	12 (21,1)	17 (12)	0,101
Anti-fosfolipid antikorları			
Lupus antikoagülanı, n (%)	6 (10,5)	10 (7)	0,414
Anti-kardioliipin antikorları IgG, n (%)	8 (14)	13 (9,2)	0,311
Anti-kardioliipin antikorları IgM, n (%)	6 (10,5)	15 (10,6)	0,994
Anti-β2 glikoprotein I IgG, n (%)	8 (14)	13 (9,2)	0,319
Anti-β2 glikoprotein I IgM, n (%)	6 (10,5)	11 (7,7)	0,526
C3 düşüklüğü, n (%)	50 (87,7)	77 (54,2)	0,000
C4 düşüklüğü, n (%)	4 (7)	18 (12,7)	0,250
Konstitüsyonel semptomlar, n (%)			
Ateş, n (%)	3 (5,3)	7 (4,9)	0,922
Yorgunluk/güçsüzlük, n (%)	36 (63,2)	79 (55,6)	0,331
Kilo kaybı, n (%)	7(12,3)	16 (11,3)	0,840
Lenfadenopati, n (%)	7(12,3)	16 (11,3)	0,840
Mukokütanöz tutulum, n (%)	12 (21,1)	49 (34,5)	0,063
Akut kutanöz lupus	5 (8,8)	14 (9,9)	0,813
Subakut kutanöz/ Diskoid lupus	3 (10,3)	26 (18,3)	0,024
Alopesi	15 (26,3)	31 (21,8)	0,497
Oral ülser	7 (12,3)	13 (9,2)	0,507
Kas-iskelet tutulumu, n (%)	8 (14)	64 (45,1)	0,000
Serozit, n (%)	16 (28,1)	17 (12)	0,006
Plevral/perikardiyal efüzyon	11 (19,3)	16 (11,3)	0,135
Perikardit	1 (0,7)	1 (1,8)	0,492
Hematolojik tutulum, n (%)	32 (56,1)	62 (43,7)	0,111
Lökopeni	26 (45,6)	39 (27,5)	0,014
Otoimmün hemolitik anemi	21 (36,8)	20 (14,1)	0,000
Trombositopeni	11 (19,3)	23 (16,2)	0,599
Nörolojik tutulum, n (%)	5 (8,8)	27 (19)	0,089
Akciğer tutulumu, n (%)	6 (10,5)	7 (4,9)	0,096

*: ELISA (Enzim Bağlantılı İmmüno-sorbent Testi), LN: Lupus nefriti

PS-076

Behçet sendromunda damar duvarı kalınlığının gerçek tanılal değeri

Ruken Alçın¹, Yasemin Kayadibi², Ayşenur Kahveci², Sinem Nihal Esatoğlu³, İbrahim Adaletli², Yeşim Özgüler³, Melike Melikoğlu³, Gülen Hatemi³

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

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Behçet sendromunda (BS) yapılan birçok çalışmada, kontrol grubuna kıyasla ven duvar kalınlığının arttığı gösterilmiştir. Diğer yandan, ven duvar kalınlığı ölçümünün tanılal değerini değerlendirmenin en iyi yöntemi, BS şüphesiyle tarama amacıyla başvuran hastalarda Doppler ultrasonografi ile ana femoral ven (AFV) duvarı kalınlığının ölçülmesi olacaktır.

Yöntem: Mayıs 2023 ile Aralık 2023 arasında BS taraması için kliniğimize başvuran tüm bireyler çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak alt ekstremitte derin ven trombozu (DVT) olan 30 vasküler BS hastası ile 31 sağlıklı birey çalışmaya alındı. İki radyolog, tanımlara kör olarak AFV duvar kalınlığını bağımsız olarak ölçtü. Ölçüm sonuçları ortanca ve çeyreklerarası olarak sunuldu ve gruplar arasındaki farklılık Kruskal-Wallis testi ile analiz edildi.

Bulgular: BS şüphesiyle taramaya alınan 58 bireyin 30'unda BS, 28'inde ise BS dışı hastalıklar (non-BS) saptandı. Otuz BS hastasının 3'ünde ve 28 non-BS hastasının 2'sinde alt ekstremitte DVT mevcuttu. Ortanca AFV kalınlığı en yüksek vasküler BS hastalarında [sağda 0,65 mm (0,59-0,82) ve solda 0,64 mm (0,56-0,76)] gözlenmiş olup bunu sırasıyla BS hastaları [sağda 0,60 mm (0,55-0,69) ve solda 0,64 mm (0,57-0,71)], non-BS hastaları [sağda 0,59 mm (0,48-0,66) ve solda 0,58 mm (0,49-0,68)] ve sağlıklı bireyler [sağda 0,49 mm (0,47-0,53) ve solda 0,46 mm (0,43-0,51)] izledi. Sağlıklı grupta, diğer gruplara göre hem sağ hem de sol ortanca AFV duvar kalınlığı anlamlı derecede daha düşük bulundu (tümü için p<0,001). Diğer yandan, tarama için başvuran BS hastaları ile non-BS hastaları arasında anlamlı bir fark yoktu. Bu durum, hem BS hem de non-BS gruplarından alt ekstremitte DVT olan hastalar çıkarıldığında da geçerliydi. Radyologlar arasında gözlemciler arası güvenilirlik mükemmel düzeydeydi [sağ AFV için sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0,94 ve sol AFV için ICC 0,96].

Sonuç: AFV duvarı, hem BS hem de non-BS hastalarında sağlıklı bireylere kıyasla daha kalındı. Ancak AFV duvar kalınlığı ölçümü, kliniğimize BS şüphesiyle yönlendirilen hastalarda BS ile diğer hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcı olmadı.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, damar duvarı, tanı testi

Sjögren sendromu ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında surfaktan proteini D ve peroksiredoksin 4 düzeylerinin değerlendirilmesi

Semin Ünlü Kahraman¹, Rıza Can Karadaş², Burcuğül Kaya², Derya Yıldırım², İbrahim Vasi², Rahime Duran², İbrahim Yahya Çakır², İbrahim Karaduman², Hamit Küçük², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk², Abdulsamet Erden²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Sjögren sendromu (SjS), ekzokrin bezlerin yanı sıra çeşitli organları etkileyen sistemik bir otoimmün hastalıktır. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), SjS'nin önemli komplikasyonlarından biridir. Surfaktan proteini D (SP-D), akciğer homeostazında rol oynayan ve enflamasyon durumunda serum düzeyleri artan bir proteindir; peroksiredoksin 4 (PRDX4) ise oksidatif strese karşı koruyucu etki gösteren bir antioksidan enzimdir. Bu çalışmanın amacı, SjS ile ilişkili İAH'lı hastalarda serum SP-D ve PRDX4 düzeylerini değerlendirmek ve bu biyobelirteçlerin İAH tanısındaki potansiyel rollerini araştırmaktır.

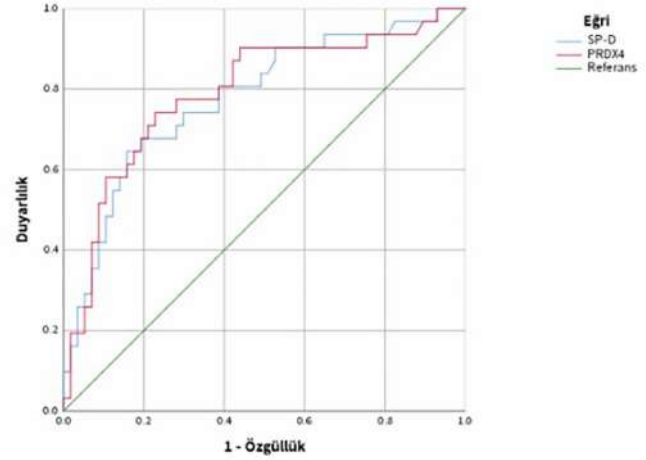
Yöntem: Mart-Temmuz 2024 tarihleri arasında ardışık olarak SjS tanısı ile takipli hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplamda 31 SjS-İAH'lı, 28 İAH'sız SjS'li ve 29 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. Serum SP-D ve PRDX4 düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçülerek gruplar arasında karşılaştırıldı. Ayrıca, biyobelirteçlerin İAH tanısındaki duyarlılık ve özgüllüğünü değerlendirmek amacıyla alıcı çalışma karakteristiği (ROC) analizi gerçekleştirildi.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de, SjS-İAH hastalarının özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir. SP-D düzeyleri, İAH'lı hastalarda [ortanca: 236,22 ng/mL, IQR: 168,92-547,78), İAH'sız hastalara (ortanca: 165,27 ng/mL, çeyrekler arası aralık (IQR): 140,07-186,30] ve kontrol grubuna (ortanca: 153,05 ng/mL, IQR: 114,93-196,61) kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,004). Benzer şekilde, PRDX4 düzeyleri de İAH'lı hastalarda (ortanca: 12,55 ng/mL, IQR: 9,55-28,34), İAH'sız hastalara (ortanca: 7,76 ng/mL, IQR: 6,85-9,18) ve kontrol grubuna (ortanca: 7,37 ng/mL, IQR: 5,96-10,36) göre

belirgin şekilde yüksekti (p=0,001). ROC analizine göre, SP-D için optimal eşik değeri 199 ng/mL, PRDX4 için optimal eşik değeri ise 10,0 ng/mL olarak saptandı (Şekil 1).

Sonuç: SP-D ve PRDX4, Sjögren sendromu ile ilişkili İAH tanısında yüksek duyarlılık ve özgüllük gösteren potansiyel biyobelirteçler olarak değerlendirilebilir. Bu bulguların daha geniş hasta popülasyonlarında ve prospektif çalışmalarla doğrulanması, klinik uygulamada kullanımlarının değerlendirilmesi için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, interstisyel akciğer hastalığı, surfaktan proteini D, peroksiredoksin 4, biyobelirteçler



	Eşik değer (ng/mL)	Duyarlılık (%95 GA)	Özgüllük (%95 GA)	Pozitif LR	Negatif LR
SP-D: AUC: 0,778 (0,674-0,882), p<0,001					
Tarama	161	0,90 (0,80-1,00)	0,47 (0,34-0,60)	1,7	0,21
Optimal	199	0,74 (0,59-0,90)	0,61 (0,49-0,74)	1,92	0,42
Tanısal	235	0,55 (0,37-0,72)	0,88 (0,79-0,96)	4,46	0,52
PRDX4: AUC: 0,790 (0,686-0,894), p<0,001					
Tarama	7,67	0,90 (0,75-0,97)	0,56 (0,43-0,68)	2,06	0,17
Optimal	10,0	0,74 (0,57-0,86)	0,77 (0,65-0,86)	3,25	0,33
Tanısal	11,56	0,55 (0,38-0,71)	0,89 (0,79-0,95)	5,21	0,50

Şekil 1. SP-D ve PRDX4 için ROC eğrisi, eğri altında kalan alanlar ve tanısal eşik değerler

SP-D: Surfaktan proteini D, PRDX4: Peroksiredoksin 4, AUC: Eğri altındaki alan

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

	Sjögren toplam (n=59)	İAH var (n=31)	İAH yok (n=28)	P
Yaş, yıl, ortalama ± SS	58,0±11,1	58,8±11,4	57,1±10,8	0,561
Sjögren takip süresi, ay, ortanca (IQR)	78,6 (23,7-149,9)	55,2 (9,9-143,5)	104,7 (53,5-158,3)	0,058
Klinik, n (%)				
Göz kuruluğu	43 (72,9)	24 (77,4)	19 (67,9)	0,595
Ağız kuruluğu	35 (59,3)	18 (58,1)	17 (60,7)	0,836
Konstitüsyonel	8 (13,6)	5 (16,1)	3 (10,7)	0,821
LAP/splenomegali	17 (28,8)	10 (32,3)	7 (25)	0,791
Ekzokrin bez	2 (3,4)	0	2 (7,1)	0,427
Eklem	21 (36,2)	13 (43,3)	8 (28,6)	0,370
Hematolojik	4 (6,8)	3 (9,7)	1 (3,6)	0,680
Biyolojik	13 (22,4)	5 (16,7)	8 (28,6)	0,402
Pulmoner	31 (53,4)	29 (96,7)	2 (7,1)	<0,001
Laboratuvar				
ESR, mm/saat, ortanca (IQR)	27 (15-39)	29 (17-44)	25 (13-30)	0,085
CRP, mg/L, ortanca (IQR)	4,4 (3,1-9,0)	8,6 (3,6-11,9)	3,2 (3,1-4,9)	0,001
Hipokomplementemi, n (%)	6 (10,2)	3 (9,7)	3 (10,7)	1,000
Seroloji				
RF pozitif, n (%)	28 (47,5)	14 (45,2)	14 (50,0)	0,267
ANA pozitif, n (%)	37 (62,7)	18 (58,1)	19 (67,8)	0,245
SS-A/Ro-52 pozitif, n (%)	40 (93,0)	21 (91,3)	19 (95,0)	1,000
Patoloji				
Minör tükürük bezi FS ≥1, n (%)	52 (89,7)	26 (86,7)	26 (92,9)	0,255
Sınıflama ve skorlama				
ACR/EULAR 2016 kriterlerini sağlama, n (%)	46 (78)	23 (74,2)	13 (82,1)	0,674
ESSDAI, ortanca (IQR)	10 (2-14)	14 (10-17)	2 (0-7,75)	<0,001
Pulmoner dışı ESSDAI, ortanca (IQR)	2 (0-6)	2,5 (0-5,25)	2,0 (0-7,0)	0,912
Pulmoner ESSDAI, ortanca (IQR)	5 (0-10)	10 (10-11,25)	0 (0)	<0,001
ESSPRI, ortanca (IQR)	4,3 (3,3-5,3)	4,7 (3,7-5,3)	4,3 (2,8-5,6)	0,429

FS: Focus skoru, ESSDAI: Eular Sjögren's Syndrome Disease Activity Index, ESSPRI: EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index, İAH: İnterstitial akciğer hastalığı, IQR: Çeyrekler arası aralık

Tablo 2. SJS-İAH hastalarının özellikleri

	SJS-İAH (n=31)
İAH tanı yaşı, ortalama ± SS	54,6±12,8 yıl
İAH tanı gecikme süresi, ay, ortanca (IQR)	2,7 (1,0-5,0)
İAH tanısına kadar geçen hastalık süresi, ay, ortanca (IQR)	2,7 (1,0-24,0)
SJS ve İAH tanısı eş zamanlı, n (%)	8 (25,8)
İAH tanısı SJS tanısından önce, n (%)	12 (38,7)
İAH tanısı SJS tanısından sonra, n (%)	11 (35,5)
ESSDAI'ye göre pulmoner semptomları şiddeti, n (%)	
Orta	23 (76,7)
Şiddetli	7 (23,3)
Pulmoner fonksiyonel değerlendirme, ortalama ± SS	
FVC, %	83,6±20,0
FEV ₁ , %	79,9±16,8
PEF, %	88,8±22,3
FEF25-75, %	70,6±26,8
DLCO, %	61,5±19,6
6 dakika yürüme testi, ortalama ± SS	
6 dakika yürüme mesafesi, m	325±107
Test öncesi sO ₂ , %	94,5±2,5
Test sonrası sO ₂ , %	84,7±5,9
Radyolojik tip, n (%)	
NSIP	12 (38,7)
LIP	8 (25,8)
UIP	8 (25,8)
OP	3 (9,7)

ESSDAI: Eular Sjögren's Syndrome Disease Activity Index, FVC: Forced Vital Capacity, FEV₁: Forced Expiratory Volume-one second, PEF: Peak Expiratory Flow, FEF: Forced Expiratory Flow, DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi, NSIP: Non-specific interstitial pneumonia, UIP: Usual interstitial pneumonia, LIP: Lymphocytic interstitial pneumonia, OP: Organising pneumonia, İAH: İnterstitial akciğer hastalığı, SJS: Sjögren sendromu, IQR: Çeyrekler arası aralık

COVID-19 ilişkili hiperenflamasyon skorunun tanı ve tedavi yanıtının değerlendirilmesindeki etkinliği

Shirkhan Amikishiyev¹, Mehmet Güven Günver², Ahmet Gül¹

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

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

Amaç: Pandeminin erken dönemlerinde koronavirüs hastalığı-19 (COVID-19)-ilişkili hiperenflamasyona (HIC) bağlı olarak %40-50'lerde olan mortalite, glukokortikoid ve anti-sitokin tedaviler ile %11,5-25'lere gerilemiştir. Etkili tedavilere rağmen ölüm oranlarının >%10 düzeyinde kalması farklı mekanizmalar ile ilişkilendirilse de, erken tanı ve tedaviyi yönlendirecek ölçütlerin olmaması önemli bir faktör olabilir. Bu çalışmada HIC nedeniyle anakinra ve tosilizumab tedavisi almış olan hastalarda tanı ve tedavi takibinde kullanılmak üzere geliştirmiş olduğumuz HIC-skorunun etkinliği değerlendirilmiştir.

Yöntem: COVID-19 hastalığı nedeniyle Mart-Aralık 2020 tarihleri arasında tosilizumab ve Mart 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında anakinra tedavisi almış hastaların verisi retrospektif olarak değerlendirildi. Sağ kalan ve ölen hastalarda tanı anında ve tedavi takibinde (tosilizumab 1 ve 5.gün, anakinra ilk ve CRP yanıtında %50 azalmanın sağlandığı yanıt günü ile ölüm veya hastaneden çıkış günü) yanıtlar HIC skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: COVID-19 hastalığı tanısıyla yatırılan 931 hastadan 150 hastaya tosilizumab (120 erkek, 30 kadın, ortalama yaş 57,9±1,1) ve 218 hastaya anakinra (151 erkek, 67 kadın, ortalama yaş 60,0±0,9) tedavisi verildi. Tosilizumab alan 26 (%17,3) ve anakinra alan 182 (%83,5) hastada glukokortikoid de kullanılmıştı. Tosilizumab tedavisi hastane yatışının ortalama 5,4 ve anakinra 4,8. gününde verildi. Tosilizumab grubunda 24 (%16), anakinra grubunda 28 (%12,8) hasta bu süreçte kaybedildi. Tedavi öncesi her iki tedavi grubunda HIC skoru tanı için eşik kabul edilen 35 değerinin üzerindeydi. Her iki ilaç grubunda ilk tedavi günü skorlar 50 üzerine yükselmiş, tedavi ile sağ kalanlarda ölen hastalara kıyasla skorda belirgin azalma görülmüştü. Özellikle ölen hastalarda skor yükselmeye devam ederken sağ kalan hastalarda skor, eşik 35 değerinin altına düşmüştü (Tablo 1A ve 1B).

Sonuç: Anti-sitokin tedaviler HIC tanısı için eşik değeri olan 35 değerinden daha yüksek değerlere ulaşıldığında, 5,4 ve 4,8 günde verilmiş ve pandeminin erken dönemleri için %16, sonrası için %12,8 mortalite gözlenmiştir. Retrospektif incelememiz ilk hastane yatışında daha erken ve tanı eşik değerine daha yakın HIC skoru değerleri ile başlanacak anti-sitokin tedavilerle sağ kalımın daha iyi olabileceğini öngörmektedir. Verilerimiz HIC skorunun tanının yanı sıra tedavi yanıtını dinamik değerlendirmede de kullanılabilirliği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19-ilişkili hiperenflamasyon, HIC skoru, tosilizumab, anakinra

Tablo 1. A: Başlangıçta, tosilizumab uygulamasının birinci ve beşinci günleri ve taburculuk veya ölüm günündeki ortalama HIC skorları. **B:** Başlangıç, anakinra uygulamasının ilk günü, CRP'deki %50 düşüşe göre ilk yanıt günü ve hastaneden çıkış veya ölüm günündeki ortalama HIC skorları

A	Bazal skor	1.ci gün skoru	5.gün skoru	Son gün (çıkış/ölüm) skoru
Sağkalan	54.0±0.29	58.3±0.22	46.0±0.16	33.8±0.14
Ölen	56.0±0.23	74.1±0.15	65.1±0.14	72.3±0.13
B	Bazal skor	İlk Anakinra günü skoru	Yanıt günü skoru	Son gün (çıkış/ölüm) skoru
Sağkalan	48.0±18.5	52.5±16.0	46.0±16.8	34.0±14.9
Ölen	44.9±17.2	57.5±14.1	59.0±17.8	65.9±20.9

ANCA ilişkili vaskülitler ve IgG4 ilişkili hastalıkta mitokondriyal disfonksiyonun değerlendirilmesi

Rıza Can Kardeş, İbrahim Vasi, Derya Yıldırım, Burcuğül Kaya, Rahime Duran, İbrahim Yahya Çakır, İbrahim Karaduman, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdülsamet Erden

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

Amaç: Mitokondriyal ATP sentazın bir alt birimi olan Mitochondrial ATP Synthase 6 (MT-ATP6), hücrel enerji üretiminde kritik bir rol oynar ve mitokondriyal disfonksiyonun bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA)-ilişkili vaskülitler (AAV) ve IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-RD) hastalarında MT-ATP6 düzeylerinin araştırılması ve bu düzeylerin hastalık aktivitesi ile olan ilişkisi incelenmiştir.

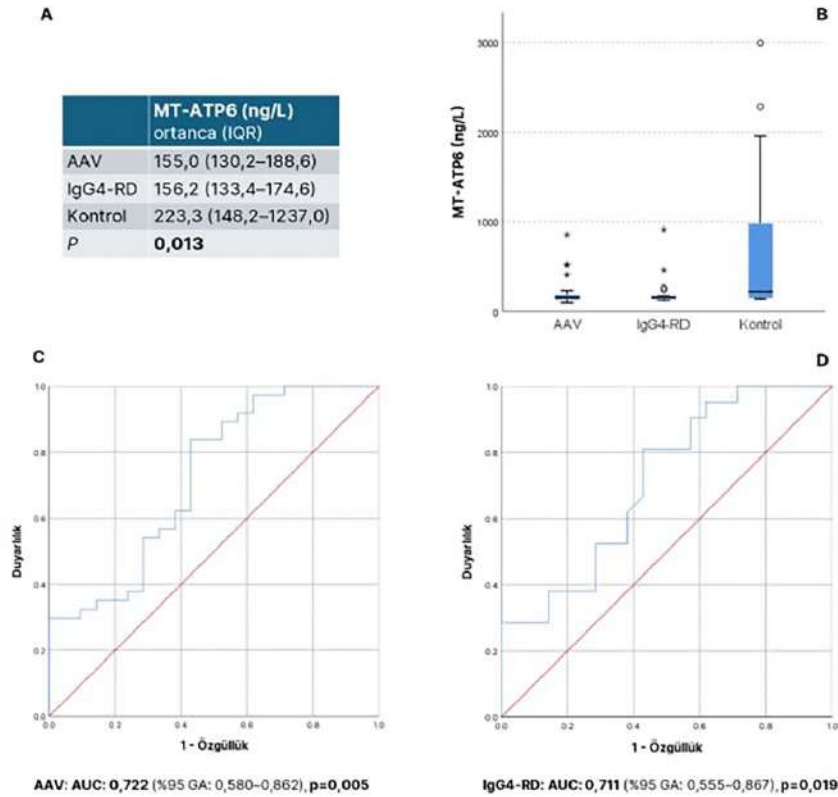
Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, 37 AAV ve 21 IgG4-RD tanısı almış hasta ile 21 sağlıklı kontrol hastası değerlendirilmiştir. Serum MT-ATP6 düzeyleri, ELISA yöntemi ile ölçülmüştür. Hastalık aktivitesi, AAV için BVAS (Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru) ve IgG4-RD için IgG4-RI (IgG4-RD Responder Index) kullanılarak değerlendirilmiştir. Klinik parametreler arasında konstitüsyonel belirtiler, renal tutulum ve pulmoner tutulum yer

alırken; laboratuvar parametreleri olarak C-reactive protein, Hb, ve kreatinin düzeyleri incelenmiştir. Tanısal doğruluk analizi için alıcı çalışma karakteristiği (ROC) eğrisi kullanılmıştır.

Bulgular: AAV hastaların genel özellikleri Tablo 1'de, IgG4-RD hastalarının genel özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında (ortanca: 223,3 ng/L, IQR:148,2-1237,0), AAV (ortanca: 155 ng/L, IQR: 130,2-188,6) ve IgG4-RD hastalarında (ortanca: 156,2, IQR: 133,4-174,6) MT-ATP6 düzeyi daha düşük bulunmuştur (p=0,013). AAV ve IgG4-RD hastalarının MT-ATP6 düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Şekil 1A ve 1B). AAV ve IgG4-RD hastalarında hastalık aktivitesine, demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerine göre MT-ATP6 düzeylerinde anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 1 ve 2). ROC analizine göre AAV için eğri altında kalan alan 0,722 (p=0,005, Şekil 1C), IgG4-RD için 0,711 (p=0,019, Şekil 1D) olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Hem AAV hem de IgG4-RD hastalarında, hastalık aktivitesinden bağımsız olarak mitokondriyal disfonksiyonu işaret eden MT-ATP6 düzeyleri düşük saptanmıştır. Bu biyobelirtecin longitudinal olarak takip edilmesi ve farklı hastalık alt gruplarında incelenmesi, bu hastalıkların patogenezi aydınlatmada yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mitokondriyal disfonksiyon, mitochondrial ATP synthase 6, ANCA ilişkili vaskülitler, IgG4 ilişkili hastalık, biyobelirteç



Şekil 1. A ve B. AAV, IgG4-RD ve kontrol grubunda MT-ATP6 düzeyleri, C ve D. AAV ve IgG4-RD için ROC eğrileri

AAV: ANCA-ilişkili vaskülitler, MT-ATP6: Mitochondrial ATP Synthase 6, IgG4-RD: IgG4 ilişkili hastalık, ROC: Alıcı çalışma karakteristiği, AUC: Eğri altındaki alan

Tablo 1. ANCA ilişkili vaskülit hastalarının özellikleri

Tanı, n (%)	AAV (n=37)		
GPA	28 (75,7)		
EGPA	6 (16,2)		
MPA	3 (8,1)		
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	15 (40,5)		
Erkek	22 (59,5)		
Tanı yaşı, ortalama ± SS (min-maks)	50,0±12,3 (22-74)		
Exitus, n (%)	3 (8,1)		
Takip süresi, ay, ortanca (IQR)	52,3 (11,2-109,7)		
Aktif hastalık, n (%)	11 (29,7)		
Klinik, n (%)			
Konstitüsyonel	5 (13,5)		
Deri	2 (5,4)		
Muköz/göz	5 (13,5)		
KBB	8 (21,6)		
Pulmoner	6 (16,2)		
Kardiyak	1 (2,7)		
Abdominal	1 (2,7)		
Renal	7 (18,9)		
Sinir sistemi	1 (2,7)		
	Aktif (n=11)	İnaktif (n=26)	P
BVAS, ortanca (IQR)	19 (12-24)	0 (0)	<0,001
Laboratuvar			
CRP, mg/L, ortanca (IQR)	83,1 (13,7-100,0)	3,35 (3,3-8,2)	<0,001
Hb, g/dL, ortalama ± SS	10,1±2,2	13,4±2,4	<0,001
BK, bin hücre/mcL, ortanca (IQR)	10,4 (7,0-12,0)	7,5 (6,4-9,5)	0,065
NLR, ortanca (IQR)	6,6 (3,75-8,5)	2,7 (2,2-3,75)	0,001
SII, ortanca (IQR)	1991 (1106-3492)	678 (522-1123)	0,001
SIRI, ortanca (IQR)	2,96 (1,56-3,40)	1,56 (1,23-2,97)	0,087
Ferritin, mcg/L, ortanca (IQR)	223 (111,5-843,5)	55,6 (24,1-93,4)	0,043
Albümin, mg/dL, ortanca (IQR)	3,6 (3,1-3,9)	4,6 (4,275-4,8)	<0,001
Kreatinin, mg/dL, ortanca (IQR)	1,82 (1,22-2,92)	0,95 (0,76-1,36)	0,040
eGFR, mL/dk/1,73 m ² , ortanca (IQR)	40 (23-62)	84,5 (58,5-98,25)	0,051
Proteinüri, mg/gün, ortanca (IQR)	313 (175-1402)	157 (108-322)	0,034
MT-ATP6, ng/L, ortanca (IQR)	152,3 (126,5-201,7)	160,1 (148,6-171,2)	0,761

ANCA: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, NLR: Nötrofil/lenfosit oranı, SII: Systemic inflammatory immune index, SIRI: Systemin immune response index, BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skoru, IQR: Çeyrekler arası aralık

Tablo 2. IgG4 ilişkili hastaların özellikleri

Cinsiyet, n (%)	IgG4-RD (n=21)		
Kadın	10 (47,6)		
Erkek	11 (52,4)		
Fenotip, n (%)			
Pankreas-biliyer-hepatik	1 (4,8)		
RPF-aortit	9 (42,9)		
Baş boyun sınırlı	5 (23,8)		
Mikulicz-sistemik	3 (14,3)		
Diğer			
Tanı yaşı, ortalama ± SS (min-maks)	51,2±14,2 (20-71)		
Takip süresi, ay, ortanca (IQR)	14,0 (0,1-65,0)		
Exitus, n (%)	1 (4,8)		
Aktif hastalık, n (%)	10 (47,6)		
IgG4-RD responder index			
Aktivite, ortanca (IQR)	0 (0-3)		
Hasar, ortanca (IQR)	0 (0-0,5)		
	Aktif (n=10)	İnaktif	P
IgG4-RD RI aktivite, ortanca (IQR)	3 (3-4)	0 (0)	<0,001
Laboratuvar			
CRP, mg/L, ortanca (IQR)	9,6 (3,9-32,2)	3,3 (2,85-3,7)	0,005
Hb, g/dL, ortalama ± SS	Hb, g/dL, ortalama ± SS	13,8±1,6	0,493
BK, bin hücre/mcL, ortanca (IQR)	7,6 (6,7-9,5)	6,9 (6,0-7,9)	0,282
NLR, ortanca (IQR)	2,2 (1,2-4,6)	2,0 (1,7-2,2)	0,512
SII, ortanca (IQR)	703 (491-1558)	509 (395-594)	0,114
SIRI, ortanca (IQR)	1,21 (0,85-3,94)	1,19 (0,80-1,54)	0,557
Ferritin, mcg/L, ortanca (IQR)	43,5 (20-176)	33 (6-75)	0,556
Albümin, mg/dL, ortanca (IQR)	4,4 (3,9-4,6)	4,6 (4,2-4,7)	0,426
Kreatinin, mg/dL, ortanca (IQR)	0,75 (0,63-0,96)	0,91 (0,70-1,09)	0,349
MT-ATP6, ng/L, ortanca (IQR)	139,9 (130,0-239,2)	169 (150,5-175,3)	0,223

RPF: Retroperitoneal fibrozis, NLR: Nötrofil/lenfosit oranı, SII: Systemic inflammatory immune index, SIRI: Systemin immune response index, IgG4-RD RI: IgG4-RD responder index, IQR: Çeyrekler arası aralık

Behçet sendromu tanılı hastalarda nükleer faktör eritroid 2-ilişkili faktör-2, Kelch benzeri ECH ile ilişkili protein-1 ve sestrin 2 düzeyinin belirlenmesi

Mehmet Emin Çakar¹, Seyithan Taşçı², Fatih Albayrak³,
Orhan Zengin⁴

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Gaziantep

³Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Literatürde nükleer faktör eritroid 2-ilişkili factor 2 (Nrf2), Kelch benzeri ECH ile ilişkili protein-1 (Keap1) ve sestrin 2 (Sesn2) molekülleri antioksidan yollardaki düzenleyici moleküllerin en önemlilerindedir. Bu moleküllerin çok sayıda kronik enflamatuvar hastalığın etyopatogenezinde rol aldığı gösterilmiştir. Bu çalışmamızda NRF2, Keap1 ve Sestrin2'nin Behçet Hastalığındaki düzeyini belirlemek suretiyle Behçet Hastalığının etyopatogenezini aydınlatmaya katkı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Eğitim ve Araştırma Hastanesi, romatoloji polikliniğimizden takipli Behçet sendromu

tanılı hastalardan ve sağlıklı gönüllülerden kan tahlili alınarak serum C-reaktif protein, eritrosit sedimantasyon hızı, Nrf2, Keap1, Sesn2 düzeyleri çalışıldı. Demografik veriler, hastalığın süresi, organ tutulumu, kullanılan tedavi yöntemleri ve diğer veriler retrospektif olarak hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza 50 hasta ve 30 kontrol grubu olmak üzere gönüllü toplam 80 kişi dahil edildi. Çalışmaya katılan hastalardan 25'i kadın 25'i erkek ve kontrol grubunun 15'i kadın 15'i erkekti. Hastaların tamamında mukokutanöz tutulum vardı, eklem tutulumu 32 (%64) hastada, göz tutulumu 16 (%32) hastada, vasküler tutulum 9(%18) hastada, nörolojik tutulum ise 3(%6) hastada mevcuttu. Hastaların aldığı tedavi türleri NSAİİ-steroid, kolşisin, kDMARD ve bDMARD olarak araştırıldı. Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında Nrf2, Keap1 ve Sesn2 parametreleri karşılaştırıldı. Nrf2, Keap1 ve Sesn2 düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu (sırasıyla; p=0,003, p=0,001, p=0,004).

Sonuç: Nrf2 ve Sesn2 antioksidan moleküller olup beklentilerimiz doğrultusunda Behçet hastalarında kontrol grubuna göre düşük çıkması bu moleküllerin hastalığın etyopatogenezinde rol alabileceğini düşündürmektedir. Keap1 proteini oksidan bir molekül olup hastalarımızda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük çıkması beklentilerimizin aksine olmuştur. Fakat Nrf2'yi baskılayan farklı moleküllerin varlığı bu konuda daha fazla araştırma yapma ihtiyacı doğurmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, Keap1, Nrf2, Sesn2

İnterstisyel akciğer hastalığı ve romatolojik hastalıkların birlikteliği: gerçek yaşam verisi

Tuğçe Bozkurt¹, Elif Dinçes Nas¹, Sevilay Batıbay¹, Nilüfer Zeynep Tekin², Esen Kasapoğlu¹

¹Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

²Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH), bağ dokusu hastalıklarının sistemik bir tutulumu, hatta ilk bulgusu da olabilmektedir. Romatolojik hastalıklar ile birlikteliği, hastalığın morbiditesi ve mortalitesi üzerinde etkilidir. Bu çalışmada, İAH ön tanısı ile romatoloji polikliniğine refere edilen hastalardaki romatolojik hastalık sıklığını, bu hastaların demografik özelliklerini ve klinik bulgularını incelemeyi amaçladık.

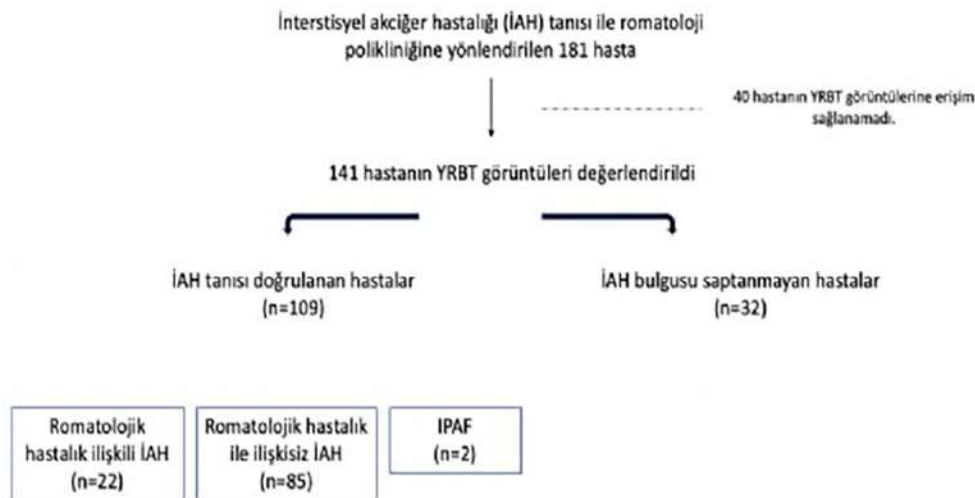
Yöntem: İnterstisyel akciğer hastalığı ön tanısı ile göğüs hastalıkları kliniklerinden yönlendirilmiş, 2012-2023 yılları arasında romatoloji polikliniğimizde değerlendirilmiş olan 181 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Kırk hastanın yüksek rezolüsyonlu toraks bilgisayarlı tomografisine (YRBT) ulaşamadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Toplam 141 hastanın YRBT görüntüleri, toraks BT üzerine deneyimli radyolog (NZT) tarafından değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, YRBT görüntüleri ve raporları, solunum fonksiyon testleri, laboratuvar tetkikleri hastaların dosyalarından ve hastane veri tabanından elde edildi.

Bulgular: Radyolojik değerlendirmede 32 (%22,7) hastanın YRBT bulguları İAH ile uyumlu bulunmadı. Bu hastaların akciğer bulguları enfeksiyon, bronşiektazi, konjesyon, interstisyel paterne uymayan nonspesifik değişiklikler şeklinde yorumlandı. Tanısı doğrulanan toplam 109 hastanın ortalama İAH tanısı aldıkları yaş 66,1'di (\pm :9.2)

ve %52,3'ü (57) erkekti. Başvuru sırasında hastaların %47'sinde öksürük, %25,7'sinde nefes darlığı yakınmaları vardı. Sigara alışkanlığı devam eden veya geçmişte olan hasta sayısı 55'ti (%50,5). Hastaların ise 22'sine (%20,2), yapılan tetkikler sonucu romatolojik hastalık tanısı kondu (Şekil 1). Yedisi (%6,4) primer Sjögren sendromu, 5'i (%4,6) sistemik skleroz, 5'i (%4,6) romatoid artrit, 2'si (%1,8) sistemik lupus eritematozus, 2'si (%1,8) undiferansiye bağ doku hastalığı ve bir hasta da mikroskopik polianjit tanısı aldı. Romatolojik hastalığı olan grupta, olmayan gruba göre kadın sıklığı daha fazlaydı (%77,3, %38,8, p=0,001). İki (%1,8) hasta otoimmün özellikler gösteren interstisyel pnömoni (IPAF) kriterlerini karşılarken, 85 (%78) hastada eşlik eden konnektif doku hastalığı saptanmadı (Şekil 1). IPAF kriterlerine uyan iki hasta kadındı ve her ikisi de sınıflandırma kriterlerinden serolojik bulgularda ANA pozitifliğini ve morfolojik bulgularda spesifik olmayan interstisyel pnömoni (NSİP) özelliğini karşılıyordu. Radyolojik değerlendirmede olağan interstisyel pnömoni paterninin en sık olduğu gözlemlendi (n=68, %62,4), ikinci sıklıkta ise NSİP paterni (n=14, %12,8) izlendi. Romatolojik hastalık ilişkili İAH'da da bu sıralama benzerdi. Ağız ve göz kuruluğu en sık gözlenen semptomlardı. Hastaların klinik özellikleri, solunum fonksiyon testi, YRBT ve laboratuvar sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. Romatolojik hastalık ilişkili İAH'nın takibinde 11 hasta mikofenolat mofetil (MMF) [5 hastada azatiyoprin (AZA) sonrası], 6 hasta AZA, 5 hasta siklofosamid, 4 hasta ritüksimab (3 hasta daha önce siklofosamid, AZA ve MMF kullanan hastalar) tedavisi aldı. İki romatolojik hastalık ilişkili İAH olan, toplam 13 (%11,9) hastada mortalite izlendi.

Sonuç: İnterstisyel akciğer hastalıklarının romatolojik hastalıklar ile birlikteliği, hastalığın tedavi stratejisinde ve progresyonunda etkilidir. Etiyolojiye yönelik değerlendirmede, hastaların semptomları, fizik muayene bulguları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları ile birlikte radyoloji ve göğüs hastalıkları klinikleri ile multidisipliner yaklaşım planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, bağ doku hastalıkları, romatoid artrit



Şekil 1. İnterstisyel akciğer hastalığı bulguları olan ve ileri tetkik için romatoloji polikliniğine refere edilen hastaların izlemi. YRBT: Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi, IPAF: Otoimmün özellikler gösteren interstisyel pnömoni

Tablo 1. İAH tanısı ile tetkik edilen hastaların etiyolojiye göre sınıflandırılması, demografik ve klinik özelliklerinin dağılımı.

	Romatolojik hastalık ilişkili İAH (n=22) (%)	Romatolojik hastalık ilişkisiz İAH (n=85) (%)	IPAF (n=2) (%)	Toplam (n=109) (%)
Cinsiyet				
Erkek	5 (22.7)	52 (61.2)	-	57 (52.3)
Kadın	17 (77.3)	33 (38.8)	2 (100)	52 (47.7)
Tanı sırasında ortalama yaş (yıl)	64.6 (± 9.3)	66.5 (± 9.3)	70 (±4.2)	66.1 (±9.2)
YRBT görüntüleme	5 (22.7)	7 (8.2)	2 (100)	14 (12.8)
NSIP	1 (4.6)	-	-	1 (0.9)
LIP	-	-	-	-
OP	-	-	-	68 (62.4)
UIP	10 (45.5)	42 (49.4)	-	52 (47.7)
UIP	2 (9.1)	9 (10.6)	-	11 (10.1)
Olası UIP	-	5 (5.9)	-	5 (4.6)
İndetermine UIP	4 (18.2)	5 (5.9)	-	10 (9.2)
Olası UIP / fibrotik NSIP	-	-	-	-
Deskuamatif IP	-	2 (2.4)	-	2 (1.8)
Hipersensitivite pnömonisi (HP)	-	11 (12.9)	-	11 (10.1)
Langerhans hücreli histiyositozis	-	1 (1.2)	-	1 (0.9)
Respiratuar bronşiolit-İAH	-	1 (1.2)	-	1 (0.9)
Fibrotik HP / fibrotik NSIP	-	1 (1.2)	-	1 (0.9)
SFT yapılan hasta, n (%)	14 (63.6)	28 (32.9)	-	53 (48.6)
FVC %	75.7 (±24.5)	82 (CAA:29)	-	80.7(±24.3)
DLCO yapılan hasta, n (%)	14 (63.6)	28 (32.9)	-	42 (43.1)
DLCO%	61.2 (±18.9)	64.3 (±17.4)	-	64.7(±18.2)
Romatolojik hastalık ilişkili semptom/bulgu				
Göz kuruluğu	6 (27.3)	9 (10.6)	1 (50)	16 (14.7)
Ağız kuruluğu	8 (36.4)	9 (10.6)	-	17 (15.6)
Raynaud fenomeni	3 (13.6)	-	-	3 (2.8)
Artrit	5 (22.7)	-	-	5 (4.6)
Sklerodaktili	3 (13.6)	-	-	3 (2.8)
ANA positivity	12 (54.5)	26 (30.6)	2 (100)	40 (36.7)
ENA				
Pozitif	10 (45.5)	4 (4.7)	1 (50)	15 (13.8)
Negatif	12 (54.5)	70 (82.4)	1 (50)	83 (76.1)
Bilinmiyor	-	11 (12.9)	-	11 (10.1)
Romatoid faktör				
Pozitif	6 (27.3)	2 (2.4)	-	8 (7.3)
Negatif	14 (63.6)	63 (74.1)	2 (100)	79 (72.5)
Bilinmiyor	2 (9.1)	20 (23.5)	-	22 (20.2)
Anti-CCP				
Pozitif	5 (22.7)	-	-	5 (4.6)
Negatif	14 (63.6)	60 (70.6)	2 (100)	76 (69.7)
Bilinmiyor	3 (13.6)	25 (29.4)	-	28 (25.7)
MPO ANCA				
Pozitif	2 (9.1)	1 (1.2)	-	3 (2.8)
Negatif	18 (81.8)	80 (94.1)	2 (100)	100 (91.7)
Bilinmiyor	2 (9.1)	4 (4.7)	-	6 (5.5)
PR3 ANCA				
Pozitif	-	1 (1.2)	-	1 (0.9)
Negatif	20 (90.9)	80 (94.1)	2 (100)	102 (93.6)
Bilinmiyor	2 (9.1)	4 (4.7)	-	6 (5.5)
ESH(mm/saat)	36 (CAA:38)	23 (CAA:29)	80	24 (CAA:34)
CRP(mg/L)	5 (CAA:12.25)	3 (CAA:4)	6.5 (6-7)	3 (CAA:5)

YRBT: Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi, SD: Standart deviasyon, NSIP: Nonspesifik interstisyel pnömoni, LIP: lenfositik interstisyel pnömoni, OP: Organize pnömoni, UIP: Usual interstisyel pnömoni, SFT: Solunum fonksiyon testi, FVC: Zorlu vital kapasite, DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi, İAH: İnterstisyel akciğer hastalıkları, ANCA: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, CAA: Çeyrekler arası açıklık

Enflamatuvar artritli hastalarda Akdeniz diyetinin hastalık aktivitesi, hastalığın etkisi ve fonksiyonel durum ile ilişkisi: kesitsel çalışma

Sümevra Öteleş¹, Mustafa Ekici², Umut Kalyoncu²

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı enflamatuvar artritli hastaların Akdeniz diyetine (AD) uyumunu ve bunun hastalığa ilişkin bulgularla ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Polikliniğine başvuran ve HUR-BIO veri tabanına kayıtlı enflamatuvar artrit olan 20 yaş üzeri yetişkin bireyler ile yapılmıştır. Çalışmada 257 romatoid artrit (RA) ve 86 psoriatik artrit (PsA) olmak üzere toplam 343 hastanın verileri analiz edilmiştir. Katılımcıların AD'ye uyum puanları, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış 14 soruluk Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği kullanılarak hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin bulguları ölçeğin uygulandığı tarihte alınarak HUR-BIO kayıtlarından elde edilmiştir. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için 28 Eklem Hastalık Aktivite Puanı (DAS28) kullanılmıştır. Hastalığın etkisi ve fonksiyonel durum, sırasıyla Görsel Analog Ölçeği (VAS) ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %81,6'sı (n=280; RA=217 ve PsA=63) kadın hastalardı. Tüm hastaların ortalama DAS28 değeri 2,9 (RA=3,1 ve PsA=2,6) ve ortalama AD uyum skoru 6,0 puan (RA=6,0 ve PsA=6,9) olarak bulunmuştur. RA'lı hastalarda AD uyum puanı ile serum CRP (r=-0,131; p=0,037), hassas eklem sayısı (r=-0,173; p=0,005), VAS-global (r=-0,152; p=0,015), VAS-ağrı (r=-0,125; p=0,045) ve DAS28 skoru (r=-0,210; p=0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca RA hastalarında AD'ye yüksek uyumun, DAS28 skorunda 1 birim azalma olasılığını %25 oranında arttırdığı saptanmıştır (OR =1,248; %95 GA = (1,038-1,502). PsA hastalarında ise AD'ye uyum skoru ile hastalığa ilişkin bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: RA hastalarında AD'ye daha yüksek uyumun daha düşük hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, romatoid artrit, psoriatik artrit, hastalık aktivitesi

Gut hastalarında tedavi uyumunun değerlendirilmesi: hasta merkezli bir çalışma

Buğra Görgülü¹, Rıza Can Kardaş², Dilara Koç Şeramet³, Rıdvan Mercan⁴, Mehmet Engin Tezcan⁵, Abdurrahman Tufan², Hamit Küçük², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

³Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁴Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

⁵Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

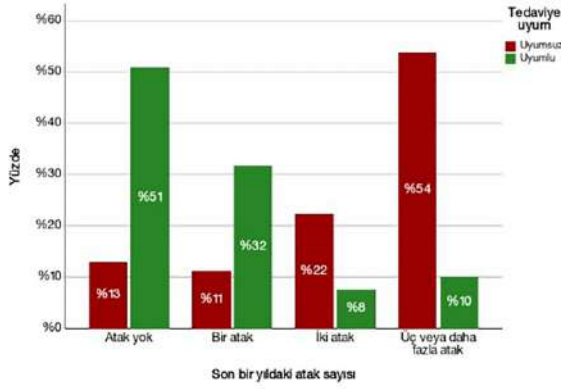
Amaç: Gut hastalığının tedavisindeki başarısızlığın başlıca sebepleri arasında, hasta eğitimi ve hekim müdahalelerindeki yetersizlikler yer almaktadır. Ancak, bilgi düzeyi yüksek ve deneyimli hekimler tarafından bilgilendirilen hastaların, tedavi önerilerine ne ölçüde uyduklarını değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, gut hastalarında hekim tarafından verilen eğitimin tedavi uyumuna etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışma, üniversite romatoloji kliniklerinde takip edilen ve romatologlar tarafından diyet, hedef serum ürik asit düzeyleri ile gut hastalığı hakkında kapsamlı bir şekilde bilgilendirilen hastalar üzerinde yürütüldü. Üçüncü basamak romatoloji merkezlerinde tedaviye başlayan ve yeterli bilgi alan toplam 302 gut hastası tarandı. İlk görüşmeden sonra 195 hasta çalışma kriterlerini karşıladı ve çalışmaya dahil edildi. Tedavi uyumu, öz bildirimler ve tıbbi kayıtlar kullanılarak, klinisyenin görüşüne göre, tedavi uyumu var veya yok olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 195 hastanın %87,4'ü erkek olup, ortalama yaşları 59 yıl olarak saptanmıştır (Tablo 1). Ortalama takip süresi 7 yıl olarak tespit edilmiştir. Hastaların %50'sinde hipertansiyon, %54,5'inde hipertrigliseridemi ve %23,2'sinde diabetes mellitus gibi komorbiditeler bulunmaktaydı. Tedavi uyumuna sahip olan hastaların %68,5'i reçeteli ilaçlarına düzenli devam etmiştir (Tablo 2). Bu grupta, düzenli takip ziyaretleri yapanların oranı %25,6 iken, tedavi uyumsuzluğu gösteren hastalarda bu oran sadece %1,9'dur (p<0,001). Tedavi uyumsuz hastalar, belirgin şekilde daha fazla et tüketmiş (≥3,5 porsiyon/hafta) ve daha uzun aralıklarla gut alevlenmeleri yaşamıştır. Ayrıca, bu grupta ürik asit seviyeleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş (7,25 mg/dL'ye karşı 6,0 mg/dL, p<0,001) ve gut alevlenmeleri daha sık gözlenmiştir (Şekil 1). Son bir yıl içinde, tedavi uyumu olan hastaların %50,8'inde hiç atak gözlenmezken, uyumsuz hastaların %53,7'sinde üç veya daha fazla atak yaşanmıştır (p<0,001).

Sonuç: Gut hastalarında optimal tedavi uyumu ve tedavi başarısı, yeterli hastalık bilgisi ve hekimler tarafından verilen kapsamlı eğitime bağlıdır. Bu bulgular, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sürecinin, tedavi sonuçlarını iyileştirmede kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gut, tedavi uyumu, hasta eğitimi



Şekil 1. Tedavi uyumuna göre yıllık atak sayısı

Tablo 1. Gut hastalarının genel özellikleri

	Gut hastaları (n=195)
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	173 (87,4)
Kadın	22 (12,6)
Tanı yaşı, yıl, ortanca (IQR)	
Erkek	58,0 (19)
Kadın	66,5 (12)
Ko-morbiditeler, n (%)	
Hipertansiyon	99 (50,0)
Dislipidemi	108 (54,5)
Diyabet	46 (23,2)
Koroner arter hastalığı	43 (21,7)
Böbrek taşı	45 (22,7)
Vücut Kitle İndeksi (VKİ), kg/m ² , ortanca (IQR)	29,3 (5,7)
VKİ kategorisi, n (%)	
Normal (20-24.99 kg/m ²)	20 (10,3)
Fazla kilolu (25-29.99 kg/m ²)	88 (45,1)
Obez (≥30 kg/m ²)	87 (44,6)

Tablo 2. Tedavi uyumu olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması.

	Tedavi uyumu var (n=122)	Tedavi uyumu yok (n=54)	P
Takipte gut dışı tedavi, n (%)			
Diüretikler	27 (22,1)	7 (13,0)	0,408
Asetilsalisilik asit	26 (21,5)	8 (14,8)	
ACE inhibitörü/ARB	53 (43,4)	16 (29,6)	
Takipte gut tedavisi, n (%)			
Allopurinol	39 (32,0)	10 (18,5)	<0,001
Febuksostat	7 (5,7)	1 (1,9)	
Kolşisin monoterapisi	6 (4,9)	14 (25,9)	
Kolşisin ve allopurinol	62 (50,8)	29 (53,7)	
Kolşisin ve febüksostat	8 (6,6)	0	
Takip düzeni, n (%)			
Düzenli takip	31 (25,6)	1 (1,9)	<0,001
Düzensiz takip	90 (%74.4)	53 (98,1)	
Düzensiz takibin sebebi, n (%)			
Rapor edilmemiş/düzenli takip	35 (28,7)	8 (14,8)	0,09
Hastalığın inaktif olduğunun düşünülmesi	35 (28,7)	14 (25,9)	
Hastalığın kür olduğunun düşünülmesi	17 (13,9)	7 (13,0)	
COVID-19 pandemisi kısıtlamaları	35 (28,7)	25 (46,3)	
Son takipte laboratuvar			
CRP, mg/L, ortanca (IQR)	4,0 (5,1)	3,3 (6,5)	0,973
Kreatinin, mg/dL, ortanca (IQR)	0,99 (0,32)	1,00 (0,29)	0,800
Ürik asit, mg/dL, ortanca (IQR)	6,0 (2,2)	7,25 (2,3)	<0,001
Serum ürik asit <6 mg/dL, n (%)	60 (49,2)	10 (18,5)	<0,001
Son bir yıl içindeki atak sayısı			
Gut atak sayısı, ortanca (IQR)	0 (1)	3 (2)	<0,001
Atak yok, n (%)	61 (50,8)	7 (13,0)	
Tek atak, n (%)	38 (31,7)	6 (11,1)	
İki atak, n (%)	9 (7,5)	12 (22,2)	
≥3 atak, n (%)	12 (10,0)	29 (53,7)	
Atak tetikleyicileri, n (%)			
Diyet uyumsuzluğu	91 (88,3)	40 (87,0)	0,791
Alkol	11 (10,7)	7 (14,9)	0,588
Gut indükleyici ilaç kullanımı	43 (41,7)	10 (21,3)	0,017

Granülomatöz mastitli hastalarda başlangıç M-skoru nüksü öngörebilir mi?

Mehmet Akif Ötegeçeli¹, Ediz Dalkılıç², Yavuz Pehlivan², Belkis Nihan Coşkun², Burcu Yağız²

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Gaziantep

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

Amaç: İdiopatik granülomatöz mastit (İGM), doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen, tekrarlamaya meyilli, kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Tedavi konusunda uluslararası bir fikir birliği yoktur ve genelde hastanın şikayetlerine göre şekillenir. Hu T ve ark. 2019 yılında yapmış oldukları çok merkezli, randomize 140 hastalık bir çalışmada semptomların şiddetini nesnel olarak ölçen, tedaviye yanıtı objektif olarak değerlendiren M-skorumu kullanmışlardır. Çalışmamızın amacı İGM hastalarının başlangıç M-skorumunun tekrarlamaya olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 2011-2023 yılları arasında başvurmuş, klinik ve histopatolojik olarak İGM tanısı almış olan 90 hasta dahil edildi. Hasta kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Semptomların şiddetini değerlendirmek için daha nesnel veriler sunan M-skoru kullanıldı. Başlangıç M-skoru ile birlikte hastalığın tekrarlamaya oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastalarımız en sık memede ele gelen kitle nedeniyle kliniğimize başvurdular. Apsesi olanlarda tekrarlamaya oranı %93,18 ile, olmayanlara göre (%60,87) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Cerrahi yapılan hastalarda tekrarlamaya oranları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,518$). Başlangıç M-skoru düzeylerine göre tekrarlamaya oranları karşılaştırıldığında, başlangıç M-Skoru 5 ve üzeri olan hastaların tekrarlamaya oranlarının (%98,4), başlangıç M-skoru 5'in altında olan hastalara göre (%24) daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Sonuç: İGM hastalarında tedavi, hastanın semptomlarına bağlıdır. Bu yüzden semptomları daha objektif olarak tanımlayabilen, tedaviye yanıtı daha nesnel olarak yorumlayan bir skorlama sistemine ihtiyaç duyulmuştur. M-skoru da bu ihtiyacı karşılayabilecek düzeydedir. Çalışmamızda başlangıç M-skoru 5 ve üzerinde olan hastalarda tekrarlamaya oranının, M-skoru 5 ve altında olan hastalara göre daha yüksek olarak saptanması, bize başvuru anında M-skoru yüksek olan hastalarda, gözlem veya monoterapiden ziyade, daha agresif tedaviler başlama konusunda fikir vermektedir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik granülomatöz mastit, M-skoru, nüks

Behçet hastalığında IL-17, IFN- γ , IL-36, IL-37, IL-38 ve IL-40 düzeylerinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi

Rıza Can Kardeş¹, Emin Ümit Bağrıaçık², İbrahim Vasi¹, Nihan Oruklu², Melek Yaman², Resul Karakuş², Derya Yıldırım¹, Burcuğül Kaya¹, Rahime Duran¹, İbrahim Yahya Çakır¹, İbrahim Karaduman¹, Hamit Küçük¹, Berna Göker¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Abdulsamet Erden¹

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet hastalığı, çeşitli enflamatuvar biyobelirteçlerle karakterize edilen kronik bir vaskülitir. IL-17, IFN- γ , IL-36, IL-37, IL-38 ve IL-40 gibi sitokinler, immün yanıtın düzenlenmesinde ve enflamasyonun modülasyonunda kritik rol oynayan moleküllerdir. Bu çalışmada, Behçet hastalığı olan hastalarda bu sitokinlerin düzeylerinin değerlendirilmesi ve hastalık aktivitesi ile olan ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde Behçet hastalığı tanısı almış 30 hasta ve yaş, cinsiyet ile diğer demografik özellikler açısından benzer 30 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edilmiştir. Hastalar klinisyenin değerlendirmesine göre ve klinik bulgularına göre aktif ve inaktif olarak sınıflandırılmıştır. Serum IL-17, IFN- γ , IL-36, IL-37, IL-38 ve IL-40 düzeyleri enzime bağlı immünosorbent tahlili yöntemi ile ölçülmüştür.

Bulgular: Behçet hastalarının genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Behçet hastalığı olanlarda IL-17, IFN- γ , IL-36, IL-37, IL-38 ve IL-40 düzeyleri sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede farklı bulunmuştur. IL-17, IFN- γ ve IL-36 düzeyleri Behçet hastalarında anlamlı olarak daha yüksek saptanırken (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,004$), IL-37 düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p=0,006$). IL-38 ve IL-40 düzeyleri ise gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemiştir (sırasıyla $p=0,877$, $p=0,154$). Aktif Behçet hastalarında ($n=7$) IL-17, IFN- γ , IL-36, IL-38 ve IL-40 düzeyleri, inaktif hastalara göre ($n=23$) belirgin olarak daha yüksekken (tümü için $p<0,05$), IL-37 düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p=0,048$), (Tablo 2). Alıcı çalışma karakteristiği analizine göre, IL-17, IFN- γ , IL-36 ve IL-38 biyobelirteçleri aktif hastalığı inaktif hastalıktan anlamlı şekilde ayırt edebilmektedir (eğri altında kalan alan 0,826-0,950), (Şekil 1).

Sonuç: Bu çalışma, Behçet hastalığının patofizyolojisinde IL-36, IL-38, IL-17 ve IFN- γ artışının ve IL-37 azalmasının önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu sitokinler, Behçet hastalığı için güçlü biyobelirteç adaylarıdır. Bu bulguların, hastalığın izlenmesi ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesinde kullanılabilirliğini araştırmak, ileri çalışmalar için önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, sitokinler, biyobelirteçler, hastalık aktivitesi

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

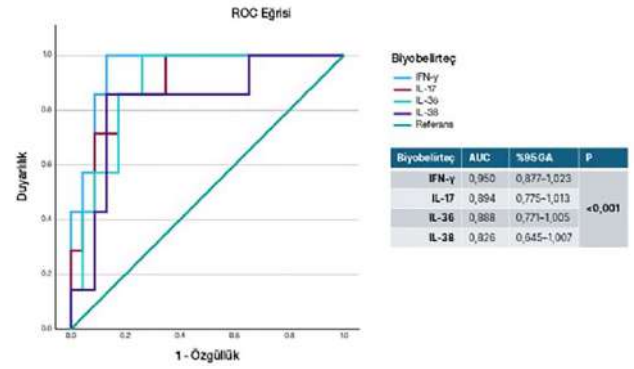
Hasta sayısı, n	30
Erkek cinsiyet, n (%)	19 (63,3)
Sigara, aktif içici veya bırakmış, n (%)	8 (26,7)
Tanı yaşı, ortalama ± SS (min-maks)	27,0±11,6 yıl (9-58)
Tanı gecikme süresi, ay, ortanca (IQR)	6,7 (0,8-27,4)
Klinik, n (%)	
Oral aft	30 (100)
Genital ülser	20 (66,7)
Akneiform döküntü	13 (43,3)
Eritema nodosum	9 (30,0)
Paterji pozitifliği	12 (40,0)
Eklem tutulumu	10 (33,3)
Göz tutulumu	19 (63,3)
Pan üveit	12 (66,7)
Posterior üveit	4 (22,2)
Ön üveit	1 (5,6)
Retinal vaskülit	1 (5,6)
Merkezi sinir sistemi, tamamı parankim	4 (13,3)
Gastrointestinal sistem	1 (3,3)
Vasküler, tamamı venöz	8 (26,7)
Laboratuvar	
HLA-B51 pozitifliği, n (%)	11 (36,7)
Sınıflama kriterleri	
ISG'yi karşılayan, n (%)	25 (83,3)
ICBD'yi karşılayan, n (%)	28 (93,3)
ICBD puanı, ortanca (IQR)	5,5 (5-7)
Tedavi, n (%)	
Kolşisin	
Herhangi bir dönemde kullanmış	19 (63,4)
Son kontrolde kullanıyor	14 (46,7)
Azatiyoprin	
Herhangi bir dönemde kullanmış	24 (80)
Son kontrolde kullanıyor	13 (43,3)
Siklofosamid	
Herhangi bir dönemde kullanmış	3 (10)
Son kontrolde kullanıyor	0
TNF inhibitörü	
Herhangi bir dönemde kullanmış	14 (46,7)
Son kontrolde kullanıyor	10 (33,3)

TNF: Tümör nekroz faktörü, ICBD: International Criteria for Behcet's Disease, ISG: International Study Group

Tablo 2. Sitokin düzeylerinin aktif ve inaktif Behçet hastalarında karşılaştırılması

	Aktif (n=7)	İnaktif (n=23)	P
IL-17	628,5 (572,8-781,2)	396,8 (213,1-564,5)	<0,001
IFN- γ	536,7 (425,3-575,6)	266,4 (125,4-374,2)	<0,001
IL-36	2498 (2167-2896)	1223 (313-2051)	0,001
IL-37	70,4 (68,6-77,2)	94,3 (76,4-169,6)	0,048
IL-38	123,1 (118,8-172,5)	23,8 (19,3-76,7)	0,008
IL-40	1,91 (1,73-2,69)	0,78 (0,63-1,48)	0,042
IgA	286 (203-365)	185 (137-254)	0,077

Değerler ortanca (IQR) olarak verilmiştir. Sitokinlerin birimi pg/mL, IgA'nın birimi mg/dL'dir.



Şekil 1. Aktif Behçet hastalığını göstermede serum IFN- γ , IL-17, IL-36 ve IL-38 düzeylerinin ROC analizi
ROC: Alıcı çalışma karakteristiği

Romatoid artritte çok yüksek RF (1000) titresinin prognoz ve tedaviye etkisi var mı?

Gezmiş Kimyon, Mete Pekdikler

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Amaç: Romatoid faktörün (RF) romatoid artritli (RA) hastalarda kötü prognostik faktör olduğu bilinmektedir. Ancak çok yüksek RF titresine sahip RA hastalarının prognozu ile ilgili literatürde yeterince veri bulunmamaktadır. Amacımız RA hastalarında RF titresinin çok yüksek olmasının hastalık prognozuna, morbiditeye ve tedaviye etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

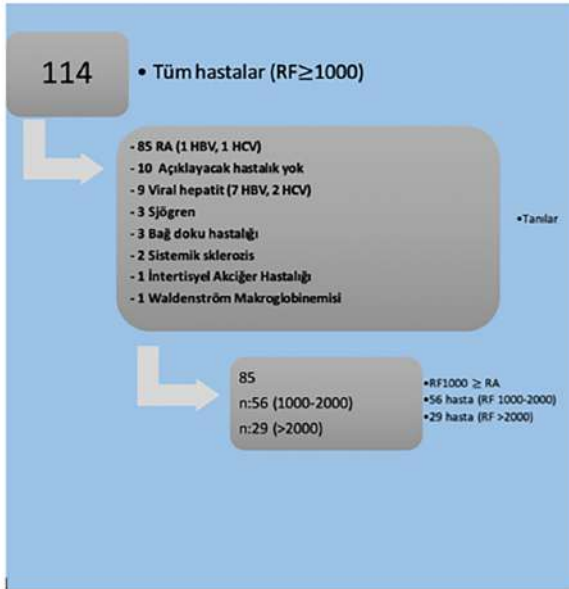
Yöntem: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği'nde takipli hastalar çalışmaya alınmıştır. Retrospektif, kesitsel, tek merkezden yapılan kontrollü bir çalışmadır. RF titresinin 1000 ve üzerinde olması çok yüksek RF olarak kabul edilmiştir. Kontrol grubu olarak RF değeri 1000'den küçük olan RA ve seronegatif RA hastaları alınmıştır. Hastaların demografik, laboratuvar ve klinik bulguları hastane medulla sistemi, hasta dosyası ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Romatoloji Polikliniği Arşivi'nden elde edilmiştir.

Bulgular: Çok yüksek RF (1000) titresine sahip 114 hasta saptanmıştır (Şekil 1). Bu hastaların 10'unda RF titresini açıklayacak herhangi bir hastalık yokken, 11 hastada hepatit (2 hasta RA ve hepatit idi - 8 HBV, 3 HCV), 3 hastada Sjögren, 3 hastada bağ

doku hastalığı, 2 hastada sistemik sklerozis, 1 hastada interstisyel akciğer hastalığı ve 1 hastada Waldenström Makroglobulinemisi saptanmıştır. Çok yüksek RF titresine sahip 85 RA hastasının ve kontrol gruplarının demografik ve klinik bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. Tüm gruplarda ortalama yaş, cinsiyet, hastalık süresi ve sigara kullanım oranları benzerdi. Her iki RF pozitif grupta anti-CCP oranları ve titreleri benzer düzeydeydi. RF 1000, RF <1000 ve seronegatif grupta sırasıyla ciddi enfeksiyon %15, 3,8 ve 1,2; extra-artiküler tutulum %52,2, 39 ve 18,6; akciğer tutulumu %16,2, 8,5 ve 1,2; sikka %39,4, 33,7 ve 18,6 idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Her 3 grupta eklem erozyon skorları ve biyolojik ilaç kullanma oranları benzerdi. RF pozitif gruplarda non-tümör nekroz faktörü (TNF) biyolojikler daha sık kullanılsa da istatistiki anlamlılık yoktu. Her 3 grupta da TNF kullanan hastalarda non-TNF gruba göre daha fazla ilaç değişimi saptandı. Çok yüksek hasta grubunda 3 hastada, RF <1000 grubunda 1 hastada malignite var iken seronegatif grupta malignite yoktu (Tablo 1).

Sonuç: Çok yüksek RF (1000) titresine sahip RA hastaları ekstra-artiküler tutulum, özellikle akciğer tutulumu açısından daha risklidir. Ayrıca bu hastalarda hastaneye yatış gerektiren ciddi enfeksiyon oranı daha yüksektir. Anti-TNF ilaç kullanan RA hastalarında non-TNF biyolojiklere göre ilaç değişim oranı daha yüksektir. Çok yüksek RF titresine sahip RA hastalarında tedavi seçiminde özellikle akciğer tutulumu ve enfeksiyon riski gözletilmelidir. Bu veriler prospektif ve çok merkezli çalışmalar ile desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF tedavi, biyolojik tedavi, extra-artiküler tutulum, prognoz, romatoid artrit, romatoid faktör



Şekil 1. Çok yüksek RF hastalarının tanısal dağılımı
RF: Romatoid faktörü, RA: Romatoid artritli

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik verileri

	RF>1000	RF<1000	RF negatif
Hasta sayısı	85	106	86
Cinsiyet			
Kadın n(%)	67 (78.8)	87 (82.1)	72 (83.7)
Erkek n(%)	18 (21.2)	19 (17.9)	14 (16.3)
Yaş (ortalama)	62.55	62.07	58.97
Extra-artiküler tutulum n(%)	36 (52.2)	41 (39)	16 (18.6)
Akciğer tutulumu n(%)	11 (16.2)	9 (8.5)	1 (1.2)
Sikka n(%)	26 (39.4)	35 (33.9)	16 (18.6)
Ciddi enfeksiyon n(%)	12 (15)	4 (3.8)	1 (1.2)
b/ts DMARD n(%)	47 (55.3)	64 (60.4)	46 (53.5)
Anti-TNF kullanımı n(%)	28 (32.9)	30 (28.3)	36 (41.9)
En az 1 komorbidite n(%)	64 (75.2)	67 (67.1)	59 (68.6)

RF: Romatoid faktörü, TNF: Tümör nekroz faktörü, DMARDS: Hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaçlar

ANCA ilişkili vaskülit hastalarında Romatizmal Hastalıklar Komorbidite İndeksi'nin hastalık şiddeti ve renal tutulumla ilişkisi

Nefise Sena Gökhan¹, İbrahim Karaduman², Rıza Can Kardeş², İbrahim Vasi², Derya Yıldırım², Burcuğül Kaya², Rahime Duran², İbrahim Yahya Çakır², Abdulsamet Erden², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk², Hamit Küçük²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA)-ilişkili vaskülitler (AAV), enflamasyon ve vasküler hasara yol açan, nadir görülen otoimmün hastalıklardır. Romatizmal Hastalıklar Komorbidite İndeksi (RDCI), romatizmal hastalıklara eşlik eden ek hastalıkların hastaların genel sağlık durumu ve tedavi sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Şekil 1). Çalışmamız, AAV tanısı almış hastalarda RDCI'nin klinik seyir ve hastalık şiddeti ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde 2014'ten beri AAV tanısıyla takip edilmekte olan 57 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar RDCI skorlarına göre iki gruba ayrıldı: RDCI skoru 0 olanlar (n=34) ve RDCI skoru ≥1 olanlar (n=23). Hastaların demografik özellikleri, tanı yaşı, tanıdan önceki gecikme

süresi, klinik semptomlar, laboratuvar bulguları, tedavi yöntemleri ve takip süresince gözlenen klinik sonuçlar karşılaştırıldı. Tanı dönemi ve takip süresi boyunca hastaların aktif renal tutulum, kreatinin seviyeleri, glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), proteinüri miktarı ve hematüri gibi parametreler değerlendirildi. Ayrıca hastaların hastalık aktivitesi (BVAS skoru) ve mortalite oranları da incelendi.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. RDCI 0 puan ve ≥1 puan alan hastalar arasında cinsiyet, tanı yaşı ve tanı gecikme süresi gibi demografik faktörlerde anlamlı farklar gözlemlenmedi. RDCI≥1 puan alan hastalarda, tanı döneminde BVAS skoru anlamlı olarak daha yüksek bulundu (2,04±0,69 vs 1,61±0,67, p=0,023) ve aktif renal tutulum daha sık görüldü (%78,3 vs %42,9, p=0,014), (Tablo 2). Takip sürecinde ise RDCI≥1 puan alan hastalarda eGFR düzeyleri daha düşük (64,5 vs 84 mL/dk/1,73 m², p=0,039) saptandı (Tablo 2). RDCI≥1 puan olan hastalarda proteinüri düzeyleri daha yüksek (177 mg/g vs 124 mg/g) ve kronik böbrek hastalığı gelişme oranı daha fazla (%40,9 vs %20,6), olmasına rağmen bu fark istatistiksel anlamlılık göstermedi.

Sonuç: RDCI skoru yüksek olan AAV'li hastalarda, tanı sırasında hastalık aktivitesi ve aktif renal tutulum daha sık olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, RDCI'nin AAV'li hastalarda hastalık şiddetini ve renal tutulum riskini belirlemede potansiyel bir gösterge olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, Romatizmal Hastalıklar Komorbidite İndeksi, komorbidite, hastalık aktivitesi

RDCI parametreleri
1. Miyokart enfarktüsü
2. Diğer kardiyovasküler hastalıklar
3. İnme
4. Hipertansiyon
5. Diyabet
6. Akciğer hastalıkları
7. Kanser
8. Peptik ülser veya GİS problemleri
9. Vertebra, kalça veya alt ekstremitelerde kırık
10. Depresyon

Her bir parametre var (1) veya yok (0) olarak değerlendirilir.
 $RDCI = 2 \times \text{Akciğer hastalığı} + [2 \times (\text{MI veya KVH veya inme}) + 1 \times \text{hipertansiyon}] + \text{Kırık} + \text{Depresyon} + \text{Diyabet} + \text{Kanser} + \text{Peptik ülser veya GİS problemleri}$

Şekil 1. RDCI'nin hesaplanması

RDCI: Romatizmal Hastalıklar Komorbidite İndeksi,, KVH: Kardiyovasküler hastalık

Tablo 1. ANCA ilişkili vaskülit hastalarının genel özellikleri

	AAV (n=57)
Cinsiyet	
Kadın	29 (50,9)
Erkek	28 (49,1)
Sigara, herhangi bir dönemde, n (%)	32 (56,1)
Ko-morbidite, n (%)	
KAH	13 (22,8)
Kalp yetmezliği	6 (10,5)
HT	25 (43,9)
DM	16 (28,1)
Dislipidemi	14 (24,6)
VTE	1 (1,8)
KBH	14 (24,6)
Hipotiroidi	8 (14,0)
Osteoporoz	5 (8,8)
Malignite	6 (10,5)
Tanı, n (%)	
GPA	47 (82,5)
MPA	2 (3,5)
EGPA	6 (10,5)
Böbrek sınırlı AAV	2 (3,5)
Tanı yaşı, ortalama \pm SS	48 \pm 13,6 yıl
Tanı gecikme süresi, ay, ortanca (IQR)	2,1 (0,6-4,0)
Tanı dönemi klinik özellikleri, n (%)	
Konstitüsyonel	45 (78,9)
Deri	8 (14,0)
Muköz-göz	14 (24,6)
KBB	41 (71,9)
Akciğer	43 (75,4)
Kardiyovasküler	9 (15,8)
GIS	0
Renal	33 (57,9)
Sinir sistemi	17 (29,8)
Tanı dönemi laboratuvar	
ESR, mm/saat, ortalama \pm SS	79,7 \pm 33,4
CRP, mg/L, ortanca (IQR)	114 (23,75-306,5)
Ferritin, mcg/L, ortanca (IQR)	278,6 (115,35-588,0)
Kreatinin, mg/dL, ortanca (IQR)	0,89 (0,64-2,24)
eGFR, mL/dk/1,73 m ² , ortanca (IQR)	87 (32-112)
Proteinüri, mg/g, ortanca (IQR)	448 (117-1993)
Hematüri, eritrosit/BBA, ortanca (IQR)	6 (1-76)
IgG, mg/dL, ortalama \pm SS	1294,5 \pm 355,4
ANCA IFA, n (%)	
c-ANCA	35 (61,4)
p-ANCA	8 (14,0)
ANCA ELISA, n (%)	
PR3-ANCA	34 (59,6)
MPO-ANCA	6 (10,5)
BVAS, ortalama \pm SS	17,8 \pm 7,1
FFS, ortanca (IQR)	1 (0-1)

ANCA: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, AVV: ANCA ilişkili vaskülitler, VTE: Venöz tromboembolizm, BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skoru, FFS: Beş faktör skoru, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein

Tablo 2. ANCA ilişkili vaskülit hastalarının RDCI gruplarına göre karşılaştırılması

	RDCI 0 puan (n=34)	RDCI \geq 1 puan (n=23)	P
Cinsiyet, kadın, n (%)	19 (55,9)	10 (43,5)	0,424
Tanı, n (%)			
GPA	29 (85,3)	18 (78,3)	0,356
MPA	0	2 (8,7)	
EGPA	4 (11,8)	2 (8,7)	
Böbrek sınırlı AAV	1 (2,9)	1 (4,3)	
Tanı yaşı, yıl, ortalama \pm SS	45,6 \pm 14,9	52,0 \pm 10,3	0,07
Tanıda gecikme süresi, ay, ortanca (IQR)	1,4 (0,6-3,2)	3,0 (0,9-5,0)	0,120
Aktif renal tutulum, n (%)	15 (42,9)	18 (78,3)	0,014
Kreatinin, mg/dL, ortanca (IQR)	0,96 (0,67-2,46)	1,51 (0,64-3,87)	0,624
eGFR, mL/dk/1,73 m ² , ortanca (IQR)	88 (33-107)	58 (18-108)	0,675
eGFR <60 mL/dk/1,73 m ² , n (%)	6 (30)	6 (46)	0,465
Proteinüri, mg/g, ortanca (IQR)	355 (175-1671)	765 (82-2223)	0,841
Hematüri, KK/BBA, ortanca (IQR)	9 (1-96)	11 (1-125)	0,924
BVAS, ortalama \pm SS	16,1 \pm 6,7	20,4 \pm 6,9	0,023
FFS, ortanca (IQR)	0,5 (0-1)	1 (0-1)	0,528
Son kontrol			
Aktif renal tutulum, n (%)	2 (5,9)	2 (8,7)	1,000
eGFR, mL/dk/1,73 m ² , ortanca (IQR)	84 (65,5-90)	64,5 (54,3-84,8)	0,039
Proteinüri, mg/g, ortanca (IQR)	124 (91,3-384,5)	177 (140-455)	0,089
KBH, n (%)	7 (20,6)	9 (40,9)	0,134
BVAS, ortanca (IQR)	0 (0-4)	1 (0-5)	0,381
VDI, ortanca (IQR)	0 (0-1)	1 (0-2)	0,288
Relaps, n (%)	4 (11,8)	3 (13,6)	1,000

ANCA: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, RDCI: Romatizmal Hastalıklar Komorbidite İndeksi, BVAS: Birmingham vaskülit aktivite skoru, FFS: Beş faktör skoru, VDI: Vaskülit hasar indeksi

Takayasu arteritinin tanısında Kombine Arterit Hasar Skoru (CARDS) prognozu ve biyolojik tedavi ihtiyacını öngörebilir mi?

Rabia Deniz¹, Tefik Güzelbey², Merve Tanrıku³, Cemal Bes¹

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

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

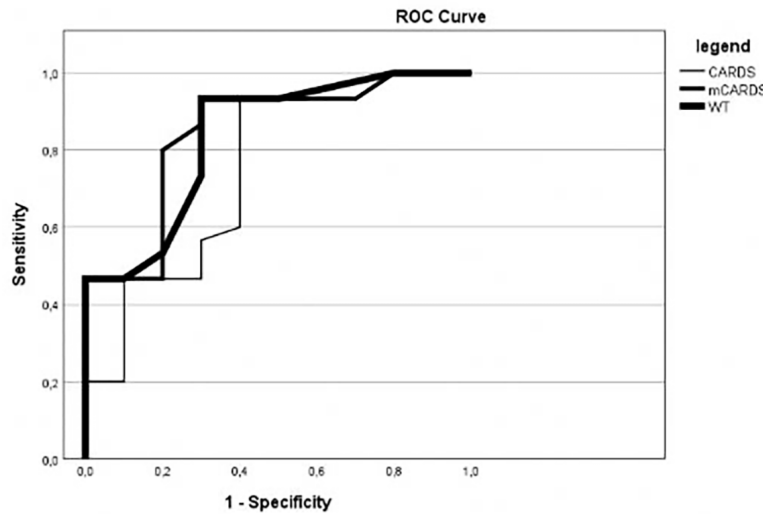
Amaç: Takayasu arterit (TAK) hastalarında tanı anında takipte biyolojik tedavi ihtiyacını ve duvar kalınlığının (WT) olası katkısını tahmin etmek için kombine arterit damga skorunun (CARDS) prognostik değeri araştırılmıştır.

Yöntem: Tanı anında MRA/BTA'nın kör değerlendirmesi okuyucu romatolog (RR) ve girişimsel radyolog (RIR) tarafından yapıldı ve 21 arter bölgesi için CARDS hasar skoru normal, hafif veya orta/şiddetli darlık, oklüzyon veya anevrizma/dilatasyon olarak yapıldı. Ek olarak WT tüm bölgeler için var veya yok olarak puanlandı. Modifiye CARDS (mCARDS), CARDS'ın ve WT alanlarının sayısının toplamı olarak hesaplandı.

Bulgular: Takipte verilen tedaviye göre, 10 biyolojik olmayan tedavi (BT dışı) (K/E: 8/2, ortanca yaş 37 yıl) ve 15 biyolojik tedavi (BT) [K/E: 12/2] ortanca yaş 29,5 yıl] alan hasta dahil edildi. Demografik ve tedavi verisi Tablo 1'deki gibidir. ITAS skoru, CRP ve ESR düzeyleri gruplarda benzerdi. CARDS [1,4 (0-7,2) ve 4,5 (0,6-19), p=0,003], WT [1,5 (0-8) ve 7 (1-21), p<0,001] ve mCARDS [4 (0-14,2) ve 11,4 (1,6-40), p<0,001] skorları BT grubunda BT olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti. WT için RR ve RIR arasındaki Cohen kappa katsayısı %99,6 uyumlu 0,99, CARDS ise %99,6 uyumlu 0,98 olarak saptandı. CARDS, WT ve mCARDS puanlarının AUC değerleri sırasıyla 0,748 (0,605-0,892), 0,837 (0,723-0,950) ve 0,847 (0,735-0,958) olup p değeri hepsi için <0,0001 idi (Şekil 1). Tanısal başarıya göre aday skor değerleri Tablo 2'de sunuldu.

Sonuç: TAK'ta hastaların prognozunun ve biyolojik tedavi ihtiyacının tanı anında tahmin edilmesi, sonuçları, tedavinin etkinliğini iyileştirebilir ve daha yakın takip için uyarıda bulunabilir. CARDS ve WT'nin mCARDS olarak kombinasyonu en yüksek duyarlılığa ve özgüllüğe ulaşmış ve tüm skorlar prognozu tahmin etmede yararlı görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, kombine arterit hasar skoru, duvar kalınlığı, stenoz, prognoz, biyolojik tedavi



Şekil 1. Biyolojik tedavi ihtiyacı olan Takayasu arterit hastalarını ayırt etmek için CARDS (a), duvar kalınlığı (b) ve mCARDS (c) skorlarına yönelik ROC (eğri altındaki alan) grafikleri. %95 GA ile AUC değerleri sırasıyla 0,748 (0,605-0,892), 0,837

Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve hastalık özellikleri

Parametre	BT dışı grup	BT grubu	p değeri
Cinsiyet, kadın/erkek (%)	8/2 (80/20)	13/2 (86,7/13,3)	0,401
Tanı yaşı, yıl (medyan, aralık)	35 (19-58)	30 (17-59)	0,032
Hastalık süresi, ay (medyan, aralık)	37,5 (24-100)	37,5 (18-85)	0,841
Biyolojik tedavi başlarken hastalık yaşı, ay (medyan, aralık)	N/A	10,5 (2-42)	N/A
Tanıda aktivite parametreleri			
ITAS (medyan, aralık)	6 (2-9)	4 (1-8)	0,345
CRP, mg/dL (medyan, aralık)	18 (1-71)	47 (17-115)	0,258
ESH, mm/sa (medyan, aralık)	25 (5-57)	42 (9-74)	0,136
Tedavi ajanları			
Kortikosteroid (%)	10/10 (100)	15/15 (100)	2,0
Metotreksat (%)	8/10 (80)	15/15 (100)	0,399
Leflunomid (%)	2/10 (20)	1/15 (6,7)	0,346
Azatiopürin (%)	1/10 (10)	6/15 (40)	0,118
Mikofenolat mofetil (%)	0	1/15 (6,7)	0,600
Siklofosamid (%)	0	1/15 (6,7)	0,600
İnflksimab (%)	N/A	8/15 (53,3)	N/A
Adalimumab (%)	N/A	5/15 (33,3)	N/A
Tosilizumab (%)	N/A	7/15	N/A

BT dışı grup: Biyolojik tedaviye ihtiyaç duyulmayan grup, BT grubu: Biyolojik tedaviye ihtiyaç duyulan grup, ITAS: Indian Takayasu Arteritis Activity Score, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, N/A: Değer yoktur

Tablo 2. Aday, takipteki biyolojik tedavi ihtiyacını tahmin etmek için tanı anında puanların kesme değerlerini kullanır

Skor	Cut off değeri	Özgüllük (%)	Duyarlılık (%)
CARDS			
Cut off değeri 1	4,4	78	58
Cut off değeri 2	4,0	74	64
Cut off değeri 3	3,6	70	69
Duvar kalınlığı			
Cut off değeri 1	6	83	69
Cut off değeri 2	5	75	81
mCARDS			
Cut off değeri 1	8,4	88	71
Cut off değeri 2	8,2	83	75
Cut off değeri 3	8,0	80	81

CARDS: Kombine Arterit Hasar Skoru, mCARDS: Modifiye CARDS

Romatoloji polikliniğinde nedeni bilinmeyen ateş ve akut faz reaktanı yüksekliğinde PET/BT çekiminin tanı sürecine olan katkısının değerlendirilmesi

Umut Yılmaz Koreli, Ege Sinan Torun, Mine Adaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) son yıllarda romatoloji pratiğinde kullanımı yaygınlaşan bir görüntüleme yöntemidir. Amacımız romatoloji polikliniğine nedeni bilinmeyen ateş (NBA) ve açıklanamayan akut faz reaktanı (AFR) yüksekliği ile başvuran hastalarda PET/BT'nin tanı sürecine katkısını değerlendirmektir.

Yöntem: Şubat 2022-Eylül 2023 arasında romatoloji polikliniğinde NBA ve açıklanamayan AFR yüksekliği nedeniyle tetkik edilen, otoimmün bir hastalığı olmayan, bilinen aktif enfeksiyon hastalığı olmayan, özgeçmişinde malignite bulunmayan hastaların demografik ve klinik özellikleri, PET/BT rapor sonuçları ve yapılan ileri incelemeler sonucu konulan tanı dağılımları (etiyojik olarak enfeksiyöz nedenler, otoimmün patolojiler, maligniteler, tanı konulamayanlar) retrospektif olarak hastaların kayıtlarının incelenmesiyle elde edilmiştir.

Bulgular: Belirtilen tarih aralığında 18.667 poliklinik muayenesi yapılmış, 101 hastaya PET/BT istenmiş, NBA ve AFR yüksekliği

sebebiyle çekim yapılan 30 hasta çalışmaya alınmıştır. Otuz hastanın, 20'si kadın, 10'u erkekti, yaş ortalaması 51,23±13,89, ateş 37,85±0,18°, C-reaktif protein 53,10±38,91 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 70,20±25,14 mm/saat, PET/BT'deki en yüksek SUV_{maks} değeri ise 5,33±4,96 olarak saptanmıştır. Beş hastanın (%16,7) PET/BT'si normal, 19 hastaninkisi (%63,3) enflamatuvar tutulum, 6 hastaninkisi (%20) neoplazi şüpheli tutulum olarak raporlanmıştır. İleri incelemeler sonrası PET/BT'de enflamatuvar tutulum saptanan 19 hastadan 13'üne tanı konmuştur (4 AS, 3 SLE, 1 RA, 1 farklılaşmamış bağ doku hastalığı, 1 temporal arterit, 1 romatoid faktör pozitif vaskülit, 1 erişkin Still hastalığı, 1 psödoguta sekonder dejeneratif eklem patolojisi). Malignite şüphesi bildirilen 6 hastadan birisine Hodgkin lenfoma, diğer hastaya kriptokokozis tanısı konmuştur. Tanı konamayan 15 hastadan 6'sının ateşi ve akut faz reaktanları spontan gerilemiş, 2 hastada steroid, 3 hastada kolşisin ile düzelme saptanmış, 3 hastada ateş gerilese de akut faz yüksekliği sebat etmiş, 1 hasta takibe gelmediği için klinik seyir izlenememiştir. PET/BT'nin duyarlılığı %100, özgüllüğü %33, doğruluk oranı %66,7 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Sonuç: PET/BT, çalışmamızda %50 oranında hastaya tanı koyulmasını sağlamış, tanı konan hastalarda %100 duyarlılık göstermiş ve yalancı pozitif oranının yüksekliğine rağmen %66,7 doğruluk oranına ulaşmıştır. PET/BT'nin akılcı kullanımıyla gelecekte romatoloji pratiğine katkı sağlamaya devam edeceği tahmin edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ayırıcı tanı, duyarlılık, özgüllük, PET/BT, romatoloji, tanı

Tablo 1.

	Tanı konulabilen hasta sayısı (%)	Tanı konulamayan hasta sayısı (%)	Toplam (%)
PET/BT'de anormal tutulum saptanan hasta sayısı (%)	15 (%50)	10 (%33,3)	25 (%83,3)
PET/BT'si normal olarak raporlanan hasta sayısı (%)	0 (%0)	5 (%16,7)	5 (%16,7)
Toplam (%)	15 (%50)	15 (%50)	30 (%100)

Aksiyel spondiloartritte enflamatuvar değerlendirme: CRP'nin ötesinde yeni indeksler SII, SIRI, PNI ve NPAR'ın değerlendirilmesi

Bahar Özdemir Ulusoy¹, Hakan Babaoğlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (axSpA) tanısı klinik, laboratuvar ve görüntüleme değerlendirmelerini gerektirir, ancak özellikle C-reaktif protein (CRP) seviyeleri normal olanlarda enflamatuvar yükün ölçümü zor olmaya devam etmektedir. Amaç sistemik immün-enflamasyon indeksi (SII), sistemik enflamasyon yanıt indeksi (SIRI), prognostik nutrisyonel indeks (PNI) ve nötrofil-trombosit oranının (NPAR) normal CRP düzeylerine sahip AxSpA hastalarında enflamasyon yükünü ve tedavi yanıtını doğru bir şekilde değerlendirip değerlendiremeyeceğini değerlendirmeyi amaçlıyoruz. Ayrıca, bu indekslerdeki değişiklikler ile hastalık aktivitesi ölçümleri arasındaki zaman içindeki korelasyonu belirlemeyi amaçlıyoruz.

Yöntem: 2019'dan 2022'ye kadar axSpA'lı hastalar üzerinde retrospektif bir dosya incelemesi yaptık. Biyolojik tedavinin başlamasından hemen önce CRP düzeyleri normal ve MRG bulguları pozitif olan 33 hasta dahil edildi (Tablo 1). Hastalık aktivitesi, başlangıçta ve tedaviden 6 ay sonra BASDAI, ASDAS-CRP ve ASDAS-ESR kullanılarak ölçülmüştür. Yeni indeksler (SII, SIRI, PNI, NPAR) hem başlangıçta hem de tedaviden 6 ay sonra hesaplanmış ve geleneksel hastalık aktivitesi skorlarıyla korelasyonlarını değerlendirmek için istatistiksel testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: BASDAI, ASDAS-CRP ve ASDAS-ESR skorları tedaviden sonra anlamlı olarak düzelmiştir ($p<0,001$). SII, SIRI, PNI ve NPAR da zaman içinde anlamlı değişiklikler göstermiştir ($p<0,05$). Korelasyon analizi, yeni indekslerdeki zaman içindeki değişiklikler ile ASDAS-ESR arasında, NPAR ile ASDAS-ESR

arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Spearman's $\rho=0,578$, $p=0,003$) (Tablo 2).

Sonuç: SII, SIRI ve özellikle NPAR, CRP düzeyleri normal olan axSpA hastalarında enflamasyon düzeylerini ve tedaviye yanıtı değerlendirmek için umut verici belirteçler olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, sistemik immün-enflamasyon indeksi, sistemik enflamasyon yanıt indeksi, prognostik beslenme indeksi, nötrofil yüzdesi-albümin oranı, C-reaktif protein

Tablo 1. Hastaların temel özellikleri

Değişken	n (%)
Yaş	44,1±10,2
Cinsiyet	
Erkek	19 (%57,6)
Kadın	14 (%42,4)
BASDAI	6,79±0,903
ASDAS-CRP	3,48±0,611
ASDAS-SEDIM	3,48±0,488
SII	776 (581, 1146)
SIRI	568 (424, 736)
NPAR	1298 (1157, 1407)
PNI	56,7 (53,7-59,9)
Eşlik eden hastalıklar	17 (%51,5)
Diyabet mellitus	6 (%18,2)
Hipertansiyon	5 (%15,2)
Hiperlipidemi	1 (%3)
KOAH	1 (%3)
Astım	2 (%6,1)
Tiroid hastalığı	4 (%12,1)
Majör depresyon	3 (%9,1)
Diğer psikiyatrik bozukluklar	1 (%3)
Migren	3 (%9,1)
Epilepsi	2 (%6,1)

Tablo 2. İndeksler için tekrarlanan ölçümler ANOVA ve Friedman testi sonuçları

İndeks	Zaman	Medyan (%25, %75)	Ortalama (\pm SD)	χ^2 değeri	df	p değeri
BASDAI	PT		6,79 \pm 0,903		3	<0,001
	6. ay		4,09 \pm 0,648			
ASDAS-CRP	PT		3,48 \pm 0,611		3	<0,001
	6. ay		2,16 \pm 0,642			
ASDAS-SED (missing1)	PT		3,48 \pm 0,488		3	<0,001
	6. ay		2,35 \pm 0,470			
SIRI	PT	776 (581 1146)		8,76		0,003*
	6. ay	600 (443, 823)				
SII	PT	568 (424, 736)		13,4		<0,001*
	6. ay	425 (337, 517)				
NPAR (missing8)	PT	1298 (1157, 1407)		18,6		<0,001*
	6. ay	1066 (1043, 1222)				
PNI	PT	56,7 (53,7-59,9)		9		<0,001*
	6. ay	59 (56,5-62,8)				

PS-092**Sistemik lupus eritematozus hastalarında rituksimab tedavisi: Tek merkez deneyimi, retrospektif bir çalışma**

İbrahim Gündüz, Aylın Dolu Karaca, Gülşah Yamancan, Yusuf Doğan, Burak Öz, Ahmet Karataş, Süleyman Serdar Koca

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), multisistemik, kronik otoimmün bir hastalıktır. SLE patogeneğinde çok sayıda otoantikörler birçok organda meydana gelen doku hasarından sorumlu tutulmaktadır. Rituksimab SLE hastalarında yapılan randomize kontrollü çalışmalarda etkinliği gösterilememiştir. Ancak gözlemsel çalışmalarda farklı sistemik tutulumlarda etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda SLE tanısı ile rituksimab tedavisi alan hastalarımızın klinik ve laboratuvar özelliklerini sunuyoruz.

Yöntem: SLE tanısı ile rituksimab alan hastalar tespit edildi. Tespit edilen hastaların klinik özellikleri, tedavileri ve laboratuvar özellikleri kayıt edildi. SPSS programında uygun istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: SLE tanısıyla rituksimab tedavisi alan 39 hasta tespit edildi. %87,2'si kadındı. Hastaların klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Renal tutulumu olan 28 hastanın 16'sına biyopsi yapılmış ve 11 hastada sınıf 3-4 lupus nefriti tespit edilmişti. Hastalık ile

ilişkilendirilen hematolojik tutulum 16 hastamızda vardı ve en sık bisitopeni şeklindeydi. Rituksimab verilme endikasyonuna bakıldığında ilk sırada renal tutulum (%41), ikinci sırada nöropsikiyatrik tutulum (%20,5) ve üçüncü sırada hematolojik tutulum (%15,4) yer almaktaydı. Uzun takip verilerine baktığımızda (ortalama 31,23 \pm 28,879 ay tedavi süresi) hastaların %66,7'si tedaviye devam etmekteydi. Rituksimab tedavisi alan hiçbir hasta ilk 6 aylık takipte eksitus olmadı. Üç hasta uzun takip süresinde değerlendirildiğinde eksitus oldu (%7,7). İki hasta enfeksiyon ilişkili, 1 hasta AFAS serobrovasküler olaya bağlı eksitus olmuştu. Tablo 2'de laboratuvar özellikleri gösterilmiştir. SLE oldukça heterojen kliniğe sahip otoimmün bir hastalıktır. Bu nedenle randomize kontrollü çalışmaya alınan hastaların homojenize edilmesi zorluğu ve altın standart sonlanım noktası yokluğu nedeniyle tedavi etkinliği değerlendirilmesinde zorluklar yaşanmaktadır. Kırk hastanın alındığı ve 6. ay etkinliğin değerlendirildiği bir çalışmada renal fonksiyonlarda ve hematolojik parametrelerde iyileşme görülmüş ve bu iyileşme genç ve yeni tanı hastalarda daha belirgin olmuştur. Rituksimabın etkinliğinin değerlendirildiği bir derlemede 1,243 hasta değerlendirilmiş, tam yanıt oranı %46,9 kısmi yanıt oranı ise %37,9 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Rituksimab tedavisinin SLE organ tutulumlarında önemli bir tedavi seçeneği olduğu yapılan gözlemsel çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, SLE, lupus, nefrit

Tablo 1. Klinik özellikler

Klinik özellik	
Yaş (ortalama±SD)	39,54±12,584
Takip süresi (ortalama±SD) (yıl)	11,03±7,734
Ritüksimab tanının kaçınıcı yılında başlamış (ortalama±SD)	7,72±7,595
Ritüksimab total süre (ortalama±SD) (ay)	31,23±28,879
Renal tutulum n (%)	28 (%71)
Hematolojik tutulum n (%)	26 (%66,7)
Artrit n (%)	18(%46,2)
Nöropsikiyatrik tutulum n (%)	12 (%30,8)
Gastrointestinal tutulum n (%)	6 (%15,4)
Akciğer parankim tutulumu n (%)	4 (%10,3)
Miyokardit n (%)	3 (%7,7)
Deri tutulumu n (%)	33 (%84,6)
Vasküler tutulum n (%)	6 (%15,4)
Eşlik eden AFAS n (%)	9 (%23,1)
KBH n (%)	7 (%17,9)
Diyalize giren hasta n (%)	2 (%5,1) (1 hasta uzun takip sonrası diyalize girmiştir)

Tablo 2. Ritüksimab tedavisi öncesi ve sonrası laboratuvar özellikleri

Laboratuvar verisi	Ortalama	SD	p
Başlangıç CRP	12,29	23,9	0,387
6. ay CRP	8,37	20,67	
Başlangıç C3	0,76	0,264	<0,001*
6. ay C3	0,99	0,288	
Başlangıç C4	0,137	0,105	<0,001*
6. ay C4	0,198	0,103	
Başlangıç DsDNA	135	140	<0,001*
6. ay DsDNA	44	51	
Başlangıç kreatinin	0,97	1,18	0,324
6. ay kreatinin	0,93	1,09	
Başlangıç spot idrar proteinüri	1,663	2,336	0,004*
6. ay spot idrar proteinüri	934	1,492	
Başlangıç ESH	45	28	<0,001*
6. ay ESH	29	22	
Başlangıç WBC	6,333	2,794	0,982
6. ay WBC	6,321	2,258	
Başlangıç HGB	11,4	2,2	0,007*
6. ay HGB	12,3	1,62	
Başlangıç PLT	243.368	100.074	0,003*
6. ay PLT	268.552	95.658	
Başlangıç LYMP	1,464	1,215	0,462
6. ay LYMP	4,624	819	
Başlangıç NEU	4,430	2,148	0,621
6. ay NEU	4,226	1,734	

PS-093**Romatoloji pratiğinde sarkoidoz hastalarına yaklaşım: Sarkoidoz ilişkili artritli olan hastalarla olmayan hastaların karşılaştırılması**

Ali Ekin¹, Salim Mısırcı¹, Oğuzhan Sertkaya², Belkıs Nihan Coşkun¹, Burcu Yağız¹, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Bilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir romatoloji kliniğindeki sarkoidoz hastalarının klinik, demografik ve laboratuvar özelliklerini analiz etmek, artritli ve artritsiz hastaları karşılaştırmak ve ilişkili romatolojik hastalıkları belirlemektir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada 2000-2024 yılları arasında 147 sarkoidoz hastası analiz edildi ve hastalar artrit varlığına göre (n=45) veya yokluğuna göre (n=102) kategorize edildi. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri, biyopsi sonuçları dahil olmak üzere toplandı ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 56,02±11,21 yıl olup, ortalama hastalık süresi 134,33±56,98 aydır. Kohortun %86,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Tüm hastalarda kas-iskelet sistemi tutulumu mevcuttur. Akciğer tutulumu %93,7, deri tutulumu %21,20, göz tutulumu %14,30 ve periferik lenfadenopati %10,6 olarak belirlenmiştir. Kortikosteroidlerden sonra en yaygın tedavi metotretksattır. Artrit grubunda diabetes mellitus daha sık görülmekte (p=0,024), GGT seviyeleri daha yüksek (p=0,044), 25-hidroksivitamin D seviyeleri (p=0,002) ve DLCOAdj (p=0,039) ise daha düşük bulunmuştur. Çok değişkenli regresyon, diabetes mellitusun [p=0,028, olasılık oranı (OR): 4,805, %95 güven aralığı (GA): 1,025-22,518] ve düşük 25-hidroksivitamin D seviyesinin (p=0,034, OR: 0,914, %95 GA: 0,841-0,993) artrit gelişimini etkileyen faktörler olduğunu göstermiştir. Diğer parametrelerde anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 1 ve 2).

Sonuç: Bu çalışma, sarkoidoz hastalarında artritli ve artritsiz gruplar arasında önemli klinik, demografik ve laboratuvar farklılıklarını ortaya koymaktadır. Sarkoidoz ilişkili artritli hastalar, daha yüksek diabetes mellitus sıklığı, daha düşük 25-hidroksivitamin D seviyelerini ve yükselmiş GGT seviyeleri göstermektedir. Ayrıca, artritli hastalarda daha düşük DLCO değerleri, akciğer fonksiyonları üzerinde daha ciddi bir etki olduğunu göstererek bu alt grubun kapsamlı akciğer değerlendirmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, sarkoidoz yönetiminde romatoloji, pulmonoloji ve diğer branşları içeren multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır. Gelecekteki araştırmalar, bu bulguları doğrulamak ve sarkoidozda artrit gelişimini daha iyi anlamak için daha geniş, prospektif çalışmalara odaklanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, organ tutulumu, romatoloji, sarkoidoz

Tablo 1. Artritli ve artritiz sarkoidoz hastaları arasındaki özelliklerin karşılaştırılması

	Artriti olan grup (n=45)	Artriti olmayan grup (n=102)	p değeri
Cinsiyet, K/E (n)	36/9	91/11	0,133
Yaş, ortalama±SD	58,16±11,06	54,96±11,18	0,102
Sarkoidoz süresi (ay), ortalama±SD	143,37±51,60	129,81±59,22	0,175
Tanı yaşı, ortalama±SD	46,27±10,21	44,15±10,74	0,255
Komorbidite, % (n)	66,67 (30)	56,86 (58)	0,268
Diabetes mellitus, % (n)	26,67 (12)	11,76 (12)	0,024
Hiperkalsüri, % (n)	13,33 (6)	8,82 (9)	0,405
Hiperkalsemi, % (n)	8,89 (4)	25,69 (16)	0,268
Pulmoner tutulum, % (n)	93,33 (42)	94,12 (96)	0,855
İnterstisyel akciğer hastalığı, % (n)	62,22 (28)	64,71 (66)	0,773
Hiler/mediastinal LAP, % (n)	93,33 (42)	94,12 (96)	0,645
Karaciğer tutulumu, % (n)	4,44 (2)	2,94 (3)	0,643
Göz tutulumu, % (n)	8,89 (4)	16,67 (17)	0,214
Periferik LAP, % (n)	17,78 (8)	7,84 (8)	0,075
Deri tutulumu, % (n)	22,22 (10)	20,59 (21)	0,823
Nörolojik tutulum, % (n)	2,22 (1)	1,96 (2)	0,418
Splenomegali, % (n)	6,67 (3)	3,92 (4)	0,471
Eritema nodosum, % (n)	26,67 (12)	16,67 (17)	0,160
CRP yüksekliği, % (n)	24,44 (11)	14,71 (15)	0,154
CRP (mg/dL), medyan (IQR)	1,22 (4,84)	1,07 (2,64)	0,246
Eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği, % (n)	71,11 (32)	55,88 (57)	0,082
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/saat), medyan (IQR)	31,0 (25,5)	25,0 (36,0)	0,272
ACE yüksekliği, % (n)	44,44 (20)	47,06 (48)	0,770
Serum ACE, (U/L), medyan (IQR)	49,0 (54,45)	52,0 (54,35)	0,837
RF pozitifliği, % (n)	2,56 (1) (n=39)	5,48 (4) (n=73)	0,579
ACPA pozitifliği, % (n)	6,90 (2) (n=29)	8,16 (4) (n=49)	0,944
ANA pozitifliği, % (n)	35,90 (14) (n=39)	33,33 (26) (n=78)	0,571
GGT, (U/L), medyan (IQR)	38,0 (58,0)	24,0 (21,0)	0,044
25-hidroksivitamin D (ug/L), medyan (IQR)	12,15 (4,30)	14,19 (15,20)	0,002
GGT yüksekliği, % (n)	37,78 (17)	13,73 (14)	0,003
DLCO adj (mL/mmHg/min), ortalama±SD	70,53±25,87	80,59±21,35	0,039
ALP yüksekliği, % (n)	6,67 (3)	5,88 (6)	0,906
ALT yüksekliği, % (n)	6,67 (3)	0,98 (1)	0,051
AST yüksekliği, % (n)	13,33 (6)	5,89 (6)	0,128
Scadding evrelemesi (tüm evereler için), % (n)			0,869

K: Kadın, E: Erkek, SD: Standart deviasyon

Tablo 2. Artritli hasta grubunda eklem tutulum bölgeleri (n=45)

Regions	% (n)
Ayak bileği eklemi	62,22 (28)
Metakarpofalangeal eklem	46,67 (21)
Proksimal interfalangeal eklem	31,11 (14)
Diz eklemi	31,11 (14)
El bileği eklemi	28,89 (13)
Dirsek eklemi	13,33 (6)
Metatarsofalangeal eklem	11,11 (5)
Distal interfalangeal eklem	6,67 (3)
Omuz eklemi	4,44 (2)

LDH/albumin oranı ve diğer enflamatuvar indekslerin erişkin başlangıçlı Still hastalığında tanısıl performansının karşılaştırılması: Enflamatuvar indeksleri abartıyor muyuz?

Ali Ekin¹, Salim Mısırcı¹, Asuman Şebnem Hacımustafaoğlu³, Hikmet Öztöp², Belkıs Nihan Coşkun¹, Burcu Yağız¹, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

³Gaziantep Şehir Hastanesi, Gaziantep

Amaç: Bu çalışmanın amacı, nedeni bilinmeyen ateşi (NBA) olan hastalara kıyasla erişkin başlangıçlı Still hastalığında (EBSH) laktat dehidrogenaz/ albumin oranının (LAR) tanısıl performansını değerlendirmektir. Ayrıca LAR'ın tanısıl performansı serum immün-enflamatuvar indeks (SII), ferritin/eritrosit sedimentasyon hızı (FER), CRP/albumin oranı (CAR), trombosit/lenfosit oranı (PLR) ve nötrofil/lenfosit oranı (NLR) gibi diğer enflamatuvar indekslerle karşılaştırılmıştır.

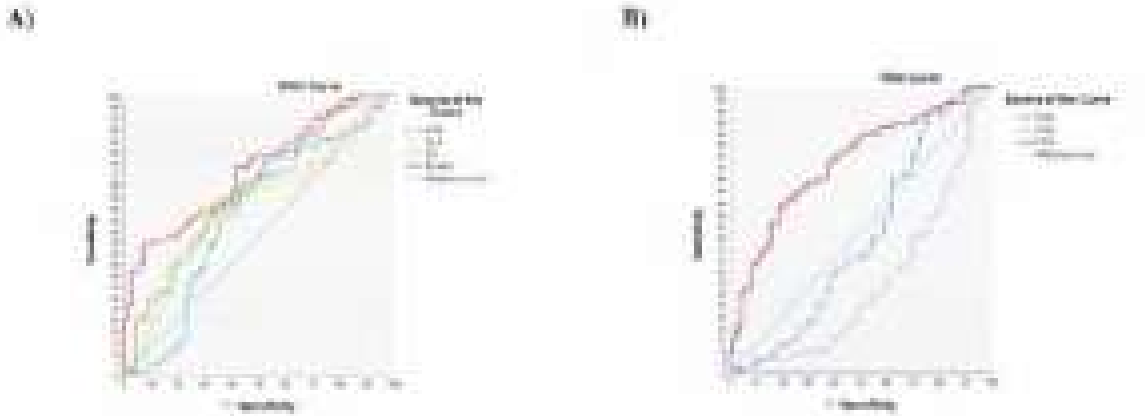
Yöntem: Ocak 2000 ile Aralık 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanede yatan, NBA tanısı olan 70 hasta ve EBSH

tanılı 78 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Gruplar arasında demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı. ROC analizi, her bir enflamatuvar indeks için kesme değerleri, duyarlılık ve özgüllük sağladı.

Bulgular: ROC analizi, EBSH tanısında LAR (p=0,090) ve PLR (p=0,634) dışındaki indeksler için anlamlı p-değerleri (p<0,05) gösterdi. En yüksek özgüllük FER'de (%81,40), en yüksek duyarlılık ise CAR'da (%100,0) bulunmuştur. FER, hem duyarlılığı (%57,7) hem de özgüllüğü (%81,40) %50'nin üzerinde olan tek indeks olmuştur. LAR'ın duyarlılığı %76,90 ve özgüllüğü %48,60'tur. Kesme değerleri ferritin için 3978,0 µg/L ve LAR için 70,98 idi (Tablo 1 ve 2). EBSH tanısı olan ve EBSH tanısı olmayan gruplar arasında CAR hariç tüm indeksler için anlamlı istatistiksel farklılıklar gözlenmiştir (p=0,133) (Şekil 1).

Sonuç: LAR, AOSD hastalarını FÜO'dan ayırt edebilir, ancak özgüllüğü diğer indekslerin çoğundan daha düşüktür. Bu indekslerin klinik uygulamadaki tanısıl faydası tartışmalı olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, albumin, enflamasyon, nedeni bilinmeyen ateş, laktat dehidrogenaz/albumin, LDH



Şekil 1. EBSH hastalarını NBA hastalarından ayırmak için kullanılabilecek enflamasyon indekslerinin ROC eğrisi

Tablo 1. Erişkin başlangıçlı Still hastalığı ve nedeni bilinmeyen ateş hastalarının karakteristik özellikleri (n=148)

	Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (n=78)	Nedeni bilinmeyen ateş (n=70)	p değeri
Yaş, ortalama±SD	48,82±15,41	63,39±15,35	<0,001
Cinsiyet, kadın/erkek (%)	53/25 (67,90/32,10)	27/43 (38,60/61,40)	<0,001
Komorbidite, n (%)	22 (28,20)	53 (75,70)	<0,001
Diabetes mellitus, n (%)	4 (5,10)	18 (25,70)	<0,001
Hipertansiyon, n (%)	12 (15,40)	30 (42,90)	<0,001
Makrofaj aktivasyon sendromu, n (%)	10 (12,80)	5 (7,10)	0,253
Klinik bulgular			
Ateş, n (%)	70 (89,70)	70 (100)	0,006
Artralji, n (%)	71 (91,0)	12 (24,30)	<0,001
Artrit, n (%)	61 (78,20)	7 (10,0)	<0,001
Monoartrit n (%)	10 (12,80)	4 (5,70)	
Oligoartrit, n (%)	28 (35,90)	0	
Poliartrit, n (%)	23 (29,50)	3 (4,30)	
Miyalji, n (%)	27 (34,62)	35 (50,0)	0,058
Tipik raş, n (%)	58 (74,40)	3 (4,30)	<0,001
Boğaz ağrısı, n (%)	36 (46,16)	3 (4,30)	<0,001
Plörit, n (%)	4 (5,10)	12 (17,10)	0,019
Perikardit, n (%)	2 (2,60)	8 (11,40)	0,032
Lenfadenopati, n (%)	17 (21,80)	37 (52,90)	<0,001
Hepatomegali n (%)	12 (15,40)	23 (32,90)	0,013
Splenomegali, n (%)	13 (16,70)	19 (27,10)	0,122
Laboratuvar bulguları			
ANA negatifliği, n (%)	62 (79,50)	26 / 39 (66,67)	
RF negatifliği, n (%)	73 (93,60)	25/29 (86,20)	
Anti-CCP negatifliği, n (%)	77 (98,70)	22/24 (91,67)	
AST (U/L), medyan (P25, P75)	22,0 (16,0, 44,50)	29,50 (18,0, 58,25)	0,165
ALT (U/L), medyan (P25, P75)	22,0 (16, 59,75)	25,0 (14,0, 44,0)	0,956
GGT (U/L), medyan (P25, P75)	67,0 (34,0, 102,25)	54,0 (31,0, 144,0)	0,660
ALP (U/L), medyan (P25, P75)	89,0 (66,75, 125,25)	19,50 (80,50, 261,0)	0,003
LDH (U/L), medyan (P25, P75)	363,50 (277,0, 483,75)	229,50 (166,50, 394,0)	<0,001
Albümin (g/dL), ortalama±SD (minimum, maksimum)	3,76±0,66 (2,10, 5,20)	3,92±5,58 (2,50, 3,50)	<0,001
Lökosit (10 ⁹ /L), medyan (P25, P75)	12,39 (8,62, 19,82)	7,56(5,32, 11,30)	<0,001
Nötrofil (10 ⁹ /L), medyan (P25, P75)	9,19 (5,80, 16,03)	5,14 (3,36, 7,81)	<0,001
Nötrofil oranı (>%80), n (%)	38 (48,70)	12 (17,10)	<0,001
Lenfosit (10 ⁹ /L), medyan (P25, P75)	1,73 (1,18, 2,41)	1,27 (0,80, 1,89)	0,002
Hemoglobin (g/dL), medyan (P25, P75)	12,15 (10,60, 13,90)	9,35 (8,50, 10,79)	<0,001
Trombosit (10 ⁹ , medyan (P25, P75)	293,50 (238,17, 363,25)	246,50 (127,06, 337,78)	0,006
CRP (mg/L), medyan (P25, P75)	10,30 (4,24, 28,25)	43,50 (9,43, 120,25)	<0,001
ESR (mm/saat), medyan (P25, P75)	54,50 (34,25, 85,25)	50,50 (28,75, 77,25)	0,461
Ferritin (ug/L), medyan (P25, P75)	2302,0 (625,25, 11281,25)	580,50 (230,50, 1652,25)	<0,001
Pouchet skoru, medyan (P25, P75)	5 (4,6)	-	-
Enflamasyon indeksleri			
LAR, medyan (P25, P75)	101,09 (72,58, 142,53)	75,95 (54,50, 131,95)	0,090
Serum immün-enflamasyon indeksi (SII) [(platelet x nötrofil) / lenfosit], medyan (P25, P75)	1614,32 (656,22, 3283,61)	955,25 (473,28, 1923,38)	<0,001
CRP/albumin oranı (CAR), medyan (P25, P75)	3,32 (1,19, 8,50)	9,55 (3,25, 44,63)	<0,001
Nötrofil/lenfosit oranı (NLR), medyan (P25, P75)	5,98 (2,52, 11,24)	3,80 (2,35, 6,55)	0,022
Platelet/lenfosit oranı (PLR), medyan (P25, P75)	165,58 (122,36, 252,74)	193,95 (101,15, 319,35)	0,634
Ferritin/eritrosit sedimentasyon hızı oranı (FER), medyan (P25, P75)	64,28 (15,98, 203,14)	12,73 (5,45, 29,10)	<0,001

SD: Standart deviasyon

Tablo 2. Erişkin başlangıçlı Still hastalarıyla nedeni bilinmeyen ateş tanılı hastaların enflamasyon indekslerinin ROC analizi

Değişkenler	AUC	%95 CI	p değeri	Cut-off	Sensitivite (%)	Spesifite (%)	+LR	-LR
LDH/albumin oranı	0,581	0,485-0,676	0,090	70,98	76,90	48,60	1,50	0,48
Nötrofil/lenfosit oranı	0,609	0,517-0,701	0,022	5,30	59,0	65,70	1,72	0,62
Serum immün enflamasyon indeksi	0,657	0,569-0,744	0,045	1356,34	59,0	67,10	1,79	0,61
CRP/albumin oranı	0,317	0,230-0,404	0,0001	0,23	100	4,30	1,04	0
Ferritin/eritrosit sedimentasyon hızı oranı	0,737	0,657-0,817	0,0001	39,38	57,7	81,40	3,11	0,52
Platelet/lenfosit oranı	0,477	0,381-0,574	0,634	103,89	87,20	25,70	1,17	0,50
Ferritin	0,732	0,653-0,811	0,0001	3978,0	46,20	92,90	6,46	0,58

AUC: Eğri altında kalan alan, +LR: Pozitif olasılık oranı, -LR:Negatif olasılık oranı

Sistemik skleroz hastalarında beden algısı, sosyal görünüş kaygısı, benlik saygısı ve psikolojik sağlamlığın hastalık aktivitesiyle ilişkisi

Seda Nur Göksu¹, Didem Arslan², Oğuzhan Kırdök³

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Sistemik skleroz (SSc) deri ve iç organ tutulumunun olduğu otoimmünite, vaskülopati ve fibrozis ile seyreden kronik progresif bir bağ doku hastalığıdır. Vücut görünümünde meydana gelen değişiklikler hastalarda stres kaynağı olabilmektedir. Bu çalışmada amacımız, SSc hastalarındaki psikolojik değişkenlerin hastalık aktivasyonu ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Skleroderma hastalığı olan 91 hasta çalışmaya alındı. Klinik ve laboratuvar parametreleri incelendi. Hastalara Solunum Fonksiyon Testi (SFT) yapılarak Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) ölçümleri kaydedildi. Beden Algısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlamlık ölçekleri kullanıldı. Eustar Aktivite İndeksi (EAI) hesaplandı. İstatistiksel analiz, IBM SPSS istatistik versiyon 21.0 kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Skleroderma hastalarında anti-Sc170, ana, anti-sentromer pozitifliği ve CRP, hemogloblin değerleri ile EAI arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Beden algısı, kilo değişimi, hastalık süresi ile EAI arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Tütün kullanmayan hastalarda anti-Sc170 pozitifliği daha fazlaydı ($p<0,05$). Hemogloblin, TSH değerleri ile beden algısı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Beden algısı, kilo değişimi, hastalık süresi ile hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki saptanması SSc hastalarında psikolojik ve laboratuvar değişkenlerinin birbirleri ile etkileşimi olduğunu düşündürmüştür. Hasta değerlendirmesinde hastalığın psikolojik yönünün göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmüştür. Çalışmamızda anti-Sc170 pozitifliğinin EAI'ni anlamlı olarak arttırdığı görülmüştür. Yine çalışmamızda EAI arttıkça beden algısındaki olumsuzluğun arttığı görülmüştür. Sonuç olarak diffüz skleroderma hastalarında olumsuz beden algısının daha fazla olduğu düşünülmüştür. Daha fazla sayıdaki hasta gruplarında bu ve benzeri parametrelerin çalışmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Beden algısı, benlik saygısı, eustar aktivite indeksi, psikolojik sağlamlık, sistemik skleroz hastalığı, sosyal görünüş kaygısı

MAC-2 binding protein glikozilasyon izomeri sistemik skleroz sürecinde pulmoner hipertansiyonu öngörmeye bir biyomarker olabilir mi?

Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Mac-2 binding protein, (M2BP, galektin-3 binding protein) yüksek derecede glikozillenmiş bir glikoproteindir. M2BP ekstraselüler proteinlerle etkileşime girer, immün sistem aktivasyonu ile birlikte fibrozisi indükler. M2BP'nin yüksek seviyeleri çeşitli kanserler, tip 2 diyabet, hepatik fibrozis gibi hadiselerde gösterilmiş ve tanı ve prognozda önemli olabileceği konusunda görüşler bildirilmiştir. M2BPGi molekülünün immünite üzerine aktive edici özelliklerinden yola çıkılarak bu izomerin SSc için araştırılmaya değer olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada, SSc seyrinde immün sistem aktivasyonunda ve organ ve sistem tutulumlarında rol alma potansiyeli olan ve tanı ve prognoz için hastalık sürecine ışık tutabilecek bir biyomarker olan M2BPGi serum seviyelerini SSc sürecinde araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif çalışmaya, 18 yaş üzeri 54 SSc hastası ve 36 sağlıklı kontrol alınmıştır. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar ve radyolojik bulguları, pulmoner hipertansiyon mevcudiyetleri, eşlik eden hastalıkları ve aldıkları tedaviler, sistem tutulumları kayda alınmıştır. Örneklerden 8 saat açlık sonrası 5 ml venöz kan örneği toplanmıştır. Numunelerdeki insan M2BPGi seviyeleri, uygun teknik ile ölçülmüştür. Analizlerde t-testi, ANOVA testi, ki-kare testi ve korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, SSc grubunda 54 hasta, kontrol grubunda 36 kişi incelendi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı ilişki yoktu. Otuz iki kişide GIS tutulumu, 21 kişide HRCT'de tutulum, 12 kişide kardiyak tutulum, 11 kişide renal tutulum, 17 kişide EKO ile değerlendirilen pulmoner arter basınç artışı ve 17 kişide pulmoner hipertansiyon saptandı. Hasta grubunun M2BPGi düzeyi ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,071$). Normal PAB grubu ile artmış PAB grubu arasında M2BPGi düzeylerinde anlamlı fark bulundu ($p=0,022$). PHT olmayan grup ile PHT olan grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,065$). Diğer sistem tutulumları açısından glikoprotein düzeylerinde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi.

Sonuç: Pek çok enflamatuvar hastalıkta çalışılmaya devam edilen M2BPGi literatürde ilk kez SSc seyrinde çalışılmıştır. SSc seyrinde PHT öngörmeye bir biyomarker olarak kullanılabilirliği düşünülmüştür. Ancak çok merkezli, daha çok sayıda hasta ile çalışılan ve prospektif çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Gal-3, Mac-2, M2BPGi, pulmoner hipertansiyon, sistemik sklerozis, SSc

Sistemik sklerozda mikrovasküler değişikliklerin değerlendirilmesi: Termal görüntüleme

İbrahim Vasi, Rıza Can Kardeş, Derya Yıldırım, Burcuğül Özkızıtaş, Rahime Duran, İbrahim Karaduman, İbrahim Yahya Çakır, Hamit Küçük, Berna Göker, Mehmet Akif Öztürk, Abdulsamet Erden

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

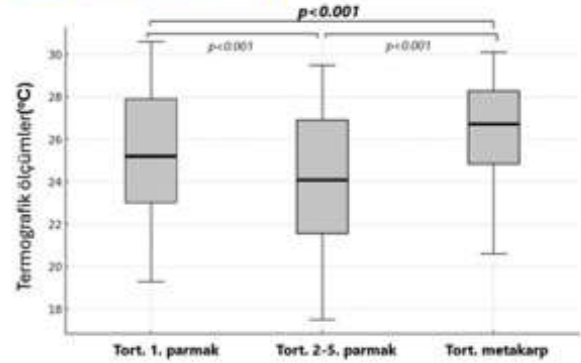
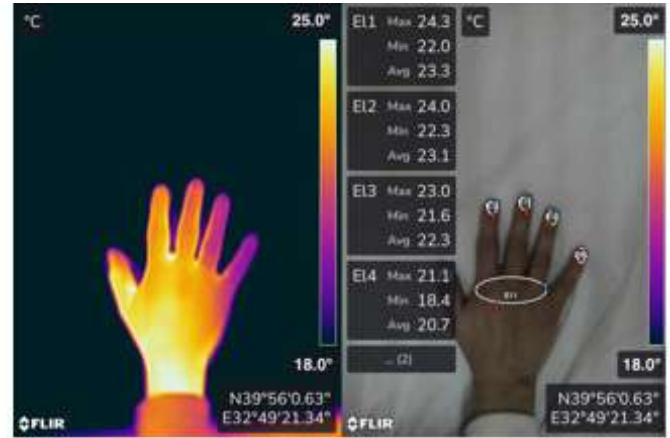
Amaç: Termografi 50 yıldan uzun süredir tıbbi uygulamalarda kullanılmakta olup ilk olarak meme kanseri ve malign melanom tanısında klinik çalışmalar yapılmıştır. Bu durumu son yıllarda enflamatuvar artritlerin izlemi ve damar hastalıklarında mikrosirkülasyonun değerlendirilmesinde kullanımı izlemiştir. Sistemik sklerozis (SSk) mikrosirkülasyonun değerlendirilmesi çalışmamızda amaçlanmıştır.

Yöntem: SSk tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubunda termal görüntüleme öncesi en az 2 saat boyunca el yıkama, krem uygulaması, sıcak-soğuk içecekler tüketimi ve spor aktiviteler gibi vücut sıcaklığı etkileyebilecek durumlardan kaçınıldı. Hastalar ve sağlıklı kontrol grubu 23-25 °C sıcaklık ve %50-60 nem oranına sabitlenmiş bir odada termografi yapıldı. Termografi görüntüleri FLIR One Pro El kamerası ile yapıldı. Kaydedilen fotoğraflar FLIR tools yazılımı ile değerlendirildi. El parmakları (başparmak, 2.-5. parmakların ortalama değeri) ve her 2 el için metakarp bölgesi üzerinde alanlar ölçüm için belirlendi. Ölçüm yöntemi ve termografik görüntü Şekil 1'de verilmiştir.

Bulgular: On dokuz diffüz SSk, 19 limitli SSk ve 12 overlap sendromlu hastanın demografik ve klinik bulguları Tablo 1'de verilmiştir. DkSSk hastalarında literatürle uyumlu olarak anti-Scl 70 pozitifliği, interstisyel akciğer hastalığı ve kontraktür sıklığı daha fazla olarak saptandı. SSk hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda termografik ölçümlerin heterojenitesinin değerlendirilmesinde her 2 el parmakları arasındaki (sağ-sol) ölçümlerde anlamlı farklılık saptanmadı. SSk hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun ölçümleri karşılaştırıldığında SSk hastalarında başparmaklar, 2.-5. parmaklar ve metakarp bölgelerinin sıcaklık ortalamalarının anlamlı olarak kontrol grubundan daha düşük olduğu görüldü. SSk hastalarında baş parmaklar, 2.-5. parmaklar ve metakarp bölgeleri arasındaki sıcaklık ortalamaları değerlendirildiğinde ise 2.-5. parmakların sıcaklık ortalamalarının aynı el hem baş parmak sıcaklıklarından hem de metakarp bölgesi sıcaklığından anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (Tablo 2). İstatistiksel analizi Şekil 2'de verilmiştir.

Sonuç: SSk hastalarında mikrosirkülasyonu etkileyen bozukluklar ellerdeki sıcaklığın tam olarak geri kazanılmasını engellemektedir. Bu da elin dorsumu ile parmaklar arasında sıcaklık gradyanı oluşturmaktadır. Bununla birlikte çalışmamızda başparmaklar ile 2-5. parmaklar arasında da sıcaklık gradyanı oluşması başparmaklardaki farklı arteriyel kan akışını da doğrulamaktadır. SSk hastalarında hem başparmaklar hem de 2.-5. parmakların her biri, çiftler arası analizde sağ sol farklılık olmaması da SSk'de iki taraflı ve simetrik etkilenmeyi doğrulamıştır.

Anahtar Kelimeler:



Şekil 1. Termografik görüntü ve ölçüm metodu

Tablo 1. Sistemik skleroz hastalarının hastalık alt tiplerine göre özellikleri

	Diffüz, n=19	Limitli, n=19	Overlap sendrom, n=12	p
Cinsiyet Kadın, n (%)	19 (100)	17 (89,59)	12 (100)	0,183
Yaş-yıl, mean (SD)	50±18,07	55,11±12,05	55,75±8,51	0,429
Hastalık süresi-yıl, anlamlılık (SD)	8,79±3,58	9,74±6,14	9,17±5,06	0,844
Anti topoizomeraz 1, n (%)	18 (94,7)	7 (36,8)	4 (33,3)	0,001
Anti sentromer, n (%)	-	10 (52,6)	2 (16,6)	0,001
Dijital ülser öyküsü, n (%)	10 (52,6)	6 (31,5)	6 (50)	0,309
İnterstisyel akciğer hastalığı, n (%)	18 (94,7)	6 (31,5)	9 (75)	0,003
Telenjektazi, n (%)	13 (68,4)	7 (36,8)	7 (58,3)	0,129
Artralji, n (%)	16 (84,2)	17 (89,4)	12 (100)	0,463
Kontraktür, n (%)	9 (47,3)	-	6 (50)	0,001
Özefageal tutulum, n (%)	16 (84,2)	17 (89,4)	9 (75)	0,563

Tablo 2. Sistemik skleroz hastaları ve kontrol grubunda parmaklar ve metakarp bölgesi termografik ölçüm sonuçları

	Toplam (a)	dkSSk	lkSSk	Overlap	Kontrol (b)	P (a-b)
Sağ el						
T 1 ortalama±SD	25,31±0,33	25,21±2,3	26,31±3,1	23,88±2,8	29,38±2,93	0,011
T 2-5 ortalama±SD	23,99±0,45	23,80±2,45	25,03±3,86	22,67±2,95	29,44±3,3	0,003
T metakarp ortalama±SD	26,29±0,33	26,53±1,83	26,53±2,85	25,53±2,17	30,44±2,34	0,001
Sol el						
T 1 ortalama±SD	24,67±0,37	24,65±2,31	25,11±2,50	24,02±3,41	30,2±3,27	0,001
T 2-5 ortalama±SD	23,52±0,39	23,37±2,51	23,96±2,55	23,07±3,6	29,78±2,94	0,001
T metakarp ortalama±SD	25,78±0,33	26,07±2,40	25,85±2,06	25,20±2,92	30,44±2,34	0,001

İdiyopatik granülomatöz mastit tek merkez verileri

Abdurrahman Soner Şenel¹, Emel Oğuz Kökoğlu¹, Hüseyin Kaplan², Melih Kızıltepe¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: İdiyopatik granülomatöz mastit (İGM), en sık doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen, memenin nadir, iyi huylu, kronik enflamatuvar bir hastalığıdır ve bilinen standart bir tedavisi yoktur. Bu tek merkezli çalışmanın amacı İGM ile takip edilen hastaların demografik, klinik ve tedavi yanıtları ile ilgili özelliklerini tanımlamaktır.

Yöntem: Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji polikliniğinde takipli İGM tanılı 41 hasta alındı, takip verilerinde eksiklik olan 18 hasta dışlandı. Yirmi üç hastanın demografik özellikleri, başlıca şikayetleri, radyolojik ve laboratuvar bulguları, tıbbi tedavileri ve tedavi başarı oranları retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 35,0±6,9 yıldır. En sık görülen semptomlar memede ağrı (%87) ve şişlik (%87). Hastaların laboratuvar, görüntüleme ve tedavi ile ilişkili verileri Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların tamamında kortikosteroid (KS) kullanımı mevcuttu. En sık kullanılan immünoşüpresif %95,7 ile metotreksat (MTX). MTX kullanan hastaların 17’sinin (%77,2) tedavi yanıtı mevcuttu. En az sekiz haftadır KS’e ek olarak immünoşüpresif tedavi almakta olan hastalar (20) değerlendirildiğinde remisyon 17 (%85) hastada mevcuttu, klinik remisyonla ulaşma süresi medyan 3 (2-21) aydı. En az altı aydır KS’ye ek olarak immünoşüpresif tedavi almakta olan hastalar (19) değerlendirildiğinde sekiz (%42,1) hasta klinik ve radyolojik remisyonla ulaştı, klinik ve radyolojik remisyonla ulaşma süresi medyan 11,5 (6-17) aydı. MTX tedavisi iki hastada tedavisi yanıtsızlığı, 2 hastada kendi isteğiyle, 1 hastada gastrointestinal yan etkiler, 1 hastada karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, 1 hastada gebelik istemi ve 1 hastada tam remisyon nedeni ile kesilmişti.

Sonuç: İGM hastalarının genel özelliklerini değerlendirdiğimiz bu çalışmada KS tedavisi dışında en sık kullanılan immünoşüpresif ilacın MTX olduğu görüldü. Hastaların büyük çoğunluğu bu iki tedavi ile klinik remisyonla ulaştı. Hastaların yaklaşık yarısında KS ve diğer immünoşüpresif tedaviler ile klinik remisyonla ek olarak radyolojik remisyon da elde edildi. Tek merkez verilerini içeren çalışmamız İGM hastalarında kullanılan tedavileri ve tedavi yanıtlarını sunması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik granülomatöz mastit, immünoşüpresif ilaçlar, kortikosteroid, metotreksat

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik karakteristikleri

Toplam hasta sayısı, n	23
Yaş, yıl (ortalama±SD)	35,0±6,9
Kadın cinsiyet, n (%)	23 (100)
VKI, kg/m ² (ortalama±SD)	28,6±3,5
Sigara, n (%)	
Kullanıyor	2 (8,7)
Kullanmıyor	21 (91,3)
Meslek	
Ev hanımı	23 (100)
Medeni durum	
Bekar	0 (0)
Evli	22 (95,7)
Boşanmış	1 (4,3)
Ek hastalık, n (%)	
Hipertansiyon	2 (8,7)
Diyabet	1 (4,3)
Migren	1 (4,3)
Astım	1 (4,3)
AAA	1 (4,3)
Ailede meme kanseri öyküsü, n (%)	
Var	5 (21,7)
Yok	18 (78,3)
Gebelik sayısı, medyan (minimum-maksimum)	3 (1-6)
Çocuk sayısı, medyan (minimum-maksimum)	3 (1-5)
Semptom başlangıç yaşı, yıl (ortalama±SD)	32,1±5,5
Tanı yaşı, yıl (ortalama±SD)	32,6±5,8
Hastalık süresi, ay, medyan (minimum-maksimum)	24 (4-88)
Tanısız gecikme, ay, medyan (minimum-maksimum)	1 (0-24)
Son doğumdan hastalık başlangıcına geçen süre, ay, medyan (minimum-maksimum)	36 (0-180)
Son emzirmeden hastalık başlangıcına geçen süre, ay, medyan (minimum-maksimum)	24 (0-168)
Tutulmuş tipi	
Unilateral, n (%)	14 (60,9)
Bilateral, n (%)	9 (39,1)
Semptomlar, n (%)	
Memede ele gelen kitle	18 (78,3)
Ağrı	20 (87)
Kızarıklık	17 (73,9)
Şişlik	20 (87)
Meme ucu akıntısı	10 (43,5)
Memede kanlı akıntı	3 (13)
Fistül	6 (26,1)
Artralji	1 (4,3)
Artrit	2 (8,7)
Eritema nodosum	1 (4,3)

VKI: Vücut kitle indeksi, AAA: Ailevi Akdeniz ateşi, SD: Standart deviasyon

Tablo 2. Hastaların laboratuvar, görüntüleme ve tedavi ile ilişkili verileri

Anti-nükleer antikor, n (%)	16 (69,6)
Negatif	
1/100	4 (17,4)
1/320	1 (4,3)
1/1000	2 (8,7)
ANCA pozitifliği, n (%)	0 (0)
Tanı anı ESH (mm/s), medyan (minimum-maksimum)	19,5 (6-51)
Tanı anı CRP mg (dL), medyan (minimum-maksimum)	2,1 (0,5-54,6)
Son ziyaret ESH (mm/s), medyan (minimum-maksimum)	12 (4-31)
Son ziyaret CRP mg (dL), medyan (minimum-maksimum)	1,3 (0,1-13,2)
USG bulguları, n (%)	
Yoğun içerikli debris materyali	17 (73,9)
Düzensiz sınırlı heterojen hipoeoik lezyonlar	18 (78,3)
Fokal heterojen meme parankimi	14(60,9)
Deri-deri altı ödem	13 (56,5)
Apse formasyonu	12 (52,2)
Çok bölmeli apse koleksiyonları	7 (30,4)
İyi sınırlı hipoeoik kitle	4 (17,4)
Dış drenaj sinüsleri	2 (8,7)
Reaktif aksiller LAP	13 (56,5)
Kullanılan tedaviler, n (%)	
KS	23 (100)
MTX	22 (95,7)
AZA	6 (26,1)
MMF	1 (4,3)
Anti-TNF	1 (4,3)
Başlangıç KS dozu, mg, medyan (minimum-maksimum)	16 (4-16)
KS kullanım süresi, ay, medyan (minimum-maksimum)	6 (1-12)
Başlangıç MTX dozu, mg, medyan (minimum-maksimum)	15 (7,5-15)
MTX kullanım süresi, ay, medyan (minimum-maksimum)	8 (1-50)
Başlangıç AZA dozu, mg, medyan (minimum-maksimum)	150 (100-200)
AZA kullanım süresi, ay, medyan (minimum-maksimum)	2 (1-18)
MTX yanıtı olanlar, n (%)	17 (77,2)
Hastaların remisyon durumları,	
Klinik remisyon, n (%)	17 (85)
Klinik remisyonla ulaşma süresi, ay, medyan (minimum-maksimum)	3 (2-21)
Klinik ve radyolojik remisyon, n (%)	8 (42,1)
Klinik ve radyolojik remisyonla ulaşma süresi, ay, medyan (minimum-maksimum)	11,5 (6-17)
<i>ANCA: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, USG: Ultrasonografi, LAP: Lenfadenopati, AZA: Azatiyopürin, MMF: Mikofenolat mofetil</i>	

IL-40: Yeni pro-enflamatuvar B hücre ilişkili sitokin ve sistemik skleroziste rolü

İbrahim Vasi¹, Emin Ümit Bağrıaçık², Rıza Can Kardeş¹, Nihan Oruklu², Melek Yaman², Resul Karakuş², Derya Yıldırım¹, Burcuğül Özkızıtaş¹, Rahime Duran¹, İbrahim Karaduman¹, İbrahim Yahya Çakır¹, Hamit Küçük¹, Berna Göker¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Abdulsamet Erden¹

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İnterlökin-40 (IL-40), humoral bağışıklık yanıtları ve B hücre homeostazı ile ilişkili, Catalan ve ark. tarafınca 2017 yılında tanımlanmış bir B hücre sitokindir. B hücrelerinin otoimmünitede önemli bir rol oynaması nedeniyle, B hücre aracılı hastalıklarda önemli bir tanısal biyomarker olarak değerlendirilebileceği ileri sürülmektedir. Romatoid artrit (RA), sistemik lupus eritematozus ve primer sjögren sendromu gibi otoimmün hastalıklar ve IL-40 ilişkisini değerlendiren literatürde birkaç çalışma bulunmakta olup sistemik skleroz (SSk) hastalığı ile IL-40 ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Sistemik skleroz hastaları ve sağlıklı popülasyon kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. SSk hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda IL-40 düzeylerinin değerlendirilmesi ELISA kitleri ile yapıldı. SSk hastaları mikofenolat mofetil, azatioprin,

siklofosfamid ve rituksimab gibi B hücreleri üzerine etkili tedaviler kullanan hastalar ve kullanmayan hastalar olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Bulgular: Çalışma popülasyonu 47 SSk hastası ve 30 sağlıklı kontrol içermektedir. SSk hastalarının 18'i (%38,3) diffüz SSk, 20'si (%42,6) limitli SSk ve 9'u (%19,1) overlap sendrom olarak görüldü. Her 3 grubun da yaş ortalamaları (p=0,44) ve hastalık süreleri (p=0,22) arasında anlamlı farklılık saptanmadı. İnterstisyel akciğer hastalığı (p=0,009), telenjektazi (p=0,003) ve kontraktür varlığı (p=0,009) diffüz SSk grubunda anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Hastalarının demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme değerleri Tablo 1'de özetlenmiştir. IL-40 düzeyleri B hücreleri üzerine etkili tedavi kullanan grupta medyan (IQR) 0,56 (0,42), kullanmayan grupta 1,20 (1,13) ve sağlıklı kontrol grubunda 1,14 (1,75) olarak saptanmıştır. İmmünesüpresif tedavi alan sistemik skleroz hastalarında IL-40 düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (p=0,017). Veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Sonuç: RA ve primer Sjögren sendromu olan hastalarda IL-40 düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte özellikle RA hastalarında rituksimab tedavisi sonrasında IL-40 düzeylerinde azalma olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız da SSk hastalarında B hücre depleasyonu yapan tedavilerin IL-40 düzeylerini azaltabildiğini göstermiştir. Bu veriler SSk hastalığı için literatürdeki ilk bulgular olup, IL-40'ın SSk patogenezinde rol oynayabileceğini öne sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık aktivitesi, interlökin-40, sistemik sklerozis

Tablo 1. Sistemik sklerozis hastalarının demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme özellikleri

	Sistemik sklerozis, n=47	DkSSk, n=18	LkSSk, n=20	Overlap sendrom, n=9
Cinsiyet				
Kadın, n (%)	44 (93,6)	18 (100)	17 (85)	9 (100)
Yaş-yıl, anlamlılık±SD	54,9±14,1	55±13,0	53,2±15,9	58,5±13,0
SSk semptomları başlama yaşı, yıl anlamlılık±SD	43,2±13,6	43,2±14,4	42,4±14,6	45,1±10,4
Tanı yaşı-yıl, anlamlılık±SD	45,7±12,8	45,2±12,6	45,1±14,4	48±10,7
Hastalık süresi- yıl, anlamlılık±SD	8,7±5,1	9,1±4,5	7,7±5,8	10,1±4,5
Seroloji				
ANA pozitifliği, n (%)	41 (87,2)	18 (100)	15 (75)	8 (89)
Anti Scl 70 pozitifliği, n (%)	27 (57,4)	14 (77,8)	10 (50)	3 (33,3)
Anti sentromer pozitifliği, n (%)	9 (19,1)	2 (11,1)	5 (25)	2 (22,2)
Sigara öyküsü				
Aktif kullanan, n (%)	6 (12,8)	1 (5,6)	4 (20)	1 (11,1)
Eks-smoker, n (%)	4 (8,4)	-	2 (10)	2 (22,2)
Kullanmamış, n (%)	37 (78,8)	17 (94,4)	14 (70)	6 (66,7)
Klinik tutulumlar				
Periferik vasküler tutulum				
Raynaud fenomeni, n (%)	45 (95,7)	18 (100)	19 (95)	8 (88,9)
Dijital ülser, n (%)	14 (29,8)	7 (38,9)	4 (20)	3 (33,3)
Telenjektazi, n (%)	26 (55,3)	14 (77,8)	5 (25)	7 (77,8)
Kas-iskelet sistemi				
Artrit/artralji, n (%)	39 (83)	16 (88,9)	14 (70)	9 (100)
Kas güçsüzlüğü, n (%)	12 (5,5)	9 (50)	1 (5)	2 (22,2)
Kontraktür, n (%)	10 (21,2)	7 (38,9)	-	3 (33,3)
Gastrointestinal sistem tutulum				
Özefageal disfaji, n (%)	22 (46,8)	8 (44,4)	10 (50)	4 (44,4)
Özefajit, n (%)	10 (21,1)	4 (22,2)	3 (15)	3 (33,3)
Gastropati, n (%)	20 (42,5)	7 (38,9)	8 (40)	5 (55,6)
Akciğer tutulumu				
İAH, n (%)	27 (57,5)	15 (83,3)	7 (35)	5 (55,6)
FVC (%), anlamlılık±SD	97,2±17,9	90,1±13,5	108,1±14,2	91,5±23,8
DLCO (%), anlamlılık±SD	77,0±20,4	74,1±19,9	79,8±21,0	78,1±22,4
MRSS, anlamlılık±SD	7,1±6,3	12,4±5,6	2,3±1,3	7,3±6,3
İmmünesüpresif tedaviler				
MTX, n (%)	10 (21,1)	4 (22,2)	4 (20)	2 (22,2)
LEF, n (%)	2 (4,2)	-	2 (10)	-
AZA, n (%)	7 (14,9)	5 (27,8)	2 (10)	-
CYC, n (%)	13 (27,6)	9 (50)	2 (10)	2 (22,2)
MMF, n (%)	15 (31,9)	11 (61,1)	2 (10)	2 (22,2)
RTX, n (%)	4 (8,4)	3 (16,7)	-	1 (11,1)

SD: Standart deviasyon, DkSSk: Diffüz sistemik sklerozis, LkSSk: Limitli sistemik sklerozis, ANA: Anti-nükleer antikor, İAH: İnterstiyel akciğer hastalığı, FVC: Zorlu vital kapasite, DLCO: Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi, MRSS: Modifiye Rodnan deri skoru, MTX: Metotreksat, LEF: Leflunomid, AZA: Azatioprin, CYC: Siklofosamid, MMF: Mikofenolat mofetil, RTX: Rituksimab

Tablo 2. Sistemik skleroz hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda IL-40 düzeyleri

	SSk (B hücre depresyon tedavisi alanlar)	SSk (B hücre depresyonu yapan tedavi almayanlar)	Sağlıklı kontrol	p
IL-40 düzeyleri, medyan (IQR)	0,56 (0,42)	1,20 (1,13)	1,14 (1,75)	0,017

Behçet sendromunda vasküler tutulum tahmin edilebilir mi?

Hasan Kocaayan, Nazlı Tatlıbaş, Ebru Eyibilen, Ayten Özkan, Öykü Tomay Aksoy, İdil Kurut Aysin, Sercan Gücenmez, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

Amaç: Behçet sendromu (BS), relaps ve remisyon ile seyreden, farklı klinik tutulumlar ile karakterize, nadir görülen, multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada tek merkezde BS ile takip edilen hastaların klinik tutulumlarını belirlemek ve vasküler tutulumu olan hastaların non-vasküler BS'li hastalardan ayıran özellikleri ortaya koymayı planladık. Ayrıca vasküler tutulumun BS'li hastalarda mortalite üzerinde rolü olup olmadığı araştırıldı.

Yöntem: 2010-2024 yılları arasında tek merkezde BS tanısı ile takip edilen hastalar çalışmaları dahil edildi. Söz konusu dönemde yapılan tarama sonucunda tespit edilen 1,000 hastadan "2014 International Criteria for Behçet's Disease" kriterlerini karşılayan 582 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum), klinik tutulumları (mukokütanoz, muskuloskeletal, nörolojik, vasküler, gastrointestinal) ve laboratuvar analiz sonuçları klinik kayıtlardan elde edildi. Hastaların vasküler tutulum; derin ven trombozu, pulmoner tromboz, pulmoner anevrizma, arterial tromboz, arterial anevrizma, intrakardiyak tromboz, santral sinir sistemi vasküler trombozu ya da anevrizması şeklinde tanımlandı.

Bulgular: Beş yüz seksen iki hastanın [259'u (%50,9) kadın ve ortalama yaş 32 (\pm 10)] 84'ünde vasküler tutulum olduğu tespit edildi (Tablo 1). Non-vasküler grup ile karşılaştırıldığında vasküler grupta erkek hastaların anlamlı oranda daha fazla olduğu saptandı. Yine vasküler BS'li hastalarda anlamlı olarak daha fazla nörolojik ve pulmoner tutulum vardı. Vasküler tutulumu olan hastalarda toplam olarak 115 vasküler olay saptandı (Tablo 2). Vasküler tutulumda bu hastaların %85 (n=61) kortikosteroid, %17 (n=12) pulse steroid, %83 (n=60) azatiyopurin, %27 (n=20) siklofosamid, %67 (n=48) kolşisin, %6 (n=5) metotreksat, kalsinorin inhibitörü %5 (n=4), anti-TNF %5 (n=4) ile tedavi edilmekte idi. Tromboz için klasik risk faktörleri vasküler trombozu olan hastaların yedisinde (%8) mevcuttu. Medyan 148 aylık takip süresinde toplamda 18 hastanın vefat ettiği (vasküler grupta 6, non-vasküler grupta 12) bulundu. Vasküler grupta mortalite anlamlı oranda (p=0,02) yüksekti. Tek değişkenli survival analizinde yalnızca pulmoner tutulum varlığının mortalite artışı ile ilişkili olduğu bulundu (Tablo 3). Pulmoner tutulumun yalnızca 2 hastada non-vasküler tipte olduğu dikkat çekmekte idi.

Sonuç: BS'li erkek hastalarda, ayrıca nörolojik ve pulmoner tutulumu olan hastalarda vasküler tutulum açısından dikkatli olunmalıdır. Vasküler tutulum BS'de artmış mortalite ile de ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, mortalite, vasküler tutulum

Tablo 1. Behçet hastalarının demografik ve klinik özellikleri

	Tüm Hastalar (582)	Vasküler Behçet (84)	Non-Vasküler Behçet (496)	P
Kadın Cinsiyet, n (%)	259 (50.9)	18 (21.4)	278 (56)	<0.001
Yaş, (ortalama \pm SD)	32 (10)	33 (10)	32 (10)	0.2
Mukokütanoz n (%)	540 (92.9)	76 (90.5)	463 (93.5)	0.3
Muskuloskeletal n (%)	110 (19.1)	11 (13.3)	98 (19.9)	0.15
Gastrointestinal n (%)	24 (4.2)	3 (3.7)	23 (4.7)	0.14
Göz n (%)	195 (33.8)	23 (27.7)	172 (34.9)	0.2
Nörolojik n (%)	38 (6.6)	15 (18.1)	23 (4.7)	<0.001
Pulmoner n (%)	14 (2.4)	12 (14.3)	2 (1)	<0.001
Vefat n (%)	18 (3.1)	6 (7.1)	12 (2.4)	0.02

Tablo 2. Vasküler tutulumlu hastaların klinik sunumları ve vasküler tutulum alt tipleri

	Vasküler Behçet (84)
Oral aft n (%)	82 (97,6)
Genital ülser n (%)	57 (69,5)
Genital skar n (%)	11 (15,7)
Eritema nodosum n (%)	30 (36,6)
Papulo pustular lezyon n (%)	17 (21,3)
Üveit n (%)	21 (25,9)
Artrit n (%)	9 (10,8)
Santral sinir sistemi n (%)	5 (6)
Gastrointestinal n (%)	3 (3,7)
Vasküler Tutulum Tipi	
Gezici yüzeysel tromboflebit n (%)	15 (18,1)
Derin ven trombozu n (%)	62 (74,7)
Arterial tutulum n (%)	17 (20,2)
Santral sinir sistemi n (%)	10 (12)
Vena cava n (%)	6 (7,1)

Tablo 3. Mortalite için risk faktörlerine ilişkin tek değişkenli analiz

Klinik tutulum	Ki-kare	p*
Yaş	0,25	0,62
Cinsiyet	1,35	0,24
Mukokütanoz	0,21	0,64
Vasküler	5,25	0,22
Pulmoner	67,9	<0,001
Muskuloskeletal	0,14	0,71
Nörolojik	0,37	0,85
Göz	0,9	0,76
Gastrointestinal	0,81	0,77

*p değeri Log-rank veya Cox orantılı Hazard'dan elde edildi

Behçet hastalığında vasküler ultrasonografi ve enflamatuvar protrombotik biyobelirteçlerin korelasyonu

Hazan Karadeniz¹, Tunjay Mammadov², Rıza Can Kardeş³, Aslıhan Avanoğlu Güler⁴, Derya Yıldırım³, İbrahim Vasi³, Hatice Paşaoğlu⁵, Abdulsamet Erden³, Hamit Küçük³, Berna Göker³, Mehmet Akif Öztürk³, Abdurrahman Tufan⁶

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Etilik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

⁶Ulusal İnsan Genomu Araştırma Enstitüsü, Enflamatuvar Hastalıklar Bölümü, ABD

Amaç: Behçet hastalığı (BH), mukokutanöz, vasküler, oküler, gastrointestinal ve nörolojik bulgularla karakterize multisistemik, kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Vasküler olaylar BH'de önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Çalışmalar, Behçet hastalarının yaklaşık %40'unun yaşamı boyunca bir trombotik olay yaşayabileceğini göstermiştir. Behçet hastalarında görüntüleme tabanlı damar duvarı kalınlığı tespitinin ötesinde, trombozu öngörmek için biyobelirteçlere yönelik karşılanmamış bir ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, BH'de P-Selectin, Citrullinated Histone H3 (CitH3), Growth Differentiation Factor-15 (GDF-15), gibi protrombotik marker düzeyleri ile karotis arter, femoral, portal ve juguler venlerin kalınlık ölçümleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: International Study Group (ISG) kriterlerini karşılayan 56 BH hastası (34 vasküler ve 22 non-vasküler) ve 19 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Common femoral ven (CFV), femoral ven (FV), juguler ven (JV), portal ven (PV) ve common karotis arterin (CCA) duvar kalınlıkları B-mod ultrasonografi (LOGIQ E9; GE Medical Systems, Wisconsin, United States) kullanılarak

bağımsız iki radyolog tarafından gerçekleştirildi. P-selectin, CitH3 ve GDF-15'in serum düzeyleri, enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) kiti kullanılarak analiz edildi (Bioassay Technology Lab, E7533Hu, Shanghai, China). Trombozu etkileyen bağımsız faktörlerin analizinde lojistik regresyon kullanıldı ve receiver operating characteristic (ROC) eğrisi çizildi. Tüm hastalardan onam alındı ve araştırma protokolü kurumsal etik komitesi tarafından onaylanarak Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uyuldu.

Bulgular: Çalışmaya toplam 34 vasküler tutulumu olan ve 22 vasküler herhangi bir olay geçirmemiş Behçet hastaları [ortalama yaşı 41,5±11,8 yıl, 38'i (%67,9) erkek] dahil edildi. Hasta ve sağlıklı kontroller arasında cinsiyet, yaş ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (p>0,05). Behçet hastalarında P-Selectin, CitH3 ve GDF-15 serum düzeyleri sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek saptandı (p<0,05) (Tablo 1). Vasküler tutulumu olan Behçet hastalarında CitH3 ve GDF-15 düzeyleri vasküler tutulumu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti (p<0,05). BH'de CitH3 için cut-off değeri ≥45 ng/mL (spesifite %72,2, sensitivite %54,5) olarak belirlenirken, GDF-15 için ≥413 ng/mL cut-off (spesifite %77,8, duyarlılık %51,6) değeri elde edildi. Vasküler grupta GDF-15 düzeyi femoral ven kalınlığı (r=0,546; p=0,001) ve C-reaktif protein düzeyleri (r=0,279; p=0,03) ile anlamlı pozitif korelasyon gösterdi (Tablo 2). Lineer regresyon analizinde hastalık süresi CitH3 düzeyi için bağımsız bir risk faktörü olduğu bulundu (p<0,05). Regresyon analizinde yaş, hipertansiyon, diabetes mellitus, hastalık süresi, bel çevresi, vücut kitle indeksi ve alınan tedavilerin protrombotik belirteçlerle ilişkili olmadığı görüldü. GDF-15 ve CitH3 gibi protrombotik belirteçler, BH'de vasküler tutulumu ve trombozu gösteren potansiyel biyobelirteçlerdir.

Sonuç: Bu moleküler belirteçlerin ve ultrasondaki venöz bulguların birlikte değerlendirilmesi, hangi hastaların enflamatuvar trombotik olaylar açısından yüksek risk altında olduğunu tahmin edebilir ve önlem ve tedavi konusunda klinik kararların alınmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, tromboz, P-Selectin, Citrullinated Histone H3, Growth Differentiation Factor-15

Tablo 1. Çalışma gruplarının laboratuvar özellikleri

	Kontrol grubu (n=19)	Behçet hastaları (n=56)	P1	Vasküler Behçet hastaları (n=22)	Non-vasküler Behçet hastaları (n=34)	P2
ESR (mm/h)	13,1±6,7	16,6±13,4	0,78	18,4±16,1	15,4±11,3	0,95
CRP (mg/L)	4,1±1,91	9,1±17,7	0,82	14,4±26,3	5,65±7,0	0,68
Platelet (x10 ³ /uL)	245,2±61,6	249,9±72,0	0,98	227,6±64,4	264,4±73,8	0,21
Hemoglobin (g/dL)	14,5±1,6	14,4±1,5	0,77	14,7±1,4	14,2±1,5	0,51
Kreatinin, mg/dL	0,79±0,2	0,8±0,2	0,78	0,84±0,1	0,76±0,1	0,54
Total kolesterol, mg/dL	188,7±37,9	172,0±39,1	0,25	177,2±38,9	168,8±39,6	0,44
Trigliserid, mg/dL	148±57,6	139,7±78,3	0,55	156,7±96,8	129,1±63,9	0,51
P-selectin, ng/mL	10,9 (9,2-13,0)	12,3 (9,8-22,7)	0,004	17,2 (10,0-32,1)	12,2 (9,6-14,0)	0,052
CitH3, ng/mL	40,5 (34,5-48,9)	42,9 (37,4-85,7)	0,002	58,2 (38,5-201)	42,0 (37,3-52,8)	0,026
GDF-15, ng/mL	370,1 (291,5-410,4)	382,0 (305,7-547,1)	0,007	469,8 (348,9-936)	356,7 (303,8-416)	0,032
D-dimer, ng/mL	0,21 (0,19-0,23)	0,26 (0,19-0,43)	0,72	0,39 (0,19-0,6)	0,19 (0,19-0,39)	0,15

Değerler sayı olarak gösterilmektedir (%), anlamlılık±SD or medyan (Q1-Q3). CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı; *p<0,05

Tablo 2. Behçet hastalarında P-selectin, CitH3, GDF-15 değerleri ile hastalık süresi, ESR, CRP, CFV, CCA, JV ve PV arasındaki korelasyonlar

		Hastalık süresi	CRP	ESR	CFV	CCA	JV	PV
BH (n=56)								
P-selectin	r	0,233	0,266	0,106	0,179	0,135	0,198	0,273
	p	0,088	0,048	0,442	0,201	0,394	0,210	0,160
CitH3	r	0,284	0,236	0,163	0,102	0,060	0,173	0,183
	p	0,036	0,080	0,233	0,467	0,705	0,272	0,351
GDF-15	r	0,138	0,339	0,124	0,311	0,111	0,197	0,132
	p	0,317	0,123	0,366	0,024	0,483	0,210	0,503
D-dimer	r	0,052	0,204	0,453	0,267	0,130	0,412	0,244
	p	0,759	0,213	0,004	0,111	0,503	0,026	0,240
Non-vasküler (n=34)								
P-selectin	r	0,129	0,270	0,141	0,137	0,264	0,139	0,255
	p	0,468	0,122	0,434	0,575	0,174	0,481	0,265
CitH3	r	0,169	0,139	0,137	0,160	0,159	0,050	0,148
	p	0,339	0,434	0,448	0,380	0,419	0,799	0,521
GDF-15	r	0,097	0,239	0,076	0,059	0,113	0,145	0,023
	p	0,585	0,174	0,674	0,801	0,565	0,461	0,920
D-dimer	r	0,159	0,517	0,474	0,256	0,050	0,432	0,016
	p	0,447	0,008	0,019	0,238	0,835	0,057	0,947
Vasküler (n=22)								
P-selectin	r	0,463	0,261	0,050	0,427	0,178	0,249	0,371
	p	0,035	0,241	0,824	0,015	0,542	0,390	0,413
CitH3	r	0,394	0,304	0,187	0,007	0,163	0,406	0,148
	p	0,077	0,168	0,405	0,978	0,579	0,150	0,751
GDF-15	r	0,235	0,279	0,193	0,546	0,077	0,254	0,296
	p	0,305	0,037	0,388	0,001	0,794	0,382	0,518
D-dimer	r	0,043	0,191	0,413	0,248	0,498	0,231	0,955
	p	0,888	0,513	0,142	0,393	0,172	0,550	0,003
<i>r: Spearman's korelasyon testi, CCA: Ortak karotis arteri, CFV: Ortak femoral ven, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, JV: Jugular ven, PV: Portal ven</i>								

Nintedanib tedavisi sistemik skleroz-interstisyel akciğer hastalığı (İAH) olan hastalarda olduğu kadar diğer bağ doku hastalığı-İAH olan hastalarda da etkili ve güvenli midir?

Salim Mısırcı¹, Burcu Yağız¹, Ediz Dalkılıç¹, Fatma Başbüyük², Ahmet Merih Birlik², İsmail Sarı², Aylin Dolu Karaca³, Süleyman Serdar Koca³, Gözde Yıldırım Çetin⁴, Nurhan Atilla⁵, Burak Okyar⁶, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Bursa

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Elazığ

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

⁵Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

⁶Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Adana

Amaç: Nintedanib (NTD) tedavisi başlanan bağ doku hastalığı (BDH)-interstisyel akciğer hastalığı (İAH) hastalarının takiplerindeki pulmoner fonksiyon testlerindeki (PFT) değişimleri ile NTD etkinliğini ve yan etkilerini gerçek yaşam verileri ile sunmayı amaçladık.

Yöntem: Çok merkezli çalışmamıza BDH-İAH ile takip edilen ve progresif pulmoner fibrozis (PPF) gelişmesi nedeniyle NTD tedavisi başlanan 66 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, BDH tipi, komorbiditeleri, NTD tedavisi öncesi ve sonrası kullandıkları immünosüpresif tedaviler, PPF öncesi hastalık

süresi ve hangi kriterlerdeki progresyona göre PPF olarak kabul edildikleri, NTD tedavisi sonrası gelişen yan etkiler ve şiddeti (hafif, şiddetli, ciddi), NTD başlangıcından önce, 6, 12 ve 18 ay sonraki PFT [% beklenen zorlu vital kapasite (pFVC), % beklenen akciğer difüzyon kapasitesi (DLCO)] sonuçları ve takiplerdeki değişimler kaydedildi. Sistemik skleroz (SSc) hastalarındaki takipler için de ayrı bir alt grup analizi yapıldı. Ayrıca hastalar SSc-İAH ve diğer BDH-İAH olarak iki gruba ayrılarak NTD etkinlik ve güvenliği açısından karşılaştırma yapıldı.

Bulgular: Hastaların tamamının (n=66) 6, 12 ve 18 ay takiplerindeki %pFVC ve %pDLCO değerlerinde, başlangıç değerleri ile karşılaştırıldığında stabilizasyon mevcuttu (Tablo 1). SSc-İAH hastalarında (n=35) da benzer şekilde stabilizasyon vardı. Hastaların tamamı NTD tedavisi ile kombine olarak en az bir immünosüpresif tedavi almaktaydı. NTD tedavisi sonrası en sık yan etki diyareydi (n=20, %30,3). Şiddetli yan etki nedeniyle NTD tedavisine devam edilemeyen 10 (%15,2) hasta mevcuttu. SSc-İAH (n=35) ve diğer BDH-İAH'ler (n=31) olmak üzere iki gruba ayrılarak değerlendirdiğimizde, 6, 12 ve 18 ay takiplerindeki pFVC'deki yüzde değişim (sırasıyla p değerleri=0,498, 0,595, 0,376) ve pDLCO'daki yüzde değişim (sırasıyla p değerleri=0,817, 0,185, 0,399) değerlerinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Yine NTD tedavisi sonrası yan etkiler ve güvenlik verileri açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05) (Tablo 2).

Sonuç: SSc-İAH hastalarında olduğu gibi diğer BDH-İAH hastalarında da, immünosüpresif tedavilerle kombine NTD kullanımı etkili ve güvenliydi.

Anahtar Kelimeler: Bağ doku hastalığı, gerçek yaşam verisi, interstisyel akciğer hastalığı, nintedanib, sistemik skleroz

Tablo 1. BDH-İAH hastalarının başlangıçtaki ve takipteki PFT

	n=46			n=20			n=9		
	Başlangıç	6 ay	p	Başlangıç	12 ay	p	Başlangıç	18 ay	p
pFVC (%)	65,50 (58,81)	64 (55,83)	0,320	61 (55,70)	54,5 (45,67)	0,085	65 (61,73)	62 (56,72)	0,090
pFVC'deki yüzde değişim (%)		-0,7 (9,7)			-3,0 (-11,1)			-4,8 (8,0)	
pDLCO (%)	44,8 (16,0)	43,8 (17,5)	0,330	43,7 (17,9)	44,5 (21,7)	0,752	50,1 (18,1)	49,8 (19,4)	0,957
pDLCO'daki yüzde değişim (%)		-0,9 (7,0)			-1,0 (-4,1)			-0,2 (11,8)	

BDH-İAH: Bağ Dokusu Hastalığı-İnterstisyel Akciğer Hastalığı, PFT: Solunum fonksiyon testi, pDLCO: Akciğerlerin karbon monoksit için öngörülen difüzyon kapasitesi, pFVC: Öngörülen zorlu vital kapasite, Q1-Q3: Persantiller 25-75, SD: Standart deviasyon, p<0,05: istatistiksel anlamlılık düzeyi. medyan (Q1,Q3) ortalama (±SD)

Tablo 2. SSc-İAH ve diğer BDH-İAH hastalarının klinik özellikleri, demografik verileri, immünoşüpresif tedavileri, nintedanib yan etkileri ve güvenlik verilerinin karşılaştırılması

Parametreler	SSc-İAH n=35 (%100)	Diğer BDH-İAH n=31 (%100)	p
Yaş (yıl)	58,0 (±SD: 14,9)	60,5 (±SD: 17,0)	0,044
Cinsiyet			
Kadın	28 (80,0)	16 (51,6)	
Erkek	7 (20,0)	15 (48,4)	0,015
Sigara içme öyküsü	7 (20,0)	15 (48,4)	0,015
Paket-yıl (sigara) medyan (Q1-Q3)	0,0 (0,0-6,0)	12,5 (0,0-33,0)	0,002
Komorbiditeler	20 (57,1)	18 (58,1)	0,940
Koroner arter hastalığı	7 (20,0)	11 (35,5)	0,159
Hipertansiyon	16 (45,7)	14 (45,2)	0,964
Diabetes mellitus	3 (8,6)	9 (29,0)	0,031
Pulmoner arteriyel hipertansiyon	9 (25,7)	1 (3,2)	0,011
PPF öncesi hastalık süresi (ay)	91,2 (±SD: 61,5)	58,0 (±SD: 53,3)	0,204
Nintedanib tedavi süresi (ay)	27,4 (±SD: 5,4)	24,7 (±SD: 4,3)	0,189
Kombinasyon halinde kullanılan medikal tedaviler			
Glukokortikoidler	18 (51,4)	21 (67,7)	0,179
Metotreksat	0 (0,0)	4 (12,9)	0,044
Azathiopurine	5 (14,3)	0 (0,0)	0,029
Siklofosfamid	1 (2,9)	2 (6,5)	0,597
Mikofenolat mofetil	28 (80,0)	18 (58,1)	0,053
bDMARDs	12 (34,3)	12 (38,7)	0,709
Advers olaylar	19 (54,3)	11 (35,5)	0,126
Bulantı	10 (28,6)	7 (22,6)	0,579
İshal	13 (37,1)	7 (22,6)	0,199
Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik	4 (11,4)	1 (3,2)	0,209
Kilo kaybı	6 (17,1)	2 (6,4)	0,184
İştahsızlık	12 (34,3)	6 (19,3)	0,174
Yan etkilerin şiddeti			
Hafif	13 (37,1)	7 (22,6)	0,199
Şiddetli	6 (17,1)	4 (12,9)	0,632
Nintedanib tedavisine ara verilmesi	7 (20,0)	7 (22,6)	0,798
Nintedanib tedavisinin kesilmesi	7 (20,0)	3 (9,7)	0,243
Tedavi sırasında hastaneye yatış	12 (34,3)	10 (32,3)	0,862
Respiratuvar nedenlerle yatış	7 (20,0)	8 (25,8)	0,574
Non-respiratuvar nedenlerle yatış	5 (14,3)	2 (6,5)	0,302
Tedavi sırasında ölüm	2 (5,7)	4 (12,9)	0,311

bDMARDs: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, PPF: Progresif pulmoner fibrozis, Q1-Q3: Persantil 25-75, SD: Standart sapma, SSc: Sistemik skleroz, p<0,05: İstatistiksel anlamlılık düzeyi. Medyan (Q1, Q3), ortalama (±SD)

Rekürren monoartrit tedavisinde sinovyal hipertrofiye mikrodalga ablasyon uygulanması: Genişletilmiş kohort ve uzun dönem takip sonuçları

Rabia Deniz^{1,2}, Tefrik Güzelbey³, İlhan Nahit Mutlu³, Çağrı Erdim³, Bilgin Karaaloğlu¹, Duygu Sevinç Özgür¹, Gamze Akkuzu¹, Kübra Kalkan¹, Özgür Kılıçkesmez³, Cemal Bes¹

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

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

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

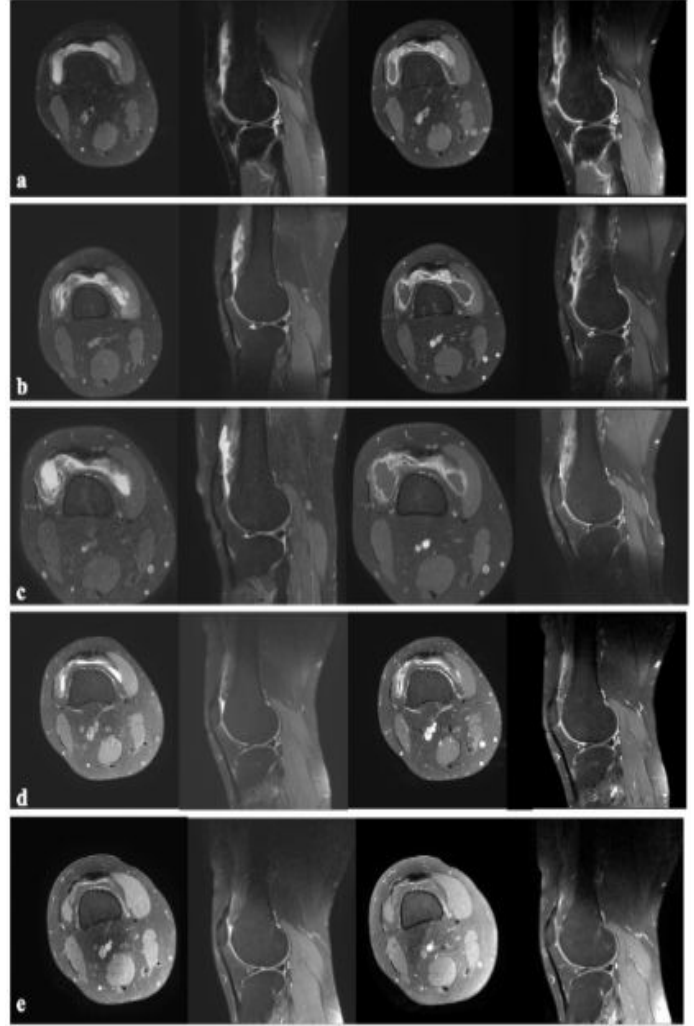
Amaç: Rekürren monoartrit (RM) birçok romatizmal hastalık seyrinde görülen tedavisi ve takibi zor bir durumdur. Ablasyon, farklı etiyojilere sahip benign veya malign lezyonların tedavisinde sık kullanılan minimal invaziv bir tekniktir. Bu çalışmada, tıbbi tedaviye dirençli RM hastalarında mikrodalga ablasyonunun (MWA) başarısını ve güvenliğini araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Farklı enflamatuvar hastalıklarla ilişkili, sistemik enflamatuvar aktivitesi olmayan, son 6 ayda en az 3 veya toplam takipte en az 5 kez intra-artiküler aspirasyon (IAA) ihtiyacı gelişen, glukokortikoid, en az 2 DMARD ve engel durum yoksa biyolojik tedavi seçenekleri denenmiş veya bunları alması kontraendike olan RM hastaları çalışmaya dahil edildi. Sinovyal hipertrofi boyutu ölçüldükten sonra, nekroz gösteren mikrobalonculuklar oluşana kadar 15 veya 20 Watt gücünde ve farklı sürelerle MWA uygulandı. Hem klinik hem de radyolojik veriler kaydedildi.

Bulgular: Yaşları 22-71 arasında değişen 10 kadın ve 12 erkek hastanın toplam 24 diz eklemine MWA uygulandı. İki hastada sistemik aktivite yokken, her iki dizde de ciddi sinovyal hipertrofi olduğundan her iki dize aynı seansta MWA yapıldı. MWA öncesi son 6 ayda ortanca IAA ihtiyacı 5 (0-15) idi. Ortanca takip süresi 10 (3-16) ay idi. MWA öncesi son 6 ayda toplam 144 ayda toplam IAA sayısı 129 iken, MWA sonrası 226 ayda 7'ye düştü (ayda 0,89'a karşılık 0,03, $p<0,001$). Üç hasta için ikinci MWA seansı ve 1 hasta için üçüncü seans gerekli oldu. Fonksiyonel kayıp ve ağrı skorları önemli ölçüde iyileşti (ortanca iki parametrede de 9'dan 1'e geriledi, $p<0,00001$). Manyetik rezonans görüntüleme, özellikle 6. aydan sonra sinovyal hipertrofi boyutunda anlamlı gerileme gösterildi (Şekil 1). İşlem sırasında veya takipte herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Cerrahi yaklaşıma göre daha az invaziv bir teknik olarak, sinovyal hipertrofi dokusuna MWA uygulanarak RM'de güvenli bir şekilde önemli klinik iyileşme sağlanmıştır. MWA, RM tedavisinde yardımcı bir tedavi seçeneği olarak umut verici, etkili ve güvenli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikrodalga ablasyonu, rekürren monoartrit, sinovyal hipertrofi, sinovektomi, kas-iskelet radyolojisi



Şekil 1. Manyetik rezonans (MR) bulgularında takipte giderek tutarlı iyileşme gösteren işlem öncesi ve işlem sonrası 1., 3., 6. ve 12. ay MR görüntülerine sahip bir hasta örneği. **Şekil 1a** işlem öncesini, **Şekil 1b** işlem sonrası 1. ayı, **Şekil 1c** işlem sonrası 3. ayı, **Şekil 1d** işlem sonrası 6. ayı ve **Şekil 1e** işlem sonrası 12. ayı göstermektedir. Tüm sıralarda, görüntülerin sırası soldan sağa doğru aksiyal kesitte pozitif yoğunluk ağırlıklı (PDW), sagittal düzlemde PDW, aksiyal düzlemde T1-ağırlıklı kontrastlı ve sagittal düzlemde T1-ağırlıklı kontrastlı görüntüler olarak verilmiştir. İşlemden sonraki 1. ve 3. aylarda sinovyal hipertrofi ve efüzyonda anlamlı bir değişiklik görülmezken, 6. aydan itibaren anlamlı bir gerileme gözlenmiştir

Herhangi bir nedenle toraks bilgisayarlı tomografi çekilmiş Behçet hastalarında akciğer bulguları: Retrospektif tek merkez deneyimi

Cemal Bes¹, Rabia Deniz¹, Oya Altun², Sezgi Karabulut Gök², Ceren Tansu Yavuz², Ferdanur Deniz³, Arda Okumuş⁴, Duygu Sevinç Özgür¹, Gamze Akkuzu¹, Bilgin Karaalioglu¹, Fatih Yıldırım¹, Serap Baş⁴

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

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

³İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

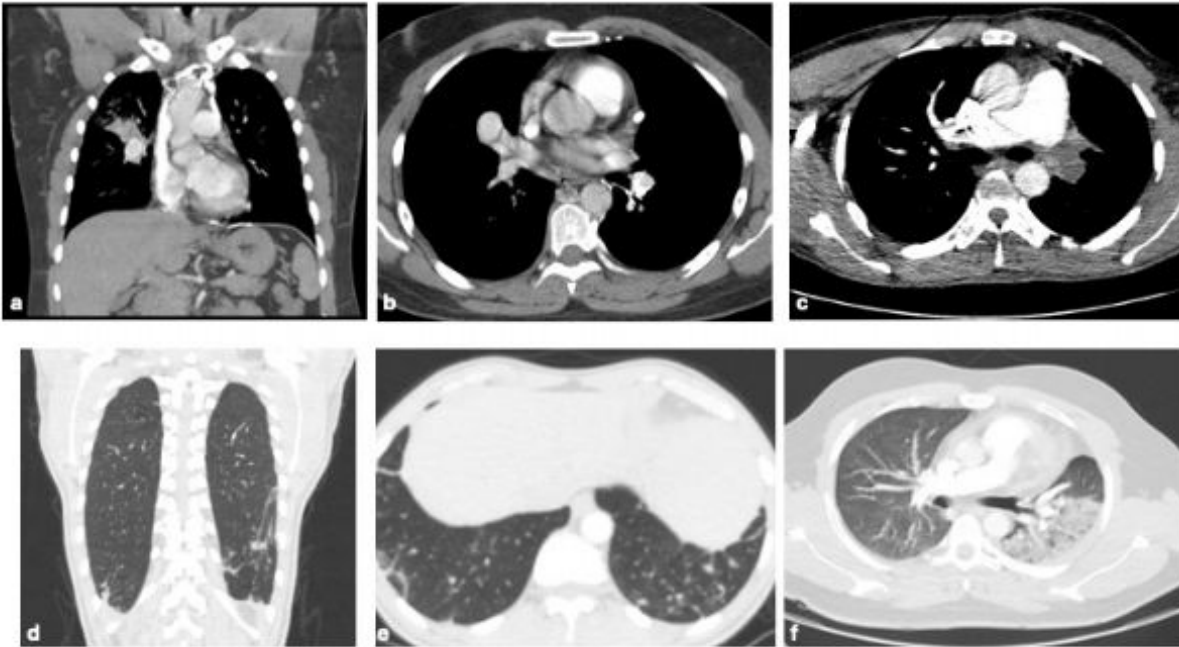
Amaç: Behçet hastalığı (BH), sıklıkla tekrarlayıcı mukokutanöz lezyonlarla seyreden ancak göz, vasküler, nörolojik ve gastrointestinal sistem tutulumu da yapabilen multisistemik bir hastalıktır. BH'de akciğer tutulumu sıklıkla pulmoner arter trombozu ve/veya anevrizması şeklinde vasküler tutulum olarak görülür, ancak farklı parankimal akciğer bulguları da izlenebilir. Bu çalışmada, BH tanısı olan ve toraks bilgisayarlı tomografisi (TBT) çekilmiş olan hastalarda görüntüleme endikasyonlarını ve TBT'deki bulguları analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Temmuz 2020 ile Temmuz 2024 tarihleri arasında herhangi bir nedenle TBT çekilmiş olan 196 BH hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık ilişkili klinik özellikler, abdominal bilgisayarlı tomografi (ABT) çekilme endikasyonları ve ABT bulguları kaydedildi.

Bulgular: TBT çekilmiş olan 196 hastanın yaş ortalaması 40,0±12,0 yıl, kadın/erkek hasta sayısı 56/140 şeklinde, ortalama hastalık yaşı 8,9±9,1 yıldır. TBT görüntülemenin en sık endikasyonları pulmoner vasküler tutulum şüphesi (139/193), nedeni açıklanamayan akut faz yüksekliği (46/196) ve enfeksiyon (36/193) idi (Tablo 1). Yüz doksan üç hastanın 23'ünde pulmoner vasküler tutulum mevcuttu. Pulmoner vasküler tutulumu bulunan hastalarda aynı zamanda farklı parankimal bulgular da tespit edildi (Şekil 1, Tablo 2). Buzlu cam ve atelektazi, pulmoner vasküler tutulumu olan hastalarda olmayanlara göre belirgin olarak artmış parankim bulguları olarak saptandı.

Sonuç: BH olan hastalarda en sık TBT görüntüleme nedeni hastalık ile ilişkili pulmoner vasküler tutulum şüphesidir. Pulmoner vasküler tutulumu bulunan BH hastalarında dikkat çekici bir şekilde eritema nodozum ve artrit gibi klinik bulgular pulmoner vasküler tutulumu bulunmayan hastalara göre daha az görülmüştür. BH olan hastalarda pulmoner vasküler tutulum dışında izole parankim lezyonları da görülebilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, toraks bilgisayarlı tomografi, pulmoner arter trombozu



Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografide pulmoner arter ve parankim bulgu örnekleri. (a-c'de pulmoner arter anevrizma ve trombozu, d, e'de atelektazi ve f'de buzlu cam imajları verilmiştir

Tablo 1. Toraks BT çekilme nedenleri

Parametre	Tüm grup (n=196)	Pulmonovasküler tutulum grubu (n=23)	Pulmonovasküler tutulumu olmayan grup (173)	p değeri
Enfeksiyon şüphesi n, %	36 (18,5)	1 (4,3)	35 (20,3)	0,047
Malignite şüphesi n, %	15 (7,7)	0	15 (8,7)	0,141
BH pulmoner tutulum şüphesi n, %	139 (71,3)	22 (95,7)	117 (68,0)	0,003
Ön tanı olarak düşünülen pulmoner tutulum n, %				<0,001
Yüksek akut faz	46 (65,7)	4 (23,5)	42 (79,2)	
Hemoptizi	14 (20,0)	7 (41,2)	7 (13,2)	
Yüksek akut faz + hemoptizi	10 (14,3)	6 (35,3)	4 (7,5)	
Diğer nedenler n, %				0,972
Akut göğüs	10 (5,1)	1 (4,3)	9 (5,2)	
Ayırıcı tanı	6 (3,1)	0	6 (3,5)	

BT: Bilgisayarlı tomografi, BH: Behçet hastalığı

Tablo 2. Toraks BT bulguları

Parametre	Tüm grup (n=196)	Pulmonovasküler tutulum grubu (n=23)	Pulmonovasküler tutulumu olmayan grup (n=173)	p değeri
Normal n, %	120 (61,2)	10 (43,5)	110 (63,6)	0,063
Pulmoner arter trombozu n, %	21 (10,7)	21 (91,3)	0	<0,001
Pulmoner arter anevrizması n, %	16 (8,2)	16 (69,6)	0	<0,001
Pulmoner arter trombon ve anevrizması n, %	14 (7,1)	14 (60,9)	0	<0,001
Plevral hastalık n, %	4 (2,0)	0	4 (2,3)	0,604
Konsolidasyon n, %	9 (4,6)	1 (4,3)	8 (4,6)	0,715
Buzlu cam n, %	24 (12,2)	8 (34,8)	16 (9,2)	0,002
Bronşiektazi n, %	1 (0,5)	0	1 (0,6)	0,883
Amfizem n, %	14 (7,1)	0	14 (8,1)	0,163
Mozaik perfüzyon n, %	10 (5,1)	1 (4,3)	9 (5,2)	0,668
Nodül n, %	22 (11,2)	5 (21,7)	17 (9,6)	0,095
Kitle n, %	0	0	0	NA
Atektazi n, %	41 (20,9)	8 (34,8)	33 (19,1)	0,076
Lenfadenopati n, %	6 (3,1)	1 (4,3)	5 (3,0)	0,378
Pulmoner emboli n, %	2 (1,0)	1 (4,3)	1 (0,6)	0,220

BT: Bilgisayarlı tomografi

Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı tedavisinde romatoloji hekimlerinin yaklaşımları: Ulusal bir anket çalışması

Duygu Temiz Karadağ¹, Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹, Cemal Bes²

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

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

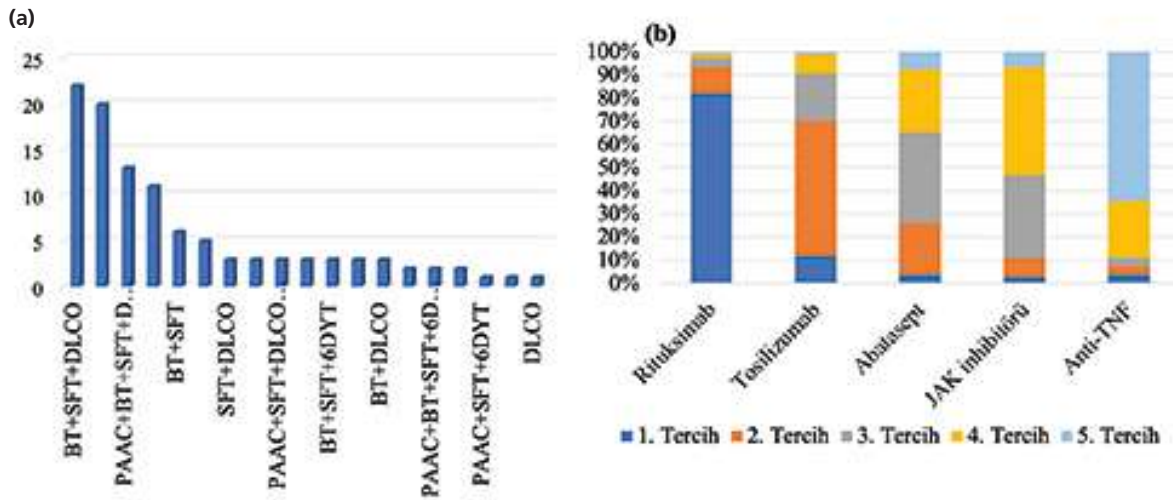
Amaç: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-İAH), RA'nın en sık eklem dışı tutulumlarından. RA-İAH tanıdan sonraki ilk yıllarda ilerleme gösterir ve İAH olan RA hastalarında yaşam beklentisi olmayanlara kıyasla daha kısadır. Mevcut tedavi kılavuzlarındaki önerilerin sınırlı olması nedeniyle RA-İAH tedavisi temel olarak romatoloji uzmanlarının bireysel uygulamalarına dayanmaktadır. Amacımız, ülkemizdeki romatoloji hekimlerinin RA-İAH yönetimi konusunda klinik pratikteki yaklaşımlarını daha iyi anlamak ve gelecekteki çalışmalara yönelik verileri saptamaktır.

Yöntem: Mayıs 2024-Haziran 2024 arasında Türkiye Romatoloji Derneği (TRD) üyesi olan romatoloji hekimlerine bir elektronik anket yapıldı. Anket linki, TRD aracılığıyla ülke genelindeki üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel sektörde çalışan ve dernek üyesi olan romatoloji hekimlerine e-posta yoluyla iletildi. Ankette RA-İAH hastalarının yönetimi ve takibi ile ilgili sorular yer aldı.

Bulgular: Romatoloji hekimlerinin tedavi stratejileri çoğunlukla akciğer tutulumunun şiddetine ve ilerleme riskine göre değişiyordu (%49,5). İAH şiddetinin çoğunlukla bilgisayarlı tomografideki (BT) yaygınlık, BT'de fibrozis paterni, zorlu vital kapasite değeri ve semptomların ağırlığına göre belirlendiği (%58,9); RA-İAH tanısı konulduğunda metotreksat, leflunomid veya anti-tümör nekroz faktörü (anti-TNF) tedavilerinin hemen kesilmediği görüldü (sırasıyla; %73,8; %69,2; %60,7) (Tablo 1, 2). En çok tercih edilen takip aralığı 1-3 aydı (%81,3), ancak takip yöntemleri oldukça heterojendi (Şekil 1a). En sık tercih edilen biyolojik ajan rituksimab ve en az anti-TNF ajanlardı (Şekil 1b). Anti-fibrotik tedaviye çoğunlukla semptom, radyolojik bulgular ve solunum fonksiyon testinin tümünde kötüleşme durumunda başlandı (%86); katılımcıların çoğunluğunun göğüs hastalıkları uzmanları ile ortak karar verdiği (%78,6) ve yarısının tedaviyi kendilerinin başladıkları görüldü. Katılımcıların tamamına yakını ATS/ERS/JRS/ALAT progresif pulmoner fibrozis tanımının RA-İAH hastaları için de uygun olduğunu bildirdi. Anket sorularına verilen cevaplar romatoloji hekimlerinin mesleki deneyimi (5 yıl altı ve üstü) ve çalıştıkları kurumlar (üniversite ve devlet hastanesi) açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamız, romatoloji hekimlerinin günlük pratiklerinde mesleki deneyim süresi ve çalışma ortamlarından bağımsız olarak RA-İAH tedavisinde csDMARD, bDMARD ve anti-fibrotik tedavi yaklaşımlarının benzer olduğunu göstermiştir. Ancak İAH şiddetini belirleme ve takibinde tercih edilen yöntemler açısından üzerinde uzlaşı sağlanmış önerilere ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, tedavi



Şekil 1. (a) RA-İAH tedavisi sırasında takip için kullanılan yöntemler, (b) RA-İAH hastalarında biyolojik ilaçların tercih sırası
RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri ve anket sorularına verdiği yanıtlar

		Sayı (%)
Çalıştığı kurum	Üniversite	64 (%59,8)
	Kamu	39 (%36,4)
	Özel	4 (%3,7)
Mesleki tecrübe	≤5 yıl	48 (%44,9)
	6-10 yıl	(32 %29,9)
	11-20 yıl	16 (%15)
	>20 yıl	11 (%10,3)
RA-İAH sıklığı	<%5	34 (%31,8)
	%5-10	56 (%52,3)
	%11-20	13 (%12,1)
	%21-30	4 (%3,7)
RA-İAH tanısı koyduğunuzda tedavi stratejisi	Hiçbir zaman değişmiyor	1 (%0,9)
	Her zaman değişiyor	26 (%24,3)
	Akciğer tutulumunun şiddetine göre bazen değişiyor	25 (%23,4)
	Akciğer tutulumunun ilerleme riskine göre bazen değişiyor	2 (%1,9)
	Akciğer tutulumunun şiddetine ve ilerleme riskine göre bazen değişiyor	53 (%49,5)
RA-İAH şiddetini belirleme	BT'de yaygınlık + BT paterni + SFT + semptom	63 (%58,9)
	BT'de yaygınlık+ SFT + semptom	13 (%12,1)
	SFT + semptom	1 (%0,9)
	BT paterni + SFT	2 (%1,9)
	BT'de yaygınlık + BT paterni + SFT	7 (%6,5)
	BT paterni + SFT + semptom	2 (%1,9)
	SFT	4 (%3,7)
	BT'de yaygınlık + SFT	6 (%5,6)
	BT'de yaygınlık	4 (%3,7)
	BT paterni	1 (%0,9)
	BT'de yaygınlık + BT paterni	2 (%1,9)
	BT'de yaygınlık + BT paterni + semptom	2 (%1,9)

RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, SFT: Solunum fonksiyon testi, BT: Bilgisayarlı tomografi

Tablo 2. Katılımcıların tedavi ile ilgili anket sorularına verdiği yanıtlar

RA-İAH hastalarında metotreksatı	Hemen kesiyorum	13 (%12,1)
	Hiçbir zaman kesmiyorum	10 (%9,3)
	Solunum semptomları ilerleyici değilse kesmiyorum, takip ediyorum	79 (%73,8)
	Diğer	5 (%4,7)
RA-İAH hastalarında leflunomidi	Hemen kesiyorum	10 (%9,3)
	Hiçbir zaman kesmiyorum	20 (%18,7)
	Solunum semptomları ilerleyici değilse kesmiyorum, takip ediyorum	74 (%69,2)
	Diğer	3 (%2,8)
RA-İAH hastalarında anti-TNF	Hemen kesiyorum	34 (%31,8)
	Hiçbir zaman kesmiyorum	5 (%4,7)
	Solunum semptomları ilerleyici değilse kesmiyorum, takip ediyorum	65 (%60,7)
	Diğer	3 (%2,8)
RA-İAH hastalarında takip aralığı	1-3 ay	87 (%81,3)
	6 ay	14 (%13,1)
	12 ay	1 (%0,9)
	Diğer	5 (%1,9)
RA-İAH hastalarında immünosupresif tedavinin süresi	Hastanın yaşamı boyunca	39 (%36,4)
	İAH progresyonu azalana kadar	6 (%5,6)
	İAH stabil olana kadar	44 (%41,1)
	Bir fikir yok	9 (%8,4)
RA-İAH hastalarında anti-fibrotik tedavi zamanlaması	Semptomlarda kötüleşme + BT'de fibrotik patern progresyonu + SFT'de kötüleşme	92 (%86)
	BT'de fibrotik patern progresyonu	13 (%12,1)
	SFT'de kötüleşme	1 (%0,9)
RA-İAH anti-fibrotik tedavisi	Göğüs hastalıklarına yönlendiriyorum, kendim başlamıyorum	15 (%14)
	Göğüs hastalıkları ile ortak karar veriyorum, kendim başlamıyorum	42 (%39,3)
	Göğüs hastalıkları ile ortak karar veriyorum, kendim başlıyorum	42 (%39,3)
	Kendim karar veriyorum, kendim başlıyorum	8 (%7,5)
ATS/ERS/JRS/ALAT (2022) progresif pulmoner fibrozis tanımı	RA-İAH hastaları için geçerlidir	96 (%98,7)
	RA-İAH hastaları için geçerli değildir	11 (%10,3)

RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, TNF: tümör nekroz faktörü, SFT: Solunum fonksiyon testi, BT: Bilgisayarlı tomografi

Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı taramasında romatoloji hekimlerinin yaklaşımları: Ulusal bir anket çalışması

Duygu Temiz Karadağ¹, Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çeçle¹, Cemal Bes²

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

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

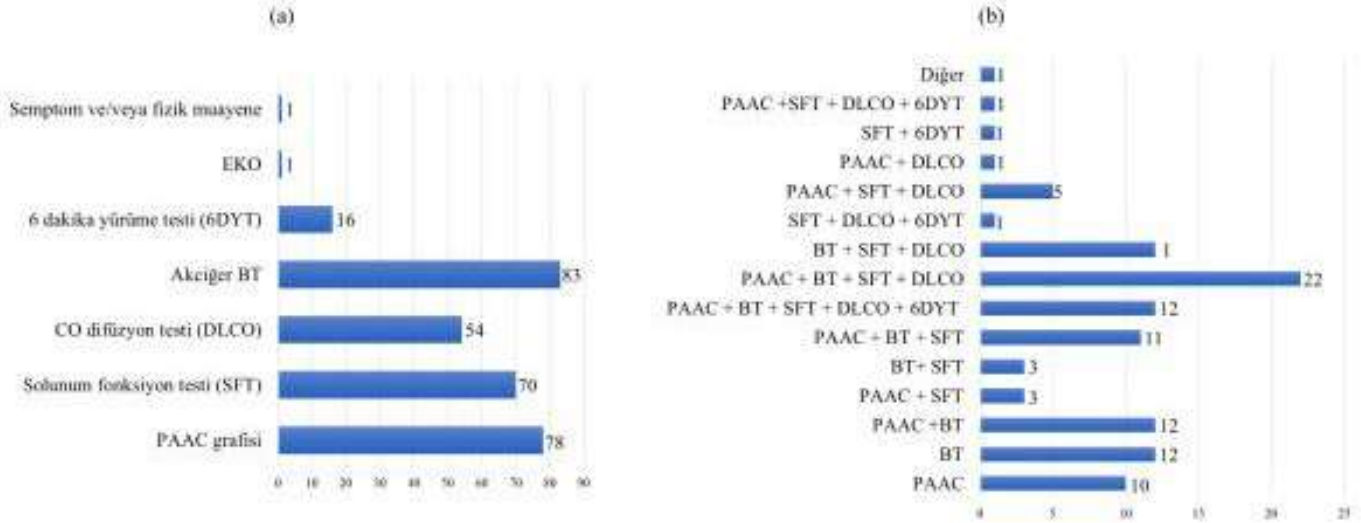
Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid artrit (RA) hastalarında morbidite ve mortaliteyi etkileyen ciddi organ tutulumlarından biridir. RA-İAH risk değerlendirmesi ve taramaya yönelik üzerinde fikir birliği sağlanmış kılavuzların olmaması nedeniyle tarama kararları hekimlerin bireysel tercihlerine kalmaktadır. Bu nedenle, RA-İAH taraması konusunda yaklaşımların romatoloji hekimleri arasında demografik, deneyim, çalışma koşulları gibi etkenler nedeniyle farklılık göstereceğini düşünmekteyiz.

Yöntem: Mayıs 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında elektronik anket linki Türkiye Romatoloji Derneği üyesi olan ve iletişim bilgileri bulunan romatoloji hekimlerine kamuya açık e-posta adresleri üzerinden iletildi. Ankette katılımcıların uygulama ortamı (üniversite, özel veya devlet hastanesi), mesleki deneyim süresi gibi demografik veriler yanında RA-İAH sıklığı, tarama için hasta seçimi ve tarama yöntemleri ile ilgili sorular yer aldı. Sonuçlar, tarama yöntemlerinin seçimi ve katılımcıların demografisinin seçimler üzerindeki etkisi açısından incelendi.

Bulgular: Anket 550 romatoloji hekimine gönderildi ve 107 kişi yanıtladı. Yanıtlayanların %59,8'i üniversite hastanesi, %36,4'ü devlet hastanesi ve %3,7'si özel sektörde çalışıyordu (Tablo 1). Katılımcıların çoğunluğu 5 yıldan az mesleki tecrübeye sahipti (%44,9) ve bunu 6-10 yıl arası tecrübesi olan romatoloji uzmanları izledi (%29,9). Katılımcıların çoğu (%52,3) günlük pratikte %5-10 sıklıkla RA-İAH hastası gördüklerini bildirdi. Romatoloji hekimlerinin çoğunun solunum semptomu olan RA hastalarına (%47,7) tarama yaptıkları ve taramada en sık kullandıkları üç yöntemin akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) (%77,6), akciğer grafisi (%72,9) ve solunum fonksiyon testi (SFT) (%65,4) olduğu görüldü (Şekil 1a). Katılımcıların %20'si tarama için tek bir yöntemi kullanırken, akciğer grafisi, akciğer BT, SFT ve karbon monoksit difüzyon testinin (DLCO) birlikte kullanılması en çok tercih edilen tarama yöntemi (%20,6) (Şekil 1b). Üniversite hastaneleri ile kıyaslandığında devlet hastanelerinde daha az akciğer muayenesi yapıldığı, DLCO testine daha az ulaşılabildiği, deneyimli bir radyolog veya göğüs hastalıkları uzmanı ile işbirliği yapılamadığı ve multidisipliner yaklaşımda bulunulamadığı görüldü (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamız, RA-İAH taraması açısından romatoloji hekimleri arasındaki hastalık değerlendirmesi ve klinik uygulamalardaki değişkenliği ortaya koymuştur. Ülkemiz koşullarını ve romatoloji hekimlerinin çalışma şartlarını da göz önünde bulundurarak tarama yöntemlerini standardize etmeye ihtiyaç olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, tarama



Şekil 1. (a) RA-İAH taramasında romatoloji hekimleri tarafından tercih edilen yöntemlerin sıklığı, (b) RA-İAH taramasında romatoloji hekimleri tarafından en sık birlikte tercih edilen yöntemler

RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı

Tablo 1. Romatoloji hekimlerinin anket sorularına yanıtları

	Sayı (%)	
Çalıştığı kurum	Üniversite	64 (%59,8)
	Kamu	39 (%36,4)
	Özel	4 (%3,7)
Mesleki tecrübe	≤5 yıl	48 (%44,9)
	6-10 yıl	32 (%29,9)
	11-20 yıl	16 (%15)
	>20 yıl	11 (%10,3)
RA-İAH sıklığı	<%5	34 (%31,8)
	%5-10	56 (%52,3)
	%11-20	13 (%12,1)
	%21-30	4 (%3,7)
RA hastalarına akciğer muayenesi	Tüm hastalara yapıyorum	59 (%55,1)
	Zamanım varsa yapıyorum	37 (%34,6)
	Hayır yapmıyorum	10 (%9,3)
RA hastalarına semptom sorgusu	Tüm hastalara yapıyorum	80 (%74,8)
	Zamanım varsa yapıyorum	24 (%22,4)
	Hayır yapmıyorum	3 (%2,8)
RA hastalarına İAH taraması	Tüm hastalara yapıyorum	21 (%19,6)
	İAH riski varsa	20 (%18,7)
	İAH semptomu varsa	51 (%47,7)
	İAH muayene bulgusu varsa	10 (%9,3)
	Yapmıyorum	1 (%0,9)
Merkezinizde SFT	Her zaman yaptırabiliyorum	97 (%90,7)
	Zaman zaman yaptırabiliyorum	9 (%8,4)
	Yaptıramıyorum	1 (%0,4)
Merkezinizde DLCO	Her zaman yaptırabiliyorum	46 (%43)
	Zaman zaman yaptırabiliyorum	30 (%28)
	Yaptıramıyorum	31 (%29)
Merkezinizde akciğer BT	Her zaman yaptırabiliyorum	103 (%96,3)
	Zaman zaman yaptırabiliyorum	4 (%3,7)
	Yaptıramıyorum	0
Deneyimli bir radyolog ile işbirliği	Yapıyorum	51 (%47,7)
	Yapmıyorum	56 (%52,3)
Deneyimli bir göğüs hastalıkları uzmanı ile işbirliği	Yapıyorum	72 (%67,3)
	Yapmıyorum	35 (%32,7)
Multidisipliner İAH konseyi	Yapıyorum	39 (%36,4)
	Yapmıyorum	68 (%63,6)

RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, SFT: Solunum fonksiyon testi, DLCO: Karbon monoksit difüzyon testi, BT: Bilgisayarlı tomografi

Tablo 2. Üniversite hastanesi ve devlet hastanelerinde çalışan romatoloji hekimlerinin anket sorularına yanıtları

		Devlet hastanesi	Üniversite	p
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Mesleki tecrübe	≤5 yıl	22 (%56,4)	25 (%39,1)	0,016
	6-10 yıl	14 (%35,9)	16 (%25)	
	11-20 yıl	2 (%5,1)	14 (%21,9)	
	>20 yıl	1 (%2,6)	9 (%14,1)	
RA-İAH sıklığı	<%5	17 (%43,6)	15 (%23,4)	0,047
	%5-10	20 (%51,3)	35 (%54,7)	
	%11-20	2 (%5,1)	10 (%15,6)	
	%21-30	0	4 (%6,3)	
RA hastalarına akciğer muayenesi	Tüm hastalara yapıyorum	14 (%36,8)	42 (%65,6)	0,008
	Zamanım varsa yapıyorum	17 (%44,7)	19 (%29,7)	
	Hayır yapmıyorum	7 (%18,4)	3 (%6,3)	
RA hastalarına semptom sorgusu	Tüm hastalara yapıyorum	27 (%69,2)	50 (%78,1)	0,074
	Zamanım varsa yapıyorum	9 (%23,1)	14 (%21,9)	
	Hayır yapmıyorum	3 (%7,7)	0	
RA hastalarına İAH taraması	Tüm hastalara yapıyorum	9 (%23,1)	11 (%18)	0,515
	İAH riski varsa	5 (%12,8)	13 (%21,3)	
	İAH semptomu varsa	21 (%53,8)	30 (%49,2)	
	İAH muayene bulgusu varsa	3 (%7,7)	7 (%11,5)	
	Yapmıyorum	1 (%2,6)	0	
Merkezinizde SFT	Her zaman yaptırabiliyorum	34 (%87,2)	59 (%92,2)	0,392
	Zaman zaman yaptırabiliyorum	4 (%10,3)	5 (%7,8)	
	Yaptıramıyorum	1 (%2,6)	0	
Merkezinizde DLCO	Her zaman yaptırabiliyorum	12 (%30,8)	32 (%50)	0,012
	Zaman zaman yaptırabiliyorum	9 (%23,1)	20 (%31,3)	
	Yaptıramıyorum	18 (%46,2)	12 (%18,8)	
Merkezinizde akciğer BT	Her zaman yaptırabiliyorum	39 (%100)	60 (%93,8)	0,295
	Zaman zaman yaptırabiliyorum	0	4 (%6,3)	
	Yaptıramıyorum	0	0	
Deneyimli bir radyolog ile işbirliği	Yapıyorum	7 (%17,9)	42 (%65,6)	<0,001
	Yapmıyorum	32 (%82,1)	22 (%34,4)	
Deneyimli bir göğüs hastalıkları uzmanı ile işbirliği	Yapıyorum	12 (%30,8)	57 (%89,1)	<0,001
	Yapmıyorum	27 (%69,2)	7 (%10,9)	
Multidisipliner İAH konseyi	Yapıyorum	6 (%15,4)	33 (%51,6)	<0,001
	Yapmıyorum	33 (%84,6)	31 (%48,4)	

RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, SFT: Solunum fonksiyon testi, DLCO: Karbon monoksit difüzyon testi, BT: Bilgisayarlı tomografi

Aksiyel spondiloartropatili hastalarda bağırsak tutulum sıklığının invaziv olmayan yöntemle araştırılması

Meryem Özoğlu¹, Neslihan Gökçen², Duygu Temiz Karadağ², Ayşe Çefle², Ayten Yazıcı²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

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

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (axSpA), spondiloartritlerin (SpA) şemsiyesi altında yer alan kronik enflamatuvar bir hastalıktır. SpA'da üveit, psöriazis ve enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) gibi bazı ortak ekstra-artiküler görülebilmektedir. Çalışmalarda, SpA hastalarının %5-10'unda aşikar İBH meydana geldiği gösterilmiştir. Bu çalışmada axSpA'lı hastalarda İBH sıklığının, non-invaziv tarama yöntemi olarak kullanılan ve Türkçe validasyonu yapılan Dudley enflamatuvar bağırsak semptom anketi (DISQ) kullanılarak taranması, ayrıca DISQ ile klinik bulgular ve fekal kalprotektin arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Polikliniğine başvuran ve 2009 ASAS axSpA kriterlerini dolduran 18-75 yaş arası 174 hasta alındı. Hastaların demografik

klinik ve laboratuvar verileri ile kullandıkları ilaçlar kayıt altına alındı. Hasta onamları alınarak fekal kalprotektin için gaita örnekleri alındı; Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI), Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi (BASFI), 36 maddelik kısa form sağlık anketi (SF-36) ve DISQ anketleri doldurtuldu.

Bulgular: İshali ($p=0,030$) ve karın ağrısı ($p<0,001$) olan hastalarda BASDAI değerlerinin belirgin olarak yüksek olduğu, benzer şekilde ishal ($p<0,001$), karın ağrısı ($p<0,001$), oral aft ($p=0,008$) ve dışkıda mukus tarif eden hastalarda ($p<0,001$) DISQ değerlerinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 1). DISQ ile BASDAI ve BASFI arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü (sırasıyla $r=0,432$, $p<0,001$; $r=0,248$, $p=0,001$); DISQ ile SF-36 arasında ise yüksek düzeyde negatif yönlü bir ilişki saptandı ($p<0,001$). Fekal kalprotektin düzeyleri ile BASDAI ve DISQ değerleri arasında fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuç: DISQ skorlarının, ishali ve karın ağrısı olan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Sonuç olarak, Türkçe validasyonu yapılan DISQ anketi, axSpA hastalarında olası bağırsak enflamasyonunu göstermede yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, ankilozan spondilit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, fekal kalprotektin

Tablo 1. İBH ilişkili olabilecek parametreler ile BASDAI ve DISQ skorlarının karşılaştırılması

	n (var/yok)	BASDAI md (Q1-Q3) (var/yok)	p	DISQ md (Q1-Q3) (var/yok)	p
İshal	15/159	6 (2,5-8)/3,4 (2-4,8)	0,030	12 (10-16)/5 (3-8)	<0,001
Karın ağrısı	27/147	5,4 (4,3-6,9)/3,1 (1,8-4,8)	<0,001	10 (8-14)/5 (3-8)	<0,001
Oral aft	34/140	4,35 (2,1-5,7)/3,35 (2-4,87)	0,279	8 (4,75-10)/5 (3-8)	0,008
Perianal hastalık	41/133	4,3 (3-6)/3,1 (1,6-4,95)	0,017	7 (4-10)/5 (3-8)	0,088
Dışkıda mukus	7/167	3,7 (2,35-5,35)/3,4 (1,95-5,05)	0,729	10 (8-11)/5 (3-8)	<0,001
Anemi	25/149	4,2 (2,2-5,45)/3,4 (1,95-4,85)	0,666	5 (3,5-8,5)/6 (3-9)	0,717
DEA	22/152	3,85 (1,85-5,37)/3,5 (2-4,97)	0,908	5 (3,75-8,25)/6 (3-9)	0,750

md: Medyan, Q1: 25. persentil, Q3: 75. persentil, DEA: Demir eksikliği anemisi, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi

Ankilozan spondilit hastalarında anti-tümör nekroz faktör inhibitör tedavilerin kemik mineral yoğunluğu üzerindeki etkileri

Fatma Burcu Sevinç¹, Neslihan Gökçen², Duygu Temiz Karadağ², Ayten Yazıcı², Ayşe Çefle²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

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

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastalarında anti-tümör nekroz faktör (anti-TNF) tedavinin kemik mineral yoğunluğu üzerine olan etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: AS tanısı konulmuş ve daha önce steroid veya biyolojik tedavi almamış 31 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hastalık aktiviteleri ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru (ASDAS)-sedimentasyon (ESH), ASDAS-C-reaktif protein (CRP), Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi ile değerlendirildi. Fiziksel fonksiyonları ise Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi ile değerlendirildi. Hastane sisteminden son 1 aya ait D vitamini düzeyi, kalsiyum, fosfor, parathormon, alkalin fosfat, ESH, CRP düzeyleri kaydedildi. Hastaların sindezmozit durumlarını değerlendirmek üzere aksiyel konvansiyonel grafileri

incelendi. Kemik dansitometre incelemede femur ve lomber vertebral kemik mineral yoğunluğu (KMY) T ve Z skorları kaydedildi. Tüm ölçümler, TNF başlangıcındaki ilk ziyaret ve son ziyaret olarak (12 ay sonra) iki kez tekrarlandı.

Bulgular: Hastaların tedavi sonrası lomber ve femur KMY'lerinin hem T hem de Z skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptandı ($p<0,001$) (Tablo 1). Tedavi öncesi klinik parametreler ile laboratuvar değerleri arasındaki korelasyon incelendiğinde, magnezyum ile lomber-KMY T ve Z skorları arasında negatif yönde zayıf/orta düzeyde korelasyon saptandı. Benzer olarak, CRP ile lomber-KMY T ve Z skorları arasında negatif yönde zayıf/orta düzeyde korelasyon mevcuttu. Tedavi sonrası klinik parametreler ile laboratuvar değerleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ise, lomber-KMY T ve Z skoru ile fosfor değerleri arasında negatif yönde zayıf/orta düzeyde korelasyon saptandı. Ayrıca, CRP ile lomber-KMY Z skorları arasında negatif yönde zayıf korelasyon da gözlemlendi.

Sonuç: Anti-TNF tedavi sonrasında AS tanısı olan erkek hastaların, ek herhangi bir tedavi (D vitamini, kalsiyum, bifosfonat vb.) almamasına rağmen, KMY değerlerinde 12 ay sonraki kontrol ölçümlerinde düzelme saptandı.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-TNF tedavi, kemik mineral yoğunluğu

Tablo 1. Tedavi sonrası lomber ve femur kemik mineral yoğunluğundaki değişimler

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
Lomber vertebra KMY T skoru	-0,94±1,39 (-3,4; 2,2)	-0,61±1,40 (-3,4; 2,2)	<0,001
Lomber vertebra KMY Z skoru	-0,87±1,41 (-3,6; 1,9)	-0,59±1,38 (-3,5; 2,1)	<0,001
Femur KMY T skoru	-1,07±1,02 (-2,6; 2,0)	-0,89±1,0 (-2,3; 2,1)	<0,001
Femur KMY Z skoru	-0,89±1,01 (-2,9; 1,9)	-0,72±0,95 (-2,3; 1,9)	<0,001

Değerler ortalama ± standart sapma (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Değerler eşleştirilmiş örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır

KMY: Kemik mineral yoğunluğu

Primer Sjögren sendromu hastalarında fibromiyalji sıklığı ve klinik bulgularla ilişkisi: Tek merkez deneyimi

Gamze Akkuzu, Ayşenur Yılmaz, Ayşe Elif Boncukcuoğlu, Erdem Bektaş, Rabia Deniz, Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioglu, Cemal Bes

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

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS), lakrimal bez ve tükürük bezi tutulumu, buna bağlı keratokonjunktivitis sikka ve kserostomi ile heterojen ekstra-glandüler tutulumlarla karakterize olabilen kronik, sistemik bir otoimmün hastalıktır. Fibromiyalji (FM), etiyolojisi bilinmeyen bir kas-iskelet sistemi ağrı bozukluğudur. FM genellikle pSS, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus gibi romatizmal hastalıklarla ilişkilendirilir. Bu çalışmada pSS hastalarında FM sıklığını ve klinik bulgularla ilişkisini araştırmayı hedefledik.

Bulgular: Kliniğimizde 2021-2023 tarihlerinde takip edilmiş olan 122 pSS tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar ACR-EULAR 2016 Primer Sjögren Sendromu Sınıflandırma Kriterleri'ni karşılamakta idi. Hastaların 2'si erkek ve geriye kalanlar kadındı. Ortalama yaş 48,18±13,5 (21-77) idi. Hastalara ait demografik ve klinik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastalar FM için değerlendirilirken ACR 2016 FM Tanı Kriterleri kullanıldı. Buna göre, 72 (%59) hastada FM mevcuttu. FM'nin varlığı, hastalarda eklem tutulumu olup olmamasına, Schirmer testi, tükürük akış hızı ve minör tükürük bezi biyopsisi pozitiflik negatifliğine ve otoantikör durumlarına göre karşılaştırmalı olarak incelendiğinde ise, FM'si olanların tamamında artralji ya da artrit şeklinde eklem tutulumu mevcuttu ($p<0,001$). Ek olarak FM olanlarda anti-SSB pozitiflik ve negatiflik oranları sırasıyla %30,6 ve %69,4 idi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,051$) (Tablo 2).

Sonuç: pSS'de FM yaygın olarak görülmektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi, artralji/artrit ve dolayısıyla da hastalık aktivitesi ile ilişkilidir. Bu hastalarda FM'nin araştırılması ve tedavi edilmesi pSS hastalık kontrolünde önemli yer tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, fibromiyalji, artralji

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

		n	%
Fibromiyalji	Yok	72	59
	Var	50	41
Cinsiyet	Kadın	120	98,4
	Erkek	2	1,6
Sigara	İçmiş	29	23,8
	İçmemiş	93	76,2
Schirmer	Pozitif	69	56,6
	Negatif	53	43,4
Tükürük akış hızı	Pozitif	65	53,3
	Negatif	57	46,7
Minör tükürük bezi biyopsisi	Pozitif	92	75,4
	Negatif	30	24,6
SSA	Pozitif	103	84,4
	Negatif	19	15,6
SSB	Pozitif	46	37,7
	Negatif	76	62,3
ANA	Pozitif	97	79,5
	Negatif	25	20,5
RF	Pozitif	61	51,7
	Negatif	57	48,3
Eklem tutulumu	Yok	19	15,6
	Artralji	94	77
	Artrit	9	7,4

Schirmer pozitif: En az bir gözde ≤ 5 mm/5 dk; tükürük akış hızı pozitif: $\leq 0,1$ mL/dk; minör tükürük bezi biyopsisi pozitif: Fokus skoru ≥ 1

Tablo 2. Fibromiyaljinin klinik özellikler ve laboratuvar bulguları ile ilişkisi

		Fibromiyalji yok	Fibromiyalji var	X ²	p
Eklem tutulumu	Yok	19	0	32,450	<0,001
	Artralji	28	66		
	Artrit	3	6		
Sigara	İçmiş	10	19	0,665	0,415
	İçmemiş	40	53		
Schirmer	Pozitif	33	36	3,075	0,08
	Negatif	17	36		
Tükürük akış hızı	Pozitif	28	37	0,252	0,616
	Negatif	22	35		
Minör tükürük bezi biyopsisi	Pozitif	39	53	0,307	0,580
	Negatif	11	19		
SSA	Pozitif	41	62	0,379	0,538
	Negatif	9	10		
SSB	Pozitif	24	22	3,823	0,051
	Negatif	26	50		
ANA	Pozitif	41	56	0,323	0,570
	Negatif	9	16		
RF	Pozitif	21	40	2,045	0,153
	Negatif	27	30		

Schirmer pozitif: En az bir gözde ≤ 5 mm/5 dk; tükürük akış hızı pozitif: $\leq 0,1$ mL/dk; minör tükürük bezi biyopsisi pozitif: fokus skoru ≥ 1

Hatay'da 6 Şubat depremlerinin 3. basamak romatoloji kliniği üzerine etkisi

Gezmiş Kimyon¹, Adnan Kırac²

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hatay

Amaç: 6 Şubat depremlerinin en şiddetli yaşandığı yerlerden biri olan Hatay'da 3. basamak romatoloji kliniğine başvuran hastaların deprem öncesi ve sonrası verilerini inceleyerek durum tespiti yapmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma retrospektif ve tek merkezli bir çalışma olup 18 yaş ve üstü hastalar alınmıştır. Veriler hastane medulla sistemi, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve ölüm bildirim sistemi (ÖBS) kullanılarak elde edilmiştir. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (HMKÜ) Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği'ne en az bir kez başvurup romatizmal tanısı olan ve olmayan tüm hastalar incelenmiştir. ÖBS'de ölüm tarihi 6-21 Şubat 2023 olan hastalar deprem ile ilişkili ölüm olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: İlk hasta kaydının 1 Şubat 2018'de yapıldığı merkezde 6 Şubat 2024 tarihine kadar 26.429 hasta en az bir kez başvuru

yapmıştır. Deprem ilişkisiz ölüm sayısı 971, deprem ile ilişkili ölüm 441 idi. Deprem ilişkisiz ölüm oranı 6 yıl (72 ay) için %3,6 iken deprem ilişkili ölüm oranı 15 gün (0,5 ay) için %1,6 idi. Süre eşitlendiğinde deprem ilişkili ölüm oranı 230 kat idi. TÜİK verilerine göre 2023 yılı Türkiye'de kaba ölüm hızı 6,2 iken, Hatay'da bu oran 17,1'dir (2022'de 5,2). Deprem öncesi 1 yıl içerisinde (6 Şubat 2022-6 Şubat 2023) romatoloji poliklinik sayısı 24.152 iken depremden sonraki 1 yıl içerisinde 6.326'dır. 6 Şubat-28 Şubat (2023) arası ayaktan hastane hizmetleri UMKE tarafından yapılmış, giriş yapan 1.239 hastadan 1 hasta romatoid artrit, 2 hasta artrit ve 2 hasta gut tanısı almıştır. Poliklinik hizmeti 1 Mart-18 Eylül (2023) arası genel dahiliye çadırında verilmiş olup giriş yapılan 6.175 hastadan 234'üne (%3,7) herhangi bir romatizmal hastalık tanısı kodlanmıştır. Romatoloji polikliniğinin açıldığı 1 Eylül 2023 sonrası 6 Şubat 2024'e kadar poliklinik sayısı 6.113 idi. Depremden önceki yıl aynı tarihlerde bu sayı 10.335'ti (Tablo 1).

Sonuç: 6 Şubat depremleri HMKÜ Romatoloji Kliniği'nde takipli hastalarda yüksek mortalite oranına neden olmuştur. Deprem sonrası ilk 6 ay romatizmal hastalıklarla ilgili başvuru sayısı belirgin olarak azalmıştır.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Hatay, romatoloji

Tablo 1. Deprem ve ilişkili bulgular

Tarih	Sonuç	Açıklama
1/2/2018-6/2/2024	26.429	En az 1 kez başvuran hasta sayısı
Deprem ilişkisiz ölüm	971 (%3,6)	6 yıl (72 ay) için toplam ölüm
Deprem ilişkili ölüm	441 (%1,6)	15 günlük ölüm (6-21/2/2023)
6/2/2022-6/2/2023	24.152	Deprem öncesi 1 yıllık poliklinik sayısı
6/2/2023-6/2/2024	6.326	Deprem sonraki 1 yıllık poliklinik sayısı
1/9/2023-6/2/2024	6.113	Depremden 6 ay sonraki 6 aylık poliklinik sayısı
1/9/2022-6/2/2023	10.335	Deprem öncesi 6 aylık poliklinik sayısı

Aksiyel spondiloartrit tanısı ile bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç alan hastalarda aşılama oranları ve aşılama etkileyen faktörler

Tuğba Ocak¹, Selin İldemir Ekizoğlu², Burcu Yağız¹, Belkis Nihan Coşkun¹, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

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

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (aksSpA) esas olarak omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Non-steroid antienflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) aksSpA'da tedavide ilk basamak ajanlardır. NSAİİ'ye dirençli olgularda, biyolojik veya hedefe yönelik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar gibi bağışıklık sistemini baskılayıcı ajanlar gereklidir. AksSpA tanısı olan hastalar bağışıklık fonksiyonlarının bozulması ve bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlar nedeniyle enfeksiyon riski altındadır. Aşılama, bu popülasyonda enfeksiyonların önlenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Aşılama oranlarının ve aşılamanın önündeki engellerin saptanması, aşılamanın iyileştirilmesine yönelik stratejilerin belirlenmesi açısından önemli olabilir. Bununla birlikte, aksSpA hastalarında aşılama oranları ve aşılama etkileyen faktörler yeterince araştırılmamıştır. Bu nedenle Türkiye'de yapılan tek merkezli bu çalışmada bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi alan aksSpA tanısı olan hastalarda influenza, pnömoni, hepatit B ve koronavirus hastalığı-2019 (COVID-19) aşılama oranlarını ve aşılamanın önündeki engelleri araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Türkiye'de tek bir merkezde bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç alan 199 aksSpA hastası arasında kesitsel bir anket gerçekleştirildi. Demografik özellikler, hastalık özellikleri, aşılama durumu ve aşılama yönelik tutumlar hakkındaki veriler yüz yüze görüşmeler ve tıbbi kayıt incelemeleri kullanılarak toplandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 43,7±0,7 yıl olup, çoğunluğu erkekti (%67,3). Son kullanılan bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi en sık %32,7 (n=65) etanersept olup, bunu %24,6 (n=49) infliksimab, %13,6 (n=27) golimumab, %12,6 (n=25) adalimumab, %9 (n=18) sertolizumab, %5 (n=10) sekukinumab ve %2,5 (n=5) tofasitinib takip etmekteydi. Hastaların çoğunluğu COVID-19 (%85,4) aşısı olurken, bunu hepatit B (%41,2), influenza (%20,1) ve pnömokok (%10,5) aşıları takip etti. İnfluenza aşısı ve pnömoni aşısı olanların yaşı anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla). İnfluenza, pnömoni, hepatit B ve COVID-19 aşısı olanlarda aşının aksSpA hastaları için güvenilir olduğu düşüncesi anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001, p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla). İnfluenza aşısı olanlarda, influenza olmaktan korkma, influenzanın ciddi enfeksiyonlara yol açabileceği düşüncesi anlamlı olarak yüksekti (p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla). Pnömokok aşısı olanlarda pnömoni olmaktan korkma ve pnömonin ciddi enfeksiyonlara yol açabileceği düşüncesi daha yüksekti (p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla). Hepatit B aşısı olanlarda hepatit B olmaktan korkma ve hepatit B'nin ciddi enfeksiyonlara yol açabileceği düşüncesi daha yüksekti (p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla). Aşı olanlarda COVID-19 ile enfekte olmaktan korkma ve enfeksiyonun ciddi enfeksiyonlara yol açabileceği düşüncesi anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla).

Sonuç: COVID-19 aşılmasının yüksek olmasına rağmen, bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi alan aksSpA hastaları arasında influenza, pnömokok ve hepatit B aşılama oranları yetersizdi. Bu popülasyonda aşılama oranlarını iyileştirmek için hem hastaları hem de sağlık profesyonellerini hedefleyen eğitim müdahaleleri gereklidir. Bulgularımız, bağışıklık sisitemini baskılayıcı tedavi alan aksSpA hastaları arasında aşılama oranlarını artırmaya yönelik stratejilere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Aşılamanın önündeki engellerin ele alınması ve özellikle influenza, pnömokok ve hepatit B için aşılamanın önemi konusunda farkındalığın artırılması, bu savunmasız popülasyonda aşılama uygulamalarının artırılması için çok önemlidir. Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Aşılama durumu ve tutumlarının öz bildirime dayalı olması hatırlama ve raporlama ile ilgili yanlışlıklara sebep olabilir. Ayrıca çalışmanın kesitsel tasarımı ve belirli bir coğrafi bölgeye odaklanmış olması bulguların diğer ortamlara genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartropati, anket, aşı

PS-112

23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı ile indüklenen deri paterji testinin bağımsız bir hasta kohortunda replikasyon çalışması

Rabia Deniz^{1,2}, Ahmet Gül¹

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

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

Amaç: Deri paterji testi (DPT), Behçet hastalığı (BH) tanısında önemli bir araçtır, ancak yıllar içinde azalan duyarlılığı kullanımını sınırlamıştır. Önceki çalışmamızda, özellikle aktif hastalık belirtileri olan BH hastalarında (aBD), 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı (PS-23) antijenleri ile yapılan ek uyarımın DPT duyarlılığında dramatik bir iyileşme sağladığını ve özgüllüğün %100 korunarak %80,3'e kadar çıktığını göstermiştik. Bu çalışmada, önceki bulgularımızı tekrarlamayı ve PS-23 ile indüklenen pikür sayısını artırarak metodolojisini geliştirmeyi amaçladık.

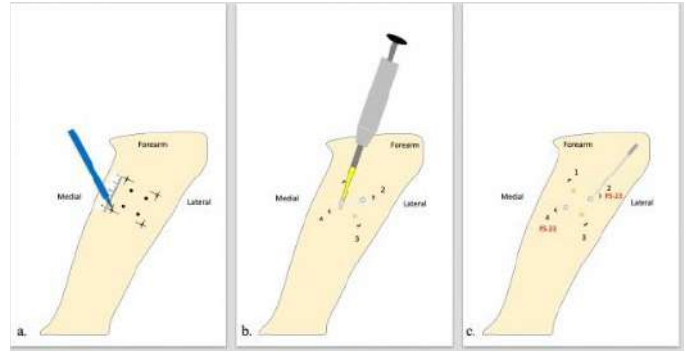
Yöntem: Çalışma Mart 2022 ile Kasım 2023 arasında gerçekleştirildi. DPT uygulanan katılımcıların demografik bilgileri, klinik bulguları, hastalık aktivitesi ve tedaviye ilişkin bilgileri toplandı. BH hastaları, diğer enflamatuvar hastalıkları olan hastalar ve rekürren aftöz stomatitli hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Standart DPT, önkolun 30-45° açıyla 3-5 mm derinliğinde eğik bir giriş ile pikür oluşturulması ve 20G hipodermik iğneler (20G-DPT) kullanılarak yapıldı. PS-23 ile indüklenen DPT (PS23-DPT), 20G iğne ile pikür oluşturulmadan önce ek olarak 10 µL PS-23 (Pneumovax) damlatılarak uygulandı (Şekil 1). Her bir kola toplam dört pikür oluşturuldu (2 tane 20G-DPT ve 2 tane PS23-DPT). Eritem ve endürasyon gelişimi 48 saat sonra aynı gözlemci tarafından değerlendirildi. Kırk sekiz saat sonra eritem ile birlikte endürasyon gelişimi (≥2 mm) pozitif olarak kabul edildi. En az bir aktif hastalık belirtisi olan hastalar aBD olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Çalışma grupları, gruplardaki hastaların cinsiyet dağılımı, yaş ortalamaları ve 2 yöntemin pozitiflik verisi Tablo

1'de verildi. PS23-DPT ile önkol derisinin uyarılması, tüm BH hastalarının analizinde %79,6 duyarlılık ve %100 özgüllük, aBD hastalarında ise %91,3 duyarlılık ve %100 özgüllükte saptandı. 20G-DPT yöntemi kullanılarak duyarlılık tüm hastalarda %8,6 ve aBD hastalarında %10 olarak bulundu (Tablo 1, 2). PS23-DPT ile elde edilen hem eritem hem de endürasyon sonuçları, kolların ilk ve ikinci pikür bölgeleri ve sağ ve sol kollar arasında anlamlı bir korelasyon gösterdi (tüm karşılaştırmalar için $p < 0,0001$, $r = 0,7-0,85$). aBD grubunda, PS23-DPT negatif olan hastaların %28,6'sı ve PS23-DPT pozitif olan hastaların %6,3'ü en az bir immünoşpresif ilaç altındaydı. PS-DPT pozitif olan 73 aBD hastasının 50'si (%68,5), pikür bölgelerinden en az birinde püstül geliştirdi.

Sonuç: Mevcut çalışma, özellikle aktif hastalarda ve immünoşpresif ilaç kullanmayanlarda PS23-DPT'nin artan duyarlılığına ilişkin önceki bulguların tekrarladığını ve pikür sayısının ikiye katlanmasının PS23-DPT'nin duyarlılığını daha da artırdığını göstermiştir. PS23-DPT, BH tanısında umut verici bir tanısal araç olarak değerlendirilmektedir ve farklı etnik gruplarda uluslararası bir tekrar çalışması devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, deri paterji reaksiyonu, 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı, 20G iğne



Şekil 1. Deri paterji testinde hipodermik iğnelerin uygulanması ve pikürlerin yarısında ek olarak 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı ile uyarı oluşturulması. (a) Pikürlerin yerleri belirlenip plastik bir işaretleyici cetvel ile işaretlendikten sonra pikür alanların köşeleri pikür yerlerini tanımlamak için çizilip ve her 4 pikür yerinin merkezi pipetle işaretlenir. Her iki kolda, medial ve lateral ya da sağ ve sol kollar arasındaki farklılıkları ortadan kaldırmak amacıyla, her iki DPT yöntemi için çapraz bir yol izlenerek iki yer belirlenir. (b) PS-23 ile indüklenen DPT için, tanımlanan pikür yerlerine 10 mL seyreltilmemiş 23-valanlı polisakkarit pnömokok aşısı damlatılır. (c) 30-45° açıyla 3-5 mm derinliğinde eğik bir girişle ve 20G hipodermik iğneler kullanılarak pikürler oluşturulur

DPT: Deri paterji testi

Tablo 1. Çalışma gruplarının cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması ve her iki deri paterji yöntemi pozitifliği

Grup (n)	Cinsiyet (erkek/kadın)	Ortalama yaş (+/- SS)	20G-DPT (%)	PS-23- DPT
aBH (80)	51/29	32,9±8,6	8/80 (10)	73/80 (91,3)
rBH (13)	8/5	39,2±13,7	0/13	1/13 (7,7)
Tüm BH (93)	59/34	33,8±9,6	8/93 (8,6)	74/93 (79,6)
RAS (112)	44/68	31,8±15,2	0/112	0/112
nBHRH (41)	15/26	39,8±12,5	0/41	0/41
nfBH (75)	33/42	36,6±12,0	0/75	0/75
İzole üveit (21)	8/13	37,5±15,8	0/21	0/21
İBH (4)	1/3	36,0±21,2	0/4	0/4
Toplam (346)	160/186	34,7±13,2	8/346 (2,3)	74/346 (21,4)

aBH: Aktif Behçet hastalığı, rBH: Emisyon Behçet hastalığı, RAS: Rekürren aftöz stomatit, nBHRH: Behçet hastalığı dışındaki romatizmal hastalıklar, nfBH: Behçet hastalığı kriterlerini doldurmayan bir veya 2 bulgu, İBH: Enflamatuvar bağırsak hastalığı, DPT: Deri paterji testi

Tablo 2. Deri paterji testi yöntemlerinin tanısal başarısı

Çalışma grubu	Aktif BH				Remisyon BH			
	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	AUC (%95)	p değeri	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	AUC (%95)	p değeri
20G-DPT	10	100	0,550 (0,475-0,625)	0,193	8,6	100	0,543 (0,472-0,614)	0,23
PS-23-DPT	91,3	100	0,954 (0,918-0,991)	0,0001	79,6	100	0,898 (0,848-0,947)	0,0001

DPT: Deri paterji testi, BH: Behçet hastalığı, AUC: Eğrinin altındaki alan

Yeni tanı almış romatoid artrit hastalarında *TNFRSF11A* geninin ekzon 5 bölgesinde tespit edilen polimorfizm varlığının prognoz, tedavi yanıtı ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi

Gizem Nur Onay Çelik¹, Sibel Bakırcı², Özgür Erkal³, Ülkü Uçar⁴, Öznur Kutluk⁴, Gökhan Sargın⁵

¹Korkuteli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Antalya

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

³Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Antalya

⁴Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

⁵Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Çalışmamızda yeni tanı almış romatoid artrit (RA) hastalarında *TNFRSF11A* geninin ekzon 5 bölgesi ve bu bölgede saptanan polimorfizm varlığının RA prognozu, tedavi yanıtı ve hastalık aktivitesi üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

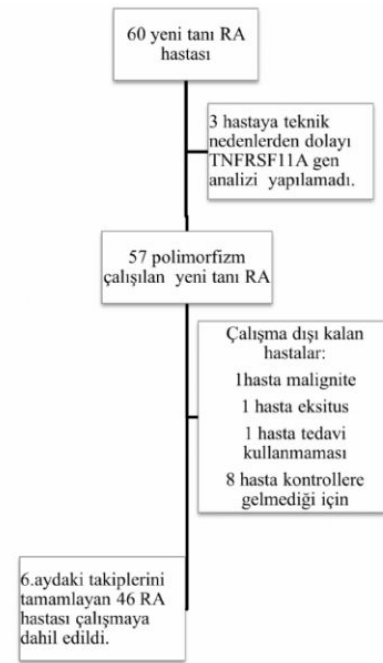
Yöntem: ACR/EULAR 2019 RA sınıflandırma kriterlerine göre RA tanısı konulan 57 yeni tanı almış RA hastasında *TNFRSF11A* geninin ekzon 5 bölgesi polimeraz zincir reaksiyonu analiz yöntemi ile çalışıldı (Şekil 1). Çalışmaya katılan tüm katılımcıların demografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kilo, boy, vücut kitle indeksi, meslek...), sigara ve alkol tüketimi kaydedildi. Hastalara ACR/EULAR RA tedavi kılavuzlarına göre ilk basamak tedavi olan metotreksat (MTX) tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında tedavi yanıtı ve hastalık aktivitesi yeniden değerlendirildi. Çalışmada VAS, DAS28, CDAI, SDAI ve HAQ skorları dahil olmak üzere RA hastalık aktivitesi skorları değerlendirilmiştir.

Bulgular: MTX tedavisine başladıktan sonra ilk başvuru zamanına göre tedavinin 6. ayında DAS28, CDAI ve SDAI ile ölçülen hastalık aktivitesi değerlerinde 6. ayda anlamlı gerileme görülmesine rağmen polimorfizm pozitif olan hastalar ile negatif olanlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Polimorfizm negatif hastaların ilk başvuru anındaki medyan sedimantasyon ve C-reaktif protein düzeyleri pozitif hastalara göre daha düşüktü,

ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 1). Çalışmamızda polimorfizm pozitif hasta grubunun tedavisine biyolojik ajan ekleme oranı ve deformite varlığı negatif olan gruba göre sayısal olarak daha az bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda, *TNFRSF11A* geninin ekzon 5 bölgesi polimorfizm varlığı ile RA prognozu, tedavi yanıtı ve hastalık aktivitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, polimorfizmi olan hastaların sayısal olarak daha az biyolojik tedavi ihtiyacı olması, anti-CCP pozitif hasta sayısının daha az olması ve deformite tespit edilen hasta sayısının numerik olarak belirgin düşük olması, polimorfizmi olan hastaların daha iyi bir kliniğe sahip olabileceğini düşündürülen bulgulardır. Daha yüksek hasta sayıları kullanılarak bu konuda ileri araştırmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, *TNFRSF11A*, hastalık aktivitesi



Şekil 1. Çalışmaya dahil olan hastalar
RA: Romatoid artrit

Tablo 1. *TNFRSF11a* geni polimorfizmi negatif ve pozitif olan hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları

	Polimorfizm (-) (n=47)	Polimorfizm (+) (n=10)	p değeri
Cinsiyet, erkek n (%)	15 (%88)	2 (%12)	0,76
Yaş, yıl, ortalama ± SS	56±14	54,8±12,1	0,24
VKİ, kg/m ² , ortalama ± SS	25,9±4,6	29,5±7,1	0,63
Sedimantasyon, mm/saat, ortanca (min-mak)	13 (2-50)	28 (3-32)	0,85
CRP, mg/dL, ortanca (min-maks)	12 (1,2-103)	18 (3,2-63)	0,95
Biyolojik tedavi ihtiyacı, n (%)	13 (%86)	2 (%14)	0,28
Sigara, n (%)	23 (%76)	7 (%24)	0,31
Deformite varlığı, n (%)	14 (%93)	1 (%7)	0,18
Anti-CCP pozitifliği, n (%)	34 (%85)	6 (%25)	0,32

SS: Standart sapma, VKİ: Vücut kitle indeksi, CRP: C-reaktif protein, min: Minimum, maks: Maksimum

Sjögren sendromunda akciğer tutulum paternlerinin retrospektif incelenmesi

Yağmur Çakır¹, Burcu Yılmaz², Belkıs Nihan Coşkun²,
avuz Pehlivan², Ediz Dalkılıç²

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

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerde işlev bozukluğu ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalık, primer veya diğer otoimmün hastalıklara sekonder olabilir (sekonder SS). Prevalansı %0,02 ile %2,7 arasında değişmektedir. Orta yaş kadınlarda daha sık görülür. Primer SS'de (pSS) klinik bulgular, glandüler ve ekstraplandüler olarak ikiye ayrılabilir. Akciğer (AC) tutulumu pSS'de görülen en sık ekstraplandüler komplikasyonlardan biridir. AC tutulumu, hastaların cinsiyeti, yaşı, otoantikörlerin pozitifliği ile ilişkili olabilir ve AC tutulum paternleri değişiklik gösterebilir. En sık interstisyel AC hastalığı (İAH) görülür. Çalışmamızın amacı pSS tanısıyla takip edilen hastalarda İAH gelişim prevalansını saptamak, AC tutulumu açısından risk faktörlerini ve hastaların demografik ve klinik özelliklerini tespit etmek, laboratuvar bulgularını kıyaslamak ve AC tutulum paternlerini incelemektir.

Yöntem: Çalışmada 2010-2023 yılları arasında romatoloji polikliniğinde pSS tanısı ile takip edilen 151 hastanın dosyası taranarak hastaların klinik ve demografik özellikleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, patoloji raporları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların %91'i (n=138) kadındı. İAH prevalansı %33,11 (n=50) olarak saptandı. İleri yaşta hastalarda (ortalama:

66,74±10,03; p<0,001), ileri yaşta tanı alanlarda (medyan tanı yaşı: 62,07; p<0,001) ve erkek cinsiyette (p=0,010) AC tutulumunun daha sık olduğu tespit edildi. pSS-İAH tanısı olan hastaların mortalitesinin arttığı (p≤0,001) ve sağ kalım süresinin AC tutulumu olmayanlara göre belirgin kısaldığı (p<0,001) görüldü. Literatürde yapılan çalışmaların bazılarında otoantikör pozitifliği ile AC tutulumu arasında ilişki gösterilmiş olup, antinükleer antikörler, anti-SSA ve anti-SSB pozitifliği, İAH açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir. Ancak çalışmamızda anti-SSA ve anti-SSB otoantikörlerinin pozitiflik oranı AC tutulumu olmayan grupta anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla p<0,001 ve p=0,003). pSS-İAH tanılı hastaların görüntülemelerinde yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide literatürde olağan interstisyel pnömoni (UIP), romatoid artrit hastalarında en sık görülen patern (ortalama prevalans %46) iken diğer bağ doku hastalıklarında non-spesifik interstisyel pnömoni (NSİP) (ortalama %27-76 arasında değişen prevalanslarla) en sık görülen İAH paterni olarak gösterilmiştir ve lenfositik interstisyel pnömoni paterni, diğer bağ doku hastalıklarına kıyasla en çok pSS'de görülmüştür (%7'ye karşılık düşük prevalans nedeni ile saptanamayan oran). Çalışmamızda ise pSS hastalarında en sık UIP (%48,94 ve n=23), sonrasında NSİP (%38,30 ve n=18) paterni görüldü.

Sonuç: AC tutulumu açısından ileri yaşta hastalar, ileri yaşta tanı almak ve erkek cinsiyet risk faktörleri olarak bulundu. Otoantikör pozitifliği ile ilişkisi bulunamadı. En sık görülen paternler ise UIP ve NSİP oldu. Bu bulguların pSS tanılı hastaların takibinde, mortaliteyi artıran ve prevalansı yüksek saptanan AC tutulumunun tanı ve tedavi sürecinde yarar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, interstisyel akciğer hastalıkları, akciğer tutulumu, İAH paternleri

Behçet sendromunda adalimumab tedavisinde kalım

Özge Sönmez¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Elif Kaymaz³,
Yeşim Özgüler², Serdal Uğurlu², Emire Seyahi², Melike Melikoğlu²,
Didar Uçar⁴, Uğur Uygunoğlu⁵, Zekayi Kutlubay⁶, İbrahim Hatemi⁷,
Aykut Ferhat Çelik⁷, Gülen Hatemi²

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

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

³*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul*

⁴*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

⁵*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

⁶*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

⁷*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Gözlemsel çalışmalarda ilaçta kalım, etkinlik ve güvenliği yansıtan önemli bir sonlanım göstergesidir. Biz bu çalışmada, farklı tutulumlar nedeniyle adalimumab (ADA) tedavisi başlanmış olan Behçet sendromlu (BS) hastalarda ADA tedavisinde ilaçta kalım oranlarını ve tedavi kesilme nedenlerini özetlemeyi amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2008 ve Ocak 2023 yılları arasında ADA alan BS tanılı hastaların dosyaları geriye dönük olarak tarandı. En az 1 doz tedavi almış olan hastalar çalışmaya alındı. Demografik veriler,

ADA başlanma nedeni olan BS tutulumları, ADA kullanım süresi ve kesilme nedenleri kaydedildi.

Bulgular: Toplamda 335 BS hastasına [211 erkek (%63); ortalama yaş: 29,2±9] ADA başlanmıştı. Başlanma nedeni 130 hastada üveit (%39), 82 (%24) hastada vasküler, 60 (%18) hastada eklem, 47 (%14) hastada mukokütanöz, 11 hasta gastrointestinal sistem (GİS) ve 8 hastada parankimal sinir sistemi tutulumu idi. Üç hastada iki aktif majör organ tutulumu nedeni ile ADA başlanmıştı (üveit ile vasküler tutulum (n=2) ve GİS ile vasküler tutulum (n=2)). Otuz hastada remisyona sağlanamadığı için ADA tedavisi haftalık uygulamaya geçilmişti. ADA'nın haftalık doza geçilmesinde en sık neden üveit idi (n=21). Yüz doksan sekiz hasta (%59), 31,5±24,8 takip süresi sonunda ADA'ya halen devam ediyordu. İlaçta kalım oranı vasküler tutulum için %65, mukokütanöz tutulum için %64, parankimal sinir sistemi tutulumu için %62, üveit için %56, artrit için %55 ve GİS tutulumu için %50 idi. Yüz otuz yedi (41%) hastada ortalama 19,6±18 aylık takip sonrasında ADA tedavisi kesildi. ADA kesilme nedenleri 59 (%43) hastada etkisizlik (9 hastada birincil etkisizlik ve 50 hastada ikincil etkisizlik), 23 (%18) hastada yan etki, 19 (%14) hastada remisyona ve 23 (%17) hastada ilaca uyumsuzluk idi. Diğer nedenler cerrahiye hazırlık (n=2), gebelik/gebe kalma isteği (n=5), sigorta problemleri (n=2), malinite tetkik (n=2) ve ölüm (n=2) idi. Haftalık ADA'ya geçilen 30 hasta arasından, 12 hastada etkisizlik ve 1 hasta tüberküloz sebebiyle ilaç kesildi (Tablo 1).

Sonuç: Üç yıl takip süresinde ADA'da kalım oranı yaklaşık %60 idi. Etkisizlik ve yan etki en sık ADA kesilme nedenleriydi.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, adalimumab, ilaçta kalım

Tablo 1. Adalimumab tedavisinde kalım ve kesilme sebepleri

	Toplam (n=335)	Üveit (n=129)	Vasküler (n= 81)	Artrit (n=60)	Mukokütanöz (n=47)	MSS (n=8)	GİS (n=10)
ADA altındaki takip süresi (ortalama ± SS ay)	26,6±23	23±19,7	22±18,8	29,8±27,3	23,3±20,8	48,25±51,25	22.8±21.3
ADA tedavisi kesilen hastaların, ADA altındaki takip süresi (ortalama ± SS ay)	19,6±18	23,5±20	14±10	21,8±21	13,7±12	21,3±18	13.8±5
ADA tedavisi kesilenler, n (%)	137	57 (44)	28 (35)	27 (45)	17 (36)	3 (37)	5 (50)
Remisyona, n	19	11	2	2	2	1	1
Etkisizlik, n	59	28	10	15	4	1	1
Yan etki, n	23	7	5	5	3	1	2
Uyumsuzluk, n	23	4	10	3	5		1
Diğer, n	13	7	1	2	3		

n: Sayı, ADA: Adalimumab, SS: Standart sapma, MSS: Merkezi sinir sistemi, GİS: Gastrointestinal sistem

Hematolojik tutulumu olan sistemik lupus eritematozus hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, tek merkez retrospektif bir çalışma

Yeter Mahmutoğlu, Ahmet Usta, Çetin Ergül, Zehra Karaman, Abdülbaki Gaydan, Nilgün Göveç Gıynaş, Ahmet İlbaý, Serdar Sezer, Müçteba Enes Yayla, Emine Uslu, Aşkın Ateş, Murat Turgay

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) birçok organı veya sistemi etkileyebilen sistemik otoimmün bir hastalıktır. SLE'de hematolojik sistem anormallikleri çok yaygın olup üç hücre serisi de etkilenebilmektedir. Bu çalışmanın amacı; SLE hematolojik tutulumu olan hastaların klinik, demografik ve laboratuvar özelliklerinin ortaya koymaktır.

Yöntem: 2010-2024 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 433 SLE hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Hematolojik tutulum; lökopeni ($<4,0 \times 10^9/L$), nötrofopeni ($<1,5 \times 10^9/L$) ve lenfopeni ($<1,5 \times 10^9/L$), trombositopeni $<150 \times 10^9/L$, veya otoimmün hemolitik anemi varlığı olarak tanımlandı. Hematolojik tutulumu olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı.

Bulgular: Dört yüz otuz üç SLE hastasının 149'unda (%34,4) (%85,9 kadın, %14,1 erkek) hematolojik tutulum saptandı. Hematolojik tutulumu olan hastaların ortanca yaşı 31,5 (ÇAA 19), takip süreleri ise 7,3 (ÇAA 8,5) yıldır. Hematolojik tutulumu olan hastalarda tanı anında ateş (%22,1 ile %13, $p=0,021$) ve hipokomplementemi (%74,3 ile %58,7, $p=0,006$) varlığı daha sıkken, proteinüri varlığı daha az saptandı (%19,7 ile %29, $p=0,049$). Klinik bulgular kümülatif olarak değerlendirildiğinde, hematolojik tutulumu olan hastalarda yine ateş ve hipokomplementemi daha sıkı (Tablo 1). Serolojik profil değerlendirildiğinde, sadece CENPB (%2,6 ile %0, $p=0,038$) ve Mİ (%3,8 ile %0, $p=0,013$) antikor varlığı hematolojik tutulumu olan hastalarda daha sık olarak bulundu. Ritüksimab (%12,2 ile %6,1, $p=0,041$) ve mikofenolat mofetil (%40,7 ile %24, $p<0,001$) kullanımı hematolojik tutulumu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

Sonuç: Hematolojik tutulumu olan hastalarda ateş ve hipokomplementemi sıklığının daha fazla, ritüksimab ve mikofenolat mofetil gibi immüno-supresif kullanımını daha yaygın olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lökopeni, trombositopeni, OİHA

Tablo 1. Hematolojik tutulumu olan ve olmayan SLE hastalarının karşılaştırılması

	Yok n=274	Var n=149	p değeri
Cinsiyet, kadın	240 (%87,6)	128 (%85,9)	0,6
*Tanı yaşı	32,5 (18,9)	31,5 (19)	0,831
*Takip süresi	6,2 (8,7)	7,3 (8,55)	0,149
Klinik bulgular (kümülatif)			
Ateş	32 (%12)	33 (%22,4)	0,005
Artralji	186 (%69,4)	105 (%70,9)	0,742
Artrit	71 (%26,5)	35 (%23,6)	0,524
Miyozit	5 (%1,9)	4 (%2,7)	0,727
Deri döküntüsü	135 (%50,4)	86 (%58,1)	0,130
Alopesi	33 (%12,4)	16 (%10,9)	0,657
Nöbet	6 (%2,3)	5 (%3,4)	0,531
Psikoz	1 (%0,4)	2 (%1,4)	0,291
Baş ağrısı	23 (%8,7)	10 (%6,8)	0,514
Vaskülit	2 (%0,7)	1 (%0,7)	1,000
Hematüri	63 (%23,3)	38 (%26,4)	0,491
Proteinüri	113 (%42,0)	61 (%41,8)	1,000
Renal tutulum	105 (%39,3)	51 (%34,7)	0,352
Oral-nazal ülser	27 (%10,0)	17 (%11,6)	0,628
Plevral efüzyon	25 (%9,3)	18 (%12,2)	0,351
Perikardit	10 (%3,8)	3 (%2,0)	0,394
Perikardiyal efüzyon	21 (%7,8)	19 (%12,9)	0,090
Serolojik bulgular			
ANA	244 (%93,8)	139 (%98,6)	0,280
Anti-dsDNA	204 (%75,3)	105 (%71,4)	0,392
AFA varlığı	51 (%20,6)	33 (%26,4)	0,210
AFAS	24 (%9,6)	16 (%12,6)	0,372
SS-A	78 (%33,5)	48 (%37,2)	0,475
SS-B	31 (%13,4)	18 (%13,8)	0,897
SM	63 (%27,5)	34 (%26,2)	0,781
Histon	44 (%19,6)	31 (%26,7)	0,135
Nükleozom	56 (%25,0)	38 (%32,5)	0,142
CENP-B	0 (%0,0)	3 (%2,6)	0,038
Mİ	0 (%0,0)	4 (%3,8)	0,013
NRNPSM	49 (%21,0)	31 (%24,2)	0,485
Laboratuvar özellikler			
Hipokomplementemi	217 (%79,2)	130 (%87,8)	0,027
Trombositopeni	36 (%13,1)	99 (%67,3)	<0,001
OİHA	1 (%0,4)	38 (%25,5)	<0,001
Lökopeni	50 (%18,2)	101 (%68,7)	<0,001
Tedavi			
Glukokortikoid	235 (%88,0)	134 (%90,5)	0,432
Azatiopürin	117 (%45,9)	80 (%56,7)	0,039
Metotreskat	23 (%9,3)	11 (%8,3)	0,735
Leflunamid	2 (%0,8)	4 (%3,0)	0,191
Sulfasalazin	6 (%2,5)	1 (%0,8)	0,429
Siklofosamid	55 (%21,9)	27 (%20,3)	0,714
Ritüksimab	15 (%6,1)	16 (%12,2)	0,041
Mikofenolat mofetil	58 (%24,0)	55 (%40,7)	0,001

*Median (IQR) Yok: Hematolojik tutulum olmayan, Var: Hematolojik tutulum olan, ANA: Anti-nükleer antikor

Ankilozan spondilit hastalarında endotelial disfonksiyon ve subklinik aterosklerozun karotis intima media kalınlığı ve akım aracılı dilatasyon ölçümü ile değerlendirilmesi

Onur Şahin¹, Nesli Kırmızıdemir¹, Meryem Can²

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

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

Amaç: Yapılan çalışmalar ankilozan spondilit (AS) hastalarında kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin artmış olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, AS hastalarında karotis intima media kalınlığı (CIMT) ve brakiyal arter akım aracılı dilatasyon (FMD) ölçümleri ile hastalık aktivitesi ve engellilik indeksleri arasındaki olası korelasyonlarının incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Romatoloji Polikliniği'ne başvuran ve ASAS kriterlerine göre AS tanısı koyulan hastalar dahil edilmiştir. AS hastaları arasındaki 50 yaş üstü, diabetes mellitus, hipertansiyon, obezite [vücut kitle indeksi (VKİ) >30], dislipidemi, kronik böbrek yetmezliği tanıları olan, sigara veya alkol kullanan, hiperürisemisi veya gut tanısı olan AS hastaları geleneksel kardiyovasküler risk faktörü grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu sağlıklı, kronik hastalığı olmayan 18-65 yaş arasındaki hastane personeli arasından hasta grubuyla eşleştirilerek seçilmiştir. Katılımcılar sessiz, karanlık ve klimayla havalandırılan ortalama 22-24 °C sıcaklığındaki bir odaya alınmıştır. Hastaların ölçümleri iki farklı uzman tarafından yapılmıştır. CIMT ölçümü için prob ortak karotis arteri (CCA) üzerine yerleştirilmiştir. Arterin posterior duvarında izlenen birinci ekojenik çizgiyle ikinci ekojenik çizgi arasındaki mesafe 3 farklı yerden ölçülüp ortalaması alınmıştır. FMD ölçümü için sağ kol kullanılmıştır. Antekübital fossa üzerinden brakiyal arterin longitudinal kesitte ön-arka duvar çapı 3 farklı yerden ölçülüp ortalaması alınarak kaydedilmiştir. Bazal ölçüm ve postiskemik ölçüm arasındaki çap farkının bazal ölçüme göre oranlanması bulunarak FMD% hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 47 hasta ve 35 kontrol grubu dahil edildi. AS hastalarının ortalama yaşı 36 (16-54), kontrol grubunun ortalama yaşı 33'tü (20-59) ve gruptakilerin 11'i (%31,4) kadındı. Hastaların ise 20'si (%42,5) kadındı. AS hastaları arasındaki geleneksel kardiyovasküler risk faktörüne sahip bireylerin sayısı 30 (%66,6) olarak saptandı (Tablo 1). HLA-B27 verilerine 3 hastada ulaşamadı. Kalan 44 hastadan 22'sinde (%50) HLA-B27 pozitifliği saptandı. Ortanca hastalık süresi 24 ay (1-216), ortalanca semptom süresi ise 48 ay (2-264) bulundu. BASDAI ortalanca skoru 4,4 (0-10), ASDAS-CRP medyan skoru ise 2,6 (1-5,6) olarak saptandı. BASDAI skor sistemine göre hastaların 42'ü (%91,3) yüksek, 3'ü (%6,5) orta, 1'i (%2,1) düşük hastalık aktivitesi göstermiştir. ASDAS-CRP skor sistemine göre 2 hasta (%4,4) inaktif, 12 hasta (%26,6) orta, 31 hasta (%68,8) yüksek aktivite düzeyinde bulunmuştur. Hastalar ve kontrol grubu üzerinde yapılan sağ ve sol CCA intima medyan kalınlığı ile sağ brakiyal arter FMD% ölçümleri arasında anlamlı istatistiksel fark saptanamamıştır (p<0,05) (Tablo 2). AS hastaları grubunda CIMT (sağ) ölçümü KVH riski olan grupta 0,06 [minimum (min): 0,04 – maksimum (maks): 0,08] cm, olmayan grupta ise 0,06 (min: 0,04-maks: 0,07) cm olarak ölçüldü. KVH riski olan grupta subklinik ateroskleroz lehine anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,01). FMD% ve CIMT ölçümü ortalamalarının diğer parametrelerle korelasyon analizi yapılmıştır. VKİ FMD% ile negatif, CIMT sağ ve sol ölçümleriyle pozitif korelasyon göstermiştir (p değerleri sırasıyla; p=0,03, p=0,01, p=0,02). CIMT sol ölçümü hastaların yaşı ve LDL değeriyle pozitif korelasyon göstermiştir (p değerleri sırasıyla; p=0,01, p=0,05) KVH riski olan grupta CIMT sağ ölçümü olmayanlara göre yüksek ölçülmüştür. KVH riskiyle CIMT sağ ölçümü arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızdaki sonuçlar FMD ölçümündeki metodolojik farklılıklara, daha düşük sigara içme oranlarına, daha düşük HLA-B27 pozitifliğine ve çalışmamızdaki daha kısa hastalık süresine atfedilebilir. Bu faktörler, AS hastalarında kardiyovasküler riskleri yorumlarken hasta özelliklerinin ve metodolojik varyasyonların dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akım aracılı dilatasyon (FMD), Ankilozan spondilit (AS), Endotel disfonksiyonu, Karotis intima-medya kalınlığı (CIMT), Kardiyovasküler risk, Subklinik ateroskleroz

Tablo 1. AS hastaları ve kontrol gruplarında yapılan FMD ve CIMT ölçümlerinin karşılaştırmaları

	AS	Kontrol	p değeri
Yaş (yıl), (min-maks)	36 (16-54)	33 (20-59)	0,9
FMD (%) (min-maks)	17,04 (1,69-27,5)	13,9 (2,75-24,22)	0,3
Brakiyal çap öncesi (cm) [ortalanca (min-maks)]	0,37 (0,21-0,82)	0,36 (0,28-0,50)	0,5
Brakiyal çap sonrası (cm) [ortalanca (min-maks)]	0,41 (0,29-1,09)	0,42 (0,33-0,55)	0,8
CIMT sağ (cm) (min-maks)	0,05 (0,04-0,08)	0,05 (0,04-0,08)	0,4
CIMT sol (cm) (min-maks)	0,06 (0,04-0,08)	0,06 (0,04-0,08)	0,5

AS: Ankilozan spondilit, FMD%: Flow mediated dilatation (bazal ölçüm ile 5 dakika iskemi sonrası 1. dakikada ölçülen çap arasındaki oran), CIMT: Karotis intima media kalınlığı

Tablo 2. Ultrason ölçümleri, hasta ilişkili parametreler ve hastalık karakteristiklerinin korelasyon analizleri

	FMD			CIMT (SAĞ)			CIMT (SOL)		
	p	r	R2	p	r	R2	p	r	R2
Yaş	0,416	0,131	0,017	0,015	0,360	0,130	0,010	0,475	0,226
KVH risk	0,200	-0,200	0,040	0,020	0,350	0,123	0,190	0,200	0,040
VKİ	0,027	-0,365	0,133	0,007	0,415	0,172	0,016	0,376	0,141
Dislipidemi	0,338	-0,172	0,030	0,433	0,135	0,018	0,088	0,288	0,083
CRP	0,920	0,016	0,001	0,093	0,257	0,066	0,034	0,320	0,102
ESR	0,791	0,043	0,002	0,848	-0,030	0,001	0,292	0,163	0,027
HDL	0,759	0,057	0,003	0,449	0,132	0,017	0,517	-0,113	0,013
LDL	0,323	0,178	0,032	0,226	0,207	0,043	0,048	0,332	0,110
TK	0,759	0,057	0,003	0,392	0,052	0,003	0,079	0,305	0,093
TG	0,077	-0,307	0,094	0,891	-0,023	0,001	0,454	0,127	0,016
H. süresi	0,162	0,223	0,050	0,683	0,063	0,004	0,294	0,160	0,026
ASDAS-CRP	0,877	0,025	0,001	0,078	0,269	0,072	0,286	0,165	0,027
ASQoL	0,070	0,662	0,438	0,684	0,062	0,004	0,935	-0,012	0,001
BASFI	0,309	-0,165	0,027	0,374	0,137	0,019	0,230	0,185	0,034
BASDAI	0,833	0,340	0,116	0,387	0,132	0,017	0,740	0,052	0,003

FMD%: Flow mediated dilatation (bazal ölçüm ile 5 dk iskemi sonrası 1. dakikada ölçülen çap arasındaki oran), CIMT: Karotis intima media kalınlığı, KVH: Kardiyovasküler hastalık, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein, TK: Toplam kolesterol, TG: Trigliserit, H. süresi: Hastalık süresi, BASDAI: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, ASQoL: Ankylosing spondylitis quality of life, ASDAS-CRP: Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru-C-reaktif protein

İdiyopatik enflamatuvar miyopati hastalarında ritüksimab etkinliği ve güvenilirliği: retrospektif gözlemsel çalışma

Emin Oğuz¹, Nevzat Koca², Murat Bektaş³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Şanlıurfa

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

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde idiyopatik enflamatuvar miyopatiler (İİM) tanısıyla takipli hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri, otoantikor profili ve ritüksimab (RTX) tedavisine yanıt oranları ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

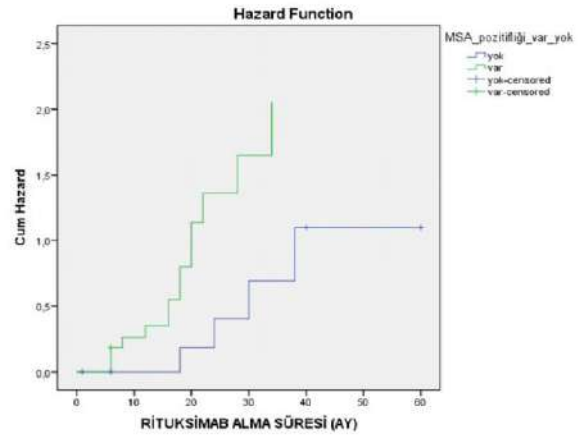
Yöntem: ACR/EULAR 2017 veya French miyositis network kriterlerini karşılayan 53 İİM tanılı hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Tedaviden en az 6 ay sonra hastalarda manuel kas muayenesi, görüntüleme ve/veya biyokimyasal olarak aktif kas tutulumunun olmaması (hasar hariç) ve/veya var olan interstisyel akciğer hastalığında (İAH) iyileşme olması veya progresse olmaması ve/veya dermatomiyozit (DM) hastalarında aktif deri lezyonunun olmaması remisyon olarak tanımlandı. Klinik ve/veya laboratuvar parametrelerde anlamlı iyileşme olan ancak remisyon tanımını karşılamayan hastalar kısmi yanıtı olarak değerlendirildi. Kas gücünde progresif kayıp ve/veya kas enzimlerinde artış ve/veya İAH da progresyon olması yanıtsızlık olarak değerlendirildi. RTX 6 ayda bir 0-15 günlerde 1gr yapıldı, tedavi yanıt alınan hastalarda 6'ncı ayda doz tekrar yapıldı.

Bulgular: Hastaların %72 (32) kadın, yaş ortalaması 41,7±16,6 yıl, medyan hastalık süresi 24 aydı (ÇAA: 77) (Tablo 1). Hastaların %32'si DM, %36'sı anti-sentetaz sendromu (ASS) (%32'sinde kas tutulumu vardı), %15 overlap sendromu, %11,3 polimiyozit, %5,7 immün aracı nekrotizan miyopati tanılıydı. İİM hastalarında miyozit, İAH, malignite ve mortalite sıklıkları sırasıyla %68, %38, %3,8, %9,4 saptandı (Tablo 1). Hastaların %81'inde anti-nükleer antikor, %63,3'ünde miyozit spesifik antikor (MSA) ve %50'sinde miyozit ilişkili otoantikor saptandı. Hastaların %49 (26) RTX başlandı. RTX alan hastaların %46 (12) ASS tanılıydı (anti-jo-1: 4, anti-pl-12: 3, anti-pl-7: 2, anti-ej: 1, bilinmeyen: 2). RTX başlanan hastaların klinik, laboratuvar ve demografik özellikleri Tablo 2 özetlenmiştir. RTX ortalama alma süresi medyan 18 (ÇAA: 25) aydı. Bu hastaların %71,4'ünde immüno-supresif tedaviye yanıtsızlık, %28,6'sında ise kötü prognoz faktörleri nedeniyle immüno-supresiflerle kombine olarak RTX uygulandı (%31'inde azatiopürin, %46'sında mikofenolat mofetil, %27'sinde metotreksat, %24'ünde İVİG). Hastaların %77,4'ünde remisyon sağlanırken, %5,7'sinde kısmi yanıt, %17'sinde ise yanıtsızlık gözlemlendi. RTX alan hiçbir hasta ölüm gözlenmedi. Tek değişkenli analizde RTX ile remisyon sağlanan hastalarda remisyon girmeyenlere göre DM sıklığı düşük; ASS, MSA ve anti-Ro pozitifliği sıklığının daha yüksek olduğu saptandı. Çok değişkenli analizde MSA varlığı RTX alanlarda remisyon ile ilişkili bulundu (p=0,045, olasılık oranı: 8,7, %95 güven aralığı: 1,05-71,6). Sağlıkım grafiğinde RTX alan hastalarda MSA varlığında remisyon hızının daha yüksek olduğu görüldü (Log-rank: p=0,044, Şekil 1).

Sonuç: Kliniğimizde takipli olan hastaların üçte ikisinde MSA saptanmış olması miyozit panelinin İİM hastalarının yönetiminde

önemini ortaya koymaktadır. RTX tedavisi immüno-supresif yanıtsız ve/veya ciddi tutulumu olan İİM hastalarında etkin ve güvenilir bulunmuştur. Özellikle MSA antikorlarının varlığı RTX'ya iyi yanıtı predikte etmekle birlikte bu konuda daha geniş hasta popülasyonunu içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik enflamatuvar miyozit, miyozit spesifik antikorlar, ritüksimab



Şekil 1. Ritüksimab kullanan hastalarda miyozit spesifik antikor varlığına göre remisyon oranları

Kaplan-Meier sağkalım eğrisi Log-rank: p=0,044

Tablo 1. İİM hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Değişkenler	Sonuçlar
Yaş (yıl), ortalama ± SS	46,6±14,8
Cinsiyet, kadın, n (%)	38 (72)
Tanı yaşı, ortalama ± SS	41,7±16,6
Hastalık süresi (ay), medyan (IQR)	24 (77)
Klinik tanı	
Dermatomiyoit	17 (32)
Polimiyozit	6 (11,3)
Overlap sendromu	8 (15)
Anti-sentetaz sendromu	19 (36)
İmmün aracı nekrotizan miyopati	3 (5,7)
Otoantikorlar	
Antinükleer antikor	42/52 (81)
Miyozit spesifik otoantikorlar	31/49 (63,3)
Anti-Jo-1	8 (15)
Anti-SRP	3 (5,7)
Anti-TIF1 gama	2 (3,8)
Anti-SAE	1 (2)
Anti-MDA-5	2 (3,8)
Anti-NXP-2	3 (5,7)
Anti-Mi	4 (7,6)
Anti-PL-7	4 (7,6)
Anti-PL-12	4 (7,6)
Anti-EJ-1	1 (2)
Anti-OJ-1	1 (2)
Miyozit ilişkili otoantikorlar	26/52 (50)
Anti-Ro	18 (35)
Anti PM-SCL	11 (21,2)
Anti-U1-RNP	1 (1,9)
Anti-Ku	2 (3,8)
Anti-Sc1-70	1 (1,9)
Klinik bulgular	
Miyozit	36 (68)
Disfaji	20 (38)
Respiratuvar kas tutulumu	8 (15)
İnterstisyel akciğer hastalığı	20 (38)
Malignite	2 (3,8)

Tablo 2. İİM hastaların klinik, laboratuvar demografik ve özellikleri

Tanı	Yaş/cinsiyet	Hastalık süresi (ay)	ANA MSA MAA	İAH miyozit disfaşi	Ritüksimab süresi (ay)	Sonuç
1. ASS	37-K	39	Pozitif Anti-PL-12 Anti-Ro-52	Var Yok Yok	34	Remisyon
2. ASS	41-K	20	Pozitif Anti-PL-12 Anti-Ro-52	Var Yok Yok	20	Remisyon
3. ASS	71-K	6	Pozitif Anti-PL-12 Anti-Ro-52	Var Yok Yok	6	Remisyon
4. ASS	46-E	56	Pozitif Anti-Jo-1 Anti-Ro-52	Yok Var Var	56	Remisyon
5. ASS	45-K	88	Pozitif Anti-Jo-1 Anti-Ro-52	Var Var Var	54	Remisyon
6. ASS	50-E	170	Pozitif Anti-Jo-1 Anti-Ro-52	Var Var Yok	20	Remisyon
7. ASS	44-E	6	Pozitif Anti-Jo-1 Anti-Ro-52	Var Var Var	6	Remisyon
8. ASS	72-K	50	Pozitif Anti-PL-7 Anti-Ro-52	Var Yok Yok	18	Remisyon
9. ASS	46-K	18	Pozitif ? Anti-Ro-52	Var Yok Yok	18	Remisyon
10. ASS	67-K	6	Pozitif Anti-PL-7 Negatif	Var Yok Yok	6	Remisyon
11. ASS	64-K	52	Pozitif ? Anti-Ro-52	Var Yok Yok	12	Remisyon
12. ASS/SSc	57-E	16	Pozitif Anti-EJ	Var Var Var	16	Remisyon
13. İMNM	27-K	120	Negatif Anti-SRP Negatif	Yok Var Var	48	Remisyon
14. İMNM	53-K	16	Pozitif Anti-SRP Negatif	Yok Var Var	16	Remisyon
15. DM	17-K	22	Pozitif Anti-Mi-2 Negatif	Yok Var Var	36	Remisyon
16. DM	27-E	8	Pozitif Anti-Mi-2 Negatif	Yok Yok Yok	6	Parsiyel yanıt
17. DM	24-K	104	Pozitif Negatif Anti-PM/Scl	Yok	30	Remisyon
18. DM	43-K	120	Pozitif Negatif Anti-PM/Scl	Var	60	Parsiyel yanıt
19. DM	40-E	100	Pozitif Anti-NXP-2 Negatif	Yok Var Var	6	Yanıtsız
20. DM	49-K	12	Negatif Negatif Negatif	Yok Var Yok	6	Remisyon
21. DM	19-K	16	Pozitif Anti-SAE-2 Negatif	Yok Yok Yok	12	Remisyon
23. Overlap	40-K	48	Pozitif Negatif Anti-Ku,Anti-Ro-52	Yok	38	Remisyon
24. Overlap	10-K	168	Pozitif Negatif Negatif	Yok	40	Parsiyel yanıt
25. Overlap	39-K	63	Pozitif Anti-Tif-1 Ro-51 Anti-Pm-scl	Yok Var Yok	18	Remisyon
26. Overlap	38-K	24	Pozitif Negatif Anti-U1RNP, Anti- Ro-52	Yok Var Yok	24	Remisyon

K: Kadın, E: Erkek, ASS: Anti-sentetaz sendromu, DM: Dermatomiyozi, PM: Polimiyozit, İMNM: İmmün nekrotizan miyopati

Yerleşik radyografik aksiyel spondiloartritli hastalarda HLA-B*27 durumuna göre demografik ve klinik özellikleri ile diğer HLA allel sıklıklarının karşılaştırılması

Çisem Okur Maden¹, Füsün Özmen², Melek Günindi Korkut², Gizem Ayan³, Buğru Bulat³, Erdem Karabulut⁴, Umut Kalyoncu³, Levent Kılıç³

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

²Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü, Temel Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Aksiyel spondiloartrit (AksSpA), *insan lökosit antijeni B*27 (HLA-B*27)* geniyle ilişkili bir hastalıktır ve HLA-B*27 durumuna göre farklı bir hastalık seyri olduğuna dair kanıtlar vardır. Bununla birlikte, farklı toplumlarda HLA-B*27 pozitif ve negatif hastalar arasındaki diğer HLA allel sıklıklarında farklılıklara ilişkin literatür yetersizdir. Radyografik AksSpA (r-AksSpA) hastalarında HLA-B*27 durumuna göre demografik ve klinik özellikler ile diğer HLA allel sıklıkları arasındaki farklılıkları göstermektir

Yöntem: Çalışmaya Aralık 2022 ile Haziran 2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran r-AksSpA hastaları dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri: a) semptom süresi 10 yıldan fazla olan hastalar, b) iki deneyimli romatoloji uzmanının fikir birliğine göre modifiye New York kriterlerini karşılayan hastalardır. Demografik veriler, aile öyküsü, ekstra artiküler özellikler, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi ve akut faz reaktanı ile ölçülen hastalık aktivitesi değerlendirildi, Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi

ve Sağlık değerlendirme anketi engellilik indeksi kaydedilmiştir. Modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spinal Skoru; (mSASSS), Bath Ankilozan Spondilit Radyoloji indeksi, iki bağımsız ve deneyimli okuyucu tarafından hesaplanmıştır. HLA tiplemesi (genotipleme), HLA tip A-B-C-DQB1-DRB1 için Sekansa Özgü Oligonükleotid Problema yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Hastalar HLA-B*27 durumuna göre iki gruba ayrılmış ve analizler buna göre gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 100 r-AksSpA hastasının %62'si erkek, ortalama [standart sapma (SS)] semptom süresi 21,1 (9) yıldır ve %80'i biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç kullanıyordu. Periferik artrit (%22), üveit (%22), entezit (%20) en sık görülen belirtilerdi. Hipertansiyon (%36) en sık görülen komorbiditydi ve hastaların %30'u hiç sigara içmemişti. Hastaların %72'si HLA-B*27 pozitifti. HLA-B*27 pozitif hastalarda negatif hastalara kıyasla ortalama (SS) tanı yaşı daha erken (p=0,001) ve ortalama (SS) hastalık süresi daha uzundu (p=0,009). HLA-B*27 pozitif hastaların %66,7'sinde ve HLA-B*27 negatif hastaların %60,7'sinde sindezmozit mevcuttu, ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Diğer HLA allel frekanslarına bakıldığında, HLA-B*35, HLA-B*27 negatif hastalarda yaklaşık 2,9 kat daha yüksekti (p=0,037). HLA-C*02, HLA-B*27 pozitif hastalarda 4,2 kat daha sıkı (p<0,001) ve HLA-B*27 negatif grupta HLA-C*02 pozitif hasta yoktu (Tablo 1).

Sonuç: HLA-B*27 pozitifliği daha erken tanı yaşı, daha uzun hastalık süresi, aile öyküsü ve bilateral evre 4 sakroiliit ve daha yüksek mSASSS skorları ile ilişkiliydi. HLA-B*27, HLA-C*02 ile pozitif, HLA-B*35 ile negatif ilişkiliydi. Ancak, bu allelik ilişkiler yorumlanırken bağlantı dengesizliği (linkage disequilibrium) akıldta tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HLA-B*27, HLA allelleri, radyografik aksiyel spondiloartrit

Tablo 1. HLA-B*27 pozitif ve negatif hastaların demografik, klinik, radyolojik ve fonksiyonel özelliklerinin ve HLA allel sıklıklarının karşılaştırılması

	HLA-B*27 pozitif	HLA-B*27 negatif	Pozitif/negatif ortalamalar arasındaki fark ya da OO (%95 GA)	p değeri
n (%)	72 (%72)	28 (%28)		
Yaş, ortalama ± SS	48,74±9,53	51,0±9,11	-2,26 (-6,42--1,90)	0,283
Erkek cinsiyet, n (%)	46 (%63,9)	16 (%57,1)	0,75 (0,310-1,835)	0,533
Hastalık süresi/yıl, ortalama ± SS	18,22±7,89	13,75±6,65	4,47 (1,13-7,82)	0,009
Tanı yaşı, ortalama ± SS	30,51±9,63	37,25±8,02	-6,74 (-10,80--2,66)	0,001
Sindezmozit, n (%)	48 (%66,7)	17 (%60,7)	1,29 (0,52-3,19)	0,575
Bambu omurga, n (%)	15 (%20,8)	3 (%10,7)	2,19 (0,58-8,26)	0,237
BASDAI, ortalama ± SS	2,3±1,74	2,62±2,45	-0,32 (-1,34-0,71)	0,537
BASFI, ortanca ~	1,70 (0-8,10)	1,90 (0-8,80)	-0,293**	0,770*
mSASSS, ortanca ~ 1. okuyucu	9,5 (0-72)	4,0 (0-72)	-2,019**	0,044*
mSASSS, ortanca ~ 2. okuyucu	13,0 (0-72)	7,5 (2-72)	-2,033**	0,042*
BASRI toplam skoru, ortanca ~ 1. okuyucu	7,0 (2-12)	5,25 (2,5-12)	-1,591**	0,112*
BASRI toplam skoru, ortanca ~ 2. okuyucu	8,0 (2-12)	5,5 (4-12)	-1,607**	0,108*
Bilateral evre 4 sakroiliit, n (%)	32 (%44,4)	6 (%21,4)	2,93 (1,06-8,10)	0,033
Aile öyküsü, n (%)	39 (%54,9)	6 (%21,4)	4,47 (1,62-12,35)	0,003
HLA-A*02	41 (%56,9)	16 (%57,1)	0,99 (0,41-2,40)	0,986
HLA-A*02 homozigot	11 (%15,3)	5 (%17,9)	0,83 (0,26-2,65)	0,766
HLA-B*35	10 (%13,9)	9 (%32,1)	0,34 (0,12-0,96)	0,037
HLA-C*02	55 (%76,4)	0	4,23 (2,80-6,41)	<0,001
HLA-C*04	10 (%13,9)	8 (%28,6)	0,40 (0,14-1,16)	0,086

*: Homojen dağılımı olmayan gruplarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. $P < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Sürekli değişkenler için pozitif/negatif arasındaki fark, kategorik değişkenler için OO ve %95 GA belirtilmiştir. ~: Homojen dağılımı olmayan gruplarda ortanca (en düşük- en yüksek) değerleri verilmiştir. **: Mann-Whitney U testi z değeridir. n: Sayı, OO: Olasılık oranı, GA: Güven aralığı, SS: Standart sapma, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, mSASSS: Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score, BASRI: Bath Ankilozan Spondilit Radyoloji İndeksi, HLA: İnsan lökosit antijeni

ANCA negatif ANCA ilişkili vaskülitlerde renal tutulum özellikleri

Elif Ediboğlu¹, Önay Gerçik², Fulya Çakalağaoğlu³, Zeki Soypaçacı⁴, Dilek Solmaz⁵, Servet Akar⁵

¹Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Hatay

²İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler (AAV) küçük ve orta çaplı damarlarda nekroz ve enflamasyonu ile buna bağlı farklı organ/sistem tutulumlarına neden olan bir grup hastalıktır. ANCA pozitifliği tanısal açıdan önemli olmakla birlikte bir grup hastanın ANCA testi negatiftir ve ANCA negatif hastalık grubu ile ilgili klinik ve patolojik veriler kısıtlıdır. Bu nedenle bu çalışmamızda ANCA negatif AAV'li hastaların renal tutulum özelliklerini (laboratuvar ve patolojik özellikleri ile renal sonlanımları) sunmayı ve ANCA pozitif AAV'li hastalar ile karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya AAV tanısı ile takipli, renal tutulumları olan ve böbrek biyopsileri tekrar değerlendirilip Berden sınıflamasına göre patolojik olarak sınıflandırılan ve ANCA Renal Risk Skorları hesaplanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 69 hastanın %52'si erkek, ortalama tanı yaşı (\pm standart sapma) 57 (15) di. Tanı sırasında hastaların 54'ünün (%78) ANCA testi pozitifken, 15 (%22) hastanın ANCA testi negatifti. ANCA negatif AAV hastalarının tanı sırasında demografik ve laboratuvar özellikleri ANCA pozitif AAV hastaları ile benzerdi. Her iki grubun organ tutulumları değerlendirildiğinde, ANCA negatif grupta kulak, burun ve boğaz tutulumu hiçbir hastada görülmezken (0 vs. %30; $p=0,015$), deri (%47 vs. %13; $p=0,02$) ve gastrointestinal tutulumun (%20 vs. %2; $p=0,03$) bu grupta anlamlı fazla bulundu. ANCA negatif AAV grubunda ve ANCA pozitif AAV grubunda Berden sınıflamasına göre renal patoloji özellikleri ve ANCA Renal Risk Skorları da benzerdi. Her iki grupta akut hemodiyaliz tedavisi alan ve takibinde AAV ilişkili son dönem böbrek yetmezliği gelişen hasta oranı arasında da istatistiksel anlamlı fark görülmedi (Tablo 1). ANCA negatif hasta grubu ($n=15$) ile p-ANCA/MPO ANCA pozitif hasta grubu ($n=28$) ve c-ANCA/PR3 ANCA pozitif hasta grubu ($n=26$) ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında tanıda ortalama glomerüler filtrasyon hızları, renal patolojik özellikleri, ANCA Renal Risk Skorları, akut hemodiyaliz tedavisi alan ve takibinde AAV ilişkili son dönem böbrek yetmezliği gelişen hasta oranı arasında da istatistiksel anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Sonuç: ANCA negatif AAV ile ANCA pozitif AAV'li hastaların genel demografik, laboratuvar, patolojik özellikleri ile renal sonlanımları benzer görünmektedir. ANCA negatif hasta

grubunun p-ANCA/MPO ANCA ve c-ANCA/PR3 ANCA grubu ile de renal tutulum laboratuvar, patoloji ve sonlanım özelliklerinin farklılık göstermemesi bu grupta MPO veya PR3 dışı peptitlere karşı gelişen ve henüz tesbit edilememiş antikor varlığını akla getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, ANCA negatif AAV, renal tutulum

Tablo 1. ANCA ilişkili vaskülit hastalarının demografik, klinik ve patolojik özellikleri

	ANCA negatif grup, (n=15)	ANCA pozitif grup, (n=54)	p
Cinsiyet, erkek, n (%)	8 (53)	28 (52)	1,0
Tanıda yaş (yıl) ortanca (IQR)	57 (49,5-64,5)	60 (51-69)	0,92
Diğer organ ve sistem tutulumu, n (%)			
Pulmoner	7 (47)	36 (67)	0,23
KBB	0	16 (30)	0,015
Göz	1 (7)	6 (12)	1,0
SSS	0	2 (4)	1,0
Kalp	1 (7)	0	0,22
GIS	3 (20)	1 (2) (n=53)	0,03
Deri	7 (47)	6 (13)	0,02
Kas-iskelet sistemi	2 (13)	9 (17)	1,0
Serum kreatinin düzeyi, ortanca (IQR)	5,7 (2,9-8,0)	5,0 (3,0-7,8) (n=53)	0,88
GFR, ortanca (IQR)	8,8 (7,0-20,8)	10,0 (6,1-21,0) (n=53)	0,95
CRP, ortanca (IQR)	15,0 (6,4-20,7) (n=13)	11,6 (4,4-17,4) (n=48)	0,31
Hematüri, n (%)	15 (100)	49 (94) (n=52)	1,0
Proteinüri (>500 mg/24 sa), n (%)	15 (100)	52 (96)	1,0
Renal patoloji*, n (%)			0,94
Sklerotik	2 (13)	10 (19)	
Fokal	4 (27)	10 (19)	
Mikst	7 (47)	23 (43)	
Kresentik	2 (13)	10 (19)	
Renal Risk Skoru ^o , n (%)			0,61
Düşük	2 (13)	9 (17)	
Orta	11 (73)	30 (57)	
Şiddetli	2 (13)	14 (26)	
Pulse steroid tedavisi, n (%)	11 (73)	47 (89) (n=53)	0,21
Siklofosamid indüksiyon, n (%)	10 (67)	42 (79) (n=53)	0,32
Tanıda hemodiyaliz, n (%)	10 (67)	32 (60)	0,77
Son dönem böbrek yetmezliği, n (%)	5 (39) (n=13)	22 (46) (n=48)	0,76

*Berden sınıflamasına göre¹, **ANCA Renal Risk Skoru²

B/tsDMARD başlangıcında D2T-RA hastalarını predikte eden faktörlerin değerlendirilmesi

Avena Eken¹, Gizem Ayan², Mustafa Ekici², Erdiç Ünalı², Gözde Sevgi Kart Bayram², Büşra Fırlatan², Buğru Bulat², Emre Bilgin³, Ali Akdoğan², Ömer Karadağ², Şule Apraş Bilgen², Ali İhsan Ertenli², Sedat Kiraz², Umut Kalyoncu², Levent Kılıç²

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

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Günümüzde birçok tedavi seçeneğine rağmen romatoid artrit (RA) hastalarının önemli bir kısmında hastalık aktivitesi ya da yaşam kalitesinde istenilen hedeflere ulaşılamamaktadır. 2021 yılında EULAR tarafından en az iki farklı etki mekanizmalı biyolojik/hedefe yönelik DMARD tedavisine rağmen semptomların ve/veya belirtilerin devam ettiği hastalar tedavisi zor D2T-RA olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada, kliniğimizde takip edilen b/ tsDMARD kullanan RA hastalarında, D2T-RA sıklığının ve b/ tsDMARD başlangıcında D2T-RA'yı öngördürecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

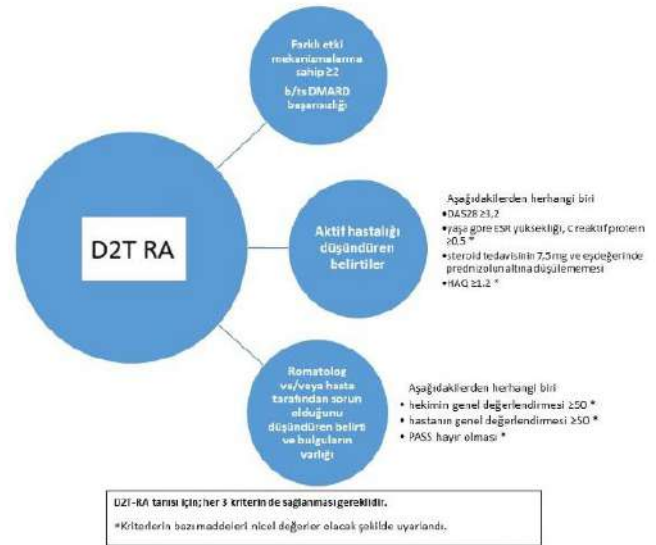
Yöntem: Çalışmaya hastanemiz romatoloji kliniğine 1 Nisan 2023-30 Kasım 2023 tarihleri arasında başvuran, en az 1 yıldır b/ tsDMARD tedavisi alan RA hastaları dahil edildi. Değerlendirme vizitinde, EULAR tarafından belirlenen kriterler kullanılarak dahil edilen hastalar arasında D2T-RA olan ve olmayan hastalar belirlendi. Kriterlerin bazı maddeleri nicel değerler olacak şekilde uyarlandı (Şekil 1). D2T-RA olan ve olmayan hastaların değerlendirme vizitindeki hastalık aktivitesi ölçümleri, demografik, klinik özellikleri, ilaç kullanım öyküleri incelendi ve karşılaştırıldı. Hastaların b/tsDMARD başlangıcındaki özelliklerini incelemek için, b/tsDMARD kullanma süresine göre 1:1 "eşleştirilmiş kontrol kohortu" oluşturuldu. Tek değişkenli analizde $p \leq 0,2$ olan değişkenler ile geriye yönelik eleme yöntemi kullanılarak çok değişkenli analiz yapıldı. Analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 487 b/ts DMARD tedavisi alan RA hastası dahil edildi. Hastaların ortalama tanı yaşı 42,2 (± 12) yıldır. Tanıdan değerlendirme vizitine kadar geçen ortalama süre 14 ($\pm 8,4$) yıldır. Hastaların %37,1'i D2T-RA kriterlerini karşılamaktaydı. D2T-RA olan ve olmayan hastalar arasında cinsiyet, RF/ACPA pozitifliği, sigara kullanımı, tanıdan b/ts DMARD başlangıcına kadar geçen süre ve b/tsDMARD başlangıcından değerlendirme vizitine kadar

geçen süre açısından anlamlı fark yoktu (hepsi için; $p > 0,05$). D2T-RA hastalarında hipertansiyon (88 (%48,4) - 93 (%30,4), $p < 0,001$) ve kardiy/serebrovasküler olay [21 (%11,6) - 13 (%4,2), $p = 0,002$] daha sıklıkla görüldü. D2T-RA hastalarında herhangi bir komorbidite sıklığı da daha yüksekti [114 (%63) - 133 (%43,5), $p < 0,001$] (Tablo 1). D2T-RA hastaları b/tsDMARD kullanım süresine göre D2T-RA olmayan hastalarla 1-1 eşleştirildiğinde, iki gruptan 173 hasta vardı. Ortalama b/tsDMARD kullanım süreleri 6,3 ($\pm 7,2$) yıldır. Son modelde b/tsDMARD başlangıcında HAQ skoru ≥ 1 olmasının D2T-RA'yı predikte eden bağımsız bir faktör olduğu görüldü [olasılık oranı 2,08 (1,17-3,69), $p = 0,01$] (Tablo 2).

Sonuç: b/tsDMARD kullanan RA hastalarının yaklaşık üçte biri kesitsel olarak D2T-RA kriterlerini karşılamaktadır. Bu yüksek oran, çalışmanın b/tsDMARD kullanan RA hastalarını içeren bir kohort olması, uzun süreli hastalık ve takip süresiyle ilişkili olabilir. b/tsDMARD başlangıcında HAQ ≥ 1 olması D2T-RA için bağımsız bir faktördür. D2T-RA olmayı belirlemede hastalık aktivitesinin yanında hasta bazlı hayat kalitesi ölçütleri de önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: b/tsDMARD, D2T-RA, prognoz



Şekil 1. EULAR D2T-RA 2021 tanımlaması ve kriterleri

Tablo 1. RA hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Tüm hastalar, (n=487)	D2T olmayan hastalar, (n=306)	D2T-RA hastalar, (n=181)	p değeri
Kadın, n (%)	404 (83)	250 (81,7)	154 (85,1)	0,34
Güncel yaş ± SD	56,1±12	55,6±12	56,9±12,3	0,25
Tanı yaşı ± SD	42,2±12	42,1±12	42,3±12,2	0,25
Tanı süresi (yıl) ± SD	14±8,4	13,5±8,2	14,7±8,7	0,12
Tanı anından b/tsDMARD başlanana kadar geçen süre (yıl)*	6 (3-10)	6 (3-9)	7 (4-10)	0,67
b/tsDMARD başlangıcından son vizite kadar geçen süre (yıl) ± SD	6,5±6	6,2±4,6	6,9±4,2	0,06
RF, n (%)	366 (75,2)	223 (72,9)	143 (79)	0,25
ACPA, n (%)	279 (57,2)	172 (56,2)	107 (59,1)	0,64
RF ve/veya ACPA	408 (83,8)	249 (81,9)	159 (86,9)	0,14
Komorbiditeler, n (%)				
- DM	77 (15,8)	41 (13,4)	36 (19,9)	0,058
- HT	181 (37,2)	93 (30,4)	88 (48,6)	<0,001
- KAH/SVO	34 (7)	13 (4,2)	21 (11,6)	0,002
- KBH	5 (1)	3 (1)	2 (1,1)	0,9
- Malignite	18 (3,7)	11 (3,6)	7 (3,8)	0,88
- Sjögren	23 (4,7)	16 (5,2)	7 (3,9)	0,5
Komorbidite sayısı				
0	240 (49,3)	173 (56,5)	67 (37,0)	
1	146 (30,0)	79 (25,8)	67 (37,0)	
2	79 (16,2)	42 (13,7)	37 (20,4)	
3	20 (4,1)	10 (3,3)	10 (5,5)	<0,001
4	2 (0,4)	2 (0,7)	0 (0)	
Herhangi bir komorbidite varlığı				
Yok	240 (49,3)	173 (56,5)	67 (37)	<0,001
Var	247 (50,7)	133 (43,5)	114 (63)	

RF: Romatoid faktör, ACPA: Anti-siklik sitrülünlenmiş peptid antikor, DM: Tip 2 diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı, KBH: Kronik böbrek hastalığı, SVO: Serebrovasküler olay, ksDMARD: Konvansiyonel sentetik DMARD, bDMARD: Biyolojik DMARD, tsDMARD: Hedefe yönelik sentetik DMARD, *Veriler ortanca değer [IQR (25-75)] olarak verilmiştir

Tablo 2. b/tsDMARD tedavileri başlangıcında D2T-RA'yı predikte eden faktörler (tek değişkenli ve çok değişkenli analiz sonuçları)

Değişken	OR (%95 GA)	p değeri	OR (%95 GA)	p değeri
Kadın cinsiyet	0,69 (0,38-1,2)	0,2		
Hastalık süresi	0,99 (0,96-1,01)	0,52		
Tanı yaşı	1 (0,98-1,02)	0,72		
Sigara kullanma öyküsü	1,1 (0,73-1,7)	0,59		
Hipertansiyon tanısı	2,18 (1,48-3,17)	<0,001		
RF pozitifliği	0,67 (0,40-1,10)	0,12		
ACPA pozitifliği	0,79 (0,49-1,25)	0,32		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında VKİ	1,05 (1,02-1,08)	0,003	1,04 (0,99-1,09)	0,08
b/tsDMARD başlangıcı sırasında VKİ >30 olma durumu	1,76 (1,21-2,56)	0,003		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında DAS28-ESR	1,28 (1,02-1,60)	0,01		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında HGD (mm)	1,01 (1-1,03)	0,028		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında HAQ (0-3)	1,7 (1,07-2,6)	0,024		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında HAQ ≥1	2,03 (1,18-3,49)	0,01	2,08 (1,17-3,69)	0,01
b/tsDMARD başlangıcı sırasında HES, 0-28	1,07 (1,01-1,13)	0,018		
b/tsDMARD başlangıcı ŞES, 0-28	1,03 (0,96-1,11)	0,33		
İlk b/tsDMARD'ın TNF-i olması	1,21 (0,84-1,76)	0,3		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında steroid kullanımı	0,85 (0,40-1,81)	0,7		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında metotreksat kullanımı	0,86 (0,48-1,56)	0,63		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında hidroksiklorokin kullanımı	1,48 (0,87-2,52)	0,147	0,054 (0,24-1,01)	0,054
b/tsDMARD başlangıcı sırasında sulfasalazine kullanımı	0,2 (0,59-1,41)	0,7		
b/tsDMARD başlangıcı sırasında leflunomid kullanımı	0,96 (0,62-1,49)	0,88		

ksDMARD: Konvansiyonel DMARD, bDMARD: Biyolojik DMARD, tsDMARD: Targeted synthetic DMARD (hedefe yönelik sentetik DMARD) HES: Hassas eklem sayısı, ŞES: Şiş eklem sayısı, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, DAS-28 ESR: Hastalık Aktivite Skoru (Disease Activity Score-28 eklem-ESR) HGD: Hasta global değerlendirme, HAQ: Sağlık Değerlendirme anketi (Health Assessment Questionnaires)

Nadir görülen sistemik skleroz taklitçisi: Werner sendromu

Gül Güzelant Özköse, Cemal Bes

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

Giriş: Vasküler disfonksiyon ve progresif fibrozisle karakterize kronik multisistemik bir hastalık olan sistemik sklerozun ayırıcı tanısına birçok durum ve hastalık girmektedir. Bu yazıda Werner sendromlu bir hasta sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk beş yaşında kadın hasta, ayak ve dirseklerdeki yaralar ve deride sertlik şikayeti ile yönlendirildiği romatoloji polikliniğinde değerlendirildi. Hasta mevcut şikayetlerinin 10 yıldır olduğunu belirtti. Yapılan fizik muayenesinde hastada kaşektik görünüm, ses kısıklığı, kısa boy, sivri burun, ince ve seyrek saçlar, deride hipo-ve hiper-pigmente alanlar, deride yaygın sertlik, ekstremitelerde kontraktür, her 2 dirsekte ve ayakta derin doku kaybıyla giden ülserler saptandı (Resim 1). Sorgulandığında saçlarının 20'li yaşlardan itibaren beyazladığı öğrenildi. Romatolojik sorgusunda Erzurum'da yaşamasına rağmen hiç Raynaud atağı tariflemiyordu. Belirgin deri sertliği olan hastanın hiç dijital ülseri yoktu, ayak tabanı ve dirsekte ülserleri mevcuttu. Yutma güçlüğü, telenjiektazi,

efor dispnesi, artrit ya da başka herhangi bir bağ doku hastalığı semptomu yoktu. Özgeçmişinde tip 2 diyabet, her 2 gözde katarakt ve osteoporozu mevcuttu. On dört yıllık evliydi ve infertildi. Soygeçmişinde kendisine benzeyen bir de abisinin olduğu öğrenildi. Romatolojik serolojik testlerde ANA, RF, anti-CCP ve ENA profili negatif saptandı. Hasta genetik birimi ile konsülte edildi. Mevcut bulgular ile Werner sendromu düşünüldü. Genetik analiz sonucunda *WRN* geninde patolojik kabul edilen mutasyon [p.Thr703Asnfs*29 (c.2107dup)] homozigot olarak saptandı. Kan şekeri regülasyonu, ekstremiteler için plastik cerrahi, ortopedi, dermatoloji konsültasyonları ve takipleri planlandı.

Sonuç: Werner sendromu skleroderma benzeri deri değişiklikleri, alopesi, bacak ülserleri, kısa boy, katarakt, erken ateroskleroz, osteoporoz, hipogonadizm, diabetes mellitus ve malignitelere yatkınlıkla karakterize otozomal resesif kalıtım gösteren ve oldukça nadir görülen erken yaşlanma sendromudur. Tipik olarak hayatın üçüncü veya dördüncü dekadında tanınabilmektedir. Sistemik sklerozlu hastalarda Raynaud fenomeni neredeyse hemen her zaman mevcuttur ve genellikle diğer semptomlardan yıllar önce ortaya çıkabilir. Bu hastada mevcut kliniğe rağmen Raynaud fenomeninin olmaması, ailede benzer bireyin olması, fizik muayenedeki tipik bulgular, serolojide destekleyici bulgu olmaması nedeniyle sistemik sklerozdan uzaklaştırıldı.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, Werner sendromu, skleroderma



Sekil 1.

Primer Sjögren sendromlu hastalarda renal tutulumun belirleyicileri: Retrospektif bir çalışma

Ezgi Odacı Cömertoğlu, Emine Uslu Yurteri, Müçteba Enes Yayla, Serdar Sezer, Ahmet İlbay, Nilgün Göveç Gıyınış, Abdülbaki Gaydan, Ahmet Uslu, Zehra Karaman Ongun, Yeter Mahmutoğlu, Çetin Ergül, Aida Shikhaliyeva, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay

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

Amaç: Primer Sjögren sendromlu (pSS) hastalarda renal tutulumu olanların klinik ve laboratuvar özelliklerini saptamayı ve renal tutulumu predikte ettiren faktörleri tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza 2010-2023 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı'na başvuran 423 pSS hastası alındı ve klinik olarak anlamlı böbrek tutulumunu retrospektif olarak inceledik. Çalışmaya 2016 ACR Sjögren sendromu sınıflandırma kriterlerini karşılayan, yetişkin (≥ 18 yaş) hastalar dahil edildi. Klinik olarak anlamlı renal tutulum; tubulointerstisyel (TIN) nefrit veya glomerülo nefrit düşündürülen renal biyopsi bulguları, renal tübüler asidoz (RTA), interstisyel sistit olarak tanımlandı. Hastaların klinik özellikleri ve ANA, anti-Ro52, anti-Ro60, anti-La, anti-dsDNA, C3, C4 ve total immünoglobulin seviyesi dahil olmak üzere laboratuvar parametreleri toplandı.

Bulgular: PSS'li hastaların tanı anındaki ortalama yaşı $51,32 \pm 12,32$ yıldır. Hastalar çoğunlukla kadındır (kadın: erkek oranı = 19,14:1).

Hastaların çoğunda glandüler (%93,4) tutulum mevcuttu. Artralji (%81,6) en yaygın görülen ekstra glandüler bulguydu. Klinik olarak anlamlı renal tutulum, tanı anında ortalama yaşı $43,22$ ($SS \pm 13,97$) yıl olan 13 (%3,1) hastada mevcuttu. Renal tutulumu olan hastaların ortalama takip süresi $6,72$ ($SS \pm 5,57$) yıl olarak bulundu (Tablo 1). TIN 2 hastada, RTA 2 hastada, hem TIN hem RTA 4 hastada, interstisyel sistit 1 hastada ve glomerülo nefrit 4 hastada bulundu. Tek değişkenli analizde; miyozit, hematolojik tutulum, ağız veya göz kuruluğu ve düşük C4 varlığı nefrit gelişimi ile ayrı ayrı ilişkili bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon modelinde, miyozit [olasılık oranı (OO): 12,76; %95 güven aralığı (GA): 1,00-161,42; $p=0,049$] ve hematolojik tutulum (OO: 3,82; %95 GA: 1,21-12,02; $p=0,022$) renal tutulum riskini artıran bağımsız etkili faktörler olarak bulunurken tanı yaşının (OO: 0,94; %95 GA: 0,90-0,99; $p=0,026$) bu riski azaltan bir faktör olduğu görüldü (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda nefrit prevalansını %3,1 olarak bulduk. Bu sıklık literatür ile benzerlik göstermektedir. Kohortumuzda renal tutulum literatüre kıyasla daha genç yaşta ortaya çıkmıştır. Bu durum Türkiye'nin genç nüfus oranının yüksek olması ile açıklanabilir. PSS yönetimindeki en büyük zorluklardan biri, hangi hastaların ciddi sistemik tutulum riski altında olacağını belirlemektir. Miyozit, hematolojik tutulum ve erken tanı yaşı nefrit gelişimini predikte ettiren faktörler olarak bulunmuştur. Bulgularımızı doğrulamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte bu klinik bulgulara sahip hastalarda erken dönemde dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, renal tübüler asidoz, tubulointerstisyel nefrit, erken-başlangıç

Tablo 1. Primer Sjögren sendromunda nefritli hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

	Nefrit, (n=13)	Non-nefrit, (n=410)	p	Tek değişkenli OO (%95 GA)	p
Klinik özellikler					
Tanıdaki yaş	43,22±13,97)	51,58±12,19)	0,43		
Kadın cinsiyet	12 (%92,3)	390 (%95,1)	0,48	0,61 (0,07-4,97)	0,64
Artralji	11 (%84,6)	334 (%81,5)	1	1,25 (0,27-5,76)	0,77
Sinovit	1 (%7,7)	49 (%12,0)	1	0,61 (0,07-4,82)	0,64
Deri tutulumu	1 (%7,7)	20 (%4,9)	0,48	1,62 (0,20-13,12)	0,64
Pulmoner tutulum	0	48 (%11,7)	0,37		
Miyozit	1 (%7,7)	2 (%0,5)	0,09	17 (1,44-200,60)	0,02
Periferik sinir sistemi tutulumu	0	13 (%3,2)	1		
Santral sinir sistemi tutulumu	0	13 (%3,2)	1		
Hematolojik tutulum	6 (%46,2)	74 (%18,0)	0,02	3,89 (1,27-11,91)	0,01
Ağız veya göz kuruluğu	10 (%76,9)	385 (%94,1)	0,04	0,20 (0,05-0,80)	0,02
Laboratuvar parametreleri					
ANA pozitifliği	11 (%84,6)	306 (%75,2)	0,74	1,81 (0,39-8,32)	0,44
Anti-Ro52	10 (%76,9)	199 (%51,2)	0,06	3,18 (0,86-11,74)	0,08
Anti-Ro60	11 (%84,6)	244 (%62,7)	0,14	3,26 (0,71-14,95)	0,12
Anti-La	6 (%46,2)	93 (%23,9)	0,09	2,72 (0,89-8,32)	0,07
Anti-dsDNA	1 (%7,7)	7 (%1,8)	0,23	4,42 (0,50-38,89)	0,17
Düşük C3 (<60 mg/dL)	3 (%23,1)	45 (%15,9)	0,44	1,58 (0,42-5,99)	0,49
Düşük C4 (<15 mg/dL)	4 (%30,8)	29 (%10,3)	0,04	3,87 (1,12-13,38)	0,03
Hipergamaglobulinemi	5 (%38,5)	67 (%29,8)	0,54	1,47 (0,46-4,67)	0,51

Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler ise ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. ANA: anti nükleer antikor, OO: Olasılık oranı, GA: Güven aralığı

Tablo 2. Çok değişkenli lojistik regresyon ile nefritin belirleyicileri

Renal tutulumu bağımsız etki eden faktörler	Ayarlanmış çok değişkenli OO (%95 GA)	p
Hematolojik tutulum	3,82 (1,21-12,02)	0,022
Miyozit	12,76 (1,00-161,42)	0,049
Tanıdaki yaş	0,94 (0,90-0,99)	0,026

Olasılık oranı, GA: Güven aralığı

Biyolojik ajan kullanan ankilozan spondilit hastalarının böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler: Retrospektif kohort çalışma

Osman Çebi¹, Neslihan Gökçen², Duygu Temiz Karadağ², Ayşe Çefle², Aytan Yazıcı²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

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

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), aksiyel iskelete yatkınlığı olan kronik enflamatuvar romatizmal kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Böbrek, amiloidoz gibi AS hastalığına ikincil veya tedavide kullanılan steroid olmayan anti-enflamatuvar ilaçlara (NSAİİ'ler) bağlı etkilenebilir. Çalışmamızda, anti-tümör nekroz faktör (TNF) kullanan AS hastalarının böbrek fonksiyonlarının zaman içindeki değişimlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamız, retrospektif kohort çalışma olarak tasarlandı. AS tanısı ile anti-TNF kullanan ve düzenli takibe gelen 172 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri ile kullandıkları ilaçlar hasta dosyaları taranarak kayıt altına alındı. Tedavi başladıktan sonra 24 ay içindeki glomerüler filtrasyon hızı (GFR), kreatinin ve üre değerlerindeki değişiklikler incelendi. Takiplerde, GFR'de %10 azalma ve kreatininde %25'lik artış anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hasta popülasyonunun medyan yaşı 44 yıl olup %69,8'i erkek hastalardan oluşmaktaydı. Anti-TNF öncesi hastaların %2,9'unda farklı evrelerde kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Medyan 108 aylık anti-TNF kullanımı sonrası GFR'de istatistiksel anlamlı (p<0,001) azalma olduğu ve 28 hastada (%16,3) GFR'de %10'dan fazla düşme olduğu saptandı. Regresyon analizi ile GFR'de azalmayı etkileyen faktörler incelendiğinde, diabetes mellitus (DM) varlığı (olasılık oranı: 3,0 %95 GA: 1.020-8.825 p=0,046) anlamlı bulundu. Yaş, NSAİİ kullanımı ve HT varlığı ile GFR düşüşü arasında anlamlı ilişki gösterilemedi.

Sonuç: Çalışmamızda, AS hastalarında anti-TNF kullanımı sırasında GFR'de anlamlı düşüş saptandı fakat bu düşüşün eşlik eden komorbiditeler (DM gibi) ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-TNF, glomerüler filtrasyon hızı, kronik böbrek hastalığı

Behçet sendromlu hastalarda farklı bir kolşisin preparatına geçilmesinin etkinliği ve güvenilirliği

Sena Fidan¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Yeşim Özgüler², Serdal Uğurlu², Emire Seyahi², Melike Melikoğlu², İzzet Fresko², Zekayi Kutlubay³, Gülen Hatemi²

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

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

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

Amaç: Etkisizlik veya yan etki nedeniyle bir kolşisin preparatından başka birine geçen Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) hastalarında olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Bu durumun, mukokutanöz ve/veya eklem tutulumu olan ve bir kolşisin preparatına yanıtız veya intoleran olup daha maliyetli ve/veya immünoşüpresif tedavi yöntemlerine geçilmesi gereken Behçet sendromlu (BS) hastalar için de geçerli olabileceğini düşündük.

Yöntem: 2017-2023 yılları arasında başka bir kolşisin preparatına geçen 47 BS hastasının dosyası geriye dönük olarak incelendi. Diğer bir ilaca geçme nedeni AAA hastalık aktivitesi nedeni ile olan hastalar çalışmadan dışlandı. Dosyalardan demografik veriler, klinik özellikler, eşlik eden diğer tedaviler, tedavi öncesi ve son vizitteki hastalık aktivitesi ve C-reaktif protein (CRP) değerleri ile yan etkiler kayıt edildi. Hastalık aktivitesi ölçütleri Behçet Hastalığı Güncel Aktivite İndeksi (BDCAI), hasta vizüel analog skalası (VAS) ve doktor VAS idi. VAS skalası 0 ila 10 arasında olup yüksek rakamlar daha yüksek hastalık aktivitesine işaret ediyordu.

Bulgular: Kırk yedi hasta (29'u kadın (%60), ortalama yaş: 38±14) arasında, preparat değişikliğinin nedeni 34'ünde (%72) etkisizlik, 13'ünde ise (%28) yan etki idi. Otuz iki hasta (%68), ortalama 32±26 aylık takip süresi boyunca halen geçiş yapılan kolşisin preparatını kullanıyordu. Yedi hasta (%47) yan etki (5'inde gastrointestinal semptomlar, 2'sinde transaminaz seviyelerinde yükselme) nedeniyle ilacı bırakmıştı. Altı hasta (%40) ise etkisizlik nedeniyle ilacı kesmişti. Ortalama hasta ve doktor VAS skoru geçiş yapılan kolşisin preparatı altındaki son vizitte anlamlı olarak düşmüşken (hasta VAS: 5,6±2,5 vs. 3,6±3,4; p=0,013 ve doktor VAS: 4,0±2,2 vs. 2,2±2,7; p=0,003), ortalama BDCAI skoru (p=0,50) ve CRP düzeyleri (p=0,059) ilk ve son ziyaret arasında benzerdi. Etkisizlik nedeniyle preparat değiştiren 34 hastanın 27'sinde (%79) birincil neden mukokutanöz belirtiler, 7'sinde (%21) ise eklem tutulumu idi. Yirmi beş (%73) hastanın yeni kolşisin preparatını ortalama 29±23 ay süreyle kullanmaya devam ettiği, 5 (%15) hastanın etkisizlik nedeniyle, 4'ünün (%12) ise önceki kolşisin preparatında olmayan gastrointestinal semptomlar nedeniyle ilacı bıraktığı görüldü. Yan etki nedeniyle preparat değiştiren 13 hastanın 7'sinin (%54) ilacı ortalama 42±34 ay süreyle kullandığı, 3'ünün (%23) aynı yan etki nedeniyle, 1'inin etkisizlik nedeniyle, 2'sinin (%15) ise sigorta sorunları nedeniyle ilacı bıraktığı gözlemlendi.

Sonuç: Kolşisin preparatları arasında geçiş yapmak, BS hastaları için yüksek ilaçta kalım oranı, daha iyi hasta ve hekim VAS skorları ve daha az yan etki sağlayan makul bir seçenek gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, mukokutanöz, eklem, kolşisin

Antisentetaz sendromu ile diğer idiyopatik enflamatuvar miyopatilerin uzun dönem izlem sırasında hasar gelişimi ve sağkalım açısından karşılaştırılması

Ezgi Şahin, Ömer Uludağ, Yasemin Yalçınkaya, Bahar Artım Esen, Ahmet Gül, Murat İnanç

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

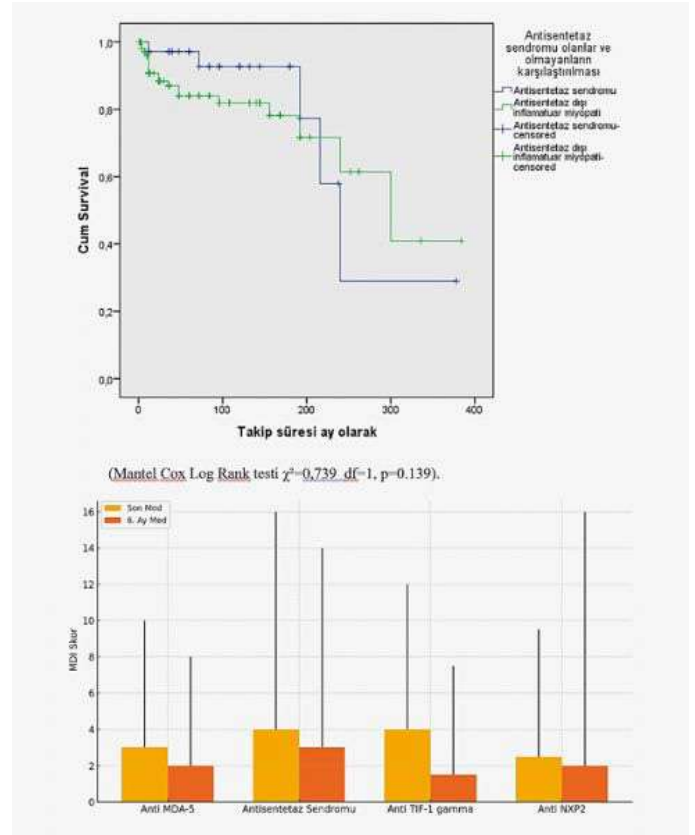
Amaç: Antisentetaz sendromu (ASS) diğer idiyopatik enflamatuvar miyopatilerden (DİİM) farklı klinik özellikler göstermektedir. Bu çalışmada ASS grubu ile DİİM tanısı konulan hastalar prognoz yönünden karşılaştırılmıştır

Yöntem: Kliniğimizde 1991-2024 yılları arasında takip edilen ve miyozit spesifik antikor sonucu olan 122 İİM tanılı hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar ASS ve DİİM olarak iki gruba ayrılmış; klinik, laboratuvar özellikleri ve hasar gelişimi karşılaştırılmış ve sağkalım analizi yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların %28,7'si (n=35) ASS tanılıdır. ASS'nin %85,7'si, DİİM'nin %59,8'si kadındır (p=0,002). Ortalama tanı yaşı ASS'de 47 DİİM'de 48'dir. Hastaların ortalama takip süresi 84,48±77,95 aydır. ASS'lerin %88,6'sı anti-Jo-1, %8,6'sı anti-PL-7, %2,8'si anti-KS pozitifdir. Makinist eli (ASS: %11,4 DİİM: %1,9 p=0,033) artrit (ASS: %51,4 DİİM: %22,4 p=0,002), İAH (ASS: %68,6 DİİM: %21,5 p<0,001) sıklığı ASS'de yüksektir. Disfaji (ASS: %8,6 DİİM: %36,4 p=0,003) ise diğer DİİM'de sıktır. ASS'de anti-Ro-52 pozitifliği daha yüksektir (ASS: %42,9 DİİM: %18,7 p=0,008). Tanı anında ortalama C-reaktif protein (CRP), lökosit ve nötrofil değerleri ASS'de yüksektir. ASS'de altıncı ay hasar indeksi (MHİ) DİİM'ye göre yüksek bulunmuştur (ortalama MHİ ASS: 3 DİİM: 2 p=0,036). Diğer otoantikor pozitif hastalarla ASS grubu karşılaştırıldığında ASS ile TIF-1 gamma pozitifler arasında altıncı ayda hasar gelişimi açısından fark saptanmıştır (ortalama MHİ ASS: 3 TIF1 gamma: 1,5 p=0,033) (Şekil 1). Sağkalım açısından ASS ve DİİM grupları arasında fark saptanmamıştır (Şekil 1).

Sonuç: ASS grubu, DİİM'den anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bu hastalarda makinist eli, artrit ve İAH daha sık, disfaji daha az saptanmıştır. CRP, lökosit, nötrofil düzeyleri ve anti Ro-52 pozitifliği daha sıktır. Erken dönemde ASS'de DİİM'ye göre daha yüksek organ hasarı olması dikkati çekmiştir. ASS'de erken dönemde İAH ilişkili hasar ön planda iken anti-TIF-1 gamma pozitif grupta uzun dönemde malignite yüksek oranda görülmektedir. Bu bulgular iki grubun patogenezi açısından farklarını ortaya koyarken tedavi yaklaşımı açısından da yol göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Antisentetaz sendromu, idiyopatik enflamatuvar miyopati, organ hasarı, prognoz



Şekil 1. Sağkalım analizi ve miyozit hasar indeksi grafikleri

Biyolojik tedavi kullanan aksiyel spondiloartropati hastalarında sakroiliak manyetik rezonans görüntüleme rezidiüel ağrının nedenleri hakkında ek bilgi sağlıyor mu?

Tahir Saygın Ögüt¹, Ömer Doğan², Enis Bilek¹, Veli Yazısız³

¹Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

²Antalya Korkuteli Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Bath ankilozan spondilit hastalık aktivitesi indeksi (BASDAI) ve diğer hastalık aktivite indeksleri aksiyel spondiloartropati (axSpA) hastalık aktivitesini izlemek ve ölçmek için klinik uygulamada rutin olarak kullanılan yöntemlerdir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), omurga ve sakroiliak eklemlerde aktif enflamasyonu tespit etme yeteneği ile axSpA'daki hastalık aktivitesinin en objektif ölçüşü olsa da tedaviye yanıtı doğrulamak için kullanılması önerilmemektedir. Bu çalışmada biyolojik tedavi alan AxSpA hastalarında çekilen sakroiliak MRG'lerin hastalık aktivasyon indeksleri ve hastalık kontrolü ile ilişkisi incelenecektir.

Yöntem: Kasım 2021 ile Haziran 2024 tarihleri arasında hastanemizde AxSpA tanısıyla takipli ve biyolojik tedavi alan hastalar retrospektif olarak tarandı. Bu hastalar arasından sakroiliak MRG yapılmış olanlar saptandı ve hastalık aktivasyon skorları çekime en yakın olacak şekilde (çekimden en fazla 1 ay önceki ve 3 ay sonraki ölçümler) kaydedildi. Altmış altı hastada BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-Sedim, HAQ, akut faz reaktan düzeyi ölçümleri ve sakroiliak MR sonuçları kaydedildi. Veriler SPSS yazılımı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Altmış altı hastanın 19'unda, %28,8 aktif sakroiliit izlenirken altmış dört hasta, %97'sinde ise kronik ve yapısal bulgular vardı (Tablo 1). Aktif sakroiliit izlenen olgularda izlenmeyenlere göre kadın cinsiyet belirgin yüksekti (%73,7 vs. %46,8, p=0,047) (Tablo 2). Hastalık aktivasyon değerleri farklı kesme değerleri alınarak sakroiliak MRG'deki kemik iliği ödemi ve kronik-yapısal bulguların varlığı karşılaştırıldı. BASDAI >5,1 ve/veya akut faz

yüksekliği olan grupta sakroiliak eklemlerde erozyon diğer hastalara göre daha az izlendi (%15,2 vs. 45,0, p=0,009) (Tablo 2). Onun dışında tüm gruplarda aktif kemik iliği ödemi ve yapısal bulgular benzer oranda izlendi.

Sonuç: Mevcut bulgular biyolojik tedavi kullanan AxSpA hastalarında sakroiliak eklem MR değerlendirmesinin tedavi yanıt/hastalık takibi değerlendirilmesi açısından limitli bir katkısı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartropati, biyolojik tedavi, hastalık aktivasyonu, sakroiliak görüntüleme

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların temel özellikleri

Kadın, n (%)	36 (54,5)
Yaş, (yıl; ortalama ± SD)	44,5±11,0
Hastalık süresi, (yıl; ortalama ± SD)	11,75±7,1
BKİ, (kg/m ² ; ortalama ± SD)	28,35±5,1
AS, n (%)	54 (81,8)
nr- AxSpA, n (%)	12 (18,2)
HLA-B27 pozitifliği, n (%) [§]	27 (50,0)
Aktif entezit, n, (%)	15 (22,7)
Aktif periferik artrit, n (%)	5 (7,6)
Aktif üveit, n (%)	3 (4,5)
Üveit öyküsü, n (%)	15 (22,7)
Enflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü, n (%)	6 (9,1)
- Aktif sakroiliak MRG bulguları, n (%)	19 (28,8)
- Kronik-yapısal bulgular, n (%)	64 (97,0)
- Normal bulgular, n (%)	2 (3,0)
Sigara, n (%)	
- Aktif	20 (31,3)
- Birakmış	12 (18,8)
- Hiç içmemiş	32 (50,0)
Fibromiyalji, n (%)	14 (21,2)

[§]: Elli dört hastanın HLA-B27 sonucu bulunmaktadır, *SD: Standart deviasyon, BKİ: Beden kütle indeksi, AS: Ankilozan spondilit, nr- AxSpA: Non-radiyografik aksiyel spondiloartropati, HLA-B27: İnsan lökosit antijeni B27, MRG: manyetik rezonans görüntüleme

Tablo 2. Sakroiliak MRG aktif kemik iliği ödemi olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

	Aktif sakroiliak MRG, (n=19)	Aktif olmayan sakroiliak MRG, (n=47)	p değeri
Kadın cinsiyet, n (%)	14 (73,7)	22 (46,8)	0,047
Yaş, (yıl; ortalama ± SD)	44,9±10,8	44,4±11,3	0,872
BKİ, (kg/m ² ; ortalama ± SD)	28,2±5,6	28,4±4,9	0,872
HLA-B27 pozitifliği, n (%) (n=54)	10/18 (55,6)	17/36 (47,2)	0,564
Hastalık yılı, (yıl; ortalama ± SD)	9,4±6,0	12,8±7,4	0,083
Fibromyalji, n (%)	6 (31,6)	8 (17,0)	0,190
CRP, mg/L (ortalama ± SD)	5,13±6,3	6,50±9,2	0,535
ESR, mm/h (ortalama ± SD)	13,0±7,5	12,9±13,0	0,974
BASDAI (ortalama ± SD)	5,64±2,80	5,39±2,12	0,692
BASFI (ortalama ± SD)	3,99±2,91	4,23±2,55	0,748
ASDAS-CRP (ortalama ± SD)	2,97±1,11	2,91±0,86	0,815
ASDAS-sedim (ortalama ± SD)	3,04±0,92	2,81±1,02	0,419
PainDetect Quastinnoire (ortalama, ± SD)	19,21±8,70	16,93±6,91	0,266
HAQ (ortalama ± SD)	1,03±0,67	0,94±0,63	0,628
SPARCC1 (medyan, minimum-maksimum)	3 (0-20)	-	<0,001
SPARCC2 (medyan, minimum-maksimum) kappa: 0,662	4 (0-17)	-	<0,001

*MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, SD: Standart deviasyon, BKİ: Beden kütle indeksi, HLA-B27: İnsan lökosit antijeni-B27, §: Elli dört hastanın HLA-B27 sonucu bulunmaktadır

Behçet sendromunda düşük hastalık aktivitesi ve ilgili faktörlerin K-means kümeleme analizi ve uyum analizi ile belirlenmesi

Berçeste Polat Akmansoy¹, Burcu Aksoy², Şükri Can Akmansoy³, Zehra Özge Çandereli⁴, Sarah Sacoor⁵, Fatma Büşra Sarı⁶, Nur Şişman Kitapçı⁷, Ümit Karaçaylı⁸, Fatma Alibaz Öner⁹, Nevsun İnanç⁹, Tülin Ergun¹⁰, Meral Yay¹¹, Farida Fortune⁵, Rafi Haner Direskeneli⁹, Gonca Mumcu¹²

¹Marmara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız, Dış ve Cene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Protetik Dış Tedavisi Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İzmir

⁵Londra Queen Mary Üniversitesi, Barts ve Londra Tıp ve Dış Hekimliği Okulu, Londra, United Kingdom

⁶Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul

⁷Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Dış Hekimliği Fakültesi, Ankara

⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁰Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

¹¹Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul

¹²İstanbul Okan Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız, Dış ve Cene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunda (BS) oral ülser sık görülen bir klinik tablo olmasına rağmen “düşük oral ülser aktivitesi” tanımı net değildir. Çalışmanın amacı, BS’de hedefe yönelik tedavi stratejileri için K-Means Kümeleme Analizi yoluyla düşük oral ülser aktivitesini (OÜA) tanımlamak ve uyum analizi (UA) kullanarak OÜA modelini anlamaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Türkiye ve Birleşik Krallık’taki iki üçüncü basamak merkezden 526 BS hastası dahil edildi. Hastalık şiddeti skorları organ tutulumuna göre hesaplandı. Aktif oral ülseri olan hastalarda (n=306), K-Means Kümeleme Analizi’nde oral ülser sayısı ve hastalık şiddeti skorlarına göre 4 küme belirlendi. Takiben, kümeler arasındaki ilişkileri görselleştirmek için immünoşüpresif veya immünoşüpresif olmayan ilaç kullanımı, cinsiyet (kadın ve erkek) ve tedavi protokolleri değişken olarak belirlenerek UA yapıldı.

Bulgular: K-Means analizine göre oral ülser sayısı “düşük OÜA” kümesinde 2,18±1,13 (%65,03), “majör organ tutulumlu düşük OÜA” kümesinde 2,19±1,37 (%19,25), “orta düzey OÜA” kümesinde 7,60±1,88 (%9,8) ve “yüksek OÜA” kümesinde 14,91±2,34 (%3,59) olarak bulunmuştur (p<0,001). UA’da “düşük OÜA” kümesi, immünoşüpresif olmayan ilaçlarla tedavi edilen kadınlarla ilişkilendirilirken, immünoşüpresif ilaçlar “büyük organ tutulumu ile düşük OÜA”da her iki cinsiyet için de ana protokol olarak tespit edildi.

Sonuç: Her iki düşük OÜA kümesinde ana tedavi protokolleri farklı olmasına rağmen, iki oral ülserin varlığı, düşük oral ülser aktivitesi için bir kesim değeri olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, kümeleme analizi, oral ülser, hastalık aktivitesi

PS-130

Klinik belirtiler, hasta güçlendirme, hasta katılımı, hasta aktivasyonu ve primer sjögren sendromunda ilişkiler

Esra Sevimli¹, Seda Günay², Berçeste Polat Akmansoy³, Alida Aliyeva⁴, Fatma Büşra Sarı¹, Nur Şişman Kitapçı⁵, Farida Fortune⁶, Nevsun İnanç⁴, Gonca Mumcu⁷

¹Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız, Dış ve Cene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁵Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

⁶Londra Queen Mary Üniversitesi, Barts ve Londra Tıp ve Dış Hekimliği Okulu, Londra, United Kingdom

⁷İstanbul Okan Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ağız, Dış ve Cene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışma, Primer Sjögren sendromunda (pSS) hasta güçlendirme, hasta katılımı ve hasta aktivasyonu, klinik semptomlar ile hasta kaynaklı çıktılar arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi amaçladı.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya pSS’li 116 hasta (kadın/erkek: 111/5; 53,78±12,30 yıl) dahil edildi. Veriler, klinik muayeneler, hasta güçlendirme, hasta katılım ve hasta aktivasyon ölçeği (HGKAÖ), 5 seviyeli hasta yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği (EQ-5D-5L) ve İş Verimliliği ve Aktivite Bozukluğu (WPAI) ölçeğini içeren bir anket aracılığıyla toplandı. Ön analiz yapıldıktan sonra karmaşık ilişkileri anlamak için basit arabulucu analizi (AA) yapıldı.

Bulgular: Ek hastalığı olmayan hastaların HGKAÖ alt grup skoru (27,16±5,13), ek hastalığı olanlara (23,10±7,03) göre daha yüksek bulundu (p<0,001). HGKAÖ alt grup puanlarındaki azalmalar ileri yaş, düşük eğitim, daha uzun hastalık süresi, bozulmuş genel sağlık durumu ve kötü EQ-5D-5L ölçeği ve WPAI puanı ile ilişkili olarak izlendi (p<0,05). Ayrıca steroid (30 mg günlük doz) (n=6; 29,83±1,72; 29,84±1,70; 29,66±1,36) veya metotreksat (n=8; 28,75±0,70; 28,75±0,71; 27,62±2,72) ile tedavi edilen hastalarda HGKAÖ alt grup skorlarının bu ilaçları kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla; 26,45±3,72; 26,50±3,73; 21,77±7,61 ve 26,29±4,89; 26,12±4,93; 23,44±7,29) (p<0,05). Üç basit AA’da bağımlı değişken olarak genel sağlık durumu, her AA’da bağımsız değişken olarak WPAI doğrudan arabulucu olarak tespit edildi (p<0,05). Bu modellerde sırasıyla birinci AA’da hasta güçlendirme skoru, ikinci AA’da hasta katılımı ve üçüncü AA’da hasta aktivasyonu aracı değişkenler olarak belirlendi (p<0,05).

Sonuç: Hastalığa bağlı durumlar, kişisel faktörler, tedavi protokolleri, yaşam kalitesi durumu ve günlük yaşamdaki bozulma; pSS’de hasta güçlendirme, hasta katılımı ve hasta aktivasyonu ile ilişkilendirildi.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren sendromu, hasta güçlendirme, hasta katılımı, hasta aktivasyonu, arabulucu analizi

AAA hastalarında komorbidite e-Nabız sonuçları

Hasan Satış¹, Gizem Ayan², Emre Bilgin³, Abdulsamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Hakan Babaoğlu³, Erdem Karabulut⁶, Levent Kılıç², Duygu Tecer⁷, Alper Sarı⁸, Orhan Küçükşahin⁹, Serdal Uğurlu¹⁰, Özgür Kasapçopur¹¹, Seza Özen¹², Ahmet Gül¹³, Mustafa Okan Ayvalı¹⁴, Mustafa Mahir Ülgü¹⁴, Naim Ata¹⁵, Şuayip Birinci¹⁶, Umut Kalyoncu²

¹Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁰İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Sağlık Bilgi Sistemleri, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁵Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁶Sağlık Bakanlığı, Bakan Yardımcısı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastalarında bazı romatolojik ve non-romatolojik hastalıklar sık görülmektedir. Bu komorbid durumlar AAA hastalarının yönetiminde önemli olabilmektedir. Bu çalışmada, Türkiye'deki AAA'lı bireylerde en sık görülen ek hastalıklar ve cinsiyete göre farklılıklarını incelemeyi amaçladık

Yöntem: Ülke çapında yapılan kohort değerlendirmesi, Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Bu analizde AAA olguları, ICD-10 kodları E85.0 ve alt gruplarına dayanılarak belirlendi. AAA, ICD-10 kodunun en az iki kez 30 günlük bir süre zarfında girilmiş olması kriterine göre tanımlandı. Ek hastalık varlığı ise o hastalığa ait ICD-10 kodunun süre sınırlaması olmaksızın en az 3 kere girilmiş olması ile belirlendi. Tanısal netliği sağlamak için eş zamanlı 40 yaş üstü kristal artropatisi ICD kodu girilmiş olan (M10 ve alt kırılımları) ve kolşisin kullanan bireyler çıkarıldı

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında 160.897 AAA tanısı alan hasta bulunmaktaydı. Yaş ortalaması (standart sapma) 30,7 (20,1) idi e %55,1'i kadındı. En sık görülen romatolojik ek hastalıklar

sırası ile ankilozan spondilit (AS) (%3,5), juvenile romatodi artrit (JRA) (%2,3) ve Behçet hastalığı (%2,9) idi. AS erkeklerde daha fazla görülürken (%3,6 vs. 3,5), JRA (%2,5 vs. %3,2) ve Behçet (%2,7 vs. 3,0) kadınlarda daha sıklıkla. Hipertansiyon en sık görülen non-enflamatuvar komorbidite olurken (%13,3) astım (%7,7), hiperlipidemi (%3,8), glukoz intoleransı (%3,4) ve kronik böbrek yetmezliği (%2,5) sırası ile diğer sık görülen ek hastalıklar olarak bulundu. Kronik böbrek yetmezliği erkeklerde daha sık görülürken, diğer sayılan ek hastalıkların hepsi kadınlarda daha sıklıkla.

Sonuç: AAA hastalarında hem enflamatuvar hem de non-enflamatuvar ek hastalıklar sık görülmektedir. Daha önce gösterildiği şekilde spondiloartrit, JRA ve BH sık eşlik eden hastalıklardır. Hastaların yönetimi sırasında bu ek hastalıkları da göz önünde bulundurmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, komorbidite, büyük data, e-Nabız

PS-132

AAA hastalarında pediatrik, erişkin ve geriatrik hastaların özellikleri: Ulusal e-Nabız sonuçları

Hasan Satış¹, Emre Bilgin², Gizem Ayan³, Abdulsamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Hakan Babaoğlu⁵, Erdem Karabulut⁶, Levent Kılıç³, Duygu Tecer⁷, Alper Sarı⁸, Orhan Küçükşahin⁹, Serdal Uğurlu¹⁰, Özgür Kasapçopur¹¹, Seza Özen¹², Ahmet Gül¹³, Mustafa Okan Ayvalı¹⁴, Mustafa Mahir Ülgü¹⁴, Naim Ata¹⁵, Şuayip Birinci¹⁶, Umut Kalyoncu²

¹Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁰İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Sağlık Bilgi Sistemleri, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁵Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁶Sağlık Bakanlığı, Bakan Yardımcısı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) genelde çocukluk çağında tanı almasına rağmen bir ömür boyu süren bir hastalıktır. Polikliniğe başvuran hastaların önemli bir kısmının ise pediatrik ve çalışma hayatındaki bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu çalışmada Türkiye’deki AAA’lı hastaların yaş gruplarına göre (<18 yaş, 18-64 yaş, ≥65 yaş) farklılıklarını incelemeyi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak oluşturulan bu çalışmada AAA olguları, ICD-10 kodları E85.0 ve alt gruplarına dayanılarak belirlendi. AAA varlığı, ICD-10 kodunun en az iki kez 30 günlük bir süre zarfında girilmiş olması kriterine göre tanımlandı. Ek hastalık varlığı ise o hastalığa ait ICD-10 kodunun süre sınırlaması olmaksızın en az 3 kere girilmiş olması ile belirlendi. Hastaların başvuru yaşları göz önünde bulundurularak pediatrik (<18 yaş), erişkin (18-64 yaş) ve geriatrik (≥65 yaş) olarak 3 gruba ayrıldı. Hasta gruplarının özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında 160.897 AAA tanısı alan hasta bulunmaktaydı. Hastaların %42,2’si pediatrik (n=67.974), %55,3’ü erişkin (n=89.032) ve %2,4’ü geriatrik (3.889) gruptaydı. (Şekil 1). Pediatrik grupta en sık rastlanan ek hastalık astım olurken (%9,1), hipertansiyon erişkin (%19,2) ve geriatrik (%85,0) grupta en sık rastlanan ek hastalıktı. Kolşisin kullanım oranı pediatrik grupta %81,8, erişkin grupta %92,6 ve geriatrik grupta ise %88,8 idi. Kanakinumab kullanan bireylerin oranı ise üç grup için sırası ile %1,9, %1,2 ve %0,2’ydi. Öte yandan biyolojik DMARD kullanım oranları ise sırası ile %3,8, %3,3 ve %0,7 olarak bulundu.

Sonuç: Geriatrik yaşta doktor takibine devam eden AAA hasta oranı oldukça düşüktür (%2,4). Bu durum hastalık aktivitesini kaybetmesi ile ilgili midir sorusunun araştırılması yerinde olur. Yaş gruplarına göre AAA hastalarının özellikleri ve tedavi rejimleri değişebilmekle beraber kolşisin kullanım oranı her grupta %90 civarındadır. Bu veri içerisinde reçetesiz kolşisin kullananların olabileceği ve yurt dışı ithal kolşisin verilerinin olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, ulusal veri, ek hastalık, geriatrik, pediatrik, erişkin



Şekil 1. Yaş gruplarına göre AAA hastalarının dağılımı
AAA: Ailesel Akdeniz Ateşi

Romatoloji polikliniğine başvuran multiple skleroz hastalarında saptanan romatolojik hastalıklar

Mehmet Soy¹, Emir Ruşen², Gülşen Kocaman²

¹Altınbaş Üniversitesi, Bahçelievler Medikalpark Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

²Altınbaş Üniversitesi, Bahçelievler Medikalpark Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Rutin romatoloji polikliniğine başvuran ve multiple skleroz (MS) ile izlenmekte olan hastaların başvuru nedenleri ve saptanan enflamatuvar romatolojik hastalık (İRH) hastalıkları araştırmıştır.

Yöntem: Romatoloji polikliniğimizde 2022 Ocak-2024 Ağustos dönemi içinde başvuran ve MS tanısı ile takip edilmekte olduğu öğrenilen hastaların verileri geriye dönük olarak hastane otomasyon sisteminden elde edilmiştir. Hastaların başvuru yakınmaları, almakta oldukları ilaçlar, varsa tanısal muayene bulguları, İRH'lere yönelik olarak yapılmış olan tetkikler ve konulmuş olan İRH tanıları kaydedilmiştir.

Bulgular: Bu periyotta 9'u erkek 6'sı kadın toplam 15 MS hastasının romatoloji polikliniğine başvurduğu saptanmıştır. Hastalar kendileri başvurmuş ya da nöroloji uzmanınca yönlendirilmiştir. Hastaların ortalama yaşı: 37,2±12,37 yıl ve MS süresi: 10,73±6,28 yıl idi. Biri psoriyatik artrit olmak üzere toplam 5 MS olgusuna spondiloartrit (SPA) eşlik etmekte idi. SPA hastalarımızdan gelişmiş anti-romatizmal ilaç alan hastamız yoktu. Diğer bulgularımız Tablo 1'de özetlenmiştir.

Bulgular: MS hastaları birçok nedenle romatoloji polikliniklerine başvurabilmektedir. Bunların birçoğunda önemli bir İRH

saptanmazken bazen de MS için tanı ve tedavi kararını etkileyebilecek önemli İRH eşlik edebilmektedir. İlginç olarak; AAA, SPA gibi hastalıkların da MS hastalarında daha sık olduğu bildirilmiştir ve bulgularımız bu yönü ile literatür ile uyumludur. Bu da benzer patogenik mekanizmaların olduğunu düşündürmektedir. Romatizmal hastalıkların tedavisinde kullanmakta olduğumuz azatiyoprin gibi klasik DMARD'lerin yanı sıra gelişmiş tedaviler de MS tedavisinde kullanılabilir ve bir kısmı İRH ile ortak yolaklar üzerine etkilidir. Bugün için yaygın olarak kullanmakta olduğumuz TNF blokerlerinin MS kliniğine olası olumsuz etkileri dışında (bu konuda aksi yayınlar giderek artmaktadır), anti-CD-20, JAK inhibitörleri dahil birçok gelişmiş tedavinin MS üzerine olumsuz etkileri yok gibi durmaktadır. Hatta İRH ve MS beraberliğinde bazı ilaçlar her iki hastalığı da kontrol edebilmektedir. Örneğin; dirençli AAA hastalarında önemli bir tedavi aracı olan IL-1 blokerleri MS hastalarında da işe yarayabilmektedir ve AAA ve MS hastalığı beraber olan hastalarda IL-1 blokajına yönelik tedaviler dirençli AAA hastalarını da kontrol altına alabilmektedir. Bu durum anti-CD-20 kullanımı gerektiren İRH ve MS beraberliği için de geçerli gibi durmaktadır.

Sonuç: MS hastalarında İRH sıklığı daha fazla gibi durmaktadır. Bu nedenle romatoloji polikliniğinde görülen MS hastalarının hem altta yatabilecek İRH açısından detaylı olarak sorgulanması ve tetkik edilmesi hem de tedavide kullanılacak ilaçların seçiminde ortak yolakları ilgilendiren ilaçların seçiminin göz önünde bulundurulması açısından yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz, otoimmün hastalık, otoenflamatuvar hastalık

Tablo 1. Multiple sklerozlu hastalarımızın genel özellikleri ve saptanan romatizmal hastalıklar

Olgu no	Cinsiyet	Yaş: Yıl	MS süresi, yıl	MS ilacı	Başvuru nedeni	Saptanan romatizmal hastalık
1	E	37	15	Fingolimod	Eklem ağrısı, sivilce	NSEA
2	K	34	6	Prenol 16	ANA +	0
3	E	47	20	0	Bel, karın ağrısı	AAA, SPA
4	E	45	16	Ocrelizumab	Bel ağrısı	SPA
5	E	46	19	Ocrelizumab, azatiyoprin	Eklem ağrısı	Takayasu, RA
6	K	44	18	Fingolimod	Eklem ağrısı, oral aftlar	NSEA
7	K	47	15	Interferon beta 1	Eklem ağrısı,	NSEA
8	E	41	10	Glatiramer asetat	Eklem ağrısı,	NSEA
9	K	35	10	0	Bel ağrısı	SPA
10	K	32	8	Glatiramer asetat	Düşükler	APS
11	E	31	4	0	Eklem ağrısı	APS
12	E	37	2	Teriflunomid	Yüzde kızarıklıklar, oral aftlar	0
13	E	25	5	Teriflunomid	Bel-karın ağrısı	SPA, AAA
14	K	48	12	0	Bel ağrısı	PSA
15	E	42	1	Prednol	Eklem-karın ağrısı	AAA

APS: Anti-fosfolipit sendromu, NSEA: Non-spesifik eklem ağrısı, SPA: Spondiloartrit, PSA: Psoriyatik artrit; AAA: Ailesel Akdeniz ateşi, RA: Romatoid artrit

Erişkin still hastalığında interlökin-1 inhibitörü tedavisi: Tek merkez gerçek yaşam deneyimi

Tuğba Ocak, Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH) nadir görülen enflamatuvar bir hastalıktır. İnterlökin-1 β (IL-1 β) ana pro-enflamatuvar sitokindir. ESH'de tedavide amaç enflamasyonun azaltılması, sistemik ve artiküler semptomların düzelmesi, organ hasarı ve makrofaj aktivasyon sendromunun önlenmesidir. ESH'de standart bir tedavi yoktur. Çoğu hastada non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, konvansiyonel hastalık modifiye edici ilaçlar hastalığı kontrol etmede yeterli değildir. Konvansiyonel tedavilere yanıtız özellikle sistemik forma sahip hastalarda IL-1 inhibitörleri kullanılmaktadır. IL-1 inhibitörlerinin, ESH tedavisinde etkinliği, çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Çalışmamızda ESH tanısıyla IL-1 inhibitörü tedavisi alan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerini, tedavinin etkinlik ve yan etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Uludağ Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı'nda Ocak 2016-Mart 2024 tarihleri poliklinik kaydı olup ESH tanısı olup, IL-1 inhibitörü alan 24 hasta dahil edildi. Hastaların klinik bulguları, Pouchot skoru ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel analiz, SPSS software versiyon 26.0 kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların ortalama tanı yaşı 29,7 (16,5-75,3) olup, 16'sı kadındı. Polifazik sistemik form en sık görülen formdu (n=20, %83,3). Polifazik sistemik formda olan 13 hastada kronik artiküler tutulum da mevcuttu. Tanı anında en sık görülen klinik bulgu ateş ve döküntü olup, hastaların hepsinde mevcuttu. Pouchot skoru 5,5 (3-7) olup ortanca ferritin düzeyi 3.720 (250-40.000) μ g/L, ortalama lökosit 13,74 \pm 5,51 10³/mL, ortalama

nötrofil olarak 11,24 \pm 5,12 10³/mL saptandı. IL-1 inhibitörü öncesi hastaların tümü steroid, 17 hasta (%70,8) non-steroid anti-enflamatuvar ilaç almıştı. En sık kullanılan konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici ajan; metotreksattı (n=21, %87,5). Hastalık tanısı ile IL-1 inhibitörü başlangıcı arasında geçen süre ortalama 24,9 \pm 57,6 aydı. Hastaların 22'sinde ilk başlanan IL-1 inhibitörü anakinra, 2 hastada kanakinumabtı. Anakinra tedavisi alan 2 hastada yetersiz yanıt olması, 1 hastada da anakinra altında bisitopeni görülmesi nedeniyle kanakinumab tedavisine geçilmişti. Anakinra ortalama takip süresi 24,4 \pm 26,3 aydı. Anakinra alan 22 hastadan 4'ü tedavide 3 aydan az kaldığı için, 18 hastanın tedavi başlangıcı, 3. ay ve son poliklinik vizitindeki klinik bulgular, hastalık aktivitesi ve laboratuvar değerleri karşılaştırıldı. Hastaların vizitleri arasında ateş, boğaz ağrısı, döküntü, artrit, artralji, Pouchot skoru, ferritin, sedimentasyon ve C-reaktif protein değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttu (p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001 ve p<0,001, sırasıyla). Kanakinumab ortalama takip süresi 70,2 \pm 46,7 aydı. Kanakinumab tedavisi alan toplam 5 hastanın tedavi başlangıcı, 3. ay ve son poliklinik vizitindeki klinik bulgular, hastalık aktivitesi ve laboratuvar değerleri karşılaştırılmış olup, döküntü, Pouchot skoru ve sedimentasyon değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,015, p=0,015, p=0,029, sırasıyla).

Sonuç: Önceki çalışmalarla tutarlı olarak, verilerimiz ESH'de IL-1 inhibitörü tedavisinin etkinliğini doğrulamıştır. Çalışmamızda IL-1 inhibitörlerine hızlı yanıt 3 ay sonra bile gösterildi. Hem klinik hem de laboratuvar parametreleri önemli ölçüde iyileşti, remisyon zamanla devam etti ve takip sırasında hastaların %12,5'inde tedavi kesilebildi. Anakinra tedavisi altındaki birinde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, birinde bisitopeni, birinde de ciddi alerjik reaksiyon dışında yan etki görülmedi. Anakinra başlandığı anda hemafagositik sendrom kliniği olan bir hasta tedavinin 24. gününde eks oldu. ESH tanısı olanlarda IL-1 inhibitörü etkili ve güvenli bir tedavi olup bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anakinra, erişkin Still hastalığı, kanakinumab

Ulusal AAA insidans-prevelans verileri: e-Nabız sonuçları

Hasan Satı¹, Gizem Ayan², Emre Bilgin³, Abdulsamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Hakan Babaoğlu⁵, Erdem Karabulut⁶, Levent Kılıç², Duygu Tecer⁷, Alper Sarı⁸, Orhan Küçükşahin⁹, Serdal Uğurlu¹⁰, Özgür Kasapçopur¹¹, Seza Özen¹², Ahmet Gül¹³, Mustafa Okan Ayvalı¹⁴, Mustafa Mahir Ülgü¹⁴, Naim Ata¹⁵, Şuayip Birinci¹⁶, Umut Kalyoncu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁰İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Sağlık Bilgi Sistemleri, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁵Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁶Sağlık Bakanlığı, Bakan Yardımcısı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalarda, çeşitli araştırma yöntemleri, hasta grupları, AAA tanımlama kriterleri ve coğrafi farklılıklar nedeniyle tutarsız sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Ancak, Türkiye’de AAA’nın yaygınlığını belirlemek için yürütülen epidemiyolojik çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, Türkiye’deki AAA prevalansını ortaya koymayı hedefledik.

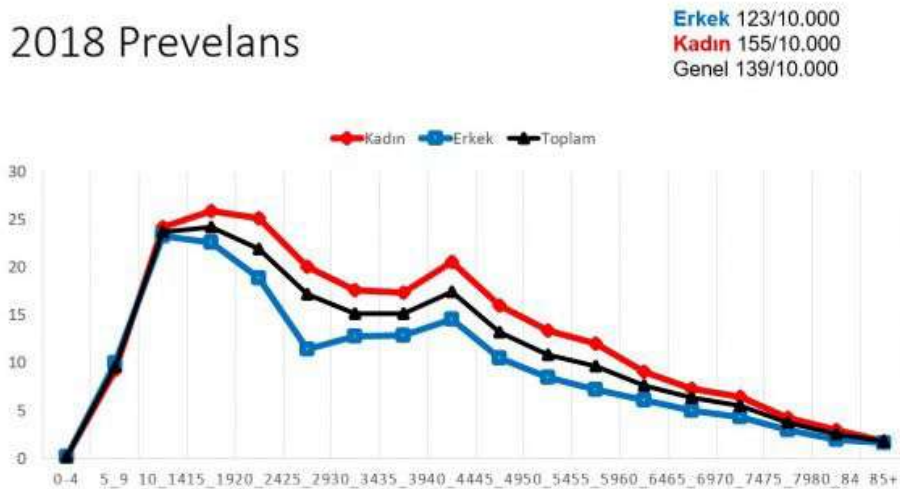
Yöntem: Ülke çapında yapılan kohort değerlendirmesi, Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Bu e-Nabız sistemi, Türkiye’deki seksen milyondan fazla kişinin demografik bilgilerini, laboratuvar sonuçlarını, ilaç geçmişlerini ve eşlik eden hastalıkları içeren klinik kayıtlarını kapsamaktadır. Bu analizde AAA olguları, ICD-10 kodları E85.0 ve alt gruplarına dayanılarak belirlendi. AAA, ICD-10 kodunun en az iki kez 30 günlük bir süre zarfında girilmiş olması kriterine göre tanımlandı. AAA’nın ulusal prevalansı, 1 Ocak-1 Aralık 2018 tarihleri arasında tanımlanan olgu sayısının, aynı dönemde Türkiye’de yaşayan kişi sayısına bölünmesiyle hesaplandı. Tanısal netliği sağlamak için eş zamanlı 40 yaş üstü kristal artropatisi ICD kodu girilmiş olan (M10 ve alt kırılımları) ve kolşisin kullanan bireyler çıkarıldı.

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında 160.897. AAA tanısı alan hasta bulunmaktaydı. Bunların %55,1’i kadındı ve ilk başvuru yaşının ortalaması (standart sapma) 30,7 (20,1) idi. 2018 yılında AAA prevalansı 139/10.000 idi. Kadınlarda bu oran 155/10.000 olurken erkeklerde 123/10.000 olarak hesaplanmıştır (Şekil 1). 2018 yılı insidans oranı genel popülasyonda 2,78/10.000, kadınlara da 3,05/10.000 ve erkeklerde 2,52/10.000 bulunmuştur. Kadın ve erkeklerdeki yaş dağılımları benzer olup pik görülme yaşı 15-19 arasındır.

Sonuç: Ülkemizde daha önce yapılmış AAA prevalans çalışmalarında sıklık %0,25-0,82 arasında çıkmaktadır. Her ne kadar epidemiyolojik çalışmalar ile ICD-10 kodlu hastane başvuruları arasında uyumsuzluk olduğu bilinmekle birlikte, e-Nabız verilerinde saptanan AAA prevalansı literatür ile uyumludur. e-Nabız verileri sayesinde ülkemizde ilk defa AAA insidans oranı da verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, ulusal veri, insidans, prevalans

2018 Prevelans



Şekil 1. AAA hastalarının yaş ve cinsiyet gruplarına göre prevalans dağılımı

AAA: Ailesel Akdeniz Ateşi

AAA'lı bireylerin doğum yerlerinin coğrafik dağılımı: e-Nabız verileri

Hasan Satış¹, Gizem Ayan², Emre Bilgin³, Abdulsamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Hakan Babaoğlu⁵, Erdem Karabulut⁶, Levent Kılıç², Duygu Tecer⁷, Alper Sarı⁸, Orhan Küçükşahin⁹, Serdal Uğurlu¹⁰, Özgür Kasapçopur¹¹, Seza Özen¹², Ahmet Gül¹³, Mustafa Okan Ayvalı¹⁴, Mustafa Mahir Ülgü¹⁴, Naim Ata¹⁵, Şuayip Birinci¹⁶, Umur Kalyoncu²

¹Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹⁰İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

¹³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁴Sağlık Bilgi Sistemleri, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁵Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁶Sağlık Bakanlığı, Bakan Yardımcısı, Ankara

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) hastalığı Türkiye'deki coğrafi dağılımını inceleyen lokal bazlı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar ışığında bazı bölgelerde diğerlerine kıyasla AAA hastalarına daha sıklıkla rastlanıldığı ortaya konulmuştur. Bu çalışmada, Türkiye'deki AAA'lı bireylerin ülke genelindeki dağılımını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ülke çapında yapılan kohort değerlendirmesi, Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Bu e-Nabız sistemi, Türkiye'deki seksen milyondan fazla kişinin demografik bilgilerini, laboratuvar sonuçlarını, ilaç geçmişlerini ve eşlik eden hastalıkları içeren klinik kayıtlarını kapsamaktadır. Bu analizde AAA olguları, ICD-10 kodları E85.0 ve alt gruplarına dayanılarak belirlendi. AAA, ICD-10 kodunun en az iki kez 30 günlük bir süre zarfında girilmiş olması kriterine göre tanımlandı. AAA'lı bireylerin, Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi'nden doğum yerleri bilgileri alındı. Türkiye'deki iç göç sorunu nedeniyle hastaların anne ve babalarının da AAA hastası olmalarına bakılmaksızın doğum yerleri kaydedildi. Her ildeki AAA'lı birey sayısı ile anne ve babalarının sayısı ayrı ayrı o ilin nüfusuna bölünerek AAA yoğunluğu hesaplandı.

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında 160.897. AAA tanısı alan hasta bulunmaktaydı. Bu bireylerin doğum yerlerine bakıldığında, AAA yoğunluğunun en fazla olduğu ilk 3 il sırası ile Ardahan (1.502/100.000), Sivas (1.204/100.000) ve Bayburt (1.171/100.000) olarak bulundu (Şekil 1). Hastaların anne babalarının doğum yerlerine bakıldığında ise en yoğun ilk 3 il Ardahan, Bayburt ve Sinop olarak tespit edildi.

Sonuç: Türkiye'de AAA'lı bireylerin doğum yerlerinin yoğunlukla Ardahan'dan başlayıp Sinop'a kadar uzanan bir hat boyunca olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra Göller Yöresi ve Bitlis bölgesi de diğer yoğunluğun yüksek olduğu yerler arasındadır. Bazı bölgelerde ise AAA sıklığının belirgin olarak düşük olduğu görülmektedir. AAA şüphesi olan hastaların değerlendirmesinde kendisinin ve ailesinin doğduğu şehirlerin de göz önüne alınması klinisyeni yönlendirici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, coğrafi dağılım, epidemiyoloji



Şekil 1. AAA'lı bireylerin anne-baba doğum yerlerinin dağılımı

Dirençli idiyopatik granülopatik mastit hastalarında karşılanmamış ihtiyaç: Anti-TNF tedavisiyle çok merkezli bir deneyim

Nihal Lermi¹, Ali Ekin², Burcu Yağız², Fatih Yıldırım³, Fatih Albayrak⁴, Saliha Sunkak⁵, Selime Ermurat⁶, Dilek Tezcan⁷, Gülşah Yamancan⁸, Şule Ketenci Ertaş⁹, Mine Özşen¹⁰, Mehmet Akif Ötegeçeli⁴, Hamide Kart Köseoğlu¹¹, Bünyamin Kısacık¹², Süleyman Serdar Koca⁸, Cemal Bes¹³, Belkis Nihan Coşkun², Yavuz Pehlivan², Ediz Dalkılıç²

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kars

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

³Sırnak Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sırnak

⁴Gaziantep Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Gaziantep

⁵Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kayseri

⁶Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Bursa

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁸Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁹Acıbadem Kayseri Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kayseri

¹⁰Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

¹¹TOBB ETÜ Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

¹²Sanko Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Gaziantep

¹³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: İdiyopatik granülopatik mastit, meme kanserini taklit edebilen nadir, kronik, enflamatuvar bir meme hastalığıdır. Hastalık genellikle doğurganlık çağındaki genç kadınlarda görülür, ağrılı bir kitle olarak ortaya çıkar ve yaşam kalitesini etkiler. Histolojik olarak, kazeifiye olmayan granülomlar oluşturan dev hücreler ve epitelooid histiyositler görülür. Kortikosteroidler, metotreksat, azatioprin, intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu, İdiyopatik granülopatik mastitli hastaların tedavisinde ilk seçenek ilaçlar olarak kullanılmaktadır. Ancak bu tedavilere dirençli bir grup hastada sonraki tedavi seçenekleri belirsizdir. Ayrıca bu hastaların çoğu gereksiz cerrahi müdahalelere maruz kalmaktadır. Tümör nekroz faktörü-alfa (TNF- α), granülo yapısının korunmasında rol oynar. Dirençli hastalarda TNF- α inhibitör tedavisiyle ilgili literatürde az sayıda olgu raporu ve çok sınırlı veri bulunmaktadır. Amacımız, TNF- α inhibitörlerinin, idiyopatik granülopatik mastit tedavisinde dirençli hastalar için bir alternatif olabileceğini göstermektir.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı ve sekiz ayrı merkezde takip edilen konvansiyonel tedavilere dirençli ve TNF- α inhibitörlerine başlanan idiyopatik granülopatik mastit tanılı 25 kadın hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası M skorları hesaplandı.

Bulgular: Hastalarımızın M skorlarının TNF- α inhibitörleri kullanımı süresi arttıkça azaldığını gözlemledik. Yirmi beş hastanın ADA tedavisinin başlangıcında medyan M skoru 7,00 (6,00-8,00) ve ilk ayda medyan M skoru 5,00 (3,00-6,50) idi. Yirmi bir hastanın 3. ayda medyan M skoru 4,00 (2,5-6,00) idi. On iki hastanın 6. ayda M skorlarının medyan değeri 2,00 (2,00-4,50) idi.

Sonuç: Çalışmamız, idiyopatik granülopatik mastit tedavisinde TNF- α inhibitörlerinin kullanımıyla ilgili veriye sahip en fazla sayıda hastayı içermektedir. Çalışmamızın idiyopatik granülopatik mastit tedavi algoritmalarının geliştirilmesine katkıda bulunacağına inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, idiyopatik granülopatik mastit, tümör nekrozis faktör- α inhibitörleri

PS-138

Retroperitoneal fibrozis: Tek merkez deneyimi

Elif Güngör, Zeliha Ademoğlu, Yelin Koçak Ünsal, Gökçen Umurca Aydemir, Murat Karabacak, Hakan Emmungil

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

Amaç: Retroperitoneal fibrozis (RPF); nadir görülen, retroperitoneumdaki yapıları etkileyen, fibroenflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık tipik olarak abdominal aorta ve ana iliak arter çevresinde görülürken üreterleri tutarak obstrüktif üropatiye neden olabilir. Bu çalışmada, merkezimizde belirtilen tarihlerde RPF tanısı alan hastaların klinik verilerini, takip ve tedavi süreçlerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda 01.01.2008-01.05.2023 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği'ne başvuran ya da konsülte edilen, 18 yaşından büyük, RPF tanısı alan 14 hastanın; demografik özellikleri, klinik takip süreçleri, laboratuvar sonuçları, tedavileri ve nihai takip sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 10'u (%71,5) erkek, 4'ü (%28,5) kadındı. Ortanca yaş 50 idi (29-62). Takip süresi; en uzun 120, en kısa 2 olmak üzere 37,5 aydı. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, risk faktörleri, başvuru klinikleri, tedavi yaklaşımları ve kitle yerleşim yerleri Tablo 1'de özetlenmiştir. En sık semptom yan ağrısı (14/9) ve ikinci sıklıkta karın ağrısıydı (14/5). Hastalar başvuru şikayetleri ve klinik bulgularıyla korele olarak kliniğimize üroloji, genel cerrahi ve nefroloji bölümlerinden konsülte edildi. Hastaların laboratuvar değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. İki hastada anti-nükleer antikor testi pozitif, ancak anti-dsDNA (çift sarmallı DNA) ve Ekstrakte Edilebilir Nükleer Antijen negatifti. Tüm hastaların Antinötrofil sitoplazmik antikor testi negatifti. Tanıda gecikme 2.5 (0-6) aydı. Hastaların 9'unda kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) ve pozitron emisyon tomografisi (PET)/BT, 1'inde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve PET/BT, 3'ünde sadece PET/BT ve 1'inde sadece BT incelemesiyle tanı konuldu. PET/BT çekilen 13 olguda kitlenin ortalama SUV_{maks} değeri 5,56 (SS: 2,41) idi. Sekiz hastaya (%57,1) double J üreteral katater işlemi uygulandı, bu hastaların 3'ününün (%37,5) katateri ortalama 14. ayda çıkartıldı. 5/8 (%62,5) hastanın katateri kalıcı

hale geldi. Kalıcı kataterli hastaların birinde ürosepsis gelişti ve yoğun bakım yatışı gerekti. Kalıcı katater süresi 32 (23-96) aydı. Tüm olgularda orta-yüksek doz kortikosteroid (KS) birinci basamak tedavide kullanıldı. İdame tedavide 11 hastaya azatiyoprin (AZA), 3 hastaya metotreksat (MTX) verildi. Bir hastada KS ve AZA tedavisi altında 1. yılda nüks gelişmesi üzerine siklofosamid verildi. MTX ile idame tedavi alan bir hastada nüks gelişmesi üzerine tedaviye rituksimab ile devam edildi. On dördüncü ayda ve 48. ayda olmak üzere 2 hastada nüks gelişti. Hastalardan birinde AZA ilişkili pankreatit gelişti ve MTX ile devam edildi. Bir hastada MTX ilişkili gastrointestinal intolerans gelişti, tedaviye AZA ile devam edildi. Sekiz hastanın steroid tedavisi ortalama 43,87 (SS: 41,03) ayda kesildi. Altı hastanın (%42,8) steroid tedavisi kesilemedi. Olgularımızın 5'inde (%35,71) tedavi sonrası metabolik tam yanıt, 8'inde (%57,14) kısmi yanıt elde edildi. Bir olguda tedavi sonrası MRG'de tama yakın regresyon saptandı.

Sonuç: RPF teşhisi zor, nadir görülen bir hastalıktır. Kitlenin yerleşim yeri düşünüldüğünde en sık yan ağrısı, karın ağrısı ve hidroüreteronefroz ile prezente olmaktadır. Bu nedenle hastaların ilk başvurduğu klinikler; üroloji, genel cerrahi ve nefroloji bölümleridir. Olgularımızdan elde edilen sonuçlar ve literatür verileri dikkate alındığında, hastaların tedavisi; klinik özelliklerin yanı sıra kitlenin yeri ve tutulum şiddetine göre planlanmaktadır. Bu sebeplerle tedaviyle ilgili standart bir yaklaşım ve fikir birliği bulunmamaktadır. Obstrüktif üropati cerrahi prosedürlerle yönetilirken, KS'ler birinci basamakta kullanılan ajanlardır. Biz de bu çalışmada hem tanı farkındalığını artırmayı, hem de tedavi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık. Ama düşük insidanslı olmasının yanında yüksek morbiditesi olan bu hastalığın tanı ve tedavi yönetimini geliştirmek için daha fazla olgu sayısının olduğu klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hidroüreteronefroz, kortikosteroid, retroperitoneal fibrozis

Tablo 1.	
Değişkenler	Hasta özellikleri
Hasta sayısı	14
Yaş	50 (29-62)
Cinsiyet (erkek/kadın)	10/4
Ortalama VKİ (kg/m ²)	27.5 (SS: 3.5)
Tanıda gecikme (ortalama)	2.5 (0-6) ay
İdiyopatik olgular	14/14
Başvuru semptomları*	Sayı (%)
Yan ağrısı	14/9 (64.2)
Karın ağrısı	14/5 (35.7)
Anüri	14/3 (21.4)
Halsizlik	14/2 (14.2)
Kilo kaybı	14/2 (14.2)
Ateş	14/2 (14.2)
Skrotal ödem	14/2 (14.2)
Pretibial ödem	14/2 (14.2)
Bulantı-kusma	14/2 (14.2)
Başvuru bulguları*	Sayı (%)
Akut böbrek hastalığı	14/8 (57.1)
Yeni gelişen hipertansiyon	14/6 (42.8)
Medikal tedavi (KS ve/veya immünoşüpresif ilaçlar)	14/14 (100)
Cerrahi tedavi	14/8 (57.1)
Üreteral katater (DJ)	14/8 (57.1)
Çift taraflı hidroüreteronefroz	8/7 (87.5)
Tek taraflı hidroüreteronefroz	8/1 (12.5)
Kalıcı üreteral katater	8/5 (62.5)
Risk faktörleri	
Sigara	14/12
Abdominal cerrahi	14/7
Enfeksiyon	14/1
Malignite	14/1
Komorbiditeler	
Hipertansiyon	14/13
Tip 2 diyabet	14/1
Koroner arter hastalığı	14/1
Radyolojik kitle başlangıç seviyesi*	
İnfrarenal aorta ve veya iliak arterler seviyesi	14/12
İnfrarenal vena cava seviyesi	14/3
Bilateral üreterler seviyesi	14/0
Renal hilum-renal arter ve/veya renal ven seviyesi	14/2

*Bir hastada birden fazla semptom, bulgu, öykü veya risk faktörü olabilir. Her değişken çalışmadaki 14 hastanın hepsinde incelendi. VKİ: Vücut kitle indeksi, SS: Standart sapma

Tablo 2.

Ortalama laboratuvar değerleri	Tanı süreci	1. ay	3. ay	Referans aralığı
Hemoglobin	12,07 (SS: 1,8)	13,09 (SS: 1,65)	13,14 (SS: 1,40)	13,7-15,5 g/dL
Üre	49,4 (SS: 21,3)	36,6 (SS: 13,5)	33,2 (SS: 12,9)	17-43 mg/dL
Kreatinin	1,54 (SS: 0,96)	1,04 (SS: 0,31)	0,88 (SS: 0,22)	0,72-1,25 mg/dL
Sedimentasyon	50,9 (SS: 34,7)	24,7 (SS: 21,1)	15,8 (SS: 9,9)	0-15 mm/h
C-reaktif protein (CRP)	36,1 (SS: 43,5)	6,4 (SS: 8,1)	4,9 (SS: 2,9)	0-0,5 mg/L

Nedeni bilinmeyen ateş ile iç hastalıkları servisine yatan hangi hastada erişkin başlangıçlı Still hastalığından şüphelenmeliyiz ve dışlamalıyız: Hacettepe algoritmasının prospektif değerlendirmesinin ilk sonuçları

Büşra Fırlatan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğu Bulat¹, Mustafa Ekici¹, Erdiç Ünal¹, Emre Bilgin², Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹

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

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

Amaç: Erişkin başlangıçlı Still Hastalığı (EBSH) tekrarlayan ateş, artrit ve somon rengi döküntü ile karakterize kompleks, nadir otoenflamatuvar bir hastalıktır. EBSH hastalarının %60-65'inin başvuru bulgusu nedeni bilinmeyen ateştir (NBA). Bu hastalarda EBSH tanısı ancak diğer sebeplerin ekarte edilmesi ile konulabilmektedir. Bu çalışmada, NBA ile başvuran hastalarda EBSH'nin diğer NBA nedenlerinden ayırt edilmesi için daha önceki araştırmamızda oluşturduğumuz algoritmanın kullanılabilirliği prospektif olarak değerlendirilmiştir.

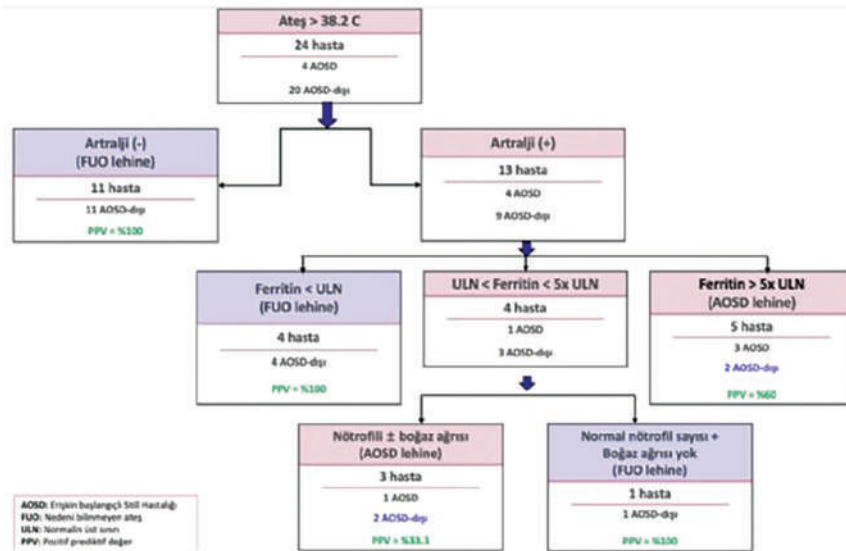
Yöntem: Bu çalışmada, Ocak 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Bölümü servislerine NBA değerlendirilmesi nedeniyle yatan ardışık 29 hasta incelenmiştir. Final tanısı net olmayan 5 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. EBSH'yi diğer NBA nedenlerinden ayırabilmek için 2019'da yayınladığımız algoritma kullanılmıştır. NBA ile araştırılan tüm hastalar başvuru anında, klinik (artralji, boğaz ağrısı) ve temel laboratuvar (ferritin düzeyi, nötrofil sayısı) parametreler kullanılarak algoritmaya uygun sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Genel özellikler: Çalışmaya 24 NBA hastası (14 kadın) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 47,0±18,1 olarak saptandı. Algoritmaya göre 8/24 (%33,3) hasta EBSH, 16/24

(%66,6) NBA koluna ayrıldı. Algoritmaya göre EBSH kolunda olan hastalar: Algoritmanın ön gördüğü 4/8 (%50) hasta EBSH tanısı aldı. Algoritmada EBSH kolunda olmasına karşın final tanı 4/8 hastada farklıydı (2 SLE, 1 sarkoidoz, 1 Castleman hastalığı) ve bunların ikisinde birlikte MAS'de vardı. Algoritmaya göre EBSH kolunda olmayan hastalar: Bu şekilde 16 hasta vardı. EBSH kolunda olmayan hiçbir hastanın final tanısı EBSH değildi. Algoritmaların farklı aşamalarda üç değişik seçeneği vardı (Şekil 1). a) Ateş (+)/artralji (-) (n=11): Hastaların tanıları; primer hemafagositik sendrom, EBV enfeksiyonu, parvovirüs enfeksiyonu, intra-abdominal tüberküloz, enfeksiyöz vaskülit, ilaç ilişkili-ANCA asosiyе vaskülit, VEKSAS, diffüz panbronşiolit and anti-glomerüler bazal membran hastalığı, tekrarlayan pannikülit and intraduktal papiller musinöz neoplazi, diffüz büyük B-hücreli lenfoma ve anaplastik T-hücreli lenfomadır. b) Ateş (+)/artralji (+)/ferritin değeri üst sınırın altında (n=4): Birer GPA, SLE, SnA, lomber bölgede derin doku enfeksiyonudur. c) Ateş (+)/artralji (+)/ferritin değeri (üst limit < ferritin değeri <x5 üst limit)/nötrofilisi ve boğaz ağrısı yok (n=1): mezoteliomadır. Kullanılan algoritmanın EBSH tanısını diğer NBA nedenlerinden ayırt etmede hassasiyeti %100, özgünlüğü %80, pozitif prediktif değeri %50 ve negatif prediktif değeri %100 olarak saptandı.

Sonuç: 2019 yılında retrospektif veriler kullanılarak EBSH'yi diğer olası NBA nedenlerinden ayırt etmede yol gösterici bir algoritma geliştirilmiştir. Son 1,5 yıldır iç hastalıkları servisinde yatan ve NBA nedeniyle bölümümüze danışılan tüm hastalara bu algoritma uygulanmıştır. Final tanısı netleşmiş olan 24 hastanın ilk sonuçlarına göre algoritmanın EBSH koluna yönlendirilen hastaların %50'sine EBSH tanısı konulmuştur. Algoritma özellikle romatolojik hastalık ve MAS gibi durumların varlığında EBSH tanısında yanılmalara neden olmuştur. Ancak EBSH tanısında en önemli durum ekartasyondur. Nitekim bu algoritma kullanılarak EBSH değil denilen tüm hastalarda gerçekten de EBSH dışı başka bir NBA nedeni (enfeksiyon, malignite gibi) saptanmıştır. İlk prospektif sonuçlarımıza göre oluşturduğumuz algoritma EBSH tanısını dışlamada kullanılabilir görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, EBSH, nedeni bilinmeyen ateş, NBA, algoritma



Şekil 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların Hacettepe Romatoloji Algoritması'na göre dağılımları ve son tanıları

Sistemik skleroz hastalarında interstisyel akciğer hastalığı progresyonu ve sağkalım sürelerinin karşılaştırılması: Retrospektif bir kohort çalışması

Aida Shikhaliyeva, Serdar Sezer, Mücteba Enes Yayla, Emine Uslu, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay

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

Amaç: Sistemik skleroz (SSk) hastalarının %40-60'ında görülen interstisyel akciğer hastalığı (İAH), SSk ile ilişkili mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. İAH'nin progresyon bazen erken dönemde bazen de geç dönemde ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, erken ve geç dönem İAH progresyonu olan SSk hastalarının klinik özelliklerini ve sağkalım oranlarını karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, SSk tanısı almış ve İAH progresyonu gösteren toplam 55 hasta incelenmiştir. Hastalar, progresyonun 5 yıl altı (n=25, %45,5) ve 5 yıl üstü (n=30, %55,5) olarak iki gruba ayrılmıştır. Demografik veriler, klinik ve laboratuvar bulgular incelenmiş, iki grup arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Sağkalım analizleri Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak yapılmış ve log-rank testi ile gruplar arası farklar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Her iki grup tanı yaşı ve cinsiyet dağılımı açısından benzer özelliklere sahipti (Tablo 1). İAH paternleri açısından da iki grup benzer özelliklere sahipti. Non-spesifik interstisyel pnömoni en yaygın görülen patern olup, her iki grupta da benzer oranlarda görülmüştür (5 yıl altı: %62,5, 5 yıl üstü: %63,3, p=0,131). Sigara içme durumu gruplar arasında anlamlı bir fark göstermedi; ancak, 5 yıl üstü progresyon grubunda sigara içmeyenlerin oranı daha yüksek saptandı (p=0,065). Kardiyak tutulum ve dijital ülser sırasıyla, 5 yıl altı progresyon grubunda %20 ve %20 iken, 5 yıl üstü progresyon grubunda bu oran %46,7 ve %53,3 olup istatistiksel olarak daha sıkı (p=0,038 ve p=0,011) (Tablo 1). Beş yıl altı progresyon gösteren hastalarda sağkalım süresi ortalaması 4,01±0,33 yıl iken, 5 yıl üstü progresyon gösteren hastalarda bu süre 13,53±1,06 yıl olarak saptanmıştı (p>0,001). NSİP paternine sahip hastalarda sağkalım süresi ortalama 14,37±1,03 yıl iken, DİP paternine sahip hastalarda sağkalım süresi 3,28±0,92 yıl olarak bulundu (p=0,001) (Tablo 2).

Sonuç: Kardiyak tutulumu ve dijital ülseri olanlarda İAH erken dönemde progresye oluyor olabilir. Ayrıca İAH patern tipi de progresyon süresini etkileyebilmektedir. İAH progresyon süresini etkileyebilecek faktörlerin tespiti için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, progresyon, skleroderma

Tablo 1. Akciğer tutulumu progresyonu gösteren skleroderma hastalarında sağkalım oranları

Değişenler	Yıl	p değeri
5 yıl altı	4,01±0,33	>0,001
5 yıl üstü	13,53±1,06	
İAH sınıfı		
NSİP 14,37±1,03	NSİP 14,37±1,03	>0,001
OİP 7,09±1,12	OİP 7,09±1,12	
Fibrotik NSİP 8,27±1,30	Fibrotik NSİP 8,27±1,30	
DİP 3,28±0,92	DİP 3,28±0,92	
FEV1/FVC		
>70	14,58±1,04	0,074
<70	5,47±3,05	
FEV1		
>80	13,76±1,53	0,662
<80	11,82±1,01	
FVC		
>70	14,74±0,94	0,199
<70	7,44±2,56	
DLCO		
>60	15,85±0,00	0,682
<60	14,77±0,92	
Kalp tutulumu		
Var	11,80±1,09	0,312
Yok	13,88±1,04	
PHT		
Var	9,89±2,90	0,164
Yok	12,11±1,26	
Kadın	12,69±1,08	0,145
Erkek	7,99±2,52	

Tablo 2. Skleroderma hastalarında interstisyel akciğer hastalığı progresyonu olan hastalarda klinik özelliklerin karşılaştırılması

Değişkenler	5 yıl altında progresyon, (n=25) (%45,5)	5 yıl üstü progresyon, (n=30) (%55,5)	p değeri
Tanı yaşı	49,55±14,55	51,13±15,95	0,712
Cinsiyet			
Kadın	22 (88,0)	27 (90,0)	0,813
Erkek	3 (12,0)	3 (10,0)	
Klasifikasyon			
Limitli	14 (56,0)	16 (53,3)	0,843
Diffuz	11 (44,0)	14 (46,7)	
İAH paterni			
NSİP	15 (62,5)	19 (63,3)	0,131
OİP	5 (20,8)	6 (20,0)	
Fibrotik NSİP	1 (4,2)	5 (16,7)	
DİP	3 (12,5)	0 (0,00)	0,841
Teleanjektazi	14 (77,8)	15 (75,0)	
Raynoud	24 (96,0)	30 (100)	
PHT	4 (16,0)	5 (16,7)	
Sigara			
Kullanmıyor	9 (60,0)	15 (93,8)	0,065
Kullanıyor	3 (20,0)	1 (6,3)	
Ekssmoker	3 (20,0)	0 (0,0)	
Kapilleroskopi			
Normal	1 (6,3)	2 (18,8)	0,835
Erken	4 (25,0)	5 (29,4)	
Aktif	7 (43,8)	5 (29,4)	
Geç	4 (25,0)	5 (29,4)	0,038
Kalp tutulumu	5 (20,0)	14 (46,7)	
Artrit	2 (8,0)	2 (6,7)	
Artralji	10 (40,0)	14 (46,7)	
Dijital ülser	5 (20,0)	16 (53,3)	
Ampütasyon	1 (4,0)	3 (10,0)	
Motolite bozukluğu	9 (36,0)	17 (56,7)	
ANA pozitifliği	22 (91,7)	29 (96,7)	
Scl70	13 (54,2)	22 (73,3)	
PM/ScI	1 (4,2)	1 (3,3)	
Anti-sentromer	3 (12,5)	2 (7,7)	
CENP	2 (8,7)	2 (6,7)	
NT-PROBNP (medyan)	137	434	
DLCO	59,11±15,11	66,47±17,91	
FVC	86,0±16,79	87,46±21,14	
Fev1	80,9±21,35	83,2±24,71	
Fev1/FVC	76±14,87	78,0±11,40	
sPAB (EKO)	39,10±16,28	43,13±22,59	
İmmünoşüpresif	15 (62,5)	17 (56,7)	
Steroid	10 (41,7)	10 (41,7)	
İliomedin	3 (12,5)	3 (10,0)	
PDE inh	3 (12,5)	0 (0,00)	
KKB	16 (66,7)	20 (66,7)	
Takip süresi	6,46±4,92	12,02±6,35	

PS-141

Venöz tromboz öyküsü olan Behçet hastalarında pulmoner vasküler tutulum sıklığının toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile değerlendirilmesi

Şerife Asya Germe¹, Zehra Özsoy¹, Buğu Bulut¹, Gamze Durhan², Levent Kılıç¹, Ali Akdoğan¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Pulmoner arteriyel tutulum, Behçet hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Pulmoner arteriyel anevrizmalar ve pulmoner arteriyel trombozlar en sık görülen lezyon tipleridir. Behçet hastalarında venöz tromboz sık olmasına rağmen, trombüsün enflamasyona bağlı olarak damar duvarına sıkıca yapışık olması nedeniyle pulmoner tromboembolinin (PTE) nadir görüldüğü düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı venöz tromboz öyküsü olan ancak daha önce pulmoner arteriyel lezyonlar açısından değerlendirilmemiş Behçet hastalarının pulmoner dolaşım sistemini toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) ile değerlendirmektir.

Yöntem: Romatoloji polikliniğinde Behçet hastalığı tanısı ile takipli ve venöz tromboz öyküsü olan (izole tromboflebit hariç) hastalar değerlendirildi (n=74). Bu hastalar arasından toraks BTA çekilmesini kabul eden 43 (%58) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların toraks BTA'ları bu konuda deneyimli bir radyolog tarafından değerlendirildi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, hastalık süreleri ve bulguları, venöz tutulum yerleri, BTA çekimi esnasındaki semptomları, solunum sistemi muayene bulguları, BTA bulguları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 43 hastanın 35'i (%81,4) erkekti. BTA çekimi esnasında hastaların median yaşı 39 (20-73) yılı. Üç hasta BTA çekildiği yıl Behçet tanısı almıştı, 40 hastanın median hastalık süreleri 15 (1-46) yılı. Sekiz (%18,6) hastanın BTA çekimi esnasında pulmoner semptomu (%11,6 öksürük, %9,3 dispne) vardı. Hastaların fonksiyonel kapasiteleri (New York Heart Association); %90,7 sınıf I, %7 sınıf II, %2,3 sınıf III olarak değerlendirildi. Tüm hastaların solunum sistemi muayeneleri normaldi. Otuz bir (%72,1) hastanın alt ekstremitte trombozu, 13 (%30,2) hastanın v. cava inferior trombozu, 9 (%20,9) hastanın serebral venöz sinüs trombozu, 4 (%9,3) hastanın üst ekstremitte trombozu, 2 (%4,7) hastanın Budd Chiari Sendromu, 2 (%4,7) hastanın v. cava superior trombozu öyküsü mevcuttu. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Yirmi (%46,5) hastada pulmoner nodül, 9 (%20,9) hastada atelektazi, 5 (%11,6) hastada buzlu cam görünümü, 4 (%9,3) hastada amfizem, 2 (%4,7) hastada bronşektazi, 1 (%2,3) hastada interstisyel akciğer hastalığı, 1 (%2,3) hastada mediastinal lenf adenopati saptandı. Hastaların hiçbirinde pulmoner emboli, pulmoner arter anevrizması, konsolidasyon, plevral efüzyon izlenmedi.

Sonuç: Bu çalışmada venöz tromboz öyküsü olan Behçet hastalarının hiçbirinde toraks BTA ile pulmoner vasküler lezyon saptanmamıştır. Behçet hastalarında pulmoner vasküler lezyonların

uzun zamanda ve kısmen sekel bırakarak iyileştiği düşünüldüğünde bu bulgular vasküler tutulumda PTE olasılığının düşük olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, bilgisayarlı tomografi anjiyografi, pulmoner emboli, pulmoner vasküler tutulum, venöz tromboz

Tablo 1. Çalışmaya dahil olan Behçet hastalarının klinik özellikleri

Parametreler	Behçet hastaları (n=43), median (Min.-max.), n (%)
Yaş (yıl)	39 (20-73)
Cinsiyet (erkek/kadın)	35/8
Hastalık süresi (yıl)	15 (1-46), n=40
Behçet tanı yaşı (yıl)	26 (8-51)
Venöz tromboz yaşı (yıl)	27 (8-51)
Mukokutanöz tutulum	42 (%97,7)
Göz tutulumu	22 (%51,2)
Gastrointestinal tutulum	2 (%4,6)
Sinir sistemi tutulumu	5 (%11,6)
Kardiyak tutulum	0
Kas-iskelet sistemi tutulumu	10 (%23,3)
Vasküler tutulum	43 (%100)

Min.-max.: Minimum-maximum

PS-142

Tek merkezli kohortta trombositopenili SLE hastalarının klinik özellikleri, tedavi yanıtları ve prognozları

Ömer Uludağ¹, Sarvan Aghamuradov¹, Cansu Erel Gezegen², Marjan Jabbarli², Ismat Habibov², Ahmet Oğuz Çelik², Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹, Bahar Artım Esen¹

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

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

Amaç: Farklı sistemik lupus eritematozus (SLE) kohortlarında trombositopeni sıklığı %10 ile %40 arasında bildirilmiştir. Trombositopeni, tedavisinin klinisyenler için zorlayıcı olabilmesi ve prognoz üzerindeki etkisi nedeniyle önemli bir tutulum şeklidir. Çalışmamızda, tek merkezli kohorttaki trombositopenisi olan SLE

hastalarının klinik ve laboratuvar özelliklerini, tedavi yanıtlarını ve prognozlarını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza SLE tanılı kronik (>12 ay) veya akut (<3 ay) trombositopenisi olan 102 hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri, hastalık aktivitesi (SLEDAI) ve hasar [Sistemik Lupus İşbirliği Klinikleri hasar indeksi, stand yoğunluk indeksi (SDI)] retrospektif olarak incelendi. Trombositopeni, trombosit sayısının <100x10⁹/L olması olarak tanımlandı. “Erken”, “başlangıç” ve “kalıcı” tedavi yanıtları sırasıyla 1. hafta, 1. ay ve 6. ayda trombosit sayısının >30x10⁹/L olması ve başlangıç değerinin en az 2 katına çıkması olarak tanımlandı. Remisyon tedaviden 12 ay sonra trombosit sayısının >100x10⁹/L olması ve relaps, remisyonadaki bir hastada trombosit sayısının <100x10⁹/L olması veya >%50 azalması olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların özellikleri Tablo 1’de ve seyirlerine ilişkin akış şeması Şekil 1’de gösterilmiştir. SLE tanısında akut trombositopenisi olan 66 hastanın ortalama SLEDAI’sı 16,8 (±9,9) olup, 40’ında SLEDAI >12 idi. Trombosit sayısı 17’sinde (%25,7) ≤20x10⁹/L, 30’unda (%45,5) >50x10⁹/L idi. Altmış beş hasta (%98,5) glukokortikoidlerle tedavi edildi, 32’sinde intravenöz pulse steroid verildi. Hastaların 4’ünde (%6,1) intravenöz immünglobulin gerekirken, 20’sinde (%30,3) siklofosfamid, 29’unda (%43,9) azatioprin, 9’unda (%13,6) mikofenolat mofetil kullanıldı. Hastaların 21’inde (%31,8) erken yanıt, 50’inde (%75,8) başlangıç yanıtı, 60’ında (%90,9) kalıcı yanıt elde ve 38’inde en az 1 relaps görüldü. İmmünsüpresiflerden yalnızca siklofosfamid relaps riskini azaltıyordu (relaps oranı: %10 vs. %39,1, p=0,021). Erken yanıtın azalmış relaps riskiyle ilişkisi gösterilemedi. İlk relapsta, 25 hastanın 9’una rituksimab uygulandı ve 7’sinde tekrar relaps olmadı. Refrakter hastalık nedeniyle splenektomi yapılan 5 hastanın 4’ünde relaps olmadı. Lojistik regresyon analizinde anti-fosfolipid antikorlarının varlığı artmış relaps riski ile ilişkili bulundu [olasılık oranı (95% güven aralığı): 3,8 (1,4-10,3), p=0,009]. Hastaların 24’ünde minör kanama, 13’ünde majör kanama gerçekleşti. Altmış beş hastada SDI ≥1 iken en az 1 relaps yaşayan hastalarda hasar relapsız olanlara göre daha yüksekti (ortalama SDI: 2,7 (±2,4) vs. 1,4 (± 2,0), p=0,008].

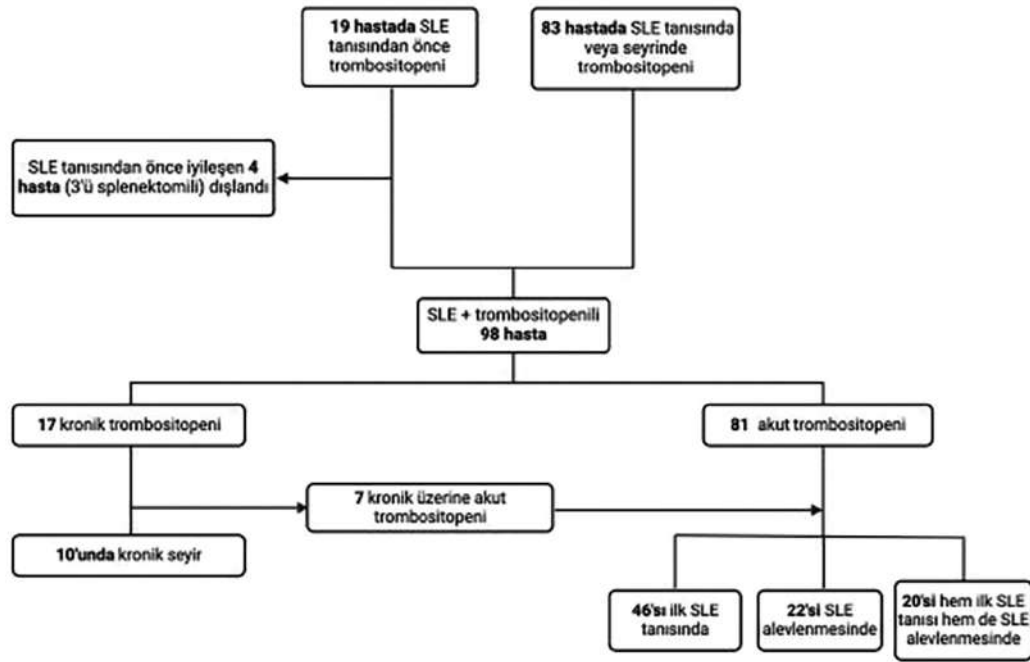
Sonuç: Anti-fosfolipid antikor pozitif hastalar daha yüksek relaps riskine sahiptir. Relaps daha yüksek hasar ile ilişkili olduğundan önlenmesi önemlidir. Siklofosfamid tedavisi daha düşük relaps riski ile ilişkili olabilir. Relaps olgularda etkinliği gösterilen rituksimab başlangıç tedavisinde değerlendirilebilir ve refrakter hastalarda splenektomi düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, immün trombositopeni, hastalık aktivitesi, hasar

Tablo 1. Kohortun demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Hastalar (n=102)	Hastalar (n=102)	
Tanı yaşı (yıl), medyan (IQR)	28 (21-38,25)	- Hemolitik anemi	27 (26,5)
Hastalık süresi (ay), medyan (IQR)	143,5 (81,75-240,25)	- Lökopeni	52 (51)
Kadın, n (%)	90 (88,2)	- Nöropsikiyatrik	23 (22,5)
SLE + aFL, n (%)	31 (30,4)	Laboratuvar bulguları, n (%)	
SLE + AFS, n (%)		- ANA	97,1
- Trombotik	12 (11,8)	- Anti-dsDNA	75 (73,5)
- Obstetrik	5 (4,9)	- Anti-Sm	21 (20,6)
- Trombotik + obstetrik	8 (7,8)	- Hipokomplementemi	79 (77,5)
Klinik bulgular, n (%)		- Pozitif Direkt Antiglobulin testi	16 (15,7)
- Malar raş	51 (50)	- Lupus antikoagulanı	39 (38,2)
- Alopesi	64 (62,7)	- aKL IgG >40	18 (17,6)
- Diskoid raş	4 (3,9)	- aKL IgG 20-40	15 (14,7)
- Oral/Nasal ülser	33 (32,4)	- aKL IgM >40	19 (18,6)
- Artrit	58 (56,9)	- aKL IgM 20-40	16 (15,7)
- Plörit	12 (11,8)	- aβ2GPI IgG	11 (10,8)
- Perikardit	12 (11,8)	- aβ2GPI IgM	11 (10,8)
- Lupus nefriti	42 (41,2)		

IQR: Çeyrekler açıklığı, SLE: Sistemik lupus eritematozus, IgG: Immunoglobulin G, IgM: Immunoglobulin M, AFS: Anti-fosfolipid sendromu, ANA:

**Şekil 1.** Akış şeması

SLE: Sistemik lupus eritematozus

Kolşisin dirençli AAA hastalarında ek enflamatuvar hastalıkların sıklığı, dağılımı ve risk faktörleri

Abdullah Doğan, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Rekküren febril serozit atakları ile karakterize Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) hastalarının esas tedavisi kolşisin olup hastaların %5-10 kadar az bir kısmında direnç ve/veya intolerans görülebilmektedir. AAA'nın ilginç bir özelliği de ek enflamatuvar hastalıklara (EİH) eğilimin artmasıdır. Kolşisin tedavisine dirençli AAA (kd-AAA) hastalarında görülen EİH sıklığı ve bununla ilişkili olabilecek durumlar ise henüz yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmada biz de kd-AAA hastalarında gelişen EİH sıklık ve dağılımını araştırdık.

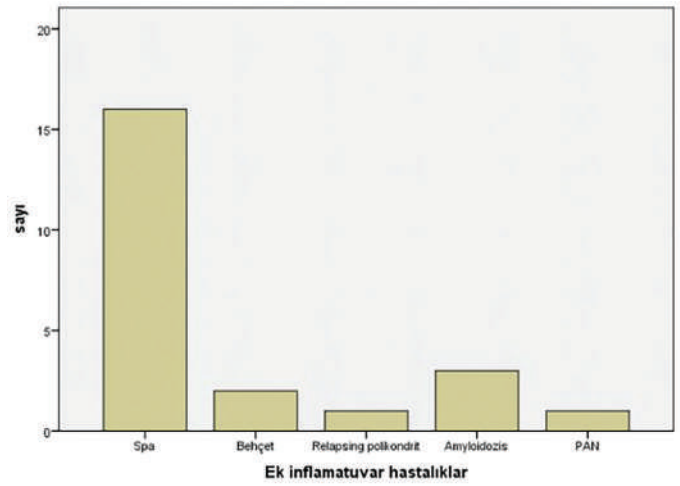
Yöntem: Bu çalışmaya Tel Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı almış, 2016-2023 yılları arasında hastanemizde takipli ve kolşisin tedavisine direnç geliştirmiş olan hastalar dahil edildi. Kolşisin direnci ≥ 6 ay boyunca tolere edilen maksimum dozda kolşisin almasına rağmen hastanın 1 veya daha fazla atak geçirmesi olarak tanımlandı. Hastaların klinik, demografik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan EİH geliştirenler Grup 1, geliştirmeyenler Grup 2 olarak belirlendi. Her iki grup arasında demografik, klinik ve laboratuvar bulguları açısından istatistiksel farklılık olup olmadığı incelendi. İstatistik analiz yöntemi olarak SPSS version-25 kullanıldı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (karar numarası: 2024-303, tarih: 28.06.2024).

Bulgular: Yüz dört hastanın yaş ortalaması $35,5 \pm 11,0$ olup 57'si (%54,8) kadındı. Ortalama hastalık süreleri $14,98 \pm 0,88$ yıl olup %67,3'ünde aile hikayesi pozitif. Yetmiş iki hastada *MEFV* gen mutasyonu çalışılmış ve %95,8'inde mutasyon saptanmıştı. Grup 1'in yaş ortalaması $38,26 \pm 9,38$ olup 14'ü kadındı. 23(%22,1) hastada EİH gelişmiş olup bunların 16'sı (%69,6) spondiloartrit (SPA) hastasıydı. Diğer hastalardan 3'ü amiloidoz, 2'si Behçet, 1'i relapsing polikondrit ve 1'i palıarteritis nodoza geliştirmişti (Tablo 1, Şekil 1). SPA'lı hastaların 11'inde (%68,8) radyografik/ankilozan spondilit ve 5'inde non-radyografik SPA (14 aksiyel SPA, 2 periferik SPA) vardı (Tablo 2). *MEFV* gen mutasyonu Grup 1 hastalarda %56,5 saptanırken Grup 2 hastalarda %69,1 saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,09$). Hastalık süresi ve aile hikayesi bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık vardı (sırası ile $p=0,01$, $p=0,04$). Ortalama C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve fibrinojen değerleri Grup 1'de Grup 2 hastalarından anlamlı olarak yüksekti ($p<0,01$).

Gruplar arasında platelet/lenfosit, nötrofil/lenfosit, sistemik enflamasyon indeksi değerlerinde de anlamlı farklılık yoktu. Çalışmamızda kd-AAA hastalarında EİH sıklığı, dağılımı ve etkili olabilecek klinik demografik ve laboratuvar faktörlerini araştırdık. Hastalarımızda EİH'den en sık SPA (%69,6) gelişmiş olup literatür verisiyle uyumluydu. EİH eğilimin artmış olması AAA'da *MEFV* geni mutasyonuna bağlı enflamatuvar upregülasyon nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir. AAA hastalarında SPA gelişiminde ise HLA-B27 pozitifliğinin rolü olabileceği belirtilmektedir. Literatürde AAA hastalarında gelişen EİH hakkında az sayıda çalışma olup çalışmamız kd-AAA hastalarını ele alan ilk çalışmadır. Çalışmamızda Grup 1 ile Grup 2 arasında *MEFV* geni mutasyonu bakımından anlamlı bir fark bulunmadı. Bunun sebebi tüm hastalarda *MEFV* mutasyonun çalışılmamış olması da olabilir. Ayrıca HLA-B27, Grup 1 hastaların %8,7'sinde pozitif olup Grup 2'den yüksek bulunmuştu. Bu duruma çalışmamızda ikinci romatolojik hastalığın ağırlıklı olarak SPA olmuş olması etki etmiş olabilir. Çalışmamızda kd-AAA için pozitif aile hikayesinin olması ve uzun hastalık süresi Grup1 hastalarda anlamlı yüksek bulunmuş ve EİH gelişimi için risk faktörü olabilecekleri değerlendirilmiştir. Ayrıca Grup 1 hastalarda CRP, ESH ve fibrinojen değerlerinin yüksek seyretmesi EİH gelişimi ile ilişkili bulundu ($p<0,001$).

Sonuç: Pozitif aile hikayesi ve kolşisin tedavisine rağmen sebat eden akut faz değerleri olması ve AAA ile ilişkilendirilemeyen klinik bulgu varlığında, AAA hastalarında SPA başta olmak üzere EİH ihtimali akılda tutulmalıdır. Ayrıca kd-AAA hastalarında devam eden enflamasyonun etkili tedavi ajanları ile kontrol altına alınması EİH gelişiminin azalmasında faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, ek enflamatuvar hastalık, risk faktörleri



Şekil 1. Ek enflamatuvar hastalık dağılımı

Tablo 1. Tüm hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Tüm hastalar (n,%)	Grup 1 (n,%)	Grup 2 (n,%)	p-değeri
n (%)	104 (100)	23 (22,1)	81 (77,9)	
Yaş (mean ± SS)	35,5±11,0	38,26±9,38	34,76±11,35	
Kadın	57 (54,8)	14 (60)	43 (53)	0,67
Hastalık süresi	14,98±0,88	20,39±9,63	13,39±8,24	<0,01
Aile hikayesi (+)	70 (67,3)	19 (82,6)	51 (63)	0,04
Ateş	89 (85,6)	22 (95,7)	67 (82,7)	0,10
Peritonit	98 (94,2)	22 (95,7)	76 (93,8)	1
Artrit	54 (51,9)	15 (65,2)	39 (48,1)	0,2
Plörit	20 (19,2)	6 (26,1)	14 (17,3)	0,3
EBE	14 (13,5)	2 (8,7)	12 (14,8)	0,7
Perikardit	5 (4,8)	1 (4,3)	4 (4,9)	1
Atak sayısı/yıl	12,68±0,74	15,30±9,31	11,93±6,87	0,059
Genetik mutasyon (n=72)	69 (95,8)	13 (56,5)	56 (69,1)	0,2
Apendektomi	7 (6,7)	1 (4,3)	6 (7,4)	1
CRP (mean ± SS)	4,5±6,7	10,78±12,14	2,79±2,02	<0,01
ESH (mean ± SS)	15,7±12,4	28,13±16,54	12,18±8,17	<0,01
Fibrinojen (mean ± SS)	280,2±64,9	347,30±61,45	261,14±52,18	<0,01
PLO (mean ± SS)	131,4±49,1	136,05±53,81	130,14±47,96	0,61
NLO (mean ± SS)	2,3±1,1	2,24±1,01	2,33±1,16	0,71
Sİİ (mean ± SS)	598,0±310,5	629,67±323,00	589,02±308,38	0,58
ÜP	26 (5)	13 (56,5)	13 (16)	<0,01
Serum AA (mean ± SS)	3,5±8,6	6,29±10,32	2,68±8,07	0,21
EİH	23 (22,1)	23 (100)	0 (0)	
HLA-B27 (+) (n=24)	2 (1,9)	2 (8,7)	0 (0)	<0,01

Grup 1: Ek enflamatuvar hastalık gelişen AAA hastaları, Grup 2: Ek enflamatuvar hastalık gelişmeyen AAA hastaları, EBE: Erişim benzeri eritem, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, PLO: Platelet lymphocyte, NLO: Neutrophill/lymphocyte, Sİİ: Sistemik enflamasyon indeksi, ÜP: Üriner protein, Serum AA: Serum amiloid A protein, EİH: Ek enflamatuvar hastalık, SS: Standart sapma, AAA: Ailevi Akdeniz Ateşi

Tablo 2. Ek enflamatuvar hastalık dağılımı ve oranları

	Sayı	Oran (EİH)	Oran (Total)	Sayı	Oran (SPA)	
EİH yok	81		77,8			
EİH var						
SPA	16	69,6	15,3	Aksiyal SPA	14	87,5
Amiloidozis	3	13	2,8	Prerifek SPA	2	12,5
Behçet	2	8,7	1,9			
PAN	1	4,3	0,9			
Relapsing polikondrit	1	4,3	0,9			
Total	23	100	100			

EİH: Ek enflamatuvar hastalık, SPA: Spondiloartrit

Takayasu arteritinde düzenli vasküler görüntüleme gerekliliğinin değerlendirilmesi

Fatih Yıldırım¹, Muhammet Emin Kutu², Fatih Taştekin³, Tuğba Ocak⁴, Hasan Kocaayan⁵, Sema Işık⁶, Senar Şan⁷, Safiye Bakkal⁸, Ayşegül Avcu⁹, Burcu Ceren Ekti Uludoğan¹⁰, Cemal Beş¹, Gökhan Keser³, Yavuz Pehlivan⁴, Ediz Dalkılıç⁴, Servet Akar⁵, Ahmet Omma⁶, Ayten Yazıcı⁷, Ayşe Çefle⁷, Gökçe Kenar⁸, Fatoş Önen⁸, Fatma Alibaz⁹, Haner Direskeneli⁹, Nazife Şule Yaşar Bilge¹⁰, Nilüfer Alpay Kanitez¹¹

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

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

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

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁵Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁸Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹⁰Eskişehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Klinik belirtiler olmaksızın devam edebilen hafif vasküler enflamasyon ve hastalık aktivitesinden bağımsız devam edebilen vasküler fibrozis sebebiyle Takayasu arteritinde (TA) progresyonu kavramak ve saptamak zor olabilmektedir. Günümüzde Avrupa Romatoloji Dernekleri İttifakı klinik bulgulara göre şartlı olarak, Amerikan Romatoloji Cemiyeti (ACR) ise rutin klinik değerlendirmeye ek olarak düzenli şekilde non-invazif görüntüleme kontrolü önermektedir. Tüm bunlarla birlikte

düzenli görüntüleme kontrolünün klinik uygulamadaki faydası konusunda literatür verileri oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada TA takibinde görüntüleme kararlarının klinik aktivite ile ilişkisinin ve görüntüleme kontrollerinin klinik pratikteki etkisinin araştırılması planlandı.

Yöntem: Çalışma geniş ölçekli çok merkezli retrospektif kohort analizi şeklinde tasarlandı. Çalışmaya 11 üçüncü basamak merkezden 1990 ACR tanı kriterlerine göre tanı almış toplam 204 erişkin TA'lı hasta dahil edildi. Her merkez kendi belirlediği sıklık ve görüntüleme teknikleri ile görüntüleme kontrolü yapmıştı. Tüm görüntüleme bulguları, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif şekilde kaydedildi. Her görüntüleme kontrolündeki hastalık aktivite durumu ve tedavi değişiklikleri incelendi.

Bulgular: Hastaların 177'si (%86) kadındı, median yaş 44 (33-56), ve median takip süresi 6 yıldır. İki yüz dört hastadan toplamda 580 görüntüleme kaydedildi. Klinisyenlerce en sık tercih edilen görüntüleme yöntemleri sırasıyla manyetik rezonans anjiyografi (37,5%) and bilgisayarlı tomografi anjiyografydi (32,2%) (Tablo 1). Beş yüz seksen görüntülemenin 116'sında (%20) progresyon ya da aktivite saptandı (Tablo 2). Görüntüleme kontrolü yapılan vizitlerin 236'sında (%41) tedavi değişikliği yapılmıştı. Hekim global değerlendirme (PGA) [olasılık oranı: 6,175 (3,662-10,411), p<0,001] ve radyolojik progresyon/aktivite varlığı [OR: 11,308 (5,261-24,305), p<0,001] tedavi değişikliği için bağımsız belirleyicilerdi. Görüntülemelerin 418'i (%72) PGA negatif iken yapılmıştı. PGA inaktif iken yapılan görüntülemelerin sadece 18'inde (%4) radyolojik aktivite ya da progresyon saptanmıştı (Tablo 3).

Sonuç: TA'da radyolojik progresyon/aktivite varlığı ve PGA tedavi değişikliklerinin ana belirleyicileridir. Bununla birlikte yapılan görüntüleme kontrollerinin büyük çoğunluğunda aktivite ya da progresyon saptanmamaktadır. Dahası, klinik olarak inaktif hastalarda saptanan görüntüleme bulguları tedaviyi değiştirme konusunda klinisyenleri çoğunlukla ikna edememektedir. TA takibinde görüntüleme kontrolünü düzenli şekilde yapmak yerine bireyselleştirmek iş yükünü hafifletebilir, radyasyon maruziyetini azaltabilir ve daha maliyet etkin olabilir. TA takibinde düzenli görüntülemenin hasar üzerine etkisiyle ilgili analizlerimiz devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, görüntüleme, takip, vasküler

Tablo 1. Radyolojik progresyon/aktivite varlığına göre klinik bulgular

	Radyolojik progrsyon/aktivite (+) n: 116	Radyolojik progrsyon/aktivite (-) n: 464	P değeri
Yaş, median, (IQR)	36 (30-51)	48 (35-59)	<0,001
Kadın, n (%)	98 (84,5)	408 (87,9)	0,319
TA tip, n (%)			
Type 1	35 (30,2)	154 (34,1)	0,428
Type 2a	11 (9,5)	39 (8,4)	0,711
Type 2b	7 (6)	56 (12,1)	0,062
Type 3	6 (5,2)	21 (4,5)	0,768
Type 4	5 (4,3)	34 (7,3)	0,246
Type 5	52 (44,8)	156 (33,6)	0,024
Görüntüleme tekniği, n (%)			
USG	12 (10,3)	114 (24,6)	0,001
BTA	46 (39,7)	141 (30,4)	0,056
MRA	44 (37,9)	174 (37,5)	0,932
PET	11 (9,5)	29 (6,3)	0,219
KA	3 (2,6)	6 (1,3)	0,314
KERR aktif, n (%)	91 (78,4)	49 (10,6)	<0,001
PGA aktif, n (%)	98 (84,5)	64 (13,8)	<0,001
Yüksek CRP, n (%)	58 (50)	81 (17,5)	<0,001
Tedavi değişikliği, n (%)	107 (92,2)	129 (27,3)	<0,001
GC azaltma/kesme	4 (3,4)	66 (14,2)	<0,001
cDMARD azaltma/kesme	1 (0,9)	8 (1,7)	0,502
bDMARD azaltma/kesme	2 (1,7)	2 (0,4)	0,132
GC arttırma/kesme	62 (53,4)	24 (5,2)	<0,001
cDMARD arttırma/kesme	78 (67,2)	18 (3,9)	<0,001
bDMARD arttırma/kesme	60 (51,7)	16 (3,4)	<0,001
İnvaziv girişim kararı	8 (6,9)	7 (1,5)	<0,001

USG: ultrasonografi, BTA: bilgisayarlı tomografi anjiyografi, MRA: manyetik rezonans anjiyografi, PET-CT: pozitron emisyon tomografi, KA: konvansiyonel anjiyografi, PGA: physician global activity, CRP: c reaktif protein, GC: glukokortikoid, cDMARD: conventional disease-modifying drug, bDMARD: biological disease-modifying drug, IQR: interquartile range, TA: Takayasu arteriti

Tablo 2. Tedavi değişikliği belirleyicileri için multivariate analiz

	p-değeri	OR (95% CI)
PGA	<0,001	6,175 (3,662-10,411)
KERR	0,977	1,014 (0,405-2,540)
CRP	0,159	1,497 (0,854-2,622)
Radyolojik aktivite/Progresyon	<0,001	11,308 (5,261-24,305)

PGA: Hekim global değerlendirme, CRP: C-reaktif protein, OR: Olasılık oranı, CI: Güven aralığı, KERR:

Tablo 3. PGA'ya göre görüntüleme yöntem ve bulgularının dağılımı

	PGA aktif n=162 (28)	PGA inaktif n=418 (72)	p-değeri
Radyolojik progresyon/Aktivite (+), n (%)	98 (84,4)	18 (15,6)	<0,001
USG	10 (83,3)	2 (16,7)	<0,001
BTA	39 (84,8)	7 (15,2)	<0,001
MRA	37 (84,1)	7 (15,9)	<0,001
PET	9 (81,8)	2 (18,2)	<0,001
KA	3 (100)	0 (0)	0,058
Radyolojik progresyon/Aktivite (-), n (%)	64 (13,7)	400 (86,2)	<0,001
USG	14 (12,3)	100 (87,7)	<0,001
BTA	21 (14,8)	120 (85,2)	<0,001
MRA	21 (12,1)	153 (87,9)	<0,001
PET	6 (20,7)	23 (79,3)	0,266
KA	2 (33,3)	4 (66,7)	0,162

PGA: Hekim global değerlendirme, USG: Ultrasonografi, BTA: Bilgisayarlı tomografi anjiyografi, MRA: Manyetik rezonans anjiyografi, PET: Positron emisyon tomografi, KA: Konvansiyonel anjiyografi

Psoriatik artritte sakatlık durumu ve ilişkili faktörler

Selin Gürleyen¹, Ayten Özkan², Kübra Yücel¹, Ebru Çiçek¹,
Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) sakatlık (disability) durumunun değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin gözden geçirilmesi.

Yöntem: PsA Sınıflandırma Kriterlerine göre PsA olarak sınıflandırılan hastalar standart bir değerlendirme formu ile değerlendirilerek demografik, klinik ve laboratuvar verileri kesitsel olarak toplanmıştır. Sakatlık için Sağlık Değerlendirme Anketi kullanılmıştır ve ≥ 1 ortak-yüksek olarak kabul edilmiştir. Yaşam kalitesi için kısa form-36 (SF-36), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI) ve Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), aktivite içinse Disease Activity in PsA ve PsA Disease Activity Score kullanılmıştır. Verilerin dağılım özelliklerine göre sürekli değişkenler ve kategorik verilerin ikili grup karşılaştırılmalarında t-test/Mann-Whitney U testi ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: İki yüz on dört PsA hastası [ortalama yaş: $52 \pm 11,9$; kadın cinsiyet: 144 (%67,3)] çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta grubunda ortanca HAQ 0.32 (çeyrekler açıklığı: 1,1) ve orta-yüksek sakatlık durumunda olan hasta oranı %31,8 olarak bulundu. Sakatlığı olan hastaların yaşları daha ileri ve kadın cinsiyet oranı daha yüksekti ve daha kısa eğitim süresine sahiptiler (Tablo 1). Hastalık domainleri içerisinde entezit, aksiyel tutulum ve tırnak tutulumu sakatlık ile ilişkilidir. Güncel değerlendirmede hassas eklem sayısı ve entezit varlığı HAQ ≥ 1 olan grupta daha yüksek olarak bulunmuştur. BASFI, DLQI ve SF-36 ile değerlendirilen yaşam kalite ölçütlerinin sakatlık olan grupta daha kötü olduğu görülmüştür. Benzer şekilde aktivite de bu grupta daha yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: PsA hastalarının 1/3'ünde HAQ'a göre sakatlık mevcuttur. PsA ve psoriasis süresinden bağımsız bir şekilde yaşam kalitesi ve aktivite ile yakın ilişkilidir. Obezite ve hastalık aktivitesi gibi değiştirilebilir faktörlerden etkilenmesi nedeni ile bu durumların kontrolü sakatlığın önlenmesi için önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, sakatlık, aktivite

Tablo 1. Sakatlık durumuna göre grupların özellikleri

Değişkenler	HAQ<1 (n=146)	HAQ ≥ 1 (n=68)	p-değeri
Yaş, ortalama \pm SS	50,9 \pm 11,8	54,7 \pm 11,7	0,020
Kadın cinsiyet, n; %	91; 62,3	53; 77,9	0,023
Tanı süresi, ortalama \pm SS	7,2 \pm 6,9	7,6 \pm 7,0	>0,05
Psoriasis süresi; ortalama \pm SS	15,8 \pm 11,8	16,5 \pm 13,1	>0,05
Sigara kullanımı, n; %	86; 59,3	47; 70,1	>0,05
Eğitim süresi, ortalama \pm SS	9,5 \pm 4,1	7,5 \pm 3,8	0,001
VKİ, obez (>30), n; %	102; 69,9	58; 85,3	0,016
Hastalık paternleri			
Artrit, n; %	114; 78,1	57; 83,8	>0,05
Entezit, n; %	51; 34,9	46; 67,6	<0,001
Daktilit, n; %	40; 27,4	20; 29,4	>0,05
Aksiyel tutulum, n; %	90; 61,6	57; 83,8	0,001
Tırnak tutulumu, n; %	57; 39,6	38; 55,9	0,026
Metotrexate kullanımı, n; %	89; 61,4	41; 60,3	>0,05
Biyolojik tedavi, n; %	30; 20,5	22; 32,4	>0,05
Hassas eklem sayısı, ortalama \pm SS	3,3 \pm 6,6	10 \pm 12,8	<0,001
Şiş eklem sayısı, ortalama \pm SS	0,4 \pm 1,2	0,5 \pm 1,2	>0,05
Leeds entezit skoru, ortalama \pm SS	0,6 \pm 1,3	1,8 \pm 2,1	<0,001
BSA, ortalama \pm SS	1,1 \pm 1,9	1,3 \pm 1,9	>0,05
CRP mg/L, ortalama \pm SS	6,3 \pm 10,5	8,2 \pm 9,4	0,028
BASFI, ortalama \pm SS	1,2 \pm 1,3	4,8 \pm 2,3	<0,001
DLQI, ortalama \pm SS	1,6 \pm 2,6	3,5 \pm 4,6	0,012
DAPSA, ortalama \pm SS	14,3 \pm 12,3	27 \pm 17,9	<0,001
PASDAS, ortalama \pm SS	2,7 \pm 1,24	4,5 \pm 0,9	<0,001
SF-36			
Mental komponent skoru, ortalama \pm SS	63,3 \pm 10,5	57,5 \pm 11,1	<0,001
Fiziksel komponent skoru, ortalama \pm SS	57,6 \pm 12,3	40,9 \pm 9,1	<0,001

HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, SS: Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, DLQI: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, DAPSA: PsA için hastalık aktivitesi indeksi, PASDAS: PsA hastalığı aktivite skoru, SF: Kısa form, PsA: Psoriatik artrit, VKİ: Vücut kitle indeksi

Psoriatik artiritte hasta kabul edilebilir semptom durumu ile kompozit aktivite ölçeklerinin karşılaştırılması

Selin Gürleyen¹, Hasan Kocaayan², Kübra Yücel¹, Ebru Çiçek¹, Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Klinik uygulamada kullanılan Psoriatik artrit (PsA) aktivite ölçeklerinin hasta tarafından kabul edilebilir semptom durumu (PASS) ile karşılaştırılması.

Yöntem: Çalışmaya romatoloji kliniğinde takip edilen ve Psöriyatik Artrit Sınıflandırma Kriterlerine göre PsA olarak sınıflandırılan 216 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özelliklerinin yanısıra aktivite ve yaşam kalite ölçekleri elde olundu. Aktivite için hastalık aktivite skoru-C reaktif protein (DAS28-CRP), PsA için hastalık aktivitesi indeksi, PsA hastalığı aktivite skoru, Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi skoru ve minimal hastalık aktivitesi (MDA) kullanılırken yaşam kalitesi için Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ skoru), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI), Beş Boyutlu Avrupa Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) kullanıldı. Hasta grubu PASS pozitif (PASS +) ve PASS negatif (PASS -) olmak üzere iki gruba ayrıldı ve tüm karşılaştırmalar bu iki grup üzerinden yapıldı.

Bulgular: Çalışma grubu ortalama yaş 52, %67 kadın cinsiyetten oluşmaktaydı. PASS (+) olan hasta oranı %77 bulundu. PASS durumuna göre iki gruba ayrılarak yapılan değerlendirmede demografik özelliklerde ve laboratuvar değerlendirmelerinde

farklılık saptanmadı. Buna karşın klinikte PASS (-) grupta daha fazla entezit (%75,5 vs. %35,9; p<0,001) ve aksiyel semptom (%85,7 vs. %62,9; p=0,003) varlığı gözlemlendi. Hassas eklem sayısı yine PASS (-) grupta anlamlı derece daha yüksekti (10 vs. 4.1; p<0,001). Şiş eklem sayısı gruplar arasında benzer olarak bulundu. Aktivite ölçeklerine bakıldığında ise PASS (-) grupta tüm aktivite ölçekleri daha yüksekti (Şekil 1). Benzer şekilde yaşam kalitesi değerlendirmeleri de yine bu grupta daha bozulmuş olarak bulundu. PASS ile remisyon/LDA arasında ki en iyi uyumu gösteren ölçekler MDA (%63,9) ve DAS28-CRP (%67,5) olarak bulundu (Tablo 1).

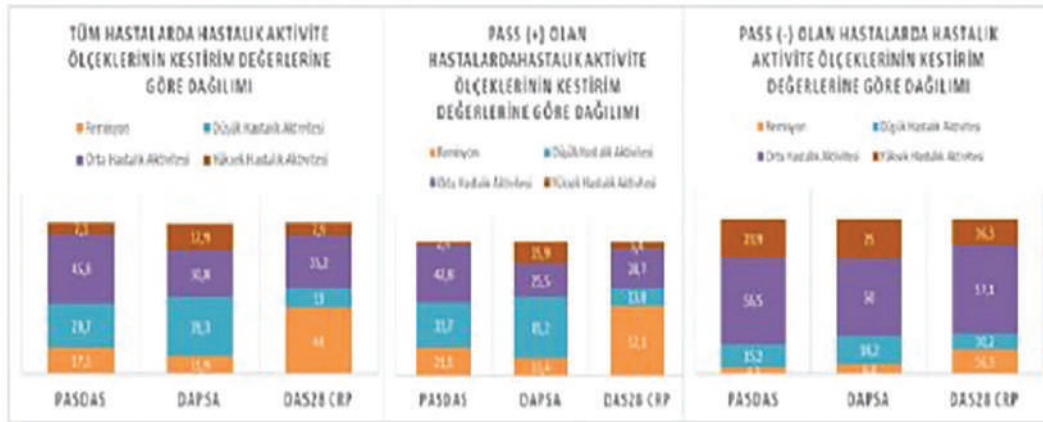
Sonuç: PASS'ye göre değerlendirildiğinde entezit, aksiyel semptomlar ve eklem tutulumu varlığı belirgin şekilde bu duruma etki etmektedir. PASS ile kompozit aktivite ölçekleri arasında orta derecede bir uyum olduğu gözlemlendi. Ölçeklere göre orta veya daha yüksek değerlerde dahi PASS (+) oranların yüksek olması nedeniyle aktivite değerlendirmesi yapılırken sadece ölçekler değil hasta kararı da göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi değişikliği açısından uyumsuzluğun olduğu grupların takiplerde değerlendirmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, hastalık aktivitesi, PASS

Tablo 1. PASS ile remisyon ve LDA arasındaki uyum ve ilişki

Değişkenler	PASS		
	Kappa	Korelasyon	Uyum oranı
DAS28 remisyon/LDA	0,299	0,333	%67,5
PASDAS remisyon/LDA	0,232	0,291	%60,3
DAPSA remisyon /LDA	0,233	0,278	%62,2
MDA	0,316	0,400	%63,9
VLDA	0,051	0,132	%32,9

PASS: Hasta tarafından kabul edilebilir semptom durumu, DAS28: Aktivite için hastalık aktivite skoru, PASDAS: PsA hastalığı aktivite skoru, DAPSA: PsA için hastalık aktivitesi indeksi, MDA: Minimal hastalık aktivitesi



Şekil 1. Aktivite ölçeklerinin kestirim değerlerine göre dağılımları

A: Tüm hastalarda; B: PASS (+), C: PASS (-). PASS: Hasta tarafından kabul edilebilir semptom durumu

Psoriatik artiritte hasta ve hekim global değerlendirmeleri arasındaki uyumsuzluk

Kübra Yücel¹, Ayten Özkan², Selin Gürleyen¹, Ebru Çiçek¹, Dilek Solmaz², Servet Akar²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Hasta global değerlendirme (PGA) ve hekim global değerlendirmeleri (PhGA) arasındaki uyumsuzluk oranının değerlendirilmesi.

Yöntem: Çalışmaya romatoloji kliniğinde takip edilen ve Psöriyatik Artrit Sınıflandırma Kriterlerine göre PsA olarak sınıflandırılan hastalar kesitsel olarak yapılan değerlendirme ile dahil edildiler. Hastaların demografik ve klinik özelliklerinin yanısıra aktivite ve yaşam kalite ölçekleri elde edildi. Aktivite için Hastalık Aktivite Skoru C Reaktif Protein, PsA için hastalık aktivitesi indeksi, PsA hastalığı aktivite skoru, Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi skoru ve minimal hastalık aktivitesi (MDA) kullanıldı. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) anksiyete ve depresyon skorlarına ek olarak nöropatik ağrı ve santral sensitizasyon skorları da hesaplandı. PGA ve PhGA görsel analog skala üzerinden hastaya ve hekime sorularak 0-100 mm'lik skala üzerinden işaretletilerek elde olunmuştur. PGA ve PhGA arasındaki farkın ≥ 20 olması durumu uyumsuzluk olarak değerlendirildi. Şiddet değerlendirmesi için <10 düşük, ≥ 10 - <30 orta, ≥ 30 - <60 yüksek ve ≥ 60 çok yüksek olarak kategorize edildi.

Bulgular: Çalışmaya 216 PsA hastası dahil edildi. Yaş ortalaması 52 ± 12 olarak bulunurken kadın cinsiyet oranı %67 idi. Hastaların %24,1'i biyolojik tedavi altındaydı. Çalışma grubunda MDA'ya ulaşma oranı %44,9 olarak bulundu. PGA hasta grubunda

ortalama 40 (26,0) mm bulunurken PhGA 22 (16,1) mm olarak saptandı. Hasta ve hekim arasındaki uyumsuzluk oranı %59,7 olarak bulundu. Hastaların %31,5'i kendilerini düşük veya orta durumda tanımlarken hekim hastaların %63,4'ünü düşük veya orta derecede değerlendirdi. PGA kategorilerine göre hastalık aktivite kestirim değerlerine bakıldığında en fazla uyumsuzluğun yüksek ve çok yüksek PGA değerlerinde olduğu gözlemlendi (Tablo 1). Yine PGA ile PhGA arasındaki uyumsuzluk (≥ 20 mm) en fazla yüksek (%66,3) ve çok yüksek değerlerde (%90,3) saptandı. Kategorik olarak dağılımlarda da benzer şekilde yüksek değerlerdeki farklar dikkat çekici olarak bulundu (Şekil 1). Diskordansın olduğu grupta daha yüksek nöropatik ağrı, santral sensitizasyon, HAD anksiyete ve HAD depresyon skorları mevcuttu.

Sonuç: Hasta ve hekim değerlendirmesi arasında önemli derecede uyumsuzluk olduğu görülmüştür. Özellikle PGA'nın yüksek ve çok yüksek olduğu değerlerde bu uyumsuzluğun kümelendiği görülmektedir. Buna özellikle nöropatik ağrı ve santral sensitizasyon gibi durumların eşlik edebileceği akılda bulundurulmalı ve ağrının enflamatuvar olmayan nedenleri gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, PGA, PhGA



Şekil 1. PGA ve PhGA ölçümlerinin kestirim değerlerine göre dağılımı
PGA: Hasta global değerlendirme, PhGA: Hekim global değerlendirmeleri

Tablo 1. PGA'ya göre hastalık aktivite ölçümlerinin dağılımı

Ölçekler	Düşük (n=22)	PGA		
		Orta (n=46)	Yüksek (n=86)	Çok yüksek (n=62)
DAPSA				
Remisyon, n (%)	12 (60,0)	8 (19,5)	2 (2,4)	2 (3,5)
Düşük hastalık aktivitesi, n (%)	6 (30,0)	22 (53,7)	39 (47,0)	12 (21,1)
Orta hastalık aktivitesi, n (%)	2 (10,0)	8 (19,5)	28 (33,7)	26 (45,6)
Yüksek hastalık aktivitesi, n (%)	0	3 (7,3)	14 (16,9)	17 (29,8)
PASDAS				
Remisyon, n (%)	18 (81,8)	15 (33,3)	4 (4,8)	0
Düşük hastalık aktivitesi, n (%)	4 (18,2)	27 (60,3)	28 (33,3)	4 (6,6)
Orta hastalık aktivitesi, n (%)	0	3 (6,7)	50 (59,5)	44 (72,1)
Yüksek hastalık aktivitesi, n (%)	0	0	2 (2,4)	13 (21,3)
DAS28-CRP				
Remisyon, n (%)	20 (90,9)	33 (71,7)	35 (40,7)	7 (11,3)
Düşük hastalık aktivitesi, n (%)	0	7 (15,2)	15 (17,4)	6 (9,7)
Orta hastalık aktivitesi, n (%)	2 (9,1)	6 (13,0)	33 (38,4)	35 (56,5)
Yüksek hastalık aktivitesi, n (%)	0	0	3 (3,5)	14 (22,6)

DAPSA: PsA için hastalık aktivitesi indeksi, PASDAS: PsA hastalığı aktivite skoru, DAS28: Aktivite için hastalık aktivite skoru, CRP: C-reaktif protein, PGA: Hasta global değerlendirme

Sistemik sklerozda dijital ülser gelişimi ile antikor profili arasındaki ilişki

Gülşah Yamancı, Ahmet Karataş, Özlem Doğan Ağbuga, Şirkhan Amikishiyev, Bengisu Aslan, Aslıhan Avanoğlu, Ayşegül Avcu, Arif Babayigit, Mehmet Akif Baltacı, Reyhan Bilici, Mustafa Erdoğan, Büşra Fırlatan, Esra Genç, Serdar Can Güven, Burak Okyar, Tahir Saygın Ögüt, Duygu Sevinç Özgür, Berçemhan Sulu, Zübeyde Uğurlu, Gizem Varkal, İbrahim Vasi, Reşit Yıldırım, Berna Yurttaş, Mücteba Enes, Yayla Fatma Alibaz, Didem Arslan, Cemal Beş, Ayşe Çefle, Atalay Doğru, Abdulsamet Erden, Emine Duygu Ersözlü, Şükran Erten Gülen Hatemi, Duygu Temiz Karadağ, Timuçin Kaşifoğlu, Gezmiş Kimyon, Orhan Küçükşahin, Alper Sarı, Mehmet Engin Tezcan, Murat Turgay, Yasemin Yalçinkaya, Veli Yazısız, Murat İnanç, Ahmet Merih Birlik, Ali Akdoğan, Süleyman Serdar Koca

Türkiye Skleroderma Çalışma Grubu

Amaç: Sistemik skleroz (SSk); kronik, multisistemik, otoimmün bir hastalıktır. Patogenezinin vaskülopati, immün aktivasyon ve fibroz triadından meydana geldiği kabul edilmektedir. Vaskülopati hastaların neredeyse tamamında görülmekle birlikte, hastaların bir kısmında dijital ülser (DÜ) olarak ortaya çıkar. DÜ, doku nekrozu, enfeksiyon, oto-amputasyona ilerleyebilen, hastaların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitelerini bozan bir komplikasyondur.

Yöntem: Çalışmamıza son bir yıl içerisinde SSk tanısı almış 204 hasta dahil edildi. Hastaların cinsiyet, yaş, Raynaud fenomeninin başlangıç yaşı ve ilk Raynaud fenomeni dışı semptomun başlangıç yaşı, hastalık süresi ve organ tutulumu dahil klinik parametreler ve antikor profilleri kaydedildi. Toplanan değişkenler arasında sigara içme öyküsü, DÜ'ler, dijital kangren, kalsinoz, modifiye Rodnan Deri Skoru ve mevcut ek hastalıklar da yer alıyordu. Verilerin istatistiksel analizi yapıldı. Bu çalışmada DÜ gelişimi ile otoantikor pozitifliği arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçladık.

Bulgular: SSk tanısı almış hastaların 49'unda (%24,1) DÜ mevcut iken, 154 (%75,9) hastada DÜ yoktu. DÜ gelişen 4 (%1,6) hastada enfeksiyon, gangren gibi komplikasyonlar mevcut idi. Hastaların tanı süreleri incelendiğinde non-Raynaud semptomundan sonraki tanı süresi açısından DÜ gelişen 34 (%89,5) hastaya 1 yıldan kısa süre içinde tanı konulurken, DÜ olmayan 107 (%78,7) hastaya 1 yıldan kısa sürede tanı konulmuş ($p=0,099$). DÜ gelişenlerin 4'ünde (%9) anti-La antikor pozitif iken, gelişmeyenlerin sadece 2 (%2)'inde pozitif idi ($p=0,024$). Anti-La pozitif olanların %66'sında, anti-La negatiflerin %25'inde DÜ vardı ($p=0,024$). DÜ gelişenlerin 11 (%25)'inde anti-sentromer antikor pozitif iken, gelişmeyenlerin 61 (%45)'inde pozitif ($p=0,016$). Anti-sentromer antikor pozitif olanların %15'inde, anti-sentromer negatiflerin ise %31'inde DÜ vardı. Anti-sentromer antikor pozitifliği DÜ için koruyucu olabilir. DÜ gelişen 28 (%60) hastanın ve DÜ gelişmeyen 64 (%48) hastanın anti-SCL70 antikor pozitif olarak saptandı ($p=0,163$). Anti-SCL70 pozitif olanların %30'unda, negatiflerin ise %21'inde DÜ vardı ($p=0,163$). Otoantikor profili açısından bakıldığında U1RNP pozitif olanların hiç birinde DÜ gelişmemişti (8 hasta). DÜ olanların hiç birinde U1RNP antikor pozitif değildi ($p=0,120$) (Tablo 1). Bakılan diğer antikorlarda anlamlı bulgu saptanmadı.

Sonuç: Otoantikorlar, SSk'li hastalarda hastalık seyri, sonuç ve tedavi yanıtının en güçlü öngörücülerinden biridir. Bununla birlikte, bazı otoantikorlar için klinik ilişkide belirsizlikler devam etmektedir. Çalışmamızda anti-sentromer ve U1RNP pozitifliği olanlarda DÜ gelişimi daha azdı. Diğer taraftan, anti-SCL70 ve anti-La antikor pozitif olanlarda ise DÜ gelişimi daha sıkı. Anti-SCL70 ve anti-La antikorları ile DÜ gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup bu sonuç bu iki antikordan en az birisinin pozitif olduğu SSk hastalarının DÜ olasılığı açısından daha yakın izlenmesi gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, antikor, dijital ülser

Tablo 1. SSk'de dijital ülser gelişimi ile ilişkili olan antikorların sıklığı

	DÜ var	DÜ var	DÜ yok	DÜ yok	
	Pozitif, n (%)	Negatif, n	Pozitif, n (%)	Negatif, n	p-değeri
Anti-sentromer ak.	11 (25)	33	61 (45)	73	0,016
U1RNP ak.	0 (0)	43	6 (5)	105	0,120
Anti-La ak.	4 (9)	41	2 (2)	122	0,024
Anti-SCL70 ak.	28 (60)	19	64 (48)	70	0,163

SSk: Sistemik skleroz, Ak.: Antikor, DÜ: Dijital ülser

Behçet hastalığında beden imajı algısı ve sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi

Zeynep Tuye Çakır¹, Alihan Akdağ¹, Damla Tanrıku¹,
Tülin Ergun², Rafi Haner Direskeneli³, Fatma Alibaz Öner³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3 Öğrencileri, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

Amaç: Behçet hastalığı (BH) rekürren oral ve genital ülserler ile karakterize multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Birçok dermatolojik bulgusu olması ve sıklıkla genç yetişkinleri etkilemesi hastalarda dış görünüş algısını etkileyecek sonuçlara yol açabilir. Amacımız BH fenotiplerinde beden imajı ve sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi; beden imajı ve sosyal görünüş kaygısının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonla ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel anket çalışması olarak planlanmıştır. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı Vaskülit polikliniğinde BH tanısıyla takip edilen hastalar ve kronik rahatsızlığı bulunmayan hasta yakınları çalışmaya alınmıştır. Hastalara BH Güncel Aktivite Formu, Beden İmajı Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) uygulanmıştır. Veriler SPSS ile analiz edilmiştir.

Bulgular: BH'de (42,74±12,16), kontrol grubuna (27,29±17,06) göre daha yüksek sosyal görünüş kaygısı gözlemlenmiştir (p<0,0001). BH'nin (6,569±7,36) kontrol grubuna (2,41±3,93) göre beden imajı algıları daha kötüdür (p<0,0001). Son 1 ayda aktif BH tutulumu olmayan hastalara göre (40,62±8,96), mukokutanöz tutulumu aktif hastalarda (51,43±16,22) daha yüksek sosyal görünüş kaygısı saptanmıştır (p=0,037). Son 1 ayda aktif BH bulgusu olmayan (5,53±3,77) veya muskuloskeletal tutulumlu hastaların (2,28±2,05), multisistemik (12,76±7,48) veya mukokutanöz tutulumlu hastalara (13,06±7,46) göre beden imajı algıları daha iyidir (p<0,0001) (Tablo 1).

Sonuç: Sosyal görünüş kaygısı, kötü beden imajı algısı, depresyon ve anksiyete skorları; BH'de kontrol grubuna kıyasla yüksektir. Mukokutanöz tutulumu son 1 ayda aktif hastalarda kötü beden imajı algısı, sosyal görünüş kaygısı, anksiyete ve depresyon skorları daha yüksektir. Sonuçlarımız, major organ tutulumu gibi yaşam veya organ tehdit etme riski olmasa da mukokutanöz tutulumun, hastalarda kötü beden imajı algısı ve yüksek sosyal görünüş kaygısı yaratarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu durum BH'lilerin takibi ve tedavisinde göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, beden imajı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon, anksiyete

		Behçet Hastalığı		Sağlıklı Kontrol	
N	Kadın	32	100	34	100
	Erkek	68		66	
Yaş		44,14		44,07	
Öğrenim Durumu	Okuma yazma bilmiyor	3		3	
	Okuma yazma biliyor	4		0	
	İlkokul	29		28	
	Ortaokul	25		21	
	Lise	29		28	
	Üniversite veya üstü	10		20	
BlÖ		6,569 ± 7,36		2,41 ± 3,93	
SGKÖ		42,74 ± 12,16		27,29 ± 17,06	
HADS	HADS Anksiyete	8 ± 5,18	15,3 ± 9,63	4,08 ± 4,99	6,17 ± 8,09
	HADS Depresyon	7 ± 5,03		2,09 ± 3,46	
SF-36	Ruhsal Sağlık	63,04 ± 21,63		-	
	Sosyal İşlevsellik	65,12 ± 29,9			
CRP		6,99 ± 16,43			

BlÖ: Beden İmajı Ölçeği

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

SF-36: Kısa Form Sağlık Anketi

Şekil 1. Behçet Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grupları için genel bilgi ve anket puan ortalamalarını gösteren tablo

SLE ve AFS'de plazmaferez tedavisi: tek merkezden etkililik ve güvenilirlik verileri

Ömer Uludağ¹, Soner Altın², Burak Alkaç¹, Ezgi Şahin¹,
Yasemin Yalçınkaya¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹,
Sevgi Kalayoğlu Beşişik³, Bahar Artım Esen¹

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

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

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) tedavi kılavuzlarında organ veya yaşamı tehdit edici tutulumlarda siklofosamid ve rituksimab tedavilerine yanıtız hasta grubunda değerlendirilebileceği belirtilen tedavi modalitelerinden biri plazmaferezdir. Ayrıca katastrofik anti-fosfolipid sendromu (KAFS) tedavisinde de plazmaferezin yeri vardır. Bununla birlikte SLE ve AFS tanı hasta grubunda plazmaferez tedavisi ile ilgili literatür, olgu bildirimleri ve az sayıda hasta içeren gözlemsel çalışmalar ile sınırlıdır. Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı SLE/AFS kohortunda farklı hastalık tutulumları nedeni ile plazmaferez tedavisi uygulanan hastalarda bu tedavinin etkililiği ve güvenilirliğini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif analize 2010-2024 yılları arasında farklı endikasyonlar ile en az 7 seans plazmaferez tedavisi uygulanan 25 hasta (13 SLE, 7 SLE + AFS, 5 primer AFS) dahil edilmiştir. Hastaların bazal demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, plazmaferez endikasyonları, plazmaferez tipi ve plazmafereze bağlı komplikasyonlar, aldıkları diğer tedaviler, plazmaferez öncesinde ve sonrasında 0, 1, 3, 6, 12. aylardaki laboratuvar verileri, hastalık aktivite skorları ve hasar skorları (Sistemik Lupus İşbirliği Klinikleri hasar indeksi, [stand yoğunluk indeksi (SDI)] retrospektif olarak incelendi. Lupus nefriti (LN) nedeni ile plazmaferez uygulanan hastalarda renal yanıt, proteinürininin 3.

ayda %25, 6. ayda %50 azalması ve 12. ayda <0,7 gr/gün olması olarak tanımlandı. Trombotik mikroangiopati (TMA) nedeni ile plazmaferez uygulanan hastalarda yanıt trombosit sayısının 2 gün üst üste >150x10⁹/L olması veya laktat dehidrogenaz düzeyinin normale gelmesi olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik, serolojik özellikleri ve plazmaferez öncesi aldıkları tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir. Plazmaferez tedavisi 10 hastada tanı anında ve 12 hastada tanıdan sonraki 1 yıl içinde uygulanmıştı. Endikasyonu 7 hastada LN, 14 hastada TMA (bunların 2'sinde trombotik trombositopenik purpura, 3'ünde KAFS), 6 hastada ise diffüz alveolar hemorajiydi (DAH). Verisine ulaşılan 18 hastanın 3'ünde plazmaferez immünadsorbsiyon ile, 14'ünde double filtrasyonla ve 1'inde hibrid double filtrasyonla yapılmıştı ve 13 hastada taze donmuş plazma (TDP), 2'inde albümin ve 3'ünde albümin + TDP kullanılmıştı. On bir hastada plazmafereze bağlı koagulopati (hiçbirinde kanama olmamıştır) ve 1 hastada sıvı elektrolit imbalansı gelişmişti. Plazmaferez ile birlikte ortalama 1,4±0,4 gr metilprednizolon uygulanırken, 13 hastada siklofosamid ve 9 hastada rituksimab verilmişti. LN nedeni ile plazmaferez yapılan 7 hastanın 5'inde 3. aydan itibaren renal yanıt mevcuttu ve 12. aya kadar sürmüştü. Diğer 2 hastanın birinde 24. ayda renal yanıt sağlanırken, birinde 1. aydan itibaren son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyalize başlandı. Bu hastaların tamamı ayrıca siklofosamid tedavisi almıştı. TMA'lı hastalarda yanıt oranı plazmaferezden hemen sonra 5/14 iken, 1. ayda 11/14, 3. ayda 11/14, 6 ve 12. aylarda 13/13'tü. DAH nedeni ile plazmaferez yapılan hastalarda takiplerinde ventilasyon ihtiyacı gelişmedi. Hastaların takiplerindeki aktivite, hasar skorları ve günlük ortalama prednizolon dozları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: SLE seyrinde gelişen TMA, LN, KAFS ve DAH endikasyonları ile immünoşüpresif tedaviye ek olarak uygulanan plazmaferez tedavisi bu endikasyonlarda etkili olurken hastalık aktivitesi ve günlük glukokortikoid dozlarında azalma sağlanmış, takipte hasar skorunda artış olmamıştır. Bunun yanında koagulopati dışında önemli bir advers olay gelişmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, katastrofik anti-fosfolipid sendromu, trombotik mikroangiopati, diffüz alveolar hemoraji, plazmaferez

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar özellikleri ve aldıkları tedaviler

	Hastalar (n=25)	Hastalar (n=25)
Tanı yaşı (yıl), ortalama ± SS	27,5±9	- Anti-Sm 7 (28)
Hastalık süresi (yıl), ortalama ± SS	9,3±7,3	- Hipokomplementemi 17 (68)
Kadın, n (%)	20 (80)	- Direkt Coombs pozitifliği 8 (32)
Klinik bulgular, n (%)		- Anti-Ro 8 (32)
- Fotosensitivite	6 (24)	- Lupus antikoagulanı 11 (44)
- Malar raş	8 (32)	- Antikardiolipin IgG 9 (36)
- Diskoid raş	1 (4)	- Antikardiolipin IgM 7 (28)
- Alopesi	3 (12)	- Anti-β2GPI IgG 9 (36)
- Oral/Nazal ülser	2 (8)	- Anti-β2GPI IgM 7 (28)
- Artrit	7 (28)	Önceki tedaviler, n (%)
- Perikardit	5 (20)	- Hidroksiklorokin 18 (72)
- Plörit	4 (16)	- Glukokortikoid 25 (100)
- Nöbet	2 (8)	- Siklofosamid 11 (44)
- Lökopeni	5 (20)	- Mikofenolat mofetil 9 (36)
- Lenfopeni	6 (24)	- Azatioprin 8 (32)
- Otoimmün hemolitik anemi	6 (24)	- Kalsinörin inhibitörü 5 (20)
- Trombositopeni	10 (40)	- Rituksimab 8 (32)
- Lupus nefriti	12 (48)	- Aspirin 9 (36)
Laboratuvar bulguları, n (%)		- Antikoagulan 7 (28)
- ANA	20 (80)	
- Anti-dsDNA	10 (40)	

SS: Standart sapma, IgG: Immunoglobulin G, IgM: Immunoglobulin M

Tablo 2. Takip süresince hastalık aktivitesi, hasar skoru ve glukokortikoid dozlarındaki değişim

	Başlangıç	1. ay	3. ay	6. ay	12. ay
SLEDAI, ortalama ± SS	14±4,7	8,9±5,6	8,7±6,4	4,9±4,8	6±6,7
SDI, medyan (IQR)	0,5 (0-2)	-	-	-	0,5 (0-2)
Günlük prednizolon dozu (mg), ortalama ± SS	35,4±21,4	18,9±9,3	10,8±4,5	8,4±4,7	5,3±3

SLEDAI: SLE hastalık aktivite indeksi, SLE: Sistemik lupus eritematozus, SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler açıklığı, SDI: Standart yoğunluk indeksi

PS-151

Sistemik lupus eritematozus hastalarında son 2 dekadın karşılaştırılması: Klinik özellikler, tedavi seçenekleri ve mortalite oranlarındaki farklar

Handenur Koç Kanık¹, Abdulsamet Erden², Derya Yıldırım³, Rahime Duran², Rıza Can Kardeş², İbrahim Vasi², Burcuğül Kaya², Hamit Küçük², Abdurrahman Tufan⁴, Mehmet Akif Öztürk², Berna Göker²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

³Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

⁴National Human Genome Research Institute, İnflamatuvar Hastalıklar Bölümü, Maryland, ABD

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), organ sistemlerinin tutulumu ve morbidite açısından önemli heterojenlik gösteren bir otoimmün hastalıktır. Etnik köken ve coğrafi bölgenin hastalığın prezantasyonu ve şiddetini etkilediği iyi bilinmektedir, ancak geçen dekadların hastalık üzerine etkileri daha az çalışılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, son 2 dekadın SLE kohortundaki hastaların demografik özellikler, organ sistemlerinin tutulumu, mortalite ve morbidite açısından farklarını araştırmaktır.

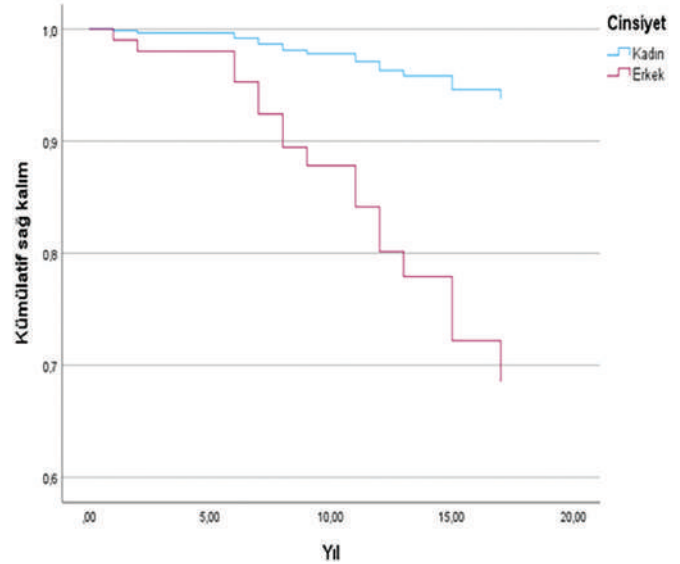
Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı'ndan elde edilen SLE kohortu verileri kullanılarak yapılan bu çalışmada, 2019 Avrupa Romatoloji Dernekleri İttifakı/Amerikan Romatoloji Cemiyeti sınıflama kriterlerini karşılayan 409 hastanın tıbbi kayıtları analiz edilmiştir. Hastalar, tanı yılına göre iki gruba ayrılmıştır: 1987-2012 ve 2013-2023. Demografik bilgiler, organ sistemlerinin etkilenmeleri, tedaviler, morbidite ve mortalite verileri retrospektif olarak elde edilmiştir.

Bulgular: SLE hastalarında son on yılda erkek hasta oranında yaklaşık 2,5 kat artış gözlemlenmiştir (%5,2'den %12,6'ya, p=0,008). Lupus nefrit oranı iki dekad arasında benzer kalmış, ancak nörolojik, hematolojik, pulmoner ve gastrointestinal sistem tutulum sıklıkları son on yılda anlamlı düzeyde artış vardır (Tablo 1). Ayrıca, mikofenolat mofetil, metotreksat, kalsinörin inhibitörleri ve rituksimab kullanımında istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlemlenmiştir (Tablo 2). 1987-2012 yılları ile karşılaştırıldığında, son on yılda steroid kullanımı ve alevlenme sıklığında (yılda 2,1'e karşılık 1,1, p<0,001) anlamlı bir azalma gözlemlenmiş, sağkalım oranlarında ise istatistiksel olarak anlamlı

bir iyileşme bulunmamıştır (mortalite oranı %4,7'e karşılık %3,5, p=0,5, Şekil 1). Erkeklerde mortalite oranı kadınlara göre daha yüksektir (%13,8'e karşılık %3,2, p=0,011).

Sonuç: Son iki dekad karşılaştırıldığında, SLE hastalarında demografik özelliklerde, klinik belirtilerde ve tedavi yaklaşımlarında önemli farklar olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik, hematolojik, pulmoner ve gastrointestinal sistem tutulum oranlarında artış olmakla birlikte, hayatta kalma oranında belirgin fark saptanmamıştır. Son dekadda, tanı alan erkek hasta oranı yaklaşık üç kat artmış ve bu hastalar daha kötü bir seyir seyretmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, organ tutulumu, tedavi seçenekleri



Şekil 1. Cinsiyete göre hastaların sağkalım eğrisi

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastalarda 2012-1987 ve 2023-2013 yılları klinik tutulumların karşılaştırılması

Parametreler	1987-2012 arası takip edilen SLE hastaları (n=211)	2013-2023 arası takip edilen SLE hastaları (n=198)	p-değeri
Konstitusyonel semptomlar	179 (51)	169 (49)	0,437
Deri tutulumu	180 (53)	160 (47)	0,385
Eklem tutulumu	140 (51)	132 (49)	0,454
Renal tutulum	45 (36)	53 (44)	0,135
Nörolojik tutulum	27 (18)	44 (32)	0,012
Hematolojik tutulum	112 (36)	201 (64)	<0,001
Kardiyak tutulum	19 (41)	27 (59)	0,096
Pulmoner tutulum	23 (36,5)	40 (63,5)	<0,001
Gastrointestinal tutulum	4 (16)	20 (84)	<0,001
Oküler tutulum	2 (25)	6 (75)	0,12

SLE: Sistemik lupus eritematozus

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen hastalarda 1987-2012 ve 2013-2023 yılları tedavi seçeneklerinin karşılaştırılması

İlaçlar	1987-2012 arası takip edilen SLE hastaları (n=211)	2013-2023 arası takip edilen SLE hastaları (n=198)	p-değeri
Kortikosteroid dozu*	195 (53)	176 (47)	0,044
Kümülatif steroid dozu [Medyan (25-75p)]	15500 (4500-30000)	6000 (3500-18000)	<0,011
SLEDAI 2K steroid puanı [Medyan (25-75p)]	40 (20-80)	40 (20-60)	0,057
Azatiyoprin*	107 (56,9)	81 (43,1)	0,101
Mikofenolat mofetil*	53 (43,4)	69 (56,6)	0,036
Leflunomid*	1 (25)	3 (75)	0,283
Metotreksat*	17 (33,3)	34 (66,7)	<0,001
Kalsinörin inhibitörleri*	10 (20,4)	39 (79,6)	<0,001
Siklofosamid*	47 (57,3)	35 (42,6)	0,197
Ritüksimab*	1 (4,1)	24 (95,9)	<0,001
İntravenöz immünooglobulin*	2 (25)	6 (75)	0,12

*Hasta sayısı, medyan (IQR), SLE: Sistemik lupus eritematozus, IQR: Çeyrekler açıklığı

Biyolojik tedaviler akut faz yüksekliği ve konstitusyonel semptomları olan genç Takayasu arteriti hastalarında birinci basamak immunsupresif seçeneği olabilir

Sema Kaymaz Tahra¹, Özün Bayındır², Burak İnce³, Özlem Özdemir Işık⁴, Muhammet Emin Kutu⁵, Özlem Karakaş⁶, Tuba Demirci Yıldırım⁷, Zeliha Ademoğlu⁸, Elif Durak Ediboğlu⁹, Burcu Ceren Ekti Uludoğan¹⁰, Nazife Şule Yaşar Bilge¹⁰, Timuçin Kaşifoğlu¹⁰, Servet Akar⁹, Hakan Emmungil⁸, Fatoş Önen⁷, Ahmet Omma⁶, Nilüfer Alpay Kanitez¹¹, Ayten Yazıcı⁴, Ayşe Cefle⁴, Murat İnanç³, Kenan Aksu², Gökhan Keser², Haner Direskeneli¹², Fatma Alibaz Öner¹²

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

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

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

⁵Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁶Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁸Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

⁹Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

¹⁰Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

¹¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Takayasu arteritinde (TAK) hangi hastalarda biyolojik immunsupresiflerin (bIS) seçilmesi gerektiği konusunda veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada günlük pratikte, takip sırasında biyolojik tedaviye ihtiyaç duyan TAK hastalarının özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Amerikan Romatoloji Cemiyeti 1990 kriterlerini karşılayan TAK tanılı ve konvansiyonel IS (kIS) veya bIS alan hastalar bu retrospektif, çok merkezli çalışmaya dahil edildi. Demografik ve klinik veriler hasta dosyalarından toplandı.

Bulgular: Çalışmaya 329 (Kadın/Erkek: 284/45) hasta dahil edildi. Takip sırasında bIS alan hasta sayısı 113 (%34) (89 tümör nekrozis faktör inhibitörü, 24 tosilizumab) ve sadece kIS alan hasta sayısı 216 (%66) idi. Ortalama yaş 43,0±13,5 ve ortalama takip

süresi 78,7±65,8 ay idi. Son vizitte yapılan değerlendirmede bIS alan hastalar kIS alan hastalara göre daha gençti (36,8±11,3 vs. 46,2±13,2 yıl, p<0,01). Bazal vizitte konstitusyonel semptomların sıklığı bIS grubunda daha yüksekti (%85 vs. %66, p<0,01). Ayrıca bazal eritrosit sedimantasyon hızı (bIS vs. kIS: 66,7±33,5 vs. 45,0±29,1 mm/s, p<0,01) ve C-reaktif protein düzeyleri [19 (0,3-280) vs. 12,5 (0,2-286) mg/L, p= 0,002] bIS tedavisi uygulanan hastalarda daha yüksekti. Takip sırasında bIS'a ihtiyaç duyan hastalarda relaps sayısı da daha fazla bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada, takip sırasında biyolojik tedavi ihtiyacı olan TAK hastalarında, kIS tedavisi alan hastalara kıyasla başlangıçta konstitusyonel semptomların varlığı ve relaps sayısı daha fazla ve akut faz reaktanları daha yüksek idi. Bulgularımız, tanı anında belirgin akut faz yüksekliği ve konstitusyonel semptomları olan genç TAK hastalarında, biyolojik tedavinin vasküler hasarın önlenmesi açısından ilk immunsupresif ajan olarak seçilebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu, immunsupresif, biyolojik, konvansiyonel

Tablo 1. Biyolojik ve konvansiyonel immunsupresif tedavi alan Takayasu arteriti hastalarının klinik özellikleri

	kIS (n=216)	bIS (n=113)	p
Yaş	46.2±13.2	36.8±11.3	<0.01
Cinsiyet, K, n (%)	186 (86)	98 (87)	0.80
Semptom başlangıç yaşı	34.9±12.9	25.4±8.3	<0.01
Tanı yaşı	38.0±13.1	27.9±8.6	<0.01
Tanı gecikmesi, ay	38.7±54.9	31.9±41.6	0.57
Bazal klinik özellikler			
Konstitusyonel semptomlar, n(%)	143 (66)	96 (85)	<0.01
Kladikasyo, n (%)	156 (72)	71 (63)	0.08
Karotidini, n (%)	47 (22)	31 (27)	0.28
Serebrovasküler olay, n (%)	17 (8)	3 (3)	0.07
Koronar arter hastalığı, n (%)	19 (9)	3 (3)	0.08
Anjiyografik tip 5, n(%)	84 (45)	49 (45)	0.99
Bazal hastalık aktivitesi			
PGA, aktif hastalık, n(%)	196 (96)	95 (93)	0.35
PGA (0-10)	7.3±1.6	7.3±1.9	0.50
Kerr aktif hastalık, n(%)	187 (93)	91 (92)	0.72
ITAS 2010	11.6±4.6	11.3±6.3	0.39
Laboratuvar			
ESH, bazal, mm/h	45.0±29.1	66.7±33.5	<0.01
CRP, bazal, mg/L	12.5 (0.2-286)	19 (0.3-280)	0.002
İzlem süresi, ay	73.0±58.3	73.2±53.2	0.97
Relaps sayısı	0 (0-3)	1 (0-5)	<0.01
Mortalite, n%	7 (3)	3 (3)	0.62

kIS: Konvansiyonel biyolojik immunsupresif, bIS: Biyolojik immunsupresif, PGA: Hekim global değerlendirme, ESH: Eritrosit sedimantasyon hızı, CRP: C-reaktif protein

Romatoloji hastalarında biyolojik tedaviler ile ilgili bilgi kaynaklarının hastaların kaygı düzeyi ve ilaç kararına etkisi

Sinem Burcu Kocaer¹, Pınar Talu Erten²

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Medicana Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Biyolojik tedaviler romatoloji pratiğinde sıklıkla kullanılmasına rağmen, bazı potansiyel yan etkiler hastalarda kaygı düzeyini artırmaktadır. Çeşitli kaynaklardan gelen bilgiler bu kaygı düzeyini ve ilacı onaylama kararını olumlu veya olumsuz etkileyebilir. Çalışmamızda, biyolojik tedaviye ilişkin bilgi kaynaklarının hastaların tedavi kararları ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini ve hastaların bu konudaki beklentilerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza romatizmal hastalık nedeniyle biyolojik tedavi kullanan 18-65 yaş arası 91 hasta dahil edildi. Biyolojik tedavi hakkında bilgi kaynakları, tedavi hakkında olumlu ve olumsuz düşünmeyi etkileyen faktörler, her bir yan etki için tedavi

öncesi ve sonrası kaygı düzeyi ve tedavi hakkında tercih edilen eğitim yöntemleri hakkında sorular soruldu (Şekil 1).

Bulgular: Başlangıçta ve tedavi başlangıcından sonra, ortalama genel kaygı skoru sırasıyla $4,8 \pm 3,0$, medyan 5,0 çeyrekler açıklığı (IQR) 2,0-7,0] ve $2,75 \pm 1,8$, medyan 2,0'dı (IQR 1,0-4,0) ($p < 0,00001$). Kaygı düzeyi ile yaş ve eğitim düzeyi arasında korelasyon bulunmadı. Her bir yan etki (kanser, ilaç kullanım süresi, ilaca erişim kaygısı, tüberküloz, enfeksiyon, kendi kendine enjeksiyon, ölüm, nörolojik yan etkiler ve alerji) için kaygı düzeyleri tedavi öncesine kıyasla tedaviye başladıktan sonra istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır ($p < 0,0001$). En yaygın iki kaygı nedeni kanser ve ilaçların ne kadar süreyle kullanılacağına ilişkin belirsizlik olup, diğer kaygı nedenlerinden anlamlı derecede yüksekti ($p = 0,003$) (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda, tedavi başlangıcında yüksek olan yan etki kaygısı, tedaviye başladıktan sonra belirgin bir şekilde azalmıştır. Kanserin birincil kaygı nedeni olduğunu, günümüzün çeşitli bilgi kaynaklarının hastalar tarafından düşük oranda tercih edildiğini ve hekimleriyle etkin bir diyalogun ilaç uyumunda en kritik faktör (Tablo 2) olduğunu tespit ettik.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik tedaviler, kaygı, romatolojik hastalıklar

Tablo 1. Anket sonuçları

Ortalama genel kaygı skoru	Tedavi öncesi: $4,8 (\pm 3,0)$ Median: 5 (IQR 2,0-7,0)	Tedaviye başladıktan sonra: $2,75 \pm 1,8$ Median: 2 (IQR: 1,0-4,0)	p-değeri ($p < 0,00001$)
Kaygı tipleri	Mean	Mean	($p < 0,00001$)
Kanser	4,14	2,77	($p < 0,00001$)
Tüberküloz	3,86	2,47	($p < 0,00001$)
Enfeksiyon	3,78	2,20	($p < 0,00001$)
Nörolojik yan etkiler	2,71	1,93	($p < 0,00001$)
Alerji	3,18	2,02	($p < 0,00001$)
İlacı kullanım süresi	4,99	3,79	($p < 0,00001$)
İlaca erişim problemi	3,82	2,67	($p < 0,00001$)
Kendi kendine enjeksiyon yapabilme	3,04	1,49	($p < 0,00001$)
Ölüm	2,62	1,89	($p < 0,00001$)

IQR: Çeyrekler açıklığı

Tablo 2. Anket sonuçları

Sorular	Cevaplar	Hasta sayısı, (%)
Daha önce biyolojik ilaç tedavisi önerildiğinde reddetme öyküsü olan hastalar	Evet	12 (%13)
İlaç uygulamasında yardımcı yöntemler	Hemşire desteği	45 (%49,4)
	Ulaşılabilir video	20 (%21,9)
	Kitapçık	4 (%4,4)
	Diğer	21 (%23,1)
Tedavi öncesi kararları olumlu yönde etkileyen faktörler	Doktorla etkili diyalog	39 (42,9%)
	Ağrıdan kurtulma isteği	19 (20,9%)
	İlacı kullanan hastalarla konuşmak	10 (11%)
	Diğer	23

ROMATOLOJİ HASTALARINDA BİYOLOJİK TEDAVİLER İLE İLGİLİ BİLGİ KAYNAKLARININ HASTALARIN KAYGI DÜZEYİ VE İLAÇ KARARINA ETKİSİ

Adı soyadı: _____ Tarihi: _____

1-Biyolojik tedaviler hakkında bilgi aldığınız ilk kaynak nedir?

Doktorum	Hasta grupları
Çevremde kullananlar	Online formları
TV- radyo	Prospektüs bilgileri
Sosyal media	Etzaki

2-Daha önceki dönemlerde biyolojik tedavi önerildiği ve sizin reddettiğiniz bir durum oldu mu? Cevabınız evet ise en önemli reddetme nedeniniz neydi?

Evet Hayır

3-Tedavi öncesindeki biyolojik ilaçlarla ilgili kaygı düzeyinizi (0-10 arası) puanlayınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç kaygım yoktu çok kaygılıyım

4-Tedavi öncesinde bilgi aldığınız kaynaklardan ilaçlarla ilgili olumsuz düşünmenizi sağlayanları belirtiniz.

5-Tedavi öncesi bilgi aldığınız kaynaklardan ilaçlarla ilgili olumsuz düşünmenizi sağlayanları belirtiniz.

6-Tedavi öncesinde aşağıda belirtilen parametrelerin her biri için kaygı düzeyinizi 0-10 arası puanlayınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç kaygım yoktu çok kaygılıyım

Kanser kaygısı (tedavi öncesi)
Tüberküloz kaygısı (tedavi öncesi)
Enfeksiyon kaygısı (tedavi öncesi)
Nörolojik yan etki kaygısı (tedavi öncesi)
Alerjik reaksiyon kaygısı (tedavi öncesi)
Tedaviye ulaşmakta güçlük çekme konusunda kaygı (tedavi öncesi)
Evde kendim nasıl enjeksiyon yapacağım? kaygısı (tedavi öncesi)
Ölüm kaygısı (tedavi öncesi)

7-Tedavi sonrasında aşağıda belirtilen parametrelerin her biri için kaygı düzeyinizi 0-10 arası puanlayınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç kaygım yoktu çok kaygılıyım

Kanser kaygısı (tedavi alırken)
Tüberküloz kaygısı (tedavi alırken)
Enfeksiyon kaygısı (tedavi alırken)
Nörolojik yan etki kaygısı (tedavi alırken)
Alerjik reaksiyon kaygısı (tedavi alırken)
İlacı ömür boyu mu kullanacağım? kaygısı (tedavi alırken)
Tedaviye ulaşmakta güçlük çekme konusunda kaygı (tedavi alırken)
Evde kendim nasıl enjeksiyon yapacağım? kaygısı (tedavi alırken)
Ölüm kaygısı (tedavi alırken)

8-Başlangıçta veya şu anda kaygınızı azaltmaya yardımcı yöntemler neler olabilir belirtiniz.

9-İlaç uygulaması ile ilgili seçtiğiniz yardımcı yöntem ne olurdu?

Hemşire desteği
Ulaşılabilir video
Kitapçık
Diğer

10-Sizinle aynı hastalığa sahip diğer hastalarla, hizmet aldığınız kurumda ortak bir eğitim almak kaygı düzeyinizi azaltırmıydı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gerekirse, istemem gerekli çok istemem

Şekil 1. Anket soruları

Türkiye'deki PsA hastalarında reçete modelleri: Ulusal sağlık kayıt verilerine dayalı bir değerlendirme

Hasan Satış¹, Gizem Ayan², Emre Bilgin³, Abdülşamet Erden⁴, Alper Sarı⁵, Berkan Armağan⁶, Hakan Babaoğlu⁶, Erdem Karabulut⁷, Duygu Tecer⁸, Levent Kılıç¹, Orhan Küçükşahin⁹, Mustafa Mahir Ülgü¹⁰, Mustafa Okan Ayvalı¹¹, Naim Ata¹¹, Şuayip Birinci¹², Umut Kalyoncu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁶Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

¹⁰Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

¹²Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

Amaç: Psoriatik artrit (PsA), birden fazla alanı etkileyen kronik, heterojen bir hastalıktır. Çeşitli tedavi önerileri, ilgili değişken alanların yönetimine rehberlik etmektedir. Bu değerlendirmede, ülke çapında bir kayıt veri tabanı kullanarak PsA hastalarında tedavi stratejilerini göstermeyi amaçladık.

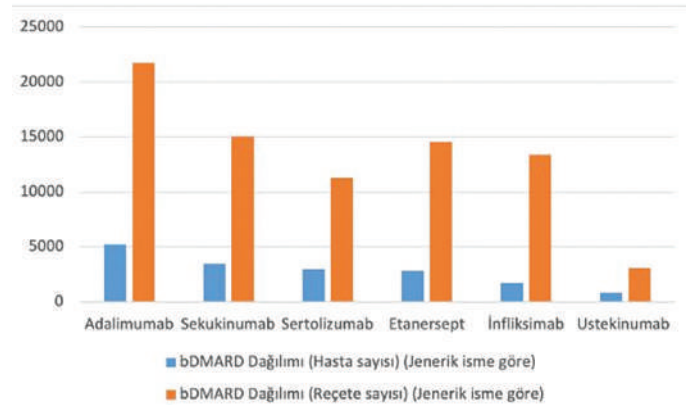
Yöntem: Veri sistemi ve hasta seçimi; Bu ülke çapındaki kohort çalışmasında, E-Nabız olarak bilinen Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Elektronik Veritabanı'ndan veriler kullanılmıştır. Bu analizde, PsA olguları, ICD-10 kodları (M07, M09 ve alt grupları) kullanılarak belirlendi ve olgular, ilgili ICD-10 kodlarına 30 günlük bir aralıkla en az iki kez girilen hastalar olarak tanımlandı. Ocak 2016 ile Aralık 2022 arasındaki veriler kullanıldı. Tedavi reçeteleri: Metotreksat, leflunomid, sülfasalazin ve hidroksiklorokin gibi konvansiyonel sentetik hastalığı modifiye edici ajanlar (ksDMARD), herhangi bir zamandaki kullanıma

göre kaydedildi. Biyolojik DMARD'ların (bDMARD) ve hedefe yönelik sentetik DMARD'ların (tsDMARD) kullanımı başlangıçta ve takipte reçetelerine göre kaydedildi. Gelişmiş tedavilerin reçete edildiği hastanelerin basamak bilgisi de kayıt altına alındı.

Bulgular: Toplamda 40,643 PsA hastası vardı. Tüm hastaların 33,063'ü (%81,3) en az bir cDMARD ve 11,923'ü (%29,4) en az bir ileri tedavi almıştır. Herhangi bir ksDMARD [%83,9'a karşı %76,5, olasılık oranı (OR) 1,59 (1,52-1,68)], metotreksat [%77,5'e karşı %74,8, OR 1,16 (1,10-1,22)], leflunomid [%31,7'ye karşı %24,3, OR 1,45 (1,38-1,52)], sülfasalazin [%34,7'ye karşı %29,7 OR 1,26 (1,20-1,32)] kullanımı kadınlarda daha sıklı. Öte yandan, ileri düzey bDMARD kullanımı erkeklerde daha sıklı [%32,2'ye karşı %27,9, OR 0,82 (0,78 0,85) (Tablo 1)]. bDMARD kullanan hastalarda ksDMARD, metotreksat ve leflunomid kullanımı daha sıklıken, sülfasalazin kullanımında fark bulunmamıştır (Tablo 2). bDMARD kullanan hastaların 2576'sı (%21,6) bDMARD'lar arasında geçiş yapmıştır ve bu geçiş kadınlarda daha sıklı [%23,8'e karşı %20,8, OR 1,19 (1,09-1,31)]. bDMARD kullanan 11,923 hastada 88,863 bDMARD reçetesi saptanmıştır. Anti-tümör nekrozis faktör (TNF) n=69,384 (%78,1), anti-interlökin (IL)17 n=15,060 (%16,9) ve anti IL12/23 n=3,099 (%3,5) kullanılmıştır. Bu ilaçların dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Ulusal veri tabanı PsA hastalarının yaklaşık %80'inin cDMARD kullandığını göstermektedir. Metotreksat en sık kullanılan ksDMARD olmasına rağmen, hastaların üçte birinde leflunomid ve sülfasalazin de kullanılmıştır. bDMARD'lar hastaların %30'unda kullanılmıştır. Kadınlarda cDMARD kullanımı biraz daha sıklıken, erkeklerde bDMARD kullanımı biraz daha sıklı. En sık nnti-TNF'ler tercih edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: PsA, tedavi, bDMARD



Şekil 1. bDMARD'ların dağılımı

bDMARD: Biyolojik hastalığı modifiye edici ajanlar

Tablo 1. PsA hastalarında cinsiyete göre tedavi stratejileri

n (%)	Tüm PsA hastaları n (%), n=0,643	Erkek cinsiyet n(%), n=13,947	Kadın cinsiyet n (%), n=26.696	OR
Geleneksel sentetik DMARD'ların kullanımı	33,063 (81,3)	10,674 (76,5)	22,389 (83,9)	1,59 (1,52-1,68)
- Metotreksat	27,764 (68,3)	9088 (74,8)	18,676 (77,5)	1,16 (1,10-1,22)
- Leflunomid	10,613 (29,2)	2,956 (24,3)	7,657 (31,7)	1,45 (1,38-1,52)
- Sülfasalazin	11,984 (33,4)	3,614 (29,7)	8,370 (34,7)	1,26 (1,20-1,32)
bDMARD kullanımı	12,326 (30,3)	4,485 (32,2)	7,438 (27,9)	0,82 (0,78 0,85)
b/tsDMARD değişimi		912 (20,4)	1,693 (23,8)	1,19 (1,09-1,31)
Organizasyon				
Devlet üniversitesi	9672 (23,8)	3190 (22,9)	6482 (24,3)	
2. ve 3. basamak	15.755 (38,8)	5.337 (38,3)	10,418 (39)	
Özel/Vakıf üniversitesi	2603 (6,4)	673 (4,8)	1930 (7,2)	

PsA: Psoriatik artrit, OR: Olasılık oranı, DMARD: Hastalığı modifiye edici ajanlar, bDMARD: Biyolojik hastalığı modifiye edici ajanlar, tsDMARD: Hedefe yönelik sentetik hastalığı modifiye edici ajanlar

Tablo 2. PsA hastalarında bDMARD kullanımına göre tedavi stratejileri

n (%)	bDMARD (-) n (%), n=28,720	bDMARD (+) n (%), n=11,923
Geleneksel sentetik DMARD'ların kullanımı	22830 (79,5)	22830 (79,5)
- Metotreksat	19,036 (66,2)	19,036 (66,2)
- Leflunomid	6506 (26,8)	6506 (26,8)
- Sülfasalazin	8127 (33,4)	8127 (33,4)
b/tsDMARD değişimi		2576 (21,6)
Organizasyon		
Devlet üniversitesi	5651 (19,7)	4021 (33,7)
2. ve 3. basamak	10940 (38,1)	4815 (40,4)
Özel/Vakıf üniversitesi	2052 (7,1)	551 (4,6)

PsA: Psoriatik artrit, DMARD: Hastalığı modifiye edici ajanlar, bDMARD: Biyolojik hastalığı modifiye edici ajanlar, tsDMARD: Hedefe yönelik sentetik hastalığı modifiye edici ajanlar

PS-155

Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında progresyonun öngörülmesinde semi-kantitatif ve kantitatif yöntemlerin potansiyeli

Duygu Temiz Karadağ¹, Özgür Çakır², Yusuf Altıntaş², Şeyma Yılmaz³, Neslihan Gökçen¹, Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹

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

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

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

Amaç: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-İAH), şiddeti ve seyri açısından değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, ilerleme riski taşıyan hastaları belirlemek klinik açıdan önemlidir. Bilgisayarlı tomografi (BT), RA-İAH'nin erken tespiti, doğru tanısı ve tedavi kararları için kullanılmaktadır. Ancak progresyonu öngören objektif yöntemler tanımlanmamıştır. Bu çalışmada, erken dönem RA-İAH hastalarında farklı semi-kantitatif ve kantitatif skorlama yöntemlerini inceleyerek, bu yöntemlerin progresyon ile ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu gözlemsel çalışmada, 2010 Amerikan Romatoloji Cemiyeti/Avrupa Romatoloji Dernekleri İttifakı sınıflama kriterlerini karşılayan ve İAH tanısı almış hastaların bazal BT taramaları ile teknik olarak analiz edilebilir ilk takip BT taramaları

incelendi. Çalışmaya, bazal ve takip BT taramaları arasındaki süre ≤5 yıl olan hastalar dahil edildi. Bazal ve takip BT taramaları, Goh skorlama sistemi (yaygınlık skoru) kullanılarak semi-kantitatif ve Vitrea yazılımı (ortalama atenuasyon, düşük-orta ve yüksek dansiteli akciğer volümleri) kullanılarak kantitatif olarak analiz edildi. Her iki yöntemde elde edilen parametrelerin bazal ve takip BT'ler arasındaki farkı, BT'ler arasındaki süreye bölünerek değişim hızları hesaplandı. Progresyon risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla binary lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 77 RA-İAH (kadın/erkek= 45/32) hastası dahil edildi. Ortalama 20 (7,4-46) ay sonunda 34 (%44,2) hastada progresyon saptandı. Bazal orta dansiteli volüm (MDV), takip ortalama atenuasyon (MLA), takip düşük dansiteli volüm (LDV), MLA değişim hızı, LDV değişim hızı ve MDV değişim hızı, progresyon gösteren ve göstermeyen gruplar arasında anlamlı fark gösterdi (p<0,05). Regresyon analizinde, bazal sıradan interstisyel pnömoni (UIP) paterni, İAH tanısında yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, bazal MDV, LDV ve MDV değişim hızları değişkenlerinden UIP paterni [olasılık oranı: 3,7 (%95 güven aralığı, 1,1-12,4) progresyonu öngörmede anlamlı bulundu.

Sonuç: Çalışmamız, RA-İAH hastalarında erken dönemde kantitatif yöntemlerle elde edilen parametrelerin, progresyon gösteren hastalarda farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Bunun yanında, bazal UIP paterni hastalık progresyonunu öngörmede en güçlü belirleyici olarak bulunmuştur. Semi-kantitatif ve kantitatif skorlama yöntemlerinin kombinasyonunun, gelecekteki

çalışmalarda progresyonu öngörebilecek yeni parametrelerin belirlenmesinde potansiyel bir araç olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Interstisyel akciğer hastalığı, progresyon, romatoid artrit

Tablo 1. RA-İAH hastalarında progresse ve non-progrese gruplar arasında demografik, klinik semi-kantitatif ve kantitatif skorlama yöntemlerinin karşılaştırılması

	Non-progrese (n=43)	Progrese (n=34)	p-değeri
Cinsiyet (kadın)	26 (%60,5)	19 (%55,9)	0,816
İAH tanısında yaş	61,3±9,3	59,7±7,9	0,593
RA tanısında yaş	55±11,5	52,8±9,5	0,527
RA semptom süresi (yıl)	8,3±7,5	8,6±6,6	0,724
Bazal RF	349±688	361±749	0,786
Bazal anti-CCP	155±207	290±390	0,141
Bazal DAS28-ESH	3,57±1,34	3,04±1,08	0,117
Bazal ESH	33,6±27,5	30,4±23,6	0,759
Bazal CRP	20,6±29,2	11,7±14,5	0,066
Bazal FVC (%)	88,8±14,9	83,4±18,8	0,598
Sigara (içmiş)	16 (%37,2)	16 (%47)	0,514
Sigara (paket-yıl)	21,8±16	23,4±15,4	0,949
Ral	17 (%27,9)	12 (%35,3)	0,852
BT'ler arası süre (ay)	12,3 (7,4-31)	20 (7,4-46)	0,303
Bazal UIP paterni	23 (%53,5)	24 (%70,6)	0,127
Bazal NSIP paterni	7 (%16,3)	6 (%17,6)	0,874
Bazal UIP + bal peteği	6 (%14)	9 (%26,5)	0,168
Bazal UIP - bal peteği	17 (%39,5)	15 (%44)	0,685
Bazal Goh yaygınlık (%)	16±12,2	14,7±12,9	0,491
Bazal ortalama atenuasyon (MLA)	749±90	760±86	0,646
Bazal düşük dansiteli volüm (LDV)	587±527	540±443	0,917
Bazal orta dansiteli volüm (MDV)	1046±462	1224±439	0,043
Bazal yüksek dansiteli volüm (HDV)	534±214	509±175	0,762
Takip Goh yaygınlık (%)	20,6±15,7	20±15,5	0,980
Takip ortalama atenuasyon (MLA)	792±76	743±108	0,011
Takip düşük dansiteli volüm (LDV)	753±525	489±445	0,017
Takip orta dansiteli volüm (MDV)	1068±465	975±366	0,453
Takip yüksek dansiteli volüm (HDV)	395±144	470±240	0,197
Goh yaygınlık değişim hızı	0,96 (0,48-8,24)	2,82 [0,76-(-5,27)]	0,906
MLA değişim hızı	10,78 [(-3,38)-61]	-2,65 [(-49)-26]	0,036
LDV değişim hızı	107 [(-30,8)-220]	-37 [(-215)-92]	0,018
MDV değişim hızı	-3,9 [(-176)-221]	-91 [(-378)-23,2]	0,031
HDV değişim hızı	-53 [(-206)-2,78]	-17 [(-139)-48]	0,176

RA-İAH: Romatoid artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, anti-CCP: Anti siklik sitrülenmiş peptid, DAS28: Aktivite için hastalık aktivite skoru, ESH: Eritrosit sedimantasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, UIP: Sıradan interstisyel pnömoni, NSIP: Non-spesifik interstisyel pnömoni, FVC: Zorunlu vital kapasite

Behçet hastalığında MAİT hücrelerinin rolü var mıdır?

Gökhan Tazegül¹, Fatma Alibaz Öner², Mustafa Ender Terzioğlu³, Rafi Haner Direskeneli², Veli Yazısız³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

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

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Yaygın mukokütanöz tutulum ile karakterize Behçet Hastalığı'nda (BH), mukoza ilişkili invariant T (MAİT) hücrelerinin rolü bilinmemektedir. Bu çalışmada BH hastalarında MAİT hücrelerinin sıklığı ve hücre içi TNF α ve IFN γ ekspresyonlarının belirlenmesi, BH hastalarında hastalık aktivitesi ve tutulumuna göre alt grupların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

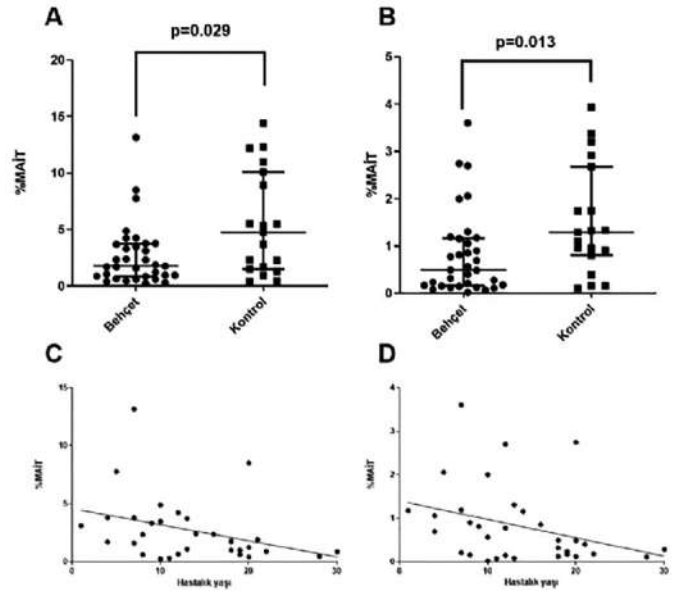
Yöntem: Bu kesitsel olgu-kontrol çalışması, gerekli etik kurul onaylarını müteakip Ocak-Mart 2024 tarihleri Romatoloji polikliniklerinde 33 BH tanılı hasta ve 19 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların BH hastalık süresi, tutulum, şiddet ve tedavilerini içeren anamnezler kayıt altına alınmıştır. Akan hücre ölçer ile perifer kanda CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺CD161^{hi} ve CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ MR1⁺ 5-OP-RU⁺ MAİT hücrelerinin sıklığı ve steady-state hücre içi TNF α ve IFN γ pozitiflik oranları ölçülmüştür. Veriler frekans ve yüzde, medyan ve çeyrekler arası aralık olarak sunulmuş olup, anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edilmiştir.

Bulgular: Hem CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ CD161^{hi}, hem de CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ MR1⁺ 5-OP-RU⁺ MAİT hücrelerin CD3⁺ hücreler içindeki yüzdesi, BH grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktü (sırasıyla medyan %1,78 ve %0,49'a karşı %4,76 ve %1,29, p=0,029 ve 0,013, Mann-Whitney-U testi, Şekil 1A ve 1B). BH hastalık süresi medyan 12 yıl (8-19 yıl) olan hasta popülasyonunda, hem CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ CD161^{hi}, hem de CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ MR1⁺ 5-OP-RU⁺ MAİT hücrelerinin yüzdesi, hastalık süresi ile orta düzeyde negatif korelasyon göstermektedir (sırasıyla 0,401 ve -0,378, p=0,021 ve

0,03, Spearman korelasyon testi, Şekil 1C ve 1D). BH hastalık tutulumları ve şiddetleri ile MAİT hücre sıklığı arasında, BH hastalarının steady-state hücre içi TNF α ve IFN γ pozitiflik oranları kontroller ile fark izlenmedi.

Sonuç: BH hastalarında, periferik kanda MAİT hücre sıklığı azalmaktadır, bu azalma hastalık süresi arttıkça daha da belirgin hale gelmektedir, ancak hastalık tutulumu veya hastalık şiddeti ile belirgin bir fark izlenmemiştir. Bu bulgular, MAİT hücrelerin BH patogenezinde rol oynayabileceğine işaret etmektedir. MAİT hücrelerin periferik kanda azalmasının BH patogenezindeki rolü hakkında ileri çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, mukoza ilişkili invariant T hücreleri, patogeneze



Şekil 1. A) CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ CD161^{hi} MAİT hücrelerin ve B) CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ MR1⁺ 5-OP-RU⁺ MAİT hücrelerin CD3⁺ hücreler içinde BH ve kontrol gruplarında yüzde dağılımı, C) CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ CD161^{hi} MAİT hücrelerin ve D) CD3⁺ TCR $\gamma\delta$ ⁻ TCRV α 7.2⁺ MR1⁺ 5-OP-RU⁺ MAİT hücrelerin CD3⁺ hücreler içinde BH hastalık yaşına göre yüzde dağılımı

Renal tutulumu olan sistemik lupus eritematozus hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, tek merkez retrospektif çalışma

Ahmet Usta, Yeter Mahmutoğlu, Çetin Ergül, Zehra Karaman, Abdülbaki Gaydan, Nilgün Güveç Gıyınas, Ahmet İlbaý, Serdar Sezer, Mücteba Enes Yayla, Emine Uslu, Aşkın Ateş, Murat Turgay

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

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), yaygın olarak böbrekleri etkileyen multisistem otoimmün bir hastalıktır. Lupus nefriti, SLE de böbrek hasarının en yaygın nedenidir ve morbidite ve mortalite için önemli bir risk faktörüdür. Bu çalışmada SLE renal tutulumu olan hastaların demografik, klinik ve serolojik farklılıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: 2010-2024 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği'ne başvuran 433 SLE hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Renal tutulumu olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı. Renal tutulum; proteinüri, aktif idrar sedimenti olması ya da renal biyopsi ile SLE nefriti varlığı gösterilmesi olarak tanımlandı.

Bulgular: Dört yüz otuz üç SLE hastasının 158 (%36,5)'inde (%82,3 kadın, %17,7 erkek) renal tutulum saptandı. Renal tutulumu olan hastalarda kadın cinsiyet daha fazlaydı ($p=0,013$) ve hastaların tanı yaşı daha gençti ($p<0,001$). Renal tutulumu olan hastalarda bulgular kümülatif olarak değerlendirildiğinde, renal tutulumu olan hastalarda olmayanlara göre laboratuvar bulgularında hematüri (%50,3 ile %8,4 $p<0,001$), proteinüri (%95,5 ile %8,7 $p<0,001$), piyüri (%40,3 ile %21,8 $p<0,001$); serolojik bulgularda ds DNA normalin üstü (%82,6 ile %69,1 0.002), Sm (%33,6 ile %23,7, $p=0,044$) ve nRNP/Sm (%29,2 ile %18,3 $p=0,017$);tedavilerde ise glukokortikoid (%97,5 ile %84,4 $p<0,001$), azatioprin (%66,7 ile %39,4 $p<0,001$), siklofosamid (%47 ile %5,2 $p<0,001$), mikofenolat mofetil (%58,7 ile %13,0 $p<0,001$), tacrolimus (%5,0 ile %0,0 $p<0,001$) ve ACE inhibitörü (%42,9 ile %9,1 $p<0,001$) kullanımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 1).

Sonuç: Renal tutulumu olan hastalarda ds DNA, Sm ve nRNP/Sm antikorları varlığının ve glukokortikoid azatioprin siklofosamid mikofenolat mofetil,tacrolimus ve ACE inhibitörü kullanımının daha yaygın olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, lupus nefriti, glomerüler filtrasyon hızı

Tablo 1. Renal tutulumu olan ve olmayan SLE hastalarının karşılaştırılması

	Renal Tutulum		F değeri
	Var N=365	Var N=158	
Cinsiyet, Kadın	240 (%65,6)	130 (%82,3)	0,013
Yaş (yap)	35,0 (16,7)	27,5 (16,15)	<0,001
Takip süresi	6,29 (8,41)	6,66 (8,49)	0,853
Klinik Bulgular (Nüveler)			
Ayır	38 (%10,4)	29 (%18,3)	0,288
Azatioprin	194 (%53,2)	99 (%62,6)	0,033
Azatioprin	71 (%19,4)	34 (%21,5)	0,213
Mikofenolat	5 (%1,4)	4 (%2,5)	0,734
Çiklofosamid	146 (%40,0)	78 (%49,4)	0,230
Nöbet	7 (%1,9)	5 (%3,2)	0,770
Nöropati	0 (%0,0)	2 (%1,3)	0,321
Ray ağrısı	24 (%6,6)	9 (%5,7)	0,192
Sklerit	2 (%0,5)	1 (%0,6)	1,000
Hematurisi	22 (%6,0)	78 (%49,4)	<0,001
Proteinüri	23 (%6,3)	140 (%88,5)	<0,001
Piyüri	17 (%4,7)	62 (%39,2)	<0,001
Ülçeli Ağrı	21 (%5,8)	17 (%10,8)	0,476
Renal etkilenim	24 (%6,6)	20 (%12,7)	0,253
Perikardit	0 (%0,0)	6 (%3,8)	0,679
Perikardiyal efüzyon	21 (%5,8)	10 (%6,3)	0,112
Serosit	8 (%2,2)	4 (%2,5)	0,894
Serolojik Bulgular			
ds DNA Normalin Üstü	178 (%48,8)	126 (%80,4)	0,002
ANA varlığı	30 (%8,2)	23 (%14,6)	0,036
AFAS	11 (%3,0)	7 (%4,4)	0,041
SS-A	79 (%21,7)	45 (%28,5)	0,061
SS-B	33 (%9,1)	18 (%11,4)	0,928
Sm	13 (%3,6)	43 (%27,2)	0,044
Hücre	43 (%11,8)	32 (%20,2)	0,180
Nötrofil	33 (%9,1)	41 (%25,9)	0,060
CRP-0	1 (%0,3)	2 (%1,3)	0,284
Mİ	1 (%0,3)	3 (%1,9)	0,144
nRNP/Sm	41 (%11,2)	30 (%19,0)	0,017
Laboratuvar Değerleri			
Hipokromisitemi	229 (%62,7)	133 (%84,2)	0,180
Lökopeni	32 (%8,8)	39 (%24,7)	0,307
Emübülösemi	81 (%22,2)	49 (%31,0)	0,007
CRP	19 (%5,2)	20 (%12,7)	0,066
Hemoglobülün	96 (%26,3)	31 (%19,6)	0,352
İlaçlar			
Glukokortikoid	257 (%70,4)	147 (%93,0)	0,137
Çiklofosamid	217 (%59,4)	154 (%97,5)	<0,001
Azatioprin	97 (%26,6)	99 (%62,7)	<0,001
Mikofenolat	23 (%6,3)	11 (%7,0)	0,537
Leflunomid	7 (%1,9)	0 (%0,0)	0,049
Siklofosamid	12 (%3,3)	71 (%44,9)	<0,001
Rizikolmal	15 (%4,1)	14 (%8,9)	0,093
Mikofenolat mofetil	31 (%8,5)	84 (%52,5)	<0,001
Tacrolimus	0 (%0,0)	7 (%4,4)	0,001
ACE inhibitörü	21 (%5,8)	62 (%39,2)	<0,001
Arteriyel Hipertansiyon (AHA)	83 (%22,7)	31 (%19,6)	0,007

Behçet sendromuna bağlı vasküler tutulumun güncel değerlendirilmesi

Özge Kara Avcı¹, Ayşe Özdede², Koray Taşçılar³, Sinem Nihal Esatoğlu², Uğur Uygunoğlu⁴, Gülen Hatemi², Melike Melikoğlu², Emire Seyahi²

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

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

³Friedrich-Alexander Üniversitesi, Romatoloji Bölümü, Erlangen, Almanya

⁴Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet sendromunun özellikle vasküler tutulumu ile ilişkili tanı ve tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Ancak bu konuda yapılmış güncel bilgiyi yansıtan çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmadaki amaç, vasküler tutulumlu hastaları demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmektir. Özellikle üç ana özelliğe bakılmıştır: 1) erkek/kadın farkı, 2) 2010 öncesi ve sonrası tanı alanlar arasındaki fark ve 3) kriter dolduranlar ile doldurmamayanlar arasında fark.

Yöntem: Bir yıl süre içinde (1/11/2021-1/11/2022), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Behçet Araştırma ve Tedavi Merkezine başvuran 1318 Behçet hastalığı (BS) hastası arasından, vasküler tutulum olan 241'i (18,3%) (200 E/41 K) çalışmaya alındı. Hastaların klinik kayıtları geriye dönük olarak romatoloji poliklinik dosyaları üzerinden incelendi. Dosya açıldığında vasküler ve vasküler dışı tutulumları, vasküler tutulumun varsa nüksü ve şimdiye kadar yapılan tüm görüntülemeler kaydedildi. Vasküler nüks aynı yerde veya venöz veya arteriyel başka bir anatomik yerde tutulum olarak tanımlandı.

Bulgular: Vasküler olay başlama yaşı ortalama 32,5±10,1 idi. Vasküler tutulumun (E:32±9,9 vs K:35,1±10,6 yıl) erkeklerde

kadınlara kıyasla daha genç yaşta ortaya çıktığı gözlemlendi (p=0,072) (Tablo 1). Vasküler tutulum 75 hastada (%31,1) (63E/12K) kriterleri doldurmadan önce, 40 hastada (%16,6) (36E/4K) kriterler ile eş zamanda, 126 hastada (%52,3) (101E/25K) ise kriterleri doldurduktan medyan 6 (ÇAA: 2,2-11,7) yıl sonra ortaya çıkmıştı. Toplam 44 (35E/9K) hasta (%18) ise medyan 6,5 yıllık takipte kriterleri karşılamamıştı. Alt ekstremitte derin ven trombozu (AEDVT) (%66,8) ve yüzeysel tromboflebit (%25,7) en sık görülen tutulum tipleriydi ve erkek hastalarda daha sık izlendi. Dural sinüs trombozu ise kadınlarda daha sıkı (p=0,023). Medyan 13 (IQR: 7,5-18) yıl takip süresi içinde %42,3 hasta en az bir kez nüks etmişti. Nüks daha çok erkeklerde (%45,5 vs %26,8, p=0,028) izlendi. Hasta başına hesaplanan medyan vasküler olay sayısı 2 (IQR: 1-3) idi ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksekti (p=0,019). Hastaların %49'u 2011-2022 yılları arasında, geri kalanı ise 2010 ve öncesinde tanı almıştı (Tablo 2). AEDVT, 2010 ve öncesi tanı alanlar arasında fazla iken, 2010 sonrası dönemde tanı alanlar arasında, pulmoner arter trombozu ve diğer arteriyel tutulumlar sık izlendi. Hem anti-koagülan kullanımı hem de biyolojik tedavi 2010 sonrası dönemde artmıştı. Ayrıca, 2010 sonrası dönemde öncesine göre daha fazla oranda hastanın ISG kriterlerini karşılamadığı görüldü (% 3,5 vs %30,5), p<0,001).

Sonuç: Erkek hastalarda vasküler tutulum kadınlara kıyasla daha genç yaşta görülmekte, genellikle AEDVT ile seyretmekte ve sık nüks etmektedir. ISG kriterlerini doldurmamayan hastaların yüksek oran ve dolduranlar ile benzer klinik özellikler göstermesi bize vasküler tutulumun deri-mukoza bulguları ile birlikteliğinin zayıf olduğunu söylemektedir. 2010 sonrası radyolojik tekniklerin ilerlemesi ve bilginin artması sonucu muhtemelen daha fazla pulmoner arteriyel tromboz ve viseral/periferik arter 1 tutulumuna tanı konduğu göze çarpmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, behçet sendromu, ISG, vasküler

Tablo 1. Erkek-kadın hasta gruplarının karşılaştırması

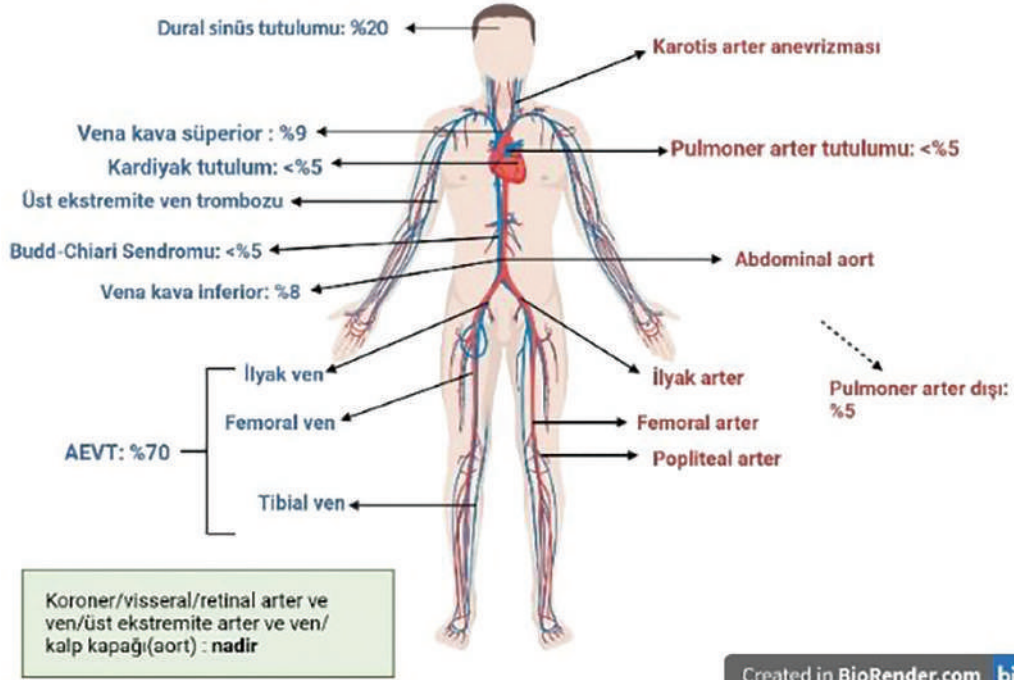
	Erkek, n=200	Kadın, n=41	p
Güncel yaş ortalaması±SS, yıl	43,8±10,6	46±11,3	0,245
BS tanı yaşı ortalaması±SS, yıl	30,1±9,1	31,6±10,1	0,347
İlk vasküler olay geçirme yaşı, ort±SS, yıl	32±9,9	35,1±10,6	0,072
AEDVT, n (%)	144 (72)	17 (41,5)	<0,001
STM, n (%)	56 (28)	6 (14,6)	0,080
DST, n (%)	30 (15)	13 (31,7)	0,023
VKS, n (%)	11 (5,5)	3 (7,3)	0,712
VKİ, n (%)	17 (8,5)	2 (4,9)	0,749
Aorta ve periferik arter, n (%)	17 (8,5)	2 (4,8)	0,627
Pulmoner arter tutulumu, n (%)	40 (20)	11 (26,8)	0,400
Kardiyak trombus, n (%)	6 (3)	4 (9,8)	0,070
Koroner, n (%)	4 (2)	0 (0)	1,000
BUDD-CHIAI, n (%)	6 (3)	2 (4,9)	0,627

BS: Behçet hastalığı, AEDVT: Alt ekstremitte derin ven trombozu, STM: Taramalı Tünelleme Mikroskobu, DST: Dekametazon supresyon testleri, VKS: Vena kava superior, VKİ: Vücut kitle indeksi, SS: Standart sapma

Tablo 2. Tanı yılı 2010 ve öncesi ile 2010 sonrası olan hasta gruplarının karşılaştırması

	Tanı yılı \leq 2010, n=123	Tanı yılı > 2010, n=118	p
Erkek cinsiyet, n (%)	103 (83,7)	97 (82,2)	0,864
ISG karşılama, n (%)	115 (93,5)	82 (69,5)	<0,001
İlk vasküler olay geçirme yaşı, ort \pm SS, yıl	33,3 \pm 10,4	31,7 \pm 9,7	0,222
AEDVT, n (%)	91 (74)	70 (59,3)	0,020
STM, n (%)	37 (30,1)	25 (21,2)	0,141
DST, n (%)	17 (13,8)	26 (22)	0,129
VKS, n (%)	6 (4,9)	8 (6,8)	0,590
VKİ, n (%)	13 (10,6)	6 (5,1)	0,152
Pulmoner dışı arter, n (%)	4 (3,3)	15 (12,7)	0,008
Pulmoner arter tutulumu, n (%)	24 (19,5)	27 (22,9)	0,533
Kardiyak trombüs, n (%)	3 (2,4)	7 (5,9)	0,209
Koroner, n (%)	2 (1,6)	2 (1,7)	1,000
Budd-chiari, n (%)	3 (2,4)	5 (4,2)	0,493

AEDVT: Alt ekstremitelerde derin ven trombozu, STM: Taramalı tünelleme mikroskopu, DST: Dekametazon supresyon testleri, VKS: Vena kava superior, VKİ: Vücut kitle indeksi, SS: Standart sapma

**Sekil 1.** Vasküler tutulumun anatomik bölgeleri gösterilmektedir

Tek merkez lupus nefrit kohortunda nüks

Gamze Kemeç¹, Ömer Uludağ², Sibel Vareliç³, Yasemin Özlük⁴, Işın Kılıçaslan⁴, Yasemin Yalçınkaya², Ahmet Gül², Murat İnanç², Bahar Artım Esen²

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

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

³*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

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

Amaç: Lupus nefritinde (LN) nüks; artan hastane yatışları, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Amacımız İTF LN kohortunda nüks insidansını, ilişkili faktörleri ve prognozu belirlemektir.

Yöntem: Biyopsi ile kanıtlanmış LN'li (ISN/RPS 2003) verileri tam hastalar dahil edildi. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri mevcut veritabanından revize edildi, 6. ve 12. aydaki tedavi yanıtları kaydedildi. Kreatinin (CR), idrar protein kreatinin oranı (UPCR)<0,5 g/g ve böbrek fonksiyonunda iyileşme veya stabilizasyon olarak; renal nüks, bazal proteinürisi <0,5 g/g olan hastalarda UPCR >1 g/g veya bazal proteinürisi >0,5 g/g olan hastalarda UPCR'de ≥1 g/g artış ve/veya serum kreatinininde artış olarak tanımlandı. DORIS tam remisyon, klinik SLEDAI=0, serolojik aktivite olmaması ve glukokortikoid/immünosüpresif

(IS) tedavi verilmemesi; LLDAS, majör organ sistemlerinde aktivite olmayan, prednizolon ≤7,5/gün ve idame IS'ye izin veren SLEDAI≤4 olarak tanımlandı. Nüks, ölüm, kronik böbrek hastalığı (KBH), kalıcı diyaliz ve transplantasyon verileri değerlendirildi. Kohortun klinik özelliklerinin renal nüks ve prognozla ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: İki yüz altmış dört hastadan 73'ünde nüks olduğu belirlendi. Nüks etmeyen hastalarda renal tutulum sırasındaki glomerüler filtrasyon hızı daha düşüktü (p=0,043) ve akut böbrek hasarı (ABH) sıklığı (p=0,025) daha yüksekti. Nüks edenlerin daha düşük bir oranı 12. ayda CR'ye ulaşmıştı (p=0,038). Nüks edenlerde daha yüksek oranda KBH (p<0,001) ve transplantasyon (p=0,019), daha düşük DORIS tam remisyon (p=0,021) ve daha yüksek hasar skoru vardı (p=0,006). 45 hastanın IS tedavisi kesilmişti ve 31'inde nüks gelişmezken 14'ünde nüks gelişmişti. IS tedavinin nüks edenlerde daha erken kesildiği saptandı(p=0,012). Çok değişkenli analiz, lupus eritematozus (SLE) tanısında daha genç yaşın (p<0,001) ve böbrek patolojisinde şiddetli IgM pozitifliğinin (p=0,042) renal nüks gelişimi için önemli risk faktörleri olduğunu gösterdi. Kısa LLDAS'ta kalma süresi (p<0,001) ve düşük kümülatif steroid dozu (p=0,007) nüksün daha erken görülmesi ile ilişkiliydi.

Sonuç: Nüksü önlemek, KBH gelişimini önlemek için önemlidir. SLE ve LN tanısında daha genç yaşta olan ve renal patolojide şiddetli IgM pozitifliği olan hastaların nüks daha yatkın olduğu bulunmuştur. Renal prezentasyonda ABH daha az nüks ile ilişkilendirilmiştir. Özellikle yüksek riskli hastalarda IS tedavinin erken kesilmemesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Lupus nefriti, nüks, sistemik lupus eritematozus

Sistemik skleroz hastalarında interstisyel akciğer hastalığı izleminde ossilometrik yöntemle solunum fizyolojisi değerlendirilmesi

İbrahim Vasi¹, Rıza Can Kardeş¹, Serra Duygulu²,
Burcuğül Özkızıtaş¹, Derya Yıldırım¹, Rahime Duran¹,
İbrahim Yahya Çakır¹, İbrahim Karaduman¹, Hamit Küçük¹,
Berna Göker¹, Mehmet Akif Öztürk¹, Nilgün Demirci Yılmaz²,
Abdulsamet Erden¹

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sistemik skleroz (SSk), oto-antikör pozitifliği, vaskülopati, deride ve iç organlarda progresif fibrozis ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) SSk hastalarında %50-60 sıklıkla gözlenmektedir. Solunum sistemi hastalıklarında fizyolojik parametreler spirometrik yöntemlerle incelenmektedir. SSk hastalarında kas tutulumu, eklem kontraktürleri, sarkopeni ve ağız açıklığında azalma gibi bulgular ve spirometri teknişyeni ve hasta ilişkili diğer faktörler nedeniyle spirometrik ölçümlerin kalitesinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. İOS' deki temel parametreler; 5Hz frekansta saptanan rezistans olan (R5), 20Hz frekansta saptanan rezistans olan (R20), 5Hz frekanstaki reaktans olan (X5), havayolları ile akciğerin çevresindeki kapasitansın eşit olduğu frekans değeri olan Fres ve 5 Hz ile Fres arasındaki düşük frekanslı solunum reaktans büyüklüğünün entegre edilmiş hali olan (AX)'dir. Proksimal hava yolu obstrüksiyonu, artmış R5, artmış R20, normal X5 ve normal Fres olarak kendini gösterir. Periferik hava yolu obstrüksiyonu, artmış R5, normal R20, artmış X5 ve artmış Fres ile sonuçlanır. Restriktif akciğer hastalıklarında ise normal R5, normal R20, artmış X5 ve artmış Fres sonuçları gözlenir. İmpuls ossilometrinin ana farklılığı efor bağımlı olmaması ve hastaların ölçümlere pasif katılımlı olmasıdır. İmpuls ossilometrinin efor bağımlı olmaması ve kas iskelet sistemi patolojisine sahip hastalarda daha güvenilir verilere sahip olması nedeniyle SSk hastalarında klasik spirometrik yöntemlerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

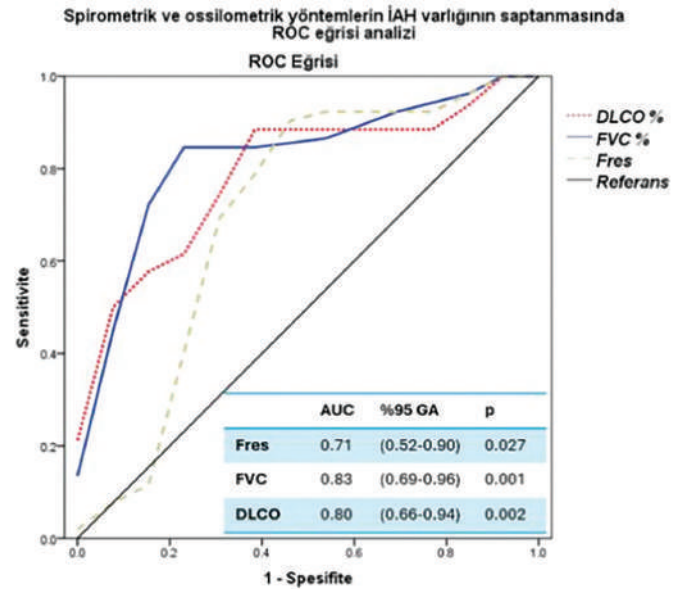
Yöntem: ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre SSk tanısı almış olan hastaların klinik izleminde klasik spirometrik yöntemle birlikte ossilometrik veriler analiz edilmiştir. Çalışmaya toplam 40 SSk hastası alınmıştır.

Bulgular: SSk tanılı 40 hastanın %65'inde (26/40) İAH saptandı. Diffüz SSk varlığı ve anti topoizomeraz pozitifliği İAH olan hastalarda anlamlı olarak yüksek saptandı. Zorlu vital kapasite (FVC), total akciğer kapasitesi (TLC) ve Akciğer difüzyon testi (DLCO) gibi klasik spirometrik ölçüm parametreleri ve İOS' de Fres değerleri ile İAH varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı. İAH olan hastalarda daha düşük FVC, DLCO ve TLC sonuçları mevcutken Fres sonuçları daha yüksek saptandı. İAH

olan hastalarda ortanca (25-75) Fres 22.1 (18.-24.8) iken İAH olmayan hastalarda ortanca (25-75) Fres 15.6 (14.0-22.0) olarak saptandı. Sonuçlar Tablo 1' de özetlenmiştir. ROC analizi ile yapılan değerlendirme sonucunda Fres değerlerinin İAH varlığını öngörmeye tanılal değeri olabileceği düşünülmüştür [Uygun kullanım kriterleri (AUC): 0,714, %95 GA:0,52-0,90, p=0,027]. 19,5 Fres değeri için saptanan sensitivite 0,70 ve spesifisite 0,78 olarak bulunmuştur. FVC, DLCO ve Fres için ROC eğrileri Şekil 1'de verilmiştir. Fres ile DLCO arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda orta dereceli negatif korelasyon saptanmıştır (r=-0,463, p=0,026).

Sonuç Çalışmamız SSk hastalarında İAH varlığı değerlendirilmesinde ossilometrik yöntemle veri bulunmaması nedeniyle önemlidir. İOS parametrelerinden olan ve obstrüktif hastalıkların değerlendirilmesinde kullanılan R5 ve R20 değerlerinin normal aralıkta olması SSk-İAH hastalarının izleminde İOS' nin kullanılabilir olduğunu göstermektedir. Literatür ile uyumlu şekilde restriktif hastalıklarda artan Fres değerleri ile SSk-İAH arasında anlamlı ilişki saptanması önemlidir. Bununla birlikte Fres ile DLCO değerleri arasındaki korelasyonda tanılal sürecin haricinde İAH hastalığı izleminde de Fres' in kullanılabilirliğini düşündürmektedir. SSk hastalarında ağız açıklığında azalma ve kas iskelet sistemi gibi bulguların spirometrik ölçümlerde kaliteyi düşürdüğü göz önüne alındığında İOS ile ilgili prospektif ve geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İmpuls ossilometri, interstisyel akciğer hastalığı, sistemik skleroz, spirometri



Şekil 1. Spirometrik ve ossilometrik yöntemlerin İAH varlığının saptanmasında ROC eğrisi analizi

İAH: İnterstisyel akciğer hastalığı

Tablo 1. Sistemik skleroz hastalarının klinik özellikleri, spirometrik ve ossilometrik ölçüm sonuçları

	İAH (+), n=26	İAH (-), n=14	p
Yaş-yıl, mean (SS)	53,38±12,4	50,14±11,1	0,419
Cinsiyet, Kadın (%)	25 (92,6)	13 (92,9)	0,975
Diffüz SSK, n (%)	19(70.3)	4(28.5)	0.001
Hastalık süresi-yıl, mean (SS)	9,0±4,3	7,5±6,5	0,39
Anti-topoizomeraz 1 pozitifliği, n (%)	19 (70,4)	3 (21,4)	0,003
Spirometrik ölçümler			
FVC (%), ortalama (SS)	86,08±20,98	111±16,7	0,001
RV (%),ortalama (SS)	89,1±30,2	105,3±22,7	0,097
TLC (%),ortalama (SS)	75,2±16,1	91,7±12,0	0,002
DLCO (%),ortalama (SS)	61,5±18,0	79,3±12,1	0,003
Ossilometrik ölçümler			
R5 (%), medyan (25-75)	128 (112-148)	139 (120-231)	0,154
R20 (%), medyan (25-75)	119 (89-133)	144 (92-178)	0,11
X5, medyan (25-75)	-0,1 (-0,12-0,07)	-0,09 (-0,17-0,04)	0,664
Fres, medyan (25-75)	22,1 (18,0-24,8)	15,6 (14,0-22,0)	0,027
AX, medyan (25-75)	1,0 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-3,1)	0,78

İAH: İnterstiyel akciğer hastalığı, FVC: Zorlu vital kapasite, SSK: Sistemik skleroz, RV: Romatoid vaskülit, TLC: Total akciğer kapasitesi, DLCO: Akciğer difüzyon testi, SS: Standart sapma

PS-161**Anti-CCP test sonuçlarının zaman içinde değişimi ve pozitifleşme sıklığının araştırılması**Ebru Bilir¹, Özlem Unay Demirel², Fulya Coşan¹¹Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Enflamatuvar artritlerin ayırıcı tanısında anti siklik sitrillenmiş peptid (anti-CCP) pozitifliği yüksek spesifitesi nedeniyle önem taşımaktadır. Eklem ağrısı ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde sıklıkla anti-CCP testinin tekrarlandığı görülmektedir. Bu çalışmada başlangıçta anti-CCP testi negatif olan ve tekrarlanan ölçümlerde anti-CCP testi pozitifleşen hasta sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2015-2024 yılları arasında Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğine eklem ağrısı ile başvurmış ve anti-CCP testi sonucu olan 2599 hasta (1918 kadın, 681 erkek) taranmış ve en az 2 kez anti-CCP testi tekrarlanmış olan toplam 567 hasta (436 kadın, 131 erkek; ortalama yaş: 48,97±12,96; yaş aralığı:18-86) çalışmaya dahil edilmiştir. Anti-CCP pozitifliği için sınır değer 5 mg/dl olarak alınmış olup, 200mg/dL'nin üzerindeki değerler için sayısal değer atanmamıştır.

Bulgular: Tüm anti-CCP testi yapılan hasta grubu içinde anti-CCP pozitifliği sıklığı %4,2 (109 hasta) bulunmuştur. Birden fazla anti-CCP testi yapılan 567 hastanın ortalama takip süresi 20 ay ve medyan takip süresi 13 ay (1-73 ay) olarak saptanmıştır. Hastalara ortalama 2,87 kez (2-11) anti-CCP testi yapılmıştır. Bu grubun

içinde 38 hastanın (%6,7) hem başlangıçta hem de takip sürecinde anti-CCP pozitifliği görülmüştür. Bu hastaların %51,3'ünde anti-CCP düzeylerinin aynı seviyede kaldığı, %33,3 hastada azaldığı ve %15,4 hastada artış gösterdiği görülmüştür. 525 hastanın (%92,6) başlangıçta anti-CCP testi negatif bulunmuştur ve tekrarlanan testlerde de negatif olarak devam etmiştir. 3 hastanın (%0,5) testi başlangıçta pozitifken takiplerde negatifleşmiştir. Sadece 1 hastanın başlangıçta testi negatif bulunmuş, sonra pozitifleşmiş ve sonra tekrar negatifleşmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışmada, başlangıçta anti-CCP testi negatif olan hastaların zaman içinde de çoğunlukla negatif kaldığı, zaman içinde pozitiflik gelişmesinin çok nadir olduğu görülmüştür. Öte yandan, pozitif anti-CCP testi olan kişilerde de testin negatifleşmesi çok az sayıda hastada izlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, anti-CCP testinin takiplerde tekrarlanmasının tanıya ek katkısının sınırlı olabileceği ve bu nedenle test tekrarlarının sınırlandırılmasının maliyet açısından daha etkin bir yaklaşım olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Anti-CCP, enflamatuvar artrit, romatoid artrit

Tablo 1. Tekrarlanan anti-CCP testlerindeki değişim yüzdeleri

Anti-CCP sonucu	n	%
Negatif-negatif	525	92,6
Pozitif-pozitif	38	6,7
Pozitif-negatif	3	0,5
Negatif-pozitif	0	0,0
Negatif-pozitif-negatif	1	0,2

Anti-CCP: Anti siklik sitrillenmiş peptid

Romatolojik hastalığı olan ve AMA-M2 pozitifliği ile takip edilen hastaların prognozunun araştırılması

Ebru Bilir¹, Özlem Unay Demirel², Semra Aktaş³,
Cengiz Bölükbaş³, Fulya Coşan¹

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

²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

³Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı,
İstanbul

Amaç: Otoimmün romatolojik hastalığı olan kişilerde anti mitokondrial antikor-M2 (AMA-M2) otoantikoru ile karakterize primer biliyer kolanjit (PBK) olguları görülebilmektedir. AMA-M2 otoantikoru yüksek spesifiklik göstermekte, olgular başlangıçta asemptomatik bile olsalar yıllar içinde siroz gelişimi görülebilmektedir. Otoimmün romatolojik hastalığı olan hastalarda PBK olgularının erken evrede saptanması önem taşımaktadır. Bu çalışmada AMA-M2 pozitifliği ile izlenen romatoloji hastalarının PBK açısından klinik seyrinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2015-2024 yılları arasında BAU Romatoloji polikliniğinden izlenmekte olan hastalar retrospektif olarak taranmış, AMA-M2 pozitifliği saptanmış olan 13 kişi çalışmaya alınmıştır. Hastaların klinik seyrine ait veriler dosyalarından retrospektif olarak elde edilmiştir.

Bulgular: 13 hasta incelendiğinde tamamının kadın olduğu görüldü, ortalama yaş: 43,5 bulundu [medyan: 39 (31-66)].

Hastaların ortalama takip süresi 46,38 ay [medyan: 36 ay (1-108 ay)] bulundu. 13 hastanın 10'unda romatoid artrit, 3'ünde Sjögren sendromu, 3'ünde sistemik lupus eritematozus, birinde ankilozan spondilit (AS) mevcuttu. Hastalardan 12'sinde AMA-M2 pozitifliği tanı süreçlerinde yapılan ANA ve ENA profili tetkikleri sırasında saptandı. AS hastasında ise karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle tetkik edilirken bulundu. Kaşıntı şikayeti sadece 1 hastada (%7,7) görüldü ve tedavi ile düzeldi. Başlangıçta karaciğer enzim yüksekliği 4 hastada (%30,8) bulundu. Başlangıçta karaciğer enzim yüksekliği olan 4 hastanın 2'si tedavi ile normale dönerken, başlangıçta normal olan hastalardan ikisinin karaciğer enzimlerinin yükseldiği görüldü. AMA-M2 pozitif hasta grubunda takip sürecinde karaciğer enzim yüksekliği olan hasta sıklığı %30,8 bulundu. Hastalardan sadece 3'ünün (%23,1) düzenli ursodeoksikolik asit tedavisi kullandığı görüldü. Diğer hastaların ilaç kullanmama nedenlerinin gastroenterolojiye gidememe, önemsememe, birçok ilaç kullanımı esnasında unutmama/yok sayma yaklaşımları olduğu görüldü. Hastaların hiçbirinde takip süreci boyunca klinik olarak siroz gelişimi gözlenmedi.

Sonuç: AMA-M2 pozitif hastaların asemptomatik olsalar bile tespit edilmesi, gastroenteroloji bölümüne yönlendirilerek, uygun endikasyonlu hastalarda ursodeoksikolik asit tedavisi başlanması ve yakın takibi hastalarda siroz gelişiminin önlenmesi açısından önemlidir. Romatolojik hastalığı olan AMA-M2 pozitif hastaların uzun dönem prognozunu araştırmanın daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: AMA-M2, otoimmün hastalık, primer biliyer kolanjit, ursodeoksikolik asit

Klasik ankilozan spondilitte radyografik ilerlemenin prognostik faktörleri olarak pelvik parametreler: prospektif takip çalışması

Kerem Abacı¹, Şeyma Çolakoğlu Özkaya², Erhan Bıyıklı³, Onur Buğdaycı³, Meltem Kurşun³, Ayberk Denizli⁴, Beril Koçak⁴, Aysun Aksoy⁵, Can Erzik², Pınar Ay⁶, Murat Bezer⁷, Mehmet Tuncay Duruöz⁸, Haner Direskeneli¹, Mehmet Pamir Atagündüz¹

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

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁵Antalya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

⁷Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Anabilim Dalı, İstanbul

⁸Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit (AS)' de radyografik ilerleme mekanik stress ile yönlendirilir. İyi dengelenmiş bir omurga, entezler arasında uygun bir ağırlık dağılımı sağlar. Pelvik parametreler omurganın şeklini değerlendirmede faydalıdır. Bu çalışma, AS'de radyografik ilerleme için pelvik parametrelerin öngörü değerini prospektif olarak araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntemler: Bu müdahalesiz, gözlemsel ve prospektif çalışmaya, şu anda MARS (marmara spondiloartrit) polikliniklerinde takip edilen modifiye New York kriterlerini (mNY) karşılayan AS hastaları dahil edildi. Birincil amaç, başlangıç pelvik parametreleri ile omurgadaki radyografik ilerleme arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. İki eğitimli radyolog (EB, OB) modifiye stoke ankilozan spondilit omurga skoru' nu (mSASSS) bağımsız olarak değerlendirdi. Bir ortopedi cerrahı (MB) ve bir radyolog (EB) pelvik parametreleri tıretti. Son analize köprüleme veya bambu omurgası olmayan

hastalar dahil edildi. mSASSS' de iki birimlik artış veya her iki yılda bir yeni bir sindesmotit geliştirme olarak tanımlanan radyografik ilerleme için risk değerlendirmesi, tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri kullanılarak yapıldı.

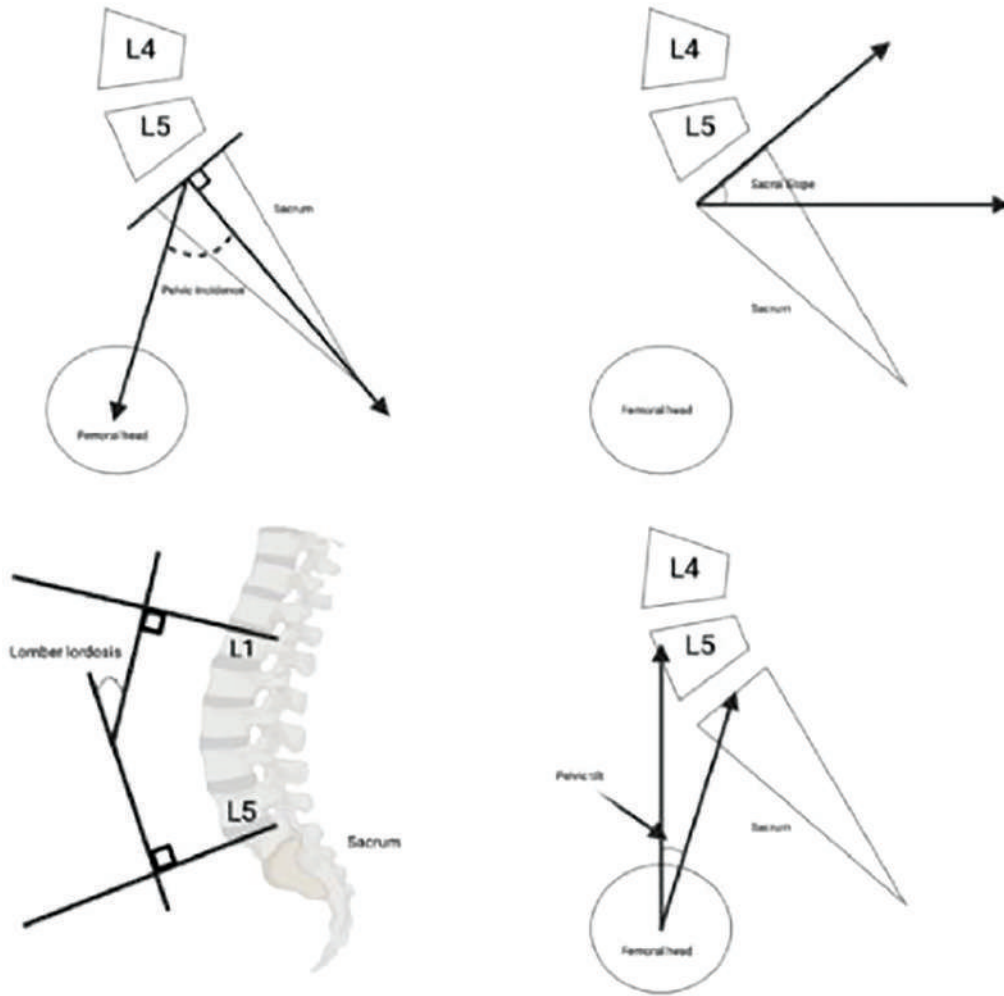
Bulgular: Altmış dokuz hasta prospektif takip süresini tamamladı ve medyan (ÇAA 25-75) takip süresi 47,7 (34,6-52,8) ay oldu. Bu hastalardan 40'ı (%58) erkekti ve 39/68'i (%58,2) insan lökosit antijeni (HLA)*B27 pozitif, 38'i (%55,1) takip süresi boyunca biyolojik tedavilerle tedavi altındaydı. 69 hastanın 23'ünde (%33,3) radyografik progresyon gelişti. Bu hastaların ortalama (SS) mSASSS'si ve ortalama (SS) sindesmotit sayısı sırasıyla: kayıt sırasında: 8,5 (4,6), 2,1 (1,8); iki yıllık takipten sonra: 11,1 (4,28), 2,6 (1,9); Çalışmanın sonunda: 14,5 (4,7), 5 (2,7) idi. Radyografik progresyon gösteren hastaların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bir bazal mSASSS (p<0,001), sindesmotit sayısı (p<0,001), PT ölçümü (p=0,037) ve SS/PI (p=0,034) oranı vardı. Cinsiyet, sigara kullanımı, VKİ, HLA*B27 pozitifliği ve biyolojik tedavi alma oranlarında radyografik progresyon gösteren ve göstermeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 1). Pelvik insidans (PI), Sakral eğim (SS) ve Lomber lordoz karşılaştırıldığında, radyografik progresyon gösterenlerde PI daha düşük, SS ise daha yüksekti. Ancak, her iki parametre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bununla birlikte, SS/PI oranı radyografik progresyonu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla radyografik progresyonu olan ve olmayan gruplarda; ortalama (SD): 0,78 (0,13) ve 0,71 (0,15); p=0,034). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi, Odds Ratio (OR)'si 1,14 olan SS'nin (95%CI: 1-1,31 p=0,043) ve OR' si 0,9 olan PI' nin (%95 CI: 0,82-0,996, p=0,041) daha önce bildirilen risk faktörlerinin veya yeni kemik oluşumunun etkilerinden bağımsız, önemli risk faktörleri olduğunu ortaya koydu.

Sonuç: Pelvik parametreler, AS' deki radyografik ilerlemeye dair prognostik bir içgörü sağlar. Gözlemlerimiz, anti-enflamatuvar tedavilere ek olarak hastaya özgü müdahalelerin seçilmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, ankilozan spondilit, radyografik progresyon, sindesmotit, pelvik parametreler, mekanik stress

Tablo 1. Radyografik progresyon gösteren ve göstermeyen ankilozan spondilit hastalarının başlangıçtaki klinik ve demografik parametreleri

	Tüm hastalar (n=69)	Radyografik progresyon gösteren hastalar (n=23)	Radyografik progresyon göstermeyen hastalar (n=46)	p
Yaş (yıl), ortalama (SD)	40,9 (5,9)	42,5 (4,6)	40,2 (6,3)	0,106
Kadın/Erkek oranı, n	29/40	6/17	23/23	0,058
Tanı yaşı (yıl), ortalama (SD)	20,2 (6,7)	20,9 (7,2)	19,9 (6,6)	0,759
Hastalık süresi (yıl), ortalama (SD)	20,7 (7,2)	21,6 (6,7)	20,2 (7,5)	0,545
Takip süresi (ay), ortalama (SD)	47 (6,6)	46 (6,9)	47,5 (6,4)	0,39
Sigara içme (geçmişte), n (%)	33 (48,5)	12 (54,5)	21 (45,7)	0,492
Vücut kitle indeksi (VKİ), ortalama (SD)	27,1 (3,9)	26,6 (2,1)	27,3 (4,5)	0,256
HLA-B27 pozitifliği, n (%)	39 (58,2)	12 (52,2)	27 (61,4)	0,469
Üveit (geçmişte), n (%)	11 (15,9)	4 (17,4)	7 (15,2)	0,816
Biyolojik ajanlarla tedavi (geçmişte), n (%)	38 (55,1)	14 (60,9)	24 (52,2)	0,494
Başlangıç mSASSS skoru, ortalama (SD)	5,9 (4,6)	7,6 (4,8)	5,1 (4,3)	<0,001
Başlangıçtaki spondilofitler, n (%)	34 (49,3)	19 (82,6)	15 (32,6)	<0,001
BASDAI skoru, ortalama (SD)	2,2 (1,9)	2,1 (1,9)	2,2 (2)	0,852
Pelvik insidans (PI), ortalama (SD)	55 (13,2)	53,3 (16)	55,8 (11,6)	0,227
Sakral eğim (SS), ortalama (SD)	39,9 (11,2)	41,5 (12,8)	39,2 (10,3)	0,366
Pelvik tilt (PT), ortalama (SD)	15,2 (10)	11,8 (7,6)	16,9 (10,6)	0,037
Pelvik açı, ortalama (SD)	10,3 (9,9)	8,2 (8)	11,4 (10,6)	0,131
Lomber lordoz (LL), ortalama (SD)	62,4 (11,9)	62,9 (12,1)	62,1 (11,8)	0,884

**Sekil 1.** Pelvik parametrelerin ölçümleri

Spondiloartrit hastalarında upadacitinibin etkinlik ve güvenliği: Çok merkezli, retrospektif gerçek yaşam deneyimi

Zeynep Yağbasan¹, Suade Özlem Badak², Gamze Akkuzu³, Gülşah Yamancan⁴, Ayşe Nur Bayındır Akbaş⁵, Anıl Göçer⁶, Dilek Tezcan⁷, Lütfi Akyol⁸, Özlem Doğan Ağbuga⁹, Orhan Zengin¹⁰, Özlem Kudaş¹¹, Mesude Seda Aydoğdu¹², Fatih Albayrak¹³, Osman Cüre¹⁴, Gözde Yıldırım Çetin⁶, Uğur Karasu⁵, Ahmet Karataş⁴, Süleyman Serdar Koca⁴, Cemal Bes³, Betül Ergün¹⁵, Burcu Yağız¹, Belkis Nihan Coşkun¹, Emine Duygu Ersözlü², Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

²Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

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

⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁵Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

⁶Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

⁷Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

⁹Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van

¹⁰Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

¹²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Malatya

¹³Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

¹⁴Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Rize

¹⁵Necmettin Erbakan Üniversitesi, Romatoloji Kliniği, Konya

Amaç: Upadacitinib romatoid artrit, psöriatik artrit, ankilozan spondilit, atopik dermatit, ülseratif kolit gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan, oral yoldan uygulanan, seçici janus kinaz-1 inhibitörüdür. Upadacitinib ülkemizde aksiyel spondiloartropati (SPA) hastalarında Ekim 2023 tarihinden itibaren geri ödeme kapsamına alınmıştır. Bu çalışma, daha önce ülkemizde gerçek yaşam verileri olmayan aksiyel SPA tanılı hastalarda upadacitinibin etkinlik ve güvenliğini gerçek yaşam verileriyle değerlendirilmesini amaçladı.

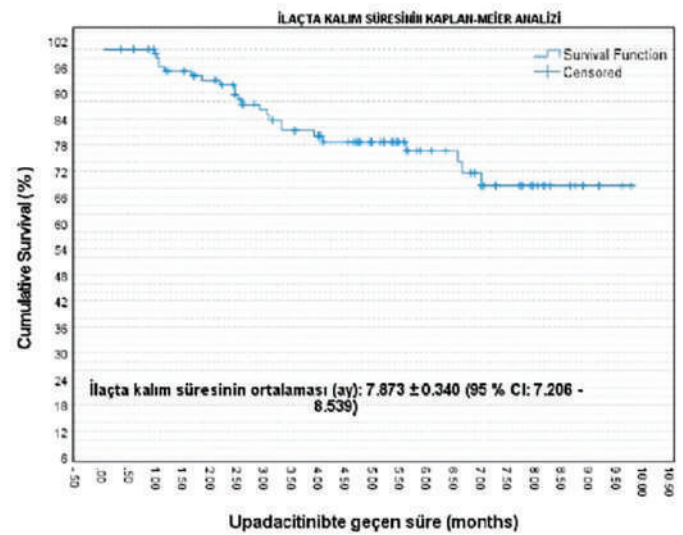
Yöntem: Türkiye genelindeki 15 farklı merkezin romatoloji bilim dalında takipli 20.10.2023 ile 15.08.2024 tarihleri arasında upadacitinib başlanan, önceden bir veya daha fazla biyolojik ya da hedefe yönelik konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) kullanmış 106 aksiyel SPA hastasının verileri retrospektif olarak analiz edildi. Aksiyel SPA hastalarında Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite skoru (ASDAS) CRP, ASDAS - sedimentasyon, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel

İndeksi (BASFI), Visual analog skala (hasta global, doktor global, ağrı, yorgunluk), HAQ skoru (Health Assessment Questionnaire) değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hasta grubunda erkek cinsiyet (%51.9) ön plandaydı. Yaş ortalaması 43±10,9 idi. Ortalama hastalık süresi 120 (72,156), upadacitinib kullanımının ortalama süresi 4,6±2,4 aydı. En çok eşlik eden komorbidite hipertansiyon ve diabetes mellitustu [sırasıyla 6 (% 5,7), 5 (% 4,7)]. 6 hastaya ailevi akdeniz ateşi eşlik ediyordu. Aksiyel SPA hastalarının %77,4'ünde radyografik tutulum gözlenmiştir. Hastalarda en çok görülen ekstreartiküler tutulum % 17,9 oranında enflamatuvar bağırsak hastalığı, en az görülen ekstreartiküler tutulum ise psöriazisti (% 0). Upadacitinib kullanımı öncesi en çok kullanılan konvansiyonel DMARD sülfasalazin (% 80.2) iken, biyolojik DMARD adalimumabtu (%58,5) (Tablo 1). Upadacitinibte 1. ayda ilaçta kalım oranı % 98,3. ayda % 84,9, 6. ayda %74,1'di. Upadacitinibte kalım süresi ortalaması 7,8±0,3 aydı (Şekil 1). Hastaların başlangıç ve üçüncü ay, başlangıç ve altıncı ay ziyaretleri arasında etkinlik açısından değerlendirilen tüm hastalık aktivite skorlarında ve hastalık aktivasyonunu gösteren laboratuvar parametrelerinde belirgin iyileşmeler gözlendi (p<0,01) (Tablo 2). 23 hastada ilaç kesildi. Ana neden primer yanıtızsızlık (% 60.8). Bunu sırasıyla sekonder yanıtızsızlık (%21,7), açıklanamayan baş ağrısı (%4,3), çarpıntı (%4,3) ve sık enfeksiyon geçirme (%4,3) ve hasta memnuniyetsizliği (%4,3) izlenmektedir. Upadacitinib kullanırken 2 hastada yalnızca 1 dermatomda herpes zoster enfeksiyonu, 3 hastada minör enfeksiyon (üst solunum yolu enfeksiyonu) gözlendi.

Sonuç: Bu çalışma ülkemizdeki upadacitinib kullanımının gerçek yaşam verilerinin değerlendirildiği en büyük çalışmadır. Çok merkezli bu çalışmamızda etkinlik ve güvenilirlik açısından anlamlı sonuçlar edinilmiş olmasına rağmen daha uzun süreli deneyime ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Etkinlik, güvenlik, spondiloartropati, upadacitinib



Şekil 1. Upadacitinib tedavisinde ilaçta kalımın Kaplan-Meier analizi

Tablo 1. Demografik veriler, başlangıç laboratuvar bulguları ve tedavi seçenekleri

Cinsiyet E/K n (%)		55/51 (51,9/48,1)
Yaş (yıl) ortalama±SD (Min., Max.)		43,1±10,9 (18,76)
VKI (kg/m ²) [medyan (P25, P75)]		27 (24,29)
Hastalık başlangıç yaşı (yıl) [medyan (P25, P75)]		33 (26,39)
Hastalık süresi (ay) [medyan (P25, P75)]		120 (72,156)
Sigara kullanım durumu n (%)	Hiç içmemiş	49 (46.2)
	Aktif içici	48 (45.3)
	Eski içici	9 (8.5)
Sigara (paket/yıl) [medyan (P25, P75)]		14.5 (10, 20)
HLA B 27 pozitifliği n (%)		47 (44.3)
Tutulum şekli (radyografik/nonradyografik) n (%)		82/24 (77.4/22.6)
Önceki kullandığı biyolojik tedaviler n (%)	Etanercept	47 (44.3)
	Adalimumab	62 (58.5)
	Golimumab	22 (20.8)
	İnflisimab	46 (43.4)
	Certolizumab	35 (33)
	Sekukinumab	36 (34)
Önceki JAKi kullanımı n (%)	Barisitinib	1 (0.9)
	Tofasitinib	7 (6.6)
Upadacitinibe geçiş nedeni n (%)	Primer yanıtızlık	8 (7.5)
	Sekonder yanıtızlık	82 (77.4)
	Yan etki	14 (13.2)
	Tablet tercihi	1 (0.9)
	Hasta memnuniyetsizliği	1 (0.9)
Upadacitinibe geçen süre (ay) mean ± SD (Min, Max)		4,6±2,4(0,3, 9,7)

Tablo 2. Aksiyel SPA hastalarında upadacitinib etkinliği

	Başlangıç vizit n =106	3. ay vizit n=74	p	Başlangıç vizit n=106	6. ay vizit n=32	p
BASDAI skoru [medyan (P25, P75)]	6,5 (4,8, 7,6)	2,7 (2,2, 3,5)	<0,001	6,5 (4,8, 7,6)	2 (1,4, 4,6)	<0,001
BASFI skoru [medyan (P25, P75)]	6,5 (4,8, 7,6)	2,6 (1,8, 3,3)	<0,001	6,5 (4,8, 7,6)	2,6 (1,1, 4,3)	<0,001
HAQ skoru [medyan (P25, P75)]	0,9 (0,4, 1,4)	0,4 (0, 0,8)	<0,001	0,9 (0,4, 1,4)	0,37 (0, 0,6)	0,001
VAS hasta global [median (P25, P75)]	80 (70, 80)	50 (40, 70)	<0,001	80 (70, 80)	40 (20, 47,5)	<0,001
VAS doktor global [median (P25, P75)]	70 (60, 80)	50 (40, 60)	<0,001	70 (60, 80)	30 (20, 40)	<0,001
VAS ağrı [medyan (P25, P75)]	80 (70, 80)	50 (40, 60)	<0,001	80 (70, 80)	40 (20, 50)	<0,001
VAS yorgunluk [median (P25, P75)]	70 (60, 80)	45 (40, 70)	<0,001	70 (60, 80)	30 (12,5, 47,5)	<0,001
ASDAS CRP [median (P25, P75)]	3,9 (3,4, 4,5)	2,7 (2,2, 3,5)	<0,001	3,9 (3,4, 4,5)	2,1 (1,5, 2,8)	<0,001
ASDAS SEDIİM [medyan (P25, P75)]	3,4 (2,6, 4,1)	2,6 (1,8, 3,3)	<0,001	3,4 (2,6, 4,1)	2,1 (1,4, 2,9)	<0,001
Sedim [medyan (P25, P75)]	21 (11, 35)	18 (9,5, 25)	0,040	21 (11, 35)	13 (11, 25)	0,012
CRP [medyan (P25, P75)]	12 (5,1, 28)	6 (3, 13,7)	<0,001	12 (5,1, 28)	7,3 (3, 15)	0,002

VAS: Visual Analog Scale, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, HAQ: Health Assessment Questionnaire, ASDAS: Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite Skoru, CRP: C-Reaktif Protein

Takayasu arteritinde pulmoner arter tutulumunun bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi ve ekokardiyografi özellikleri

Gizem Sevik¹, Zekeriya Doğan², Kerem Yiğit Abacı³, Ahmet Altuğ Çiçin², Feyyaz Baltacıoğlu⁴, Haner Direskeneli³, Fatma Alibaz Öner³

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

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

⁴Amerikan Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Takayasu arteriti (TAK) hastalarında pulmoner arteriyel tutulumun (PAT) sıklığı %5,7-%20,0 arasında bildirilmiştir ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.1,2 PAT tanısı genellikle kontrast madde ve radyasyon maruziyeti gerektiren bilgisayarlı tomografik pulmoner anjiyografi (BTPA) ile konulmaktadır. Bir çalışmada, ekokardiyografinin de TAK hastalarında pulmoner arterlerdeki karakteristik değişiklikleri gösterebileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada, TAK hastalarında PAT özelliklerinin ve ekokardiyografik PA bulgularının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2021-Temmuz 2023 arasında PAT'ı değerlendirmek amacıyla BTPA çekilen 72 TAK hastası (62 kadın/10 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. BTPA' dan sonra ekokardiyografiyle PA duvar kalınlığı ölçülmüştür. BTPA görüntüleri radyolog tarafından incelenmiş ve PA duvar kalınlığındaki artış, stenoz

ve/veya tromboz pulmoner vaskülit (PV) olarak tanımlanmıştır. Hastaların klinik verileri hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 46,4±13,0 yıl idi. Dokuz hastada BTPA sırasında TAK açısından aktif hastalık mevcuttu ve 62 (%86,1) hasta csDMARD, 25 (%34,7) hasta bDMARD ve 30 (%41,7) hasta glukokortikoid (GK) kullanmaktaydı. BTPA sırasında en sık dispne ve göğüs ağrısı olmak üzere 22 (%30,6) hastada pulmoner semptom mevcuttu. BTPA değerlendirmesinde; 13 (%18,1) hastada PV ve 5 (%6,9) hastada vaskülitte bağlı olmayan PA trombozu saptandı. PV saptanan 13 hastadan 9'unda (%69,2) csDMARD veya bDMARD tedavisi başlanmış veya değiştirilmiş, 8'inde (%61,5) GK tedavisi başlanmış/doz artırılmış ve 7'sinde (%53,8) antikoagülan tedavi başlanmıştı. Pulmoner semptom varlığı, CRP ve ESH değerleri PV olan hastalarda anlamlı derecede yüksek saptandı (p<0.001, p=0.001, p=0.008). Asetilsalisilik asit (ASA) kullanan hastalarda PV'nin daha az sıklıkta görüldüğü saptandı (p=0,002). PA duvar kalınlığının ekokardiyografik değerlendirmesi 48 (%66,7) hastada yapılabilmüş olup ortalama PA duvar kalınlığı 0,45±0,10 cm idi, PV olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,50). PA duvar kalınlığı ile yaş, pulmoner semptomlar, alınan tedaviler, ESH ve CRP değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Çalışmamızda, TAK hastalarının %18,1'inde PV saptanmış olup, pulmoner semptom varlığı, yüksek ESH ve CRP değerleri ve ASA kullanımı olmamasının PV ile anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Ekokardiyografi ile ölçülen PA duvar kalınlığı ile PAT arasında bir ilişki bulunmamıştır. TAK hastalarında PAT değerlendirilmesinde ekokardiyografinin rolünü belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, pulmoner vaskülit, bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi

Vasküler tutulumlu Behçet hastalarında trombofilik risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Ümmüğülsüm Karayıldız¹, Rafi Haner Direskeneli²,
Tülin Ergun³, Fatma Alibaz Öner²

¹Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet Hastalığında vasküler tutulum %40 oranında görülür ve mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biridir. Hastalıkta görülen trombozun nedeni bilinmemekle beraber daha çok inflamasyonun neden olduğu bir tromboz modeli olarak kabul edilir. Çalışmamızda Behçet hastalığı tanısı konmuş vasküler tutulumu olan olgularda BH dışında tromboza yatkınlık oluşturacak edinsel veya kalıtsal risk faktörleri varlığının değerlendirilmesi; vasküler relaps gelişimine trombofilik risk faktörü varlığının ek katkısı olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Uluslararası Behçet Çalışma Grubu kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı konmuş vasküler tutulumu olan 225 hastanın dosya verisi incelendi. Hastaların klinik ve demografik bilgileri dosyalardan elde edildi. Vasküler olaylar sırasında tromboz varlığına yatkınlık oluşturacak edinsel ve kalıtsal risk faktörlerinin varlığı değerlendirildi. Takipte relaps gelişimine, kalıtsal veya edinsel risk faktörü varlığının etkisi değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen hastaların %29,3'ü (n=66) kadın, %70,7'si (n=159) ise erkek olup ortanca yaş 43 (20-75) idi. Takipte hastaların %45,3 (n=102)'inde relaps gelişmişti.

Tüm hastalarda toplamda 382 vasküler olay gerçekleşti. Vasküler olayların %43,9'unda (n=168) derin ven trombozu ve %38,2'sinde (n=146) pulmoner arter trombozu görüldü. Kalıtsal trombofilik paneli eksiksiz bakılmış 141 hasta mevcuttu. Bu grubun içerisinde en az bir edinsel veya kalıtsal risk faktörü görülen hasta oranı %42,5'ti (n=60). En az bir kalıtsal risk faktörü olan hasta oranı %28,4 (n=40), en az bir edinsel risk faktörü olan hasta oranı %23,4'tü (n=33). Vasküler relapsla ilgili risk faktörlerinin değerlendirilmesi 141 kişilik kalıtsal trombofilik paneli eksiksiz bakılmış hasta grubunda yapıldı. %46 (n=66) hasta relaps, %54 (n=75) hasta non-relaps hasta grubundaydı. Relaps ve non-relaps grubu arasında kalıtsal veya edinsel risk faktörlerinin varlığı benzer oranda saptandı. İki grup arasında birden fazla risk faktörü varlığı da benzer orandaydı. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da relaps olmayan grupta risk faktörü olmayan hasta oranı; relaps grubunda iki veya daha fazla risk faktörü olan hasta oranı ve toplam risk faktörü sayısı daha fazla saptandı.

Sonuç: Trombotik vasküler tutulumlu BH'larında ayrıntılı hem edinsel hem de kalıtsal trombofilik risk faktörlerini birlikte ilk defa değerlendiren çalışmamızda, trombotik vasküler olay sırasında trombotik olaya eşlik eden kalıtsal risk faktörü varlığı, genel toplumdan daha sık fakat genel toplumdaki venöz tromboembolilerden daha düşük saptanmıştır. Vasküler BH'da trombotik olay sırasında edinsel veya kalıtsal trombofilik risk faktörü varlığının relaps gelişimi üzerine bir etkisi saptanmamıştır. Çalışmamızda ayrıca vasküler BH'nın en sık prezentasyon şekli olan DVT oranı, yine en sık olmak üzere literatürde bildirilen oranlardan düşük saptanmıştır. Pulmoner arteriyel tromboz, vasküler BH'nın yaklaşık üçte birinde görülerek ikinci en sık prezentasyon şekli olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Vasküler Behçet Hastalığı, relaps, trombofilik risk faktörü

Psöriatik artrit hastalarında upadacitinibin etkinlik ve güvenliği: Çok merkezli, retrospektif gerçek yaşam deneyimi

Zeynep Yağbasan¹, Gamze Akkuzu², Bünyamin Kısacık³, Ayşe Nur Bayındır Akbaş⁴, Gülşah Yamancan⁵, Özlem Kudaş⁶, Alper Yıldırım⁷, Orhan Zengin⁸, Osman Cüre⁹, Rabia Pişkin Sağır¹⁰, Mehmet Şakir Altuner¹¹, Fatih Albayrak¹², Lütfi Akyol¹³, Mehmet Ali Balcı⁶, Betül Ergün¹⁴, Ahmet Karataş⁵, Süleyman Serdar Koca⁵, Uğur Karasu⁴, Cemal Bes², Burcu Yağız¹, Belkis Nihan Coşkun¹, Emine Duygu Ersözlü⁷, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

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

³Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli

⁵Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

⁷Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

⁸Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Rize

¹⁰Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bitlis

¹¹Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

¹²Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

¹³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

¹⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Amaç: Upadacitinib oral yoldan uygulanan, seçici janus kinaz-1 (JAK-1) inhibitörüdür. Upadacitinib ülkemizde psöriatik artrit (PSA) hastalarında 20.10.2023 tarihinden itibaren geri ödeme kapsamına alınmıştır. Bu çalışma, PSA tanılı hastalarda upadacitinib tedavisinin etkinlik ve güvenliğini gerçek yaşam verileriyle değerlendirilmesini amaçladı.

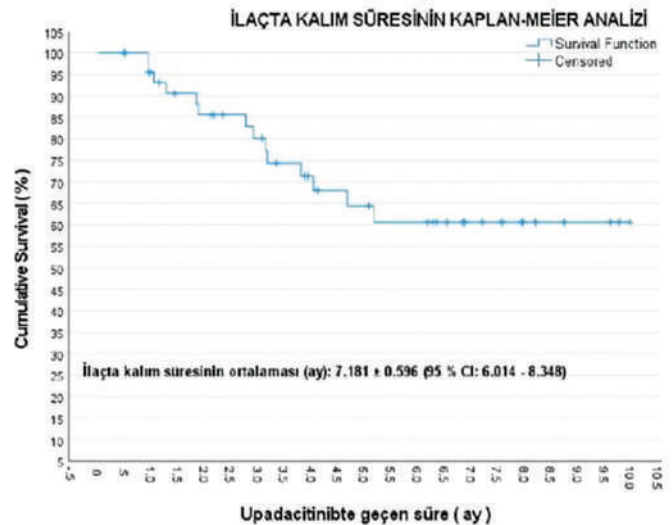
Yöntem: Türkiye genelindeki 14 farklı merkezin romatoloji bilim dalında takipli 20.10.2023 ile 15.08.2024 tarihleri arasında upadacitinib başlanan, önceden bir veya daha fazla biyolojik hedefe yönelik konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) (tümör nekroz faktörü, interlökin-17 inhibitörleri, interlökin-12/23, jak inhibitörleri) kullanmış 46 PSA hastasının verileri retrospektif olarak analiz edildi. PSA hastalarından aksiyel tutulumu olanlarda Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite skoru (ASDAS) CRP, ASDAS- sedimentasyon (ESR), Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), Visual Analog Skala (VAS) (hasta global, doktor global, ağrı, yorgunluk), HAQ (Health

Assessment Questionnaire), periferik eklem tutulumu olanlarda romatoid artrit aktivite skoru - CRP (DAS 28 CRP) değerlendirildi.

Bulgular: PSA hastalarında kadın cinsiyet ön plandaydı (%60,9). Yaş ortalaması 43,4±9,1' di. Hastaların % 45,7 sinde yalnızca periferik tutulum, % 8,7 sinde yalnızca aksiyel tutulum, geriye kalanlarında hem aksiyel hem periferik tutulum mevcuttu. Ortalama hastalık süresi 108 (60, 156) aydı. En çok eşlik eden komorbidite hipertansiyon (% 28,3), en sık ekstraartiküler tutulum psöriazis (%60,9) idi (Tablo 1). Upadacitinib kullanımı öncesi PSA hastalarında en çok tercih edilen konvansiyonel DMARD metotretsat (% 97,8), biyolojik DMARD adalimumabı (%71,7). Upadacitinib kullanımının ortalama süresi 3,9 (1,8, 6,8) aydı. 1. ayda ilaç kalımı % 93,1, 3. ayda % 77,20, 6. ayda %60,6 idi. Upadacitinibte kalım süresi 7,1±0,5' di (Şekil 1). Hastaların başlangıç ve üçüncü ay ziyaretleri arasında etkinlik açısından değerlendirilen tüm hastalık aktivite skorlarında ve hastalık aktivasyonunu gösteren laboratuvar parametrelerinde belirgin iyileşmeler gözlemlendi (p<0,05). Başlangıç ve altıncı ay ziyaretleri arasında etkinlik açısından değerlendirilen ASDAS CRP (p=0,180) ve BASDAI (p=0,180) skoru hariç aktivite skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ASDAS CRP (p=0,180) ve BASDAI (p=0,180) skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da değerlerinde azalmalar bulunmuştur. Primer yanıtızlık (6/14), sekonder (6/14) yanıtızlık, gastrointestinal intolerans (1/14), majör ve fırsatçı enfeksiyon (1/14) saptanması nedeniyle 14 hastada upadacitinib kesilmiştir. Upadacitinib kullanırken 2 hastada minör enfeksiyon (üst solunum yolu enfeksiyonu), 1 hastada majör (bakteriyel pnömoni) ve fırsatçı enfeksiyon (sitomegalovirüs pnömonisi) saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma ülkemizdeki PSA hastalarında upadacitinib kullanımının gerçek yaşam verilerinin değerlendirildiği büyük bir çalışmadır. Bu çalışma ile PSA tanılı hastalarda upadacitinibin etkin ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Etkinlik, güvenilirlik, psa, upadacitinib



Şekil 1. Upadacitinib tedavisinde ilaçta kalımın Kaplan-Meier analizi

Tablo 1. Demografik veriler, laboratuvar bulguları ve tedavi seçenekleri

Cinsiyet E/K n (%)		18/28 (39,1/60,9)
Yaş (yıl) ortalama± SD (Min., Max.)		43,4±9,1 (19,71)
VKI (kg/m ²) mean ± SD (Min, Max)		28±4,4 (19, 40)
Hastalık başlangıç yaşı (yıl) mean ± SD (Min, Max)		34,4±9,4 (12, 57)
Sigara kullanım durumu n (%)		
	Hiç kullanmamış n (%)	25 (54.3)
	Aktif içici n (%)	14 (30.4)
	Ex smoker n (%)	2 (4.3)
Sigara paket/yıl mean±SD (Min, Max)		13.8±8.2 (8.5, 20)
HLA B 27 pozitifliği n (%)		6 (13)
RF/CCP pozitifliği n (%)		1 /1 (2.2, 2.2)
Tutulum şekli (Periferik/Aksiyel/Periferik+aksiyel) n (%)		21/4/21 (45,7, 8,7, 45,7)
Önceki kullandığı konvansiyonel tedaviler n (%)		
	Metotreksat kullanımı n (%)	45 (97,8)
	Sulfasalazin kullanımı n (%)	24 (52,4)
	Leflunomid kullanımı n (%)	23 (50)
	Hidroksiklorokin kullanımı n (%)	9 (19,6)
Önceki kullandığı biyolojik tedaviler		
	Etanercept kullanımı n (%)	17 (37)
	Adalimumab kullanımı n (%)	33 (71.7)
	Golimumab kullanımı n (%)	13 (28.3)
	İnfliksımab kullanımı n (%)	12 (26,1)
	Certolizumab kullanımı n (%)	23 (50)
	İksekizumab kullanımı n (%)	6 (13)
	Sekukinumab kullanımı n (%)	26 (56,5)
	Tofacitinib kullanımı n (%)	2 (4,3)
	Ustekinumab kullanımı n (%)	4 (8,7)
Upadacitinibe geçiş nedeni n (%)		
	Primer yanıtızlık n (%)	7 (15,2)
	Sekonder yanıtızlık n (%)	38 (82,6)
	Yan etki n (%)	2 (4,3)
Upadacitinibe geçen süre (ay) [medyan (P25, P75)]		3.9 (1,8, 6,8)

CCP: Cyclic citrullinated peptide,

Tablo 2. PSA hastalarında upadacitinib etkinliği

	Başlangıç vizit n=46	3.ay vizit n=30	p	Başlangıç vizit n=46	6.ay vizit n=12	p
BASDAI skoru [medyan (P25, P75)]	5.8 (5,3, 7)	3.2 (2.6, 5.8)	0,002	5.8 (5.3, 7)	1 (1, 1)	0,180
BASFİ skoru [medyan (P25, P75)]	6.7 (3,3, 8,2)	1.4 (1, 5.7)	0,043	6.7 (3.3, 8.2)	2.5 (2.1,N/A)	*
HAQ skoru [median (P25, P75)]	0,1 (0,5, 1,6)	0.5 (0, 0.9)	0,003	0.1 (0.5, 1.6)	0.4 (0, 0.8)	0,019
DAS 28 CRP median (P25, P75)]	4,6 (3,9, 5,1)	2.9 (2, 3.8)	<0.001	4.6 (3.9, 5.1)	2 (1.6, 2.6)	0,005
VAS hasta global [median (P25, P75)]	80 (70,90)	45 (30, 52.5)	<0.001	80 (70, 90)	30 (20, 47.5)	0,002
VAS doktor global [median (P25, P75)]	70 (70,80)	40 (20, 52.5)	<0.001	70 (70, 80)	20 (12.5, 40)	0,002
VAS ağrı [median (P25, P75)]	80 (70,90)	40 (27.5, 50)	<0.001	80 (70, 90)	20 (20, 47.5)	0,002
VAS yorgunluk [median (P25, P75)]	80 (60,90)	45 (20, 60)	<0.001	80 (60, 90)	25 (20, 47.5)	0,003
ASDAS CRP [median (P25, P75)]	4,2 (3,5, 4,7)	2 (1,3, 2,3)	0,005	4.2 (3.5, 4.7)	1.4 (1.4,N/A)	0,180
ASDAS SEDİM [median (P25, P75)]	3,7 (3,4, 4,3)	1,7 (1,2, 3,2)	0,017	3,7 (3,4, 4,3)	1,3 (1,3,1,3)	*
Sedim [median (P25, P75)]	25 (16, 37,5)	16 (9, 26)	0,002	25 (16, 37,5)	16,5 (9,2, 26)	0,047
CRP [median (P25, P75)]	10 (4,8, 25)	3.7 (2, 10.7)	0,006	10 (4,8, 25)	2.9 (1,6,4,9)	0,041
Hassas eklem sayısı	4 (2, 7)	1.5 (0, 4)	0,001	4 (2, 7)	1(0, 3)	0,008
Siş eklem sayısı	3 (1, 6)	0 (0, 1)	<0.001	3 (1, 6)	0 (0, 1)	0,011

Tümör nekroz faktör-alfa inhibitörü veya non-steroidal anti-enflamatuvar tedavi uygulanan aksiyel spondiloartrit hastalarında lenfositöz gelişiminin zamansal prevalansı: karşılaştırmalı bir analiz

Emre Ali Acar, Sadettin Uslu, Şeref Sülükçü, Mevlüt Kaçar, İrem Şahinoğlu, Filiz Cemre Taşgöz, Özgül Soysal Gründüz, Timur Pırıldar, Nurullah Akkoç

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Tümör nekroz faktörü-alfa inhibitörleri (TNFi) kronik enflamatuvar romatizmal hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. TNFi tedavisi sırasında romatoid artrit (RA) ve psöriatik artrit (PsA) hastalarında lenfositöz gözlenmiştir. Genellikle iyi huylu bir bulgu olarak kabul edilmesine rağmen, lenfositöz ve hematolojik maligniteler arasında potansiyel bir risk olduğuna dair endişeler devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, TNFi başlanması ardından aksiyel spondiloartritli (axSpA) hastalarda lenfositöz prevalansını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamızda 2010-2023 yılları arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Romatoloji Kliniği'nde takip edilen 329 axSpA hastasının lenfosit sayılarının retrospektif analizini içermektedir. Bu hastalardan 217'si TNFi ile tedavi edilirken, kontrol grubu olarak belirlenen 112 hasta sadece NSAİİ alan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmada, iki grup arasında tedavinin başlangıcında, 3, 6 ve 12. aylardaki lenfosit sayıları ve lenfositöz prevalansı karşılaştırılmıştır.

Sürekli verilerin grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi ve kategorik değişkenler için Fisher testi veya ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Her iki gruptaki hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı benzerdi. TNFi alan hastaların yaş ortalaması 43,59±10,54 iken, NSAİİ (Non-steroidal anti-enflamatuvar) alan hastaların yaş ortalaması 45,28±10,93'tür ve her iki grupta da erkek hakimiyeti gözlenmiştir (sırasıyla %62,7 ve %70). TNFi grubunda 77 hasta adalimumab (%35,5), 55 hasta etanercept (%25,3), 30 hasta golimumab (%13,8), 26 hasta infliximab (%12) ve 29 hasta sertolizumab (%13,3) almaktaydı. Başlangıçtaki lenfosit sayıları iki grup arasında benzerdi; ancak 3-6-12. aylarda TNFi grubunda daha yüksekti (Tablo 1). TNFi ile tedavi edilen hasta grubunda lenfositöz prevalansı NSAİİ grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksekti (Tablo 2). Ortalama takip süresi 57,42 ±30,33 ay hesaplanan çalışmamızda herhangi bir hastada hematolojik malignite bulgusu saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın verileri, RA ve PsA hastalarında yapılan çalışmalara benzer şekilde axSpA hastalarında anti-TNF tedavisinin lenfositözü indükleyebileceğini düşündürmektedir. Farklı TNFi'leri arasında lenfositöz prevalansının benzer olması bir sınıf etkisine işaret etmektedir. Hastaların hiçbirinde lenfoproliferatif malignite gelişmesi lenfositözün iyi huylu bir fenomen olduğunu düşündürmekle birlikte daha büyük örneklem büyüklükleri ve uzun takip süreleri olan prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, lenfositöz, tümör nekroz faktör-alfa inhibitörü, non-steroidal anti-enflamatuvar ilaç

Tablo 1. TNFi ve NSAİİ tedavi kollarında lenfosit düzeylerinin karşılaştırılması

	TNFi	NSAİİ	p
Bazal	2228,81±572,99 (n=217)	2211,22±742,91 (n=112)	0,613
3. Ay	2672,19±829,45 (n=217)	2157,76±649,69 (n=103)	0,000
6. Ay	2631,75±802,54 (n=184)	2143,05±770,36 (n=87)	0,000
12. Ay	2830,63±881,99 (n=173)	2299,63±654,19 (n=109)	0,000

TNFi: Tümör nekroz faktörü-alfa inhibitörleri, NSAİİ: Non-steroidal anti-enflamatuvar

Tablo 2. Lenfositöz Prevalansları ve Tedavi Ajanlarında Dağılımı

	3. ay	6. ay	12. ay
TNFi	18/217 (% 8,3)	13/184 (% 7,1)	18/173 (10,4)
NSAİİ	1/103 (% 1,0)	1/87 (% 1,1)	1/109 (% 0,9)
Adalimumab	5/18 (% 27,7)	4/13 (% 30,7)	5/18 (% 27,7)
Etanercept	6/18 (% 33,3)	3/13 (% 23,1)	3/18 (% 16,6)
Golimumab	3/18 (% 16,6)	2/13 (% 15,3)	3/18 (% 16,6)
Infliximab	1/18 (% 5,5)	1/13 (% 7,7)	2/18 (% 11,4)
Sertolizumab	3/18 (% 16,9)	3/13 (% 23,2)	5/18 (% 27,7)

TNFi: Tümör nekroz faktörü-alfa inhibitörleri, NSAİİ: Non-steroidal anti-enflamatuvar

Anca ilişkili vaskülit hastalarında ciddi enfeksiyon sıklığı ve ciddi enfeksiyon ile ilişkili risk faktörleri; tek merkez deneyimi

Duygu Sevinç Özgür, Bilgin Karaalioğlu, Gamze Akkuzu, Fatih Yıldırım, Rabia Deniz, Burak Ince, Gül Güzelant Özköse, Kübra Kalkan, Cemal Bes

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

Amaç: Antinötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) ilişkili vaskülit hastalarında tanı ve takip sırasında ciddi enfeksiyonlar önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Bu çalışmada kliniğimizde takipli olan hastalarda takip sırasında gelişen ciddi enfeksiyonları ve bu enfeksiyonlarla ilişkili risk faktörlerini incelemeyi amaçladık.

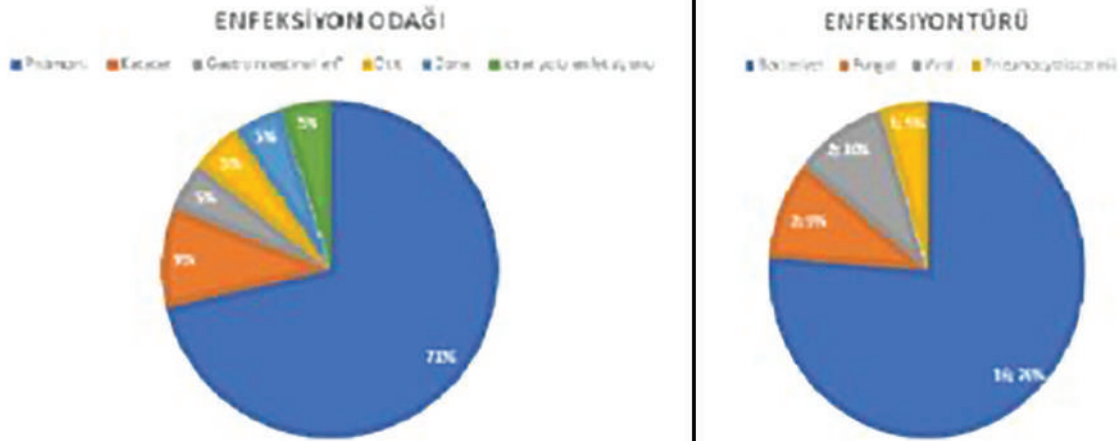
Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde ANCA ilişkili vaskülit tanısı ile takip edilmekte olan 67 hasta dahil edildi. Yatış gerektiren ve intravenöz antibiyoterapi gerektiren enfeksiyonlar ciddi enfeksiyon olarak tanımlandı. Hastaların tanı yaşı, takip süresi, takip sırasındaki BVAS skorları, indüksiyon ve idame sırasında almış olduğu tedaviler, plazmaferez, diyaliz tedavileri, alevlenme durumları, güncel BVAS skorları, akciğer, böbrek, periferik ve santral sinir sistemi tutulumu, tanı sırasındaki kreatinin düzeyi değerlendirildi. Renal tutulum, diffuz alveolar hemoraji, kardiyak tutulum, santral sinir sistemi tutulumu ve mononöritis multipleks olması major organ tutulumu olarak değerlendirildi. Bu parametrelerin ciddi enfeksiyon sıklığı üzerine etkisi incelendi.

Bulgular: Hastaların %46'sında Granulomatöz polianjit (GPA), %36'sında Mikroskopik polianjit (MPA), %15 inde Eozinofilik granülomatöz polianjit ve %3 ünde sınıflandırılmamış ANCA ilişkili vaskülit mevcuttu. 67 hastanın %31 inde ciddi enfeksiyon

gelişti, enfeksiyonların büyük çoğunluğu ilk 3 ayda gerçekleşti. En sık akciğer enfeksiyonlarının geliştiği görüldü ve en sık sebep bakteriyel etkenlerdi (Şekil1). Diyalize giren (%42 vs %4, p=0,001), kronik renal yetersizliği olan (%71 vs %26, p=0,001) hastalarda ciddi enfeksiyon sıklığının daha fazla olduğu saptandı. Kardiyak tutulumu olan hastalarda ciddi enfeksiyon sıklığı kardiyak tutulumu olmayanlara göre daha fazlaydı (%19 vs %2, p=0,03). Major organ tutulumu olan hastalarda enfeksiyon sıklığının daha fazla olduğu saptandı (%37 vs %7, p=0,049). Tamı sırasında BVAS skoru yüksek olan hastalarda ciddi enfeksiyon sıklığının daha yüksek olduğu görüldü (17,4±8,3, 12,9±7,3, p=0,03). İndüksiyon sırasında verilen pulse kortikosteroid, siklofosamid, rituksimab ile ciddi enfeksiyonlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. İndüksiyon tedavisi sırasında pulse steroid, siklofosamid ve rituksimab kombinasyon tedavisi verilen hastalarda da ciddi enfeksiyon oranı daha fazla değildi. Hipogamaglobulinemi olan ve olmayan hastalar arasında ciddi enfeksiyon açısından anlamlı fark bulunmadı (%14 vs %11, 0,6).

Sonuç: ANCA ilişkili vaskülit hastalarında ciddi enfeksiyon oranını ve bununla ilişkili faktörleri inceleyen tek merkezli ve retrospektif çalışmamızda tanı sırasındaki BVAS skorlarının, güncel BVAS skorlarının, herhangi bir dönemde diyaliz gerekliliğinin, kardiyak tutulumun, kronik renal yetersizliğin ciddi enfeksiyon riski ile ilişkili olduğu saptandı. İndüksiyon sırasındaki pulse steroid, siklofosamid, rituksimab tedavilerinin ve idamede verilen mikofenolat mofetil, azatiopurin tedavilerinin ciddi enfeksiyon ile ilişkisi gösterilemedi. Klinik pratikte immunsupresyon etkisi sebebi ile ciddi enfeksiyon ile ilişkili olduğu düşünülen rituksimab, siklofosamid tedavilerinden ziyade tanı sırasındaki hastalık aktivitesinin, major organ tutulumunun, diyaliz ihtiyacının enfeksiyonlarla ilişkili olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, ciddi enfeksiyon, rituksimab



Şekil 1. ANCA ilişkili vaskülit hastalarındaki enfeksiyon odağı ve mikroorganizma türü

Tablo 1. Major organ tutulumunun ciddi enfeksiyon ile ilişkisi

	Major organ tutulumu var (n=54)	Major organ tutulumu yok (n=13)	p
İlk 6 ay enfeksiyon	% 33 (n=18)	% 7 (n=1)	0,09
İlk 1 yıl enfeksiyon	% 30 (n=16)	% 7 (n=1)	0,1
Ciddi enfeksiyon	% 37 (n=20)	% 7 (n=1)	0,049

Major organ tutulumu olan ve olmayan hastaların ilk 6 ay, ilk bir yıl ve tüm hastalık süresince geçirmiş olduğu ciddi enfeksiyonlar değerlendirildi

Tablo 2. Ciddi enfeksiyon öyküsü olan ve olmayan hastaların özellikleri

	Ciddi Enfeksiyon var (n=21)	Ciddi Enfeksiyon yok (n=46)	p
Tanı yaşı (mean±SD)	61±12,5	49,8±16,1	0,006
Tanı BVAS (mean±SD)	17,4±8,3	12,9±7,3	0,03
Tanı kreatinin (mean±SD)	4,1±3,3	2,1±2,4	0,008
BVAS son (mean±SD)	5,1±5,4	1,8±2,1	0,019
Komorbidite	% 20,8 (14)	% 10,4 (7)	0,003
Takip süresi (ay)	34,8±7,6	31,9±4,7	0,6
Kbb tutulumu	% 38 (8)	% 41 (19)	0,8
Göz tutulumu	% 20 (4)	% 10,9 (5)	0,4
Kardiyak tutulum	% 19 (4)	% 2 (1)	0,03
Deri tutulumu	% 14 (3)	% 20(9)	0,7
Eklem tutulumu	% 23,9 (11)	0	0,01
Renal tutulum	% 85 (18)	% 65(30)	0,08
Santral sinir sistemi tutulumu	% 14 (3)	% 2 (1)	0,08
Akciğer tutulumu	% 90 (19)	% 82 (38)	0,4
Komorbidite	% 20,8(14)	% 10,4 (7)	0,003
Hipogamaglobunemi (igg<5)	% 14 (3)	%11 (5)	0,6
Alevlenme	% 40 (8)	% 23,9 (11)	0,18
Ölüm	% 19 (4)	0	0,08
Kronik renal yetersizlik	% 71 (15)	% 26 (12)	0,001
Plazmaferez	% 23 (5)	% 11 (5)	0,1
Pulse steroid+siklofosamid+rituksimab	% 19 (4)	% 11 (5)	0,4

Behçet sendromlu erkek hastalarda biyolojik kullanımı yaygın olmasına rağmen depresyon hala sık

Sabriye Güner¹, Tümay Ak², Sinem Nihal Esatoğlu¹, Didar Uçar³, Ugur Uygunoğlu⁴, Burç Çağrı Poyraz⁵, Emire Seyahi¹

¹*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Yan Dalı ve Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul*

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

³*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Oftalmoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

⁴*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

⁵*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Behçet sendromu (BS), etyopatogenezi bilinmeyen, kronik, multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır ve BS hastalarında depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Hastalık her iki cinsiyeti benzer sıklıkta etkilese de erkeklerde daha şiddetli seyretmektedir. Ayrıca bu hastaların genellikle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) düşüktür. Gelişen hedefe yönelik tedaviler ile hastalığın prognozunda önemli ölçüde iyileşme sağlanmıştır. Ancak hastaların kullanmış oldukları ilaçlarla depresyonun ilişkisi daha fazla aydınlatılmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışma, depresyon için belirlenmiş risk faktörlerini ayarlayarak erkek BS hastalarında depresyonun öngörücülerini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma üçüncü basamak bir merkezde Behçet hastalığı polikliniğinde Ocak 2022 ve Mart 2024 tarihleri arasında

yürütülmüştür. Her hasta Beck depresyon envanteri (BDI), Kısa form (SF)-36 ve hastane anksiyete ve depresyon (HADS) ölçeklerini doldurdu ve hastalık şiddeti ve hastalık aktivitesi sırasıyla Krause skoru ve BDCAF ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 185 erkek BS hastası (ortalama yaş: 39,6±9,2) dahil edildi. Ortanca hastalık süresi 13 yıl (min.-maks.: 0,1-36) olup, 107 (%58) hastada oküler, 131 (%70) vasküler ve 43 (%23) nörolojik tutulum mevcuttu. Doksan (%49) hasta biyolojik ilaçlarla ve 33 (%18) hasta pegile-interferon-α ile tedavi edilirken, geri kalanlar cDMARD ve kolşisin kullanıyordu. Hastaların 54'ünde (%29) klinik olarak anlamlı depresyon, 18'inde (%10) intihar düşüncesi vardı (Tablo 1). Genel HRQoL [OR, 95% CI: 0.928 (0.905-0.951)] ve biyolojik ajanların kullanımı [OR, 95% CI: 3.982 (1.710-9.272)], depresyonun bağımsız belirleyicileri olarak tanımlandı. Ayrıca genel HRQoL [OR, 95%: 0.949 (0.912-0.989)] ve BS süresi [OR, 95%: 0.877 (0.780-0.985)] intihar düşüncesiyle anlamlı düzeyde ilişkiliydi. BDI, SF-36'nın fiziksel ve zihinsel bileşenleriyle güçlü ve negatif bir korelasyona sahipti. Öte yandan BDI, hastalık aktivitesi ve hastalık şiddeti ile pozitif korelasyon gösterdi. Krause puanları SF-36'nın zihinsel bileşeni ile önemli ölçüde korelasyon gösterirken, Krause puanları ile SF-36'nın fiziksel bileşeni arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Sonuç: Bu çalışma BS' de fiziksel hastalığı tedavi ederken ruhsağlığını gözardı etmemenin önemini vurgulamaktadır. Biyolojik ajanlarla (özellikle de enfliksımab ile) tedavi edilen hastalarda depresyon riskinin artışı muhtemelen periyodik olarak hastaların sık hastane başvurularıdır. Bu nedenle biyolojik tedavi almakta olan BS hastalarında rutin olarak psikiyatrik değerlendirme yapmak depresyon ile başa çıkabilmek için ihtiyatlı bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, biyolojik tedavi, depresyon, hastalık aktivitesi, hastalık şiddeti, sağlık ile ilişkili hayat kalitesi

Tablo 1. Klinik olarak anlamlı depresyonu olan ve olmayan hastalara göre temel özelliklerin karşılaştırılması

	Klinik olarak anlamlı depresyonu olmayanlar, n=131	Klinik olarak anlamlı depresyonu olanlar, n=54	p
Yaş, ortalama±SD, yıl	39,49±8,85	39,56±10,16	0,964
İstanbul dışında yaşama, n (%)	21 (16)	13 (24)	0,199
BS süresi, medyan (min-max), yıl	12 (0,1-31)	14 (0,1-36)	0,132
Kolşisin, n (%)	46 (35)	14 (26)	0,225
cDMARD, n (%)	86 (65)	41 (76)	0,170
Biyolojik ajanlara, n (%)	54 (41)	36 (66)	0,001**
Pejile-IFN, n (%)	28 (21)	5 (9)	0,050
Son ilacın kullanım süresi, median (min.-max.), yıl	2 (0.1-31)	2 (0.1-19)	0,054
BS için kullanılmakta olan ilaç sayısı, medyan (min-max)	1 (1-4)	2 (1-4)	0,059
BS için kullanılan ilaç sayısı, ortalama±SD	3,37±1,84	4,41±1,89	0,014*
Komorbiditeler, n (%)	19 (15)	11 (20)	0,325
BDCAF skoru, medyan (min-max)	0 (0-4)	0 (0-6)	0,095
Krause skoru, medyan (min-max)	6 (2-12)	7 (2-13)	0,142
SF-36 fiziksel komponent, median (min.-max.)	73 (16-99)	41,5 (8-85)	<0,001***
SF-36 mental komponent, median (min.-max.)	68 (24-97)	41 (4-83)	<0,001***

BS: Behçet sendromu, cDMARD: Konvansiyonel hastalığın seyrini değiştiren anti-romatizmal ilaçlar, IFN: İnterferon, BDCAF: Behçet hastalığı güncel aktivite formu

a Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında ilgili biyolojiklerin karşılaştırılması şu şekildedir: infliksımab (%45'e karşı %24, p=0,007), Adalimumab (%15'e karşı %14, p=0,848), etanersept (%2'ye karşı %0,2, p=0,852).

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Sistemik skleroz tanılı hastaların takip ve tedavi sonuçları: tek merkez incelemesi

Şükran Sevde Sağlam, Necati Çakır

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Nadir görülen sistemik otoimmün hastalıklardan biri olan sistemik sklerozun (SSc) seyri değişkenlik göstermektedir. Yapılan moleküler ve klinik çalışmalar sayesinde hastalığın patogenezinin dair önemli bilgiler elde edilmiş ve tedavi seçenekleri genişlemiştir. Mevcut tedavilerin ana hedefi hastalık ilerlemesini sınırlandırmak üzerinedir. Biz de kliniğimizdeki SSc tanılı hastaları retrospektif olarak inceleyerek hastaların klinik özelliklerini, hastalık progresyonunu ve progresyonla ilişkili parametreleri belirlemeyi amaçladık. Son 15 yılda kliniğimizde takibi yapılan 70 SSc tanılı hasta dosyası bulundu. Hastalardan 4'ü erkek, 66' sı (% 94' ü) kadındı. Hastaların yaş ortancası 60 (27-90) olarak saptandı. Hastaların 60'ında (% 85) Raynaud fenomeni pozitif, 32' sinde (%45) dijital ülser saptandı. 34 hastada (% 48) interstisyel akciğer hastalığı; 20 hastada (%28) disfaji mevcuttu. Hastaların 27'sinde (%38) anti Scl-70 (topoizomeraz 1) pozitif; 26'sında (%37) anti sentromer pozitif bulundu. 70 hastanın 62' sinin 1 yıl üzerinde takibi mevcut olup takip süresi ortanca değeri 107 (15-188) ay bulundu. Hastaların aldıkları tedaviler incelendiğinde 31 hastaya (%44) iloprost, 56 hastaya (%80) hidrosiklorakin, 40 hastaya (%57) immünsupresif tedavi (26 hasta kortikosteroid, 10 hasta metotreksat, 14 hasta azatioprin, 3 hasta nintedanib ve diğer immünsupresif ajanlar) verildiği görüldü. Hastaların demografik ve klinik bulgularının yanında başlangıçta ve takip boyunca yapılan solunum fonksiyon testleri ve ekokardiyografi bulguları incelendi. Yıllık %FVC, %DLCO ve egzersiz kapasitesindeki değişimler not edilerek hastalığın progresyon şekli ile progresyon ilişkili parametreler değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, hastalığı, interstisyel, sistemik, skleroderma, skleroz

Metotreksat ile tedavi edilen hastalarda fibroscan yöntemi ile karaciğer fibrozisinin değerlendirilmesi

Taylan Metin¹, Seydi Erözcan², Orhan Zengin³, Sezgin Barutçu¹, Murat Taner Gülşen¹, Fatih Albayrak⁴

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Gaziantep

⁴Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

Giriş: Metotreksat (MTX) romatizmal hastalıkların tedavisinde temel taşlardan biridir. Genel olarak iyi tolere edilse de uzun süreli kullanımında karaciğerde fibrozis gelişebilir. Fibrozis tespiti için yapılan karaciğer biyopsisi invazif bir işlemdir ve nadiren de olsa ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Non-invazif transient elastografi (TE); Fibroscan hepatik fibrozis tespitinde güvenle kullanılmaktadır. Çalışmamızda uzun süre metotreksat kullanan hastaların karaciğerini non-invaziv yöntem olan Fibroscan ile karaciğer fibrozisi gelişmesi açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Elli hasta [43' ü romatoid artritli (RA), 7'si psoriatik artritli (PsA)] MTX ve elli sağlıklı yetişkin dahil edildi. Viral hepatit, etanol kullanımı, non alkolik steatohepatit, diabetes mellitus, toksik hepatit ve diğer hepatik patolojiler dışlandı. Karaciğer fibrozisi TE yöntemiyle değerlendirildi ve kesme değeri 7,1 kPa (kilopaskal) anormal kabul edildi. Transient elastografi tek operatör tarafından yapıldı

Bulgular: TE' de karaciğer sertliği ve steatoz değeri sağlıklı gruba göre MTX alan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p:0,001) MTX alan grup kPa \geq 7,1 ve altı olmak üzere iki gruba ayrıldığında kümülatif MTX dozu ve süresi fibrozisi yüksek olan grupta anlamlı olarak yüksekti (p=0,009). Hastalar kümülatif MTX dozuna göre 0-1499 mg, 1500-4999 mg, 5000 mg ve üzeri olarak üç gruba ayrıldığında diğer dozlarla karşılaştırıldığında 5000 mg ve üzeri MTX alan hastalarda TE ile ölçülen kPa değerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (p=0,036).

Sonuç: TE, MTX kullanımına bağlı karaciğer fibrozunu tespit etmek için etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. TE yöntemi ile, kümülatif MTX dozu 5000 mg ve üzeri olan hastaların hepatik fibrozis açısından değerlendirilmesi oldukça doğru olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Fibroscan, Karaciğer fibrozisi, Metotreksat

2022 ACR/EULAR ve 1990 ACR Takayasu arteriti sınıflandırma kriterlerinin validasyonu: tek merkezli prospektif kohort çalışması

Mustafa Ekici¹, Erdiç Ünalı¹, Güllü Sandal Uzun¹, Gözde Kübra Yardımcı², Levent Kılıç¹, Selin Ardalı³, Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Tuncay Hazırolan³, Ömer Karadağ¹

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

²Vaskülit Kliniği, Mount Sinai Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Toronto Üniversitesi, Toronto, Ontario, Kanada

³Hacettepe Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: 2022 ACR/EULAR Takayasu arteriti sınıflandırma kriterlerini tek merkezli prospektif kohortumuzda doğrulamak ve bu kriterleri 1990 ACR Takayasu arteriti (TAK) sınıflandırma kriterleri ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜVAM) prospektif veri tabanına Temmuz 2024 tarihine kadar kaydedilen TAK tanısı ile izlenen hastalar bu analize dahil edildi. Kontrol grubu, ekstrakraniyal dev hücreli arterit (EC-GCA) olan hastalar, TAK veya GCA dışındaki nedenlere bağlı büyük damar vaskülit (LVV) olan hastalar ve enflamatuvar olmayan vasküler hastalığı olan hastalardan oluşmaktaydı. Takayasu arteriti tanısı için altın standart olarak uzman klinik değerlendirmesi kullanılarak, 2022 ACR/EULAR Takayasu arteriti sınıflandırma kriterlerinin performansı (duyarlılık, özgüllük, eğri altındaki alan (AUC)) değerlendirildi. Ayrıca bu kriterler, 1990 ACR Takayasu arteriti sınıflandırma kriterleriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya, HÜVAM veri tabanında kayıtlı 177 (%38,5) Takayasu arteriti ve 283 (%61,5) kontrol olgusu dahil edilmiştir. TAK'lı hastaların 159 (%89,8)'u kadın ve yaş ortalaması 40,9 (±15,2)'di. Kontrol grubunun ise 152 (%53,7)'si kadın ve yaş ortalaması 55,0 (±18,8)'di. Klinik TAK tanısı altın standart alındığında sırasıyla 1990 ACR TAK kriterlerinin duyarlılığı

%78,3, özgüllüğü %97,1 ve sınıflandırma kriterlerine uyum açısından pozitif prediktif değeri %94,4, negatif prediktif değeri %87,1 olurken; 2022 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılığı %86,4, özgüllüğü %95,4 ve sınıflandırma kriterlerine uyum açısından pozitif prediktif değeri %92,2, negatif prediktif değeri %91,8 olarak hesaplanmıştır (Tablo 1). ACR 1990 kriterlerine göre ise ACR/EULAR 2022 sınıflandırma kriterlerinin duyarlılığı %93,1, özgüllüğü %90,6, pozitif prediktif değeri %82,3 ve negatif prediktif değeri %96,6 bulunmuştur.

Sonuç: Bu tek merkezli prospektif kohort çalışmasında, 2022 ACR/EULAR Takayasu arteriti sınıflandırma kriterlerinin, 1990 ACR kriterlerine kıyasla daha yüksek bir duyarlılık ve benzer bir özgüllük gösterdiği tespit edilmiştir. Ancak, ACR 1990 kriterlerine göre duyarlılıkta sağlanan artış, sınıflandırma kontrol kohortuyla karşılaştırıldığında düşük kalmıştır. Bu bulgu, 2022 ACR/EULAR kriterlerinin Takayasu arteriti tanısında klinik doğrulama için değerli bir araç olduğunu, ancak belirli hasta gruplarında potansiyel sınırlamalar olabileceğini ortaya koymaktadır. Kriterlerin gerçek dünya uygulamalarında daha geniş kapsamlı validasyon çalışmaları ile desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, büyük damar vaskülit, vaskülit taklitçileri, sınıflandırma kriterleri

Tablo 1. TAK için 1990 ACR ve 2022 ACR-EULAR kriterlerinin sınıflandırma doğruluğu

	ACR 1990 TAK kriterleri	ACR/EULAR 2022 kriterleri
Duyarlılık (%)	78,3	86,4
Özgüllük (%)	97,1	95,4
Pozitif prediktif değer (%)	94,4	92,2
Negatif prediktif değer (%)	87,1	91,8
Pozitif olabirlik oranı	26	17,2
Negatif olabirlik oranı	0,22	0,14
Doğru sınıflama oranı (%)	89,0	92,0
Eğri altında kalan alan (AUC) (% 95 CI)	0,87 (0,81-0,93)	0,90 (0,87-0,94)

ACR: Albümin-kreatinin oran, TAK: Temiz aralıklı kateterizasyon, AUC: Uygun kullanım kriterleri, EULAR: Avrupa Romatoloji Cemiyeti

Behçet sendromunda posttrombotik yeniden yapılanmanın klinik ve ultrasonografik bağlantıları: Kesitsel bir çalışma

Tümay Ak¹, Ömer Faruk Sarıahmetoğlu², Seyfullah Halit Karagöz², Alican Karakoç³, Melike Melikoğlu³, İbrahim Adaletli², Emire Seyahi³

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Yan Dalı ve Behçet Hastalığı Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Behçet sendromu (BS) değişken damar vaskülit olarak sınıflanan kronik enflamatuvar bir hastalıktır ve hastaların %50'ye yakınında vasküler tutulum mevcuttur. Vasküler tutulum en sık alt ekstremitte yüzeysel veya derin venlerinde tromboflebit olarak ortaya çıkar. BS'ye bağlı ekstremitte venöz trombozu sık relapslarla seyretmektedir ve venöz ülser gibi ağır komplikasyonlar ile sonuçlanabilen posttrombotik sendrom (PTS) gelişebilir. Bu çalışmada alt ekstremitte tromboflebiti geçiren BS hastalarında venöz yeniden yapılanmayı göstermek ve buna bağlı PTS gelişimini etkileyen klinik ve ultrasonografik parametreleri belirlemek amaçlanmıştır.

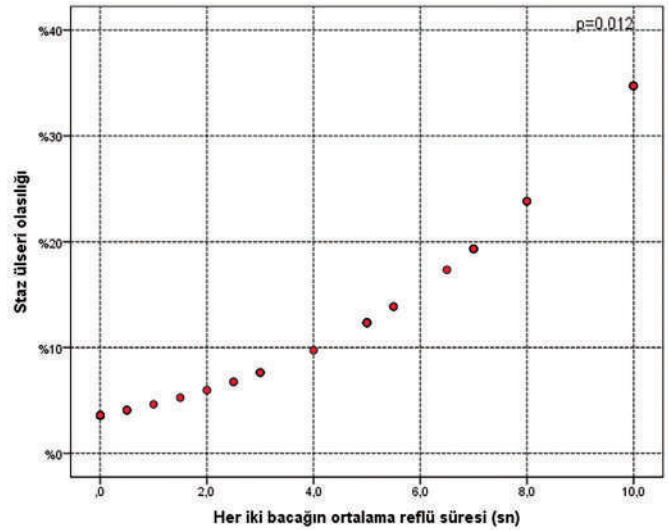
Yöntem: Çalışmaya uluslararası kriterlere göre BS tanısı alan ve üst bacak damarlarında venöz tromboz gelişen hastalar dahil edildi. PTS klinik şiddetini değerlendirmek için Klinik-Etiyoloji-Anatomi-Patofizyoloji ve Villalta skorları kullanıldı. Ultrason incelemeleri hastaların klinik tanıları bilmeyen iki bağımsız radyolog (ÖFS ve SHK) tarafından yapıldı. Ortak femoral ven (CFV) ve büyük safen veninin duvar kalınlığı ve çapının ölçüm sonuçları iki taraflı olarak kaydedildi. Trombüs mevcutsa, trombüs morfolojisini değerlendirmek için ilk olarak B modu ultrason kullanıldı. Trombüs konumu, ekojenite, kalınlık ve uzunlaşmasına yayılım not edildi. CFV duvar elastografisi de her hastaya iki taraflı olarak yapıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya 79 BS hastası (71E/8K) dahil edildi (Tablo 1). 32 hastada toplam 35 belirgin trombüs gözlemlendi. İki radyologun yapmış oldukları ölçümlerde, sürekli değişkenler arasında güçlü korelasyon mevcuttu ve Bland-Altman plot analizinde tatmin edici

bir uyum sağlanmaktaydı. Diğer taraftan kategorik değişkenlerde de ölçümler arasında anlamlı derecede kapa uyumu vardı. Bu da yapılan ölçümleri geçerli kılmaktadır. Trombüs sertliğinde zamanla anlamlı bir fark saptanmasa da, trombüs sertliği ilk altı ayda daha yüksek olma eğilimindeydi. CFV duvarının sertliği arttıkça ciddi PTS olasılığının da artmasına yönelik bir eğilim mevcuttu. Ayrıca CFV duvar kalınlığı ile şiddetli PTS arasında negatif bir ilişki bulduk. Üstelik venöz reflü süresi arttıkça şiddetli PTS ve staz ülserasyonu olasılığı da artmaktaydı (Şekil 1).

Sonuç: Çalışmamız, venöz reflü ve damar içindeki fibrotik bantların şiddetli PTS için en kritik parametreler olduğunu göstermektedir. Ayrıca toplardamarlardaki trombüs materyali de muhtemelen venöz kapakçıkların yapısını bozarak venöz reflüye neden olmaktadır. Muhtemelen kronik trombüs nedeniyle damar duvarındaki fibroz, damar duvarını daha sert ve daha ince hale getirerek venöz yetmezliğe katkıda bulunmaktadır. Yaş, hastalık süresi, nöksler ve her iki bacakdaki trombotik olaylar, olumsuz venöz yeniden yapılanmayı tetikleyen ve ciddi PTS'ye zemin hazırlayan klinik faktörler olarak öne çıkmaktadır. Trombüsün tamamen rekanalizasyonunu sağlamak, tekrarlayan trombotik atakları önlemek ve valvüler yapının bütünlüğünün korunması BS trombüsünü tedavi etmenin nihai hedefleri olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, elastografi, posttrombotik sendrom, ultrason, venöz ülser, yeniden yapılanma



Şekil 1. Venöz reflü zamanına göre staz ülseri olasılığı

Tablo 1. Hastaların temel özellikleri

Özellikler	Toplam n=79
Cinsiyet (erkek), n (%)	71 (90%)
Yaş, ortalama±SS	44,35±10,69
VKİ, ortalama±SS	26,72±4,42
Gün içinde uzun süre ayakta kalma (≥5 hours)	43 (54%)
Varis çorabı kullanımı, n (%)	22 (28%)
İlk AEVT yeri; sağ, n (%)	36 (46%)
İlk AEVT yeri; sol, n (%)	29 (37%)
İlk AEVT yeri; bilateral, n (%)	14 (18%)
İlk trombotik olaydan beri geçen süre, median (min-max), yıl	13 (0,5-33)
Relaps varlığı, n (%)	24 (30%)
Relapsların sayısı, median (min-maks)	0 (0-2)
Her iki bacakta trombotik olay, n (%)	26 (33%)
BS süresi, median (min-maks), yıl	14 (0,5-45)
Sigara içme; hiç içmemiş, n (%)	14 (18%)
Sigara içme; aktif içici, n (%)	45 (57%)
Sigara içme; içmeyi bırakmış, n (%)	19 (24%)
Komorbiditeler; hipertansiyon, n (%)	18 (23%)
Komorbiditeler; diabetes mellitus, n (%)	10 (13%)
Komorbiditeler; diğer, n (%)	22 (28%)
Oral aftöz ülserler, n (%)	75 (95%)
Genital ülserler, n (%)	62 (78%)
Üveitis, n (%)	38 (48%)
Papulopustular lezyonlar, n (%)	48 (60%)
Eritema nodosum, n (%)	35 (44%)
Artrit, n (%)	13 (16%)
Gastrointestinal tutulum, n (%)	2 (3%)
Merkezi sinir sistemi tutulumu, n (%)	5 (6%)
Epididimit, n (%)	4 (5%)
Paterji testi pozitifliği, n (%)	25 (32%)
STM, n (%)	9 (11%)
VCI trombozu, n (%)	12 (15%)
VCS trombozu, n (%)	3 (4%)
DST, n (%)	9 (11%)
Üst ekstremitte venöz trombozu, n (%)	5 (6%)
PAI, n (%)	11 (14%)
Portal ven trombozu, n (%)	11 (14%)
Hepatic ven trombozu, n (%)	1 (1%)
Periferik arter/aortik tutulum, n (%)	7 (9%)
Koroner arter tutulumu, n (%)	7 (9%)
Son BDCAF skoru, median (min-maks)	0 (0-5)
Venous klodikasyon, n (%)	48 (60%)
Stasis ulseri, n (%)	9 (11%)
D-dimer (mg/L), median (min-maks)	0,32 (0,13-3,9)

VKİ: Vücut kitle indeksi, AEVT: Alt ekstremitte venöz trombozu, BS: Behçet sendromu, STM: Yüzeysel tromboflebit, VCI: Vena kava alt, SSO Standart sapma, VCS: Vena kava superior, DST: Dural sinüs trombozu, PAI: Pulmoner arter tutulumu, min-maks: Minimum, maksimum, BDCAF: Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu, CEAP: Klinik-Etiyoloji-Anatomi-Patofizyoloji.b38 (%19) hastada AEVT dışında damar tutulumu vardı.

PS-175**Anti-fosfolipid antikor sendromu hastalarında erken tanının klinik ve prognostik önemi**

Müçteba Enes Yayla¹, Serdar Sezer¹, Ahmet Usta¹, İbrahim Vasi², Rıza Can Kardeş², Emine Uslu¹, Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Mehmet Akif Öztürk², Aşkın Ateş¹, Tahsin Murat Turgay¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Anti-fosfolipid antikor sendromu (AFAS) gebelik kayıpları ve komplikasyonları, tekrarlayan trombozlar ile morbidite ve mortaliteye neden olabilen otoimmün bir hastalıktır. Hayatı tehdit edici trombüslerin önüne geçebilmek için hastalığın erken tanınması ve tedavinin bir an önce başlanması oldukça elzemdir. Ancak erken tanının mortalite/morbidite üzerine etkisini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada amacımız AFAS'a bağlı semptom geliştiren hastalarda erken tanının mortalite üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza Ankara Üniversitesi ve Gazi üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji polikliniğine başvuran ve 2006'da revize edilen Sapporo veya 2023 ACR/EULAR kriterlerine göre AFAS tanısı alan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. 144 hasta dosyasından semptom tarihi, başvuru tarihi, tanı tarihi, ek hastalıklar, anti-fosfolipid antikor profili ve diğer laboratuvar değerleri kaydedilmiştir. İlk semptomundan tanıya kadar geçen süresi üç aydan kısa olan hastalar erken AFAS olarak adlandırılmıştır.

Bulgular: Hastaların %73,6'sı kadın olup, ortanca tanı yaşı 35,7 (17,2) idi. Semptomdan tanıya kadar geçen süre ortanca 4,3 (14,7) ay idi. Hastaların %23,6'sında semptomdan tanıya kadar geçen süre 3 aydan kısa idi. Erken AFAS hastalarında otoimmün hastalıklar (sırasıyla %80, %61,9; p=0,022) ve hemolitik anemi, diğer gruba göre daha fazla idi. (Tablo 1). Hastaların aldıkları immunsupresif rejimlerinde, asetilsalisilik asit ve warfarin kullanım oranlarında anlamlı farklılık izlenmedi. Erken AFAS hastalarında mortalite açısından anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: Otoimmün hastalığı olanlarda AFAS tanısı daha erken konulmuştur. Bilinen otoimmün hastalık tanısı olmayan hastalarda bu durum tanıda gecikmelere neden olabilmektedir. Burada hekimlerin farkındalığı sebebiyle erken tanıya ulaşılmış olabilir. Hastalarda kısa dönem mortalite sonuçları erken tanıdan etkilenmemiş gibi görünse de uzun dönemde mortalite sonuçları bilinmemektedir. Aynı şekilde hastaların tromboza bağlı komplikasyonlar, nefropati gibi morbiditeye neden olan durumlar açısından değerlendirilmesi erken tanının prognoza etkisini değerlendirmede daha faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: AFAS, erken tanı, mortalite, tromboz

Tablo 1. Anti-fosfolipid sendromlu hastalarda ilk semptomdan tanıya kadar geçen süre, 3 aydan kısa olan ve olmayanların karşılaştırılması

	<3 ay, n=47	3 ay ve üzeri, n=97	p-değeri
Kadın cinsiyet*	34 (72,3)	72 (74,2)	0,81a
Tanı yaşı, yıl, median (IQR)	35,6 (12,1)	37,7 (19,1)	0,47b
Takip süresi, ay, median (IQR)	117,1 (127,4)	68,3 (88,1)	0,004b
Sigara öyküsü*, n=99	16 (47,1)	25 (38,5)	0,41a
Diabetes mellitus*	8 (17)	17 (17,5)	0,94a
Hipertansiyon*	9 (19,1)	20 (20,6)	0,84a
Hiperlipidemi*	3 (6,4)	3 (3,1)	0,39c
Primer AFAS*	11 (23,4)	40 (41,2)	0,036a
Otoimmün hastalık*	38 (80,9)	60 (61,9)	0,022a
Kalıtsal trombofilisi*, n=36	2 (28,6)	16 (55,2)	0,40c
Arteriyel tutulum*	11 (23,4)	23 (23,7)	0,97a
Venöz tutulum*	25 (53,2)	58 (59,8)	0,45a
Küçük damar tutulumu*	2 (4,3)	3 (3,1)	0,66c
Gebelik morbiditesi*, n=106	13 (38,2)	33 (45,8)	0,46a
Deri tutulumu*	12 (25,5)	19 (19,6)	0,42a
Pulmoner hemoraji*	0 (0)	6 (6,2)	0,18c
Kalp kapak kalınlaşması*, n=98	3 (9,4)	6 (9,1)	>0,99c
Vejetasyon*, n=98	4 (12,5)	2 (3)	0,087c
Kapak stenoz / yetmezlik*, n=98	4 (12,5)	13 (19,7)	0,38a
Pulmoner hipertansiyon*	3 (6,4)	6 (6,2)	>0,99c
Miyokard tutulumu*	2 (4,3)	3 (3,1)	0,66c
Santral sinir sistemi bulgusu*	8 (17)	18 (18,6)	0,82a
Beyaz cevher bulgusu*, n=49	3 (27,3)	11 (28,9)	>0,99c
Göz bulgusu*	2 (4,3)	2 (2,1)	0,60c
Renal yetmezlik*	10 (21,3)	15 (15,5)	0,39a
Renal biyopside AFAS bulgusu*	2 (4,3)	3 (3,1)	0,66c
Trombositopeni*	23 (48,9)	37 (38,1)	0,22a
Hemolitik anemi*	11 (23,4)	10 (10,3)	0,037a
Katastrofik AFAS*	1 (2,1)	4 (4,1)	>0,99c
Lupus antikoagulan pozitifliği*	21 (44,7)	70 (72,2)	0,001a
Anti kardiyolipin pozitifliği*	37 (78,7)	78 (80,4)	0,81a
Anti beta 2 glikoprotein pozitifliği*	31 (66)	70 (72,2)	0,45a
Üçlü antikor pozitifliği*	11 (23,4)	47 (48,5)	0,004a
ANA pozitifliği*	35 (74,5)	76 (78,4)	0,60a
C3 düşüklüğü*	24 (51,1)	53 (54,6)	0,69a
C4 düşüklüğü*	26 (55,3)	52 (53,6)	0,85a
Asetilsalisilik asit*	31 (66)	63 (64,9)	0,91a
Düşük molekül ağırlıklı heparin*	11 (23,4)	44 (45,4)	0,011a
Warfarin*	28 (59,6)	63 (64,9)	0,53a
Direkt etkili antikoagulan*	3 (6,4)	6 (6,2)	>0,99c
Hidroksiklorokin*	41 (87,2)	85 (87,6)	0,95a
İntravenöz İmmünglobulin*	7 (14,9)	8 (8,2)	0,25c
Plazmaferez*	1 (2,1)	6 (6,2)	0,43c
Azatiyoprin*	14 (29,8)	23 (23,7)	0,43a
Mikofenolat mofetil*	7 (14,9)	16 (16,5)	0,81a
Siklofosamid*	8 (17)	9 (9,3)	0,18a
Ritüksimab*	3 (6,4)	5 (5,2)	0,72c
Eksitus*	5 (10,6)	5 (5,2)	0,30c

*n (%) a: chi-square test, b: Mann-Whitney test, U c; Fisher's Exact test AFAS: Anti-fosfolipid antikor sendromu, ANA: Anti nükleer antikor

2022 ACR/EULAR ve 1990 ACR Dev hücreli artrit sınıflandırma kriterlerinin validasyonu: tek merkezli prospektif kohort çalışması

Erdinç Ünalı¹, Mustafa Ekici¹, Güllü Sandal Uzun¹, Gözde Kübra Yardımcı², Levent Kılıç¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ruhi Onur³, Sibel Kadayıfçılar⁴, Ali İhsan Ertenli¹, Ömer Karadağ¹

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

²Vaskülit Kliniği, Mount Sinai Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Toronto Üniversitesi, Kanada

³Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Radyoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: 2022 American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) dev hücreli artrit (DHA) sınıflandırma kriterlerinin, 1990 ACR DHA kriterleri ile karşılaştırılarak gerçek hayattaki performansını incelemektir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Tanı ve Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi prospektif veri tabanına Temmuz 2024 tarihine kadar kaydedilen, temporal arter biyopsisi veya görüntüleme ile DHA tanısı konulmuş hastalar çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu, diğer büyük damar vaskülitli olan hastalar (Takayasu, IgG4 ilişkili aortit, sınıflandırılmayan büyük damar vaskülitli) ve enflamatuvar olmayan vasküler hastalığı olan

hastalardan oluşmaktaydı. DHA tanısı için altın standart olarak uzman klinik değerlendirmesi kullanılarak, 2022 ACR/EULAR DHA sınıflandırma kriterlerinin performansı (duyarlılık, özgüllük, eğri altındaki alan) değerlendirildi. Ayrıca bu kriterler, 1990 ACR DHA sınıflandırma kriterleriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya, 91 (%19,8) DHA ve 369 (%80,2) kontrol olgusu dahil edilmiştir. DHA'lı hastaların 62'si (%68,1) kadın ve yaş ortalaması 72,5 ($\pm 7,7$)'di. Kontrol grubunun ise 249'u (%67,5) kadın ve yaş ortalaması 44,9 ($\pm 17,2$)'di. Klinik DHA tanısı altın standart alındığında sırasıyla 1990 ACR DHA kriterlerinin duyarlılığı %69,4, özgüllüğü %98,9 ve sınıflandırma kriterlerine uyum açısından pozitif prediktif değeri %93,7, negatif prediktif değeri %93,3 olurken; 2022 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerinin duyarlılığı %84,4, özgüllüğü %99,2 ve sınıflandırma kriterlerine uyum açısından pozitif prediktif değeri %96,2, negatif prediktif değeri %96,3 olarak hesaplanmıştır (Tablo 1). ACR 1990 kriterlerine göre ise ACR/EULAR 2022 sınıflandırma kriterlerinin duyarlılığı %88,9, özgüllüğü %95,1, pozitif prediktif değeri %74,7 ve negatif prediktif değeri %98,1 bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamız, 2022 ACR/EULAR DHA sınıflandırma kriterlerinin, 1990 ACR kriterlerine kıyasla daha yüksek duyarlılık ve özgüllük sağladığını gösterdi. Bu bulgular, DHA tanısında yeni kriterlerin doğruluğunu ve güvenilirliğini vurgulamaktadır. Bu sonuçlar, çalışmamızın 2022 ACR/EULAR kriterlerinin gerçek yaşam koşullarında geçerliliğini desteklediğini ve DHA tanısında daha doğru bir araç sunduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli artrit, büyük damar vaskülitli, vaskülit taklitçileri, sınıflandırma kriterleri

Tablo 1. DHA için 1990 ACR ve 2022 ACR-EULAR kriterlerinin sınıflandırma doğruluğu

	ACR 1990 DHA kriterleri	ACR/EULAR DHA 2022 kriterleri
Duyarlılık (%)	69,4	84,4
Özgüllük (%)	98,9	99,2
Pozitif prediktif değer (%)	93,7	96,2
Negatif prediktif değer (%)	93,3	96,3
Pozitif olabirlik oranı	34,5	84
Negatif olabirlik oranı	0,31	0,16
Doğru sınıflama oranı (%)	93,3	96,2
Eğri altında kalan alan (AUC) (%95 CI)	0,84 (0,78-0,90)	0,91 (0,87-0,96)

ACR/EULAR: American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism, DHA: Dev hücreli artrit AUC: Cut-off değeri CI: Güven aralığı

Daktilit hastalarının genel özellikleri ve tedavi yanıtları: Daktilit sadece psöriatik artritte görülmemektedir

Erdiç Ünalı¹, Emrah Chousein², Mustafa Ekici¹, Büşra Fırlatan¹, Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Buğu Bulat¹, Levent Kılıç¹, Umut Kalyoncu¹

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

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

Amaç: Daktilit psöriatik artrit (PsA) ve spondiloartrit (SpA) hastalarında görülmeyle birlikte daha az sıklıkla birçok romatolojik hastalıkta saptanabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde daktilit tanısı ile takip edilmiş hastaların demografik ve klinik özellikleri, tanıları, tedavi seçimleri ve cevaplarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hasta seçimi: Hastanemizde Aralık 2022-Ağustos 2024 tarihleri arasında kayıtlı 8595 hasta taranmıştır. Daktilit ile uyumlu bulgusu olan hastalar analize alınmıştır. 2007 yılından itibaren US cihazında kayıtlı görüntüler iki farklı romatoloji uzmanı (EÜ, ME) tarafından gözden geçirilmiştir. US'de daktilit varlığı; deri altı ödem, PDS +, tenosinovit, sinovit birlikteliği ile doğrulanmıştır. Daktilitin tanımlanması: Hastanın öyküsünde, fizik muayenesinde veya US/MR görüntülemesinde daktilit ile uyumlu bulgu var ise bu hastalar analize alındı. Toplam 232 hastada daktilit varlığı belirlendi, 32'si eksik veri nedeniyle analize dahil edilmedi. Daktilitin özellikleri: Daktilitin görüldüğü tarih, yeri (el-ayak parmağı), sayısı, parmak numarası, akut faz yanıtı, daktilit sırasında ve sonrasında önerilen tedaviler not edildi. Hastaların takip vizitleri var ise daktilit tedavi yanıtları da değerlendirilmiştir. Tedavi yanıtları kronik daktilit, parsiyel düzelme, tam düzelme olarak gruplandırılmıştır.

Sonuç: Genel özellikler: Daktiliti olan 200 hastanın (%75 kadın) ortalama yaşları 47.4'dü (13.7). Hastaların final tanıları; PSA

114 (%57), periferik SpA 29 (%14.5), aksiyel baskın SpA 19 (%9.5), RA 11 (%5.5), ReA 5 (%2.5), kristal artrit 5 (%2.5), sarkoidoz 4 (%2.0), enteropatik artrit 3 (%1.5), RS3P 3 (%1.5), osteomyelit (%1), skleromiksödem (%1), SLE (%0.5) idi. Daktilit özellikleri: Periferik eklem bulgusu olmaksızın sadece daktilit %28.9 hastada izlendi. Daktilitik parmak sayısı; 1 (%79.3), 2 (%15.2), 3 (%3.0), 4 (%1.0), 5 (%1.5) şeklindeydi. Elde %76.8, ayakta %22.2, el ve ayakta %1.0 hastada daktilit saptanmıştır. 1., 2., 3., 4., 5. parmaklarda daktilit yüzdesi sırasıyla %14.1, %43.2, %27.6, %16.1 ve %6.3 hastada vardı. Daktilit sırasında hastaların tedavileri şu şekildeydi (n=190): 115 (%60.5) tedavisiz, 27 (%14.2) steroid, 25 (%13.1) MTX, 21 (%11.0) anti-TNF, 17 (%8.9) SSZ, 14 (%7.4) LEF, 7 (%3.7) anti-IL17, 2 (%1.0) anti-IL23. Daktilit için önerilen tedaviler şu şekildeydi; MTX 84 (%44.2), steroid 62 (%32.6) [ortanca steroid dozu 10 mg (2.5-40 mg), lokal steroid enjeksiyonu 7 (%3.5)], anti-TNF 32 (%16.8), LEF 16 (%8.4), SSZ 16 (%8.4), anti-IL17 5 (%2.6), anti-IL23, JAKi, TOC, ABA birer hastada. Daktilit saptandıktan sonra hastaya yapılan uygulamalar şu şekildeydi; csDMARD ekleme/değiştirme 73 (%38.4), b/tsDMARD ekleme/değiştirme 33 (%17.4), steroid ekleme/doz artırma 30 (%15.8), csDMARD ve steroid ekleme/değiştirme 22 (%11.6), NSAİ ekleme 12 (%6.3), değişim yapılmayan 18 (%9.5) hasta vardı. Daktilit tedavi yanıtı (n=147) (Tablo 1): Hastalar ortanca 43 ay (0.5-295) takip edilmiştir. 120'sinde (%81.6) tam düzelme, 15'inde (%10.2) parsiyel düzelme/aktivitesinde devam etme ve 12'sinde (%8.2) kronik daktilit vardı. Kronik daktilit olan hastaların 10/12'si (%83.3) PsA, PsA hastalarının ise 10/90'ında (%11.1) kronik daktilit vardı. Kronik daktilit olan ve olmayan PsA hastaları arasında klinik ve tedavi seçimi açısından fark yoktu. PsA ve SpA önemli daktilit nedenleri olmakla birlikte sarkoidoz, kristal artrit, RS3P, osteomyelit gibi daha az akla gelen hastalıklar da daktilit nedeni olarak saptanmıştır. Daktilit saptandığında en sıklıkla metotreksat, oral veya lokal steroid başlanmakta, anti-TNF'ler diğer bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır. Yaklaşık 4 yıllık takip sonrasında %8 hastada kronik daktilit görülmektedir, bu hastaların büyük çoğunluğu PsA hastalarıdır.

Anahtar Kelimeler: Daktilit, psöriatik artrit, spondiloartrit, seronegatif artrit, ultrason

Tablo 1: Daktilit hastalarının tedavi yanıt değerlendirilmesi

Tanı	n (%)	Tam düzelme	Parsiyel düzelme/aktivite devamı	Kronik daktilit
PsA n (%)	90 (61,2)	69 (76,6)	11 (12,2)	10 (11,1)
Periferik SpA n (%)	23 (15,6)	21 (91,3)	2 (8,7)	0
Aksiyel SpA n (%)	15 (10,2)	14 (93,3)	0	1 (6,7)
RA n (%)	3 (2)	2 (66,7)	1 (33,3)	0
ReA n (%)	3 (2)	3 (100)	0	0
Kristal artrit n (%)	2 (2)	2 (100)	0	0
Sarkoidoz n (%)	2 (2)	2 (100)	0	0
Enteropatik artrit n (%)	1 (0,6)	1 (100)	0	0
Osteomyelit n (%)	1 (0,6)	0	0	1 (100)
Skleromiksödem n (%)	1 (0,6)	0	1 (100)	0
Toplam n (%)	147 (100)	120 (81,6)	15 (10,2)	12 (8,2)

Nadir bir antite olan rhupus sendromunda klinik ve radyolojik

Bulgular: Tek merkezli gerçek yaşam verisi sonuçları

Zeynep Yağbaşan, Burcu Yağız, Belkıs Nihan Coşkun, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan

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

Amaç: İki veya daha fazla tanımlanmış romatizmal hastalığın klinik veya serolojik bulgularının birliktelik göstermesine overlap sendromu denir. Rhupus, romatoid artrit (RA) ve sistemik lupus eritematosus (SLE) birlikteliği ile giden bir overlap sendromudur. Ancak literatürde Rhupusu tanımlamak için kullanılması gereken uygun sınıflandırma kriterleri hakkında veri yetersizdir. Tanımı ve tedavisi konusunda fikir birliği olmayan nadir görülen bu hastalık ile ilgili verilerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalında SLE ile takipli olan 800 hastanın verileri hastane elektronik sistemi kullanılarak retrospektif olarak tarandı. 2019 American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism (EULAR/ACR) SLE sınıflandırma kriterleri ile ACR/EULAR 2010 RA sınıflandırma kriterlerini karşılayan 11 hasta Rhupus kabul edilerek çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Rhupus hastalarının tamamı kadın olup yaş ortalaması $41,5 \pm 8,1$ yıldır. Ortalama hastalık süresi $75,2 \pm 25,1$ aydır. Hastaların % 45,5'inde önce RA, %27,3'ünde önce SLE, geri kalanında ise SLE+RA eş zamanlı başlamıştı. Hastaların %72,4'ünde romatoid faktör pozitifliği, %70'inde anti siklik sitrüllemiş peptid antikor pozitifliği saptandı. Antinükleer antikor bütün hastalarda pozitif iken, ENA panelinden en çok dsdna pozitifliği görüldü (Tablo 1). Hastaların tamamında poliartiküler ve % 72,4'ünde eroziv artrit vardı. En sık tutulan eklem el bileği, en az etkilenen eklem ise diz eklemiydi. Hastaların %55,6'sında radyografik bulgu saptandı. SLE hastalarında baskın tutulum deri olup (6 hasta, %54,5), akut kutanöz lupus en sık görülen alt tiptiydi (4 hasta). Bir hastada pakiplörüt, bir hastada biyopsi ile kanıtı evre 3 böbrek tutulumu mevcuttu. Rhupus tanısında DAS 28 CRP $3,8 \pm 0,7$ (2,9, 5,4) iken, DAS 28 sedim $2,7 \pm 0,9$ (2,9, 5,9) idi. SLEDAI ise $7,8 \pm 4,8$ (4,20) idi. Rhupus hastalarına en sık eşlik eden komorbidite ise hipertansiyondu. Takipleri sırasında bir hastada uterus malignitesi saptanmıştır. Rhupusta en çok tercih konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) metotreksat (%100) ve hidrosiklorokin (%100) iken biyolojik DMARD rituksimab (%27,3) ve adalimumab (%27,3) idi (Tablo 2).

Sonuç: Rhupus nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen kalıcı sakatlıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle Rhupus artritini erken dönemde SLE'nin non-eroziv artritinden ayırt edilerek tedavi edilmelidir. Bu çalışma Rhupus sendromuna yönelik farkındalığı artırarak standart tedavi kılavuzları oluşturulmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: RA, SLE, Rhupus

Tablo 1. Hastalık aktivite kriterleri, laboratuvar bulguları ve kullanılan tedavi ajanları

Tanı anındaki lökosit değeri ortalama \pm SS (min, maks)	7466,3 \pm 2772,8 (4080, 13510)
Tanı anındaki nötrofil değeri ortalama \pm SS (min, maks)	48887,2 \pm 2639,3 (2700, 11890)
Tanı anındaki lenfosit değeri ortalama \pm SS (min, maks)	1967,2 \pm 630,9 (1000, 2870)
Tanı anındaki hemoglobin değeri ortalama \pm SS (min, maks)	11,7 \pm 1,9 (9,3, 14,5)
Tanı anındaki platelet değeri ortalama \pm SS (min, maks)	309,6 \pm 64,7 (233, 409)
Tanı anındaki kreatinin değeri ortalama \pm SS (min, maks)	0,6 \pm 0,1 (0,6, 0,8)
Tanı anındaki C3 değeri ortalama \pm SS (min, maks)	108 \pm 35,3 (68,154)
Tanı anındaki C4 değeri ortalama \pm SS (min, maks)	22 \pm 17,3 (7,60)
Tanı anındaki sedim değeri ortalama \pm SS (min, maks)	33 \pm 17,3 (5,61)
Tanı anındaki CRP değeri ortalama \pm SS (min, maks)	12,7 \pm 14,3 (0,3, 45,5)
Tanı anındaki DAS 28 CRP ortalama \pm SS (min, maks)	3,8 \pm 0,7 (2,9, 5,4)
Tanı anındaki DAS 28 SEDİM ortalama \pm SS (min, maks)	2,7 \pm 0,9 (2,9, 5,9)
Tanı anındaki SLEDAI ortalama \pm SS (min, maks)	7.8 \pm 4.8 (4,20)
Kullanılan tedaviler	
Steroid kullanımı n (%)	11 (100)
Azotiyopürin kullanımı n (%)	1 (9,1)
Mikofenolat mofetil kullanımı n (%)	2 (18,2)
Hidrosiklorokin kullanımı n (%)	11 (100)
Metotreksat kullanımı n (%)	11 (100)
Leflunomid kullanımı n (%)	6 (54,5)
Sulfasalazin kullanımı n (%)	8 (72,7)
Siklofosamid kullanımı n (%)	0 (0)
Ritüksimab kullanımı n (%)	3 (27,3)
Golimumab kullanımı n (%)	1 (9,1)
Certolizumab kullanımı n (%)	1 (9,1)
Adalimumab kullanımı n (%)	3 (27,3)
Etanercept kullanımı n (%)	1 (9,1)
Tocilizumab kullanımı n (%)	1 (9,1)
Abatacept kullanımı n (%)	1 (9,1)
Baricitinib kullanımı n (%)	2 (18,2)

Tablo 2. Rhupus hastalarının demografik verileri

Cinsiyet E/K n (%)	0/11 (0/100)
Yaş (yıl) ortalama±SS (min, maks)	41,5±8,1 (31,50)
Hastalık başlangıç yaşı (yıl) ortalama±SS (min, maks)	36,1±8,1 (26,43)
Hastalık süresi (ay) ortalama±SS (min, maks)	75,2±25.1 (42,98)
ANA pozitifliği n (%)	11 (100)
dsDNA pozitifliği n (%)	7 (63,6)
Anti sm antikor pozitifliği n (%)	2 (18,2)
Anti sm/RNP antikor pozitifliği n (%)	2 (18,2)
Anti Histon antikor pozitifliği n (%)	2 (18,2)
Nükleozom pozitifliği n (%)	4 (36,4)
SS-A/ SS-B pozitifliği n (%)	2/0 (18,2/0)
Sentromer b pozitifliği n (%)	1 (9,1)
Romatoid faktör pozitifliği n (%)	8 (72,7)
Anti-CCP pozitifliği n (%)	7 (70)
Tanı zamanında öncelik n (%)	
SLE önce n (%)	3 (27,3)
RA önce n (%)	5 (45,5)
Eş zamanlı n (%)	3 (27,3)
İlk hastalıktan kaç yıl sonra diğer hastalık görülmüş ortalama±SS (min,maks)	4±4,5 (0,13)
Romatoid nodül varlığı n (%)	0 (0)
Oral aft varlığı n (%)	2 (18,2)
Raynoud fenomeni varlığı n (%)	3 (27,3)
Deri tutulumu n (%)	6 (54,5)
Kardiyak tutulum n (%)	0 (0)
Nörolojik tutulum n (%)	0 (0)
Pulmoner tutulum n (%)	1 (9,1)
Renal tutulum n (%)	1 (9,1)
Hematolojik tutulum n (%)	0 (0)
Gastrointestinal sistem tutulumu n (%)	0 (0)

E/K; Erkek/Kadın, SS; Standart sapma, SLE; Sistemik lupus eritematosus RA; Romatoid artrit

PS-179**Granülomatöz Polianjitis hastalarından ekokardiyografik bulguların değerlendirilmesi:Pulmoner hipertansiyon ve sağ ventrikül fonksiyonu üzerindeki etkileri**

Kemal Ödev², Mustafa Çağrı Ergün¹, Ahmet Taha Şahin³

¹Konya Numune Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Konya

²Konya Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Radyolo Bilim Dalı, Konya

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Konya

Amaç: Granülomatosis polianjeit (GPA), esas olarak küçük çaplı arterleri etkileyen nekrotizan bir vaskülitir. Solunum yolu tutulumu durumunda trakeobronşiyal hastalık, akciğer parankim nodülleri, interstisyel akciğer hastalığı gibi çeşitli şekillerde kendini gösterebilir. Pulmoner hipertansiyon (PH), küçük pulmoner arterlerin kronik tıkanıklığı ile karakterize olup sağ kalp yetmezliğine ve ölüme yol açabilen ciddi bir durumdur. Sistolik pulmoner arter basıncı (sPAP), pulmoner nabız geçiş zamanı (pPTT), triküspit anüler düzlem sistolik ekskürsiyonu (TAPSE) ve TAPSE/sPAP, PH ve sağ ventrikül fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan non-invaziv ekokardiyografik parametrelerdir. Bu çalışmanın birincil amacı, GPA hastalarında PH ve sağ ventrikül fonksiyonları arasındaki potansiyel ilişkiyi ekokardiyografik parametreler aracılığıyla açıklığa kavuşturmaktır. Ayrıca, bu kardiyovasküler parametrelerin hastalık aktivasyonu ile etkileşimleri de incelenecektir.

Yöntem: 2.1 Çalışma Popülasyonu: Çalışmaya 31 GPA hastası çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubunu, kardiyak sorunları olmayan 30 birey oluşturdu. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı ve çalışma yerel etik kurul tarafından onaylandı. 2.2 Demografik ve Klinik Veriler: GPA tanısı 2012 Uluslararası Chapel Hill Konsensüs Konferansı kriterlerine göre yapıldı. Tüm hastalara yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi, rutin biyokimya, tam kan sayımı ve idrar testleri yapıldı. Hastalık aktivitesi Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru-Wegener Granülomatosisi ile değerlendirildi.

Bulgular: GPA hastaları ile kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Ekokardiyografik veriler açısından LV-EDD, LV-ESD ve diğer ölçümler arasında fark yoktu, ancak sPAP, TAPSE ve TAPSE/sPAP oranında anlamlı farklılıklar gözlemlendi (p<0.001). Ayrıca, hastalık aktivasyonu ile sPAP, TAPSE/sPAP ve pPTT arasında anlamlı bir korelasyon saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda, GPA hastalarında sPAP değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, buna karşın TAPSE, TAPSE/sPAP oranı ve pPTT değerlerinin anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, GPA hastalarında sağ ventrikül fonksiyonlarının bozulduğunu ve pulmoner arter basıncının arttığını göstermektedir. Özellikle pPTT'nin hastalık aktivitesi ile negatif korelasyon göstermesi, bu parametrenin hastalık aktivitesini değerlendirmede diğer ekokardiyografik parametrelere göre daha hassas olabileceğini düşündürmektedir. Launay ve arkadaşlarının olgu serisi çalışmaları da, GPA hastalarında PH

gelişimini göstermiştir anti-nötrofil sitoplazmik antikor ile ilişkili vaskülitlerde ekokardiyografik bulgular üzerine yaptığı daha geniş bir çalışmada, GPA hastalarında yalnızca diyastolik disfonksiyonun gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu fark, hasta sayısı ve ekokardiyografi zamanlamasındaki farklılıklarla açıklanabilir. GPA, küçük damarları etkileyen bir vaskülit olduğundan, bu hastalarda gelişen pulmoner hipertansiyonun vaskülopati sonucu ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. GPA hastalarında artan sPAP değeri, bu vaskülopati mekanizmasını desteklemektedir. TAPSE ve TAPSE/sPAP oranlarının düşüklüğü, bu hastalarda sağ ventrikül fonksiyonlarının bozulduğunu göstermektedir. Bu bulgular, SLE ve sistemik skleroz gibi diğer romatizmal hastalıklarla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda, hastalık aktivitesi ve ekokardiyografik parametreler arasında yapılan

karşılaştırmada sadece pPTT'nin hastalık aktivitesi ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bu durum, GPA hastalarında pPTT'nin hastalık aktivitesini değerlendirmede daha üstün bir parametre olabileceğini düşündürmektedir. pPTT'nin etkisinin büyüklüğü, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi için önemli bir gösterge olarak kullanılabilirliğini ortaya koymaktadır. GPA hastalarında pulmoner hipertansiyonun gelişimi ve sağ ventrikül fonksiyonlarının izlenmesi açısından ekokardiyografik parametrelerin rutin olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Özellikle pPTT'nin hastalık aktivitesini gösteren daha hassas bir parametre olabileceği göz önünde bulundurularak, bu parametre klinik izlemde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: granüloamatöz polianjitis, ekokardiyografi, pulmoner transit time

Tablo 1. Hastalık aktivasyon durumu ile EKO bulgularının durumu

Ekokardiyografik bulguların karşılaştırılması				
	GPA	Kontrol grubu	p-değeri	d-değeri
Cinsiyet (erkek)	16 (%53,3)	14 (%46,7)	0,797	
Yaş (yıl)	46,6 (±14,4)	44,4(±6,3)	0,496	
sPAP (mm Hg)	29,3±4,4	25,9±3,1	0,001	0,9 (0,35, 1,47)
TAPSE	2,12±0,3	2,48±0,2	<0,001	-0,9 (-1,54, -0,41)
TAPSE/sPAP	0,07±0,02	0,09±0,01	<0,001	-1,2 (-1,83, -0,64)
pPTT	0,18±0,05	0,27±0,04	<0,001	-1,9 (-2,71, -1,27)

GPA: Granüloamatöz polianjit, sPAP: Sistolik pulmoner arter basıncı, TAPSE: Triküspit anüler düzlem sistolik eksürsyonu, pPTT: Pulmoner nabız geçiş zamanı

Tablo 2. Granüloamatöz polianjitis hastalarının demografik ve klinik verileri

Değişkenler	Değerler
Yaş (yıl)	46,6±14,4
Hastalık süresi	4,60 ±3,6
Cinsiyet (erkek%)	16 (53,3)
ANCA n(%)	23 (76,7)
PR3-ANCA	7 (23,3)
ANCA-negatif	
Hastalık aktivasyon statüsü	9 (30,0)
remisyon	15 (50,0)
Presistan hastalık	1 (3,3)
Sınırlı hastalık/alevlenme	5 (16,7)
Ciddi hastalık/alevlenme	
Pulmoner tutulum	16 (53,3)
Nodül-kavite	4 (13,3)
Konsolidasyon	2 (6,2)
Intraalveolar hemoraji	
Renal tutulum	10 (33,3)
KBH	7 (23,3)
Diyaliz	4 (13,3)
Transplantasyon	

Ankara/Sincan'da Gut prevalansının anket ve klinik değerlendirme ile belirlenmesi

Rıza Can Kardeş², Yasemin Ünsal¹, Hakan Tüzün³, Derya Yıldırım², Burcuğül Kaya², İbrahim Vasi², Rahime Duran², Mustafa Necmi İlhan³, Abdulsamet Erden², Hamit Küçük², Berna Göker², Mehmet Akif Öztürk²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Sincan ilçesinde belirlenen aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilen toplum taraması ile gut hastalığı prevalansını belirlemek ve gut şüphesi bulunan bireylerin ileri değerlendirme sonuçlarını analiz etmektir. Çalışma, gut hastalığı tanısında kullanılan tarama anketinin etkinliğini değerlendirmeyi ve hastaların demografik özellikleri ile gut prevalansı arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflemektedir.

Yöntem: Bu çalışma, Sincan ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde gut hastalığı prevalansını belirlemek amacıyla yapılan bir toplum taramasıdır. Evren büyüklüğü 170,000 olarak belirlenmiş ve %1 duyarlılık düzeyi ve tasarım etkisi dikkate alınarak 380 hasta hedeflenmiştir. Toplamda 517 yetişkine ön tarama anketi teklif edilmiş ve 515 kişi anketi kabul etmiştir. Gut şüphesi bulunan

26 kişi ileri değerlendirmeye alınmış, 24'ü Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü'nde anamnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirilmiştir. Gut tanısı klinik kriterler ve laboratuvar bulgularına dayandırılmış, serum ürik asit düzeyleri ve eklem grafileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmada, ön tarama anketine katılan 515 kişiden 26'sında gut şüphesi saptanmıştır (Tablo 1). İleri değerlendirme sonucunda, 2 kadın ve 5 erkek olmak üzere toplam 7 kişide gut tanısı doğrulanmıştır (%29), (Şekil 1). Buna göre genel popülasyonda gut prevalansı %1,36 olarak saptanmış, bu oran erkeklerde %2,2, kadınlarda ise %0,7 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2). Gut tanısı konulan yedi hastanın yaş ortalaması 50,7±10,9 yıl olup, serum ürik asit düzeyleri ortalama 7,15±2,46 mg/dL, kreatinin düzeyleri 0,91±0,08 mg/dL ve CRP seviyeleri 6,19±2,3 mg/L olarak ölçülmüştür. Komorbiditeler arasında hipertansiyon (%14,3), diabetes mellitus (%28,6) ve nefrolitiazis (%28,6) en sık görülenlerdir. Ayrıca, hastaların %42,9'u aşırı et tüketimi ve %28,6'sı alkol kullanımı öyküsüne sahiptir.

Sonuç: Sincan ilçesinde yapılan bu toplum taraması, gut hastalığının özellikle erkeklerde daha yüksek prevalansa sahip olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızda tespit edilen genel prevalans %1,36 olup, yaşla birlikte gut prevalansının arttığı gözlenmiştir. Bu bulgular gut hastalığının toplumda önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve özellikle risk gruplarında erken tanı ve tedaviye yönelik önlemler alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Gut, prevalans, toplum taraması

Tablo 1. Gut tarama anketi

Tarama sorusu 1a: Travma olmadan ayak başparmağı, tarak kemikleri ya da ayak bileğinizde ani başlangıçlı ağrı yaşadınız mı?	
Evet, n (%)	23 (4,4)
Tarama sorusu 1b: Ayağınızın hangi kısmında ağrı, kızarıklık veya şişlik oldu? (Birden fazla cevap seçilebilir)	
Ayak baş parmağı, n (%)	15 (55,6)
Ayak tabanı-kenarı, n (%)	4 (14,8)
Ayak bileği, n (%)	8 (29,6)
Diğer, n (%)	7 (25,9)
Tarama sorusu 1'e göre 26/515 (%5) kişide gut şüphesi saptandı.	
Tarama sorusu 2: Etkilenen eklemi kullanamama, yürüyememe veya dokunmakla ciddi hassasiyet durumlarından biri oldu mu?	
Evet, n (%)	19/26 (73,1)
Tarama sorusu 3: Ağrı, en şiddetli haline 24 saat içinde mi ulaştı?	
Evet, n (%)	15/26 (58)
Tarama sorusu 4: Ağrı iki hafta içinde kendiliğinden geçti mi?	
Evet, n (%)	19/26 (73,1)

Tablo 2. Farklı yaş aralıkları ve cinsiyetlere göre gut prevalansı

Grup	Prevalans (%)	%95 Güven aralığı
Genel Popülasyon	1,36	0,5-2,8
Erkek	2,2	0,7-5,0
Kadın	0,7	0,1-2,5
18-30 yaş arası	Olgu yok	
30-49 yaş arası	1,0	0-5,6
50-59 yaş arası	1,8	0,2-6,4
60-69 yaş arası	1,9	0,2-6,7
70 yaş ve üzeri	2,5	0,3-8,6

Erişkin ve çocukluk çağı IgA vaskülitlerinin demografik ve klinik bulgularının karşılaştırılması

Burcu Ceren Uludoğan¹, Ezgi Pala², Aysel Aliyeva³, Reşit Yıldırım¹, Selcan Demir⁴, Aslı Kavaz Tufan⁵, Nuran Çetin⁴, Nazife Şule Yaşar Bilge¹, Timuçin Kaşifoğlu¹

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

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir

⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: IgA vaskülit (IgAV) eski adıyla Henoch-Schönlein purpurası (HSP), purpura, karın ağrısı, artrit ve böbrek tutulumu ile karakterize primer bir vaskülit olup, ağırlıklı olarak çocukluk çağında görülmektedir. Ancak nadiren yetişkinlerde de ortaya çıkabilmekte olup, bu yaş grubunda daha şiddetli seyreden ve böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkileyen bir form olarak değerlendirilmektedir. Yetişkin başlangıçlı IgAV ile çocukluk çağı başlangıçlı IgAV arasındaki klinik spektrum ve böbrek sonuçlarındaki farklılıkları inceledik.

Yöntem: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi çocuk ve erişkin Romatoloji kliniklerine başvurmuş ve IgAV tanısı alan hastalar, retrospektif olarak taranmıştır, 1990 ACR ve Ankara

2008 EULAR/PRINTO/PRES HSP sınıflama kriterlerini sağlayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar çocukluk çağı başlangıçlı (<18 yaş) ve yetişkin başlangıçlı (>18 yaş) olarak 2 gruba ayrılarak demografik, klinik, laboratuvar ve patolojik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda 142 çocukluk çağı başlangıçlı (çIgAV), 69 yetişkin başlangıçlı (yIgAV) hasta mevcuttu. Kadın/Erkek oranı çIgAV'de 0,56, yIgAV'de ise 0,63 idi. Takip süresi yetişkin IgAV'de istatistiksel olarak daha uzundu (51±68 vs 11±13). IgAV'nin görüldüğü mevsimler her iki grupta benzerken, predispozan faktörlere erişkin çağda daha sık rastlanmaktaydı (63,8 vs 43,7 p=0,006). Deri tutulumu, artrit/artralji, gastrointestinal tutulum sıklığı her iki grupta benzerken, yetişkinlerde renal tutulum daha yaygın ve daha ağır seyretmekte idi (%39,1 vs %21,1), bu da daha yüksek akut renal yetmezlik oranlarıyla kendini göstermekteydi (%27,5 vs %0,7, p=<0,001). Hem deri biyopsisi hem de renal biyopsi yetişkinlerde daha sık uygulanırken, histopatolojik değerlendirme sonuçlarında anlamlı farklılık görülmedi. Non-steroid antienflamatuvar tedavi çIgAV de daha sık kullanılırken, kortikosteroid ve diğer immün supresif tedavi ihtiyacı yIgAV de anlamlı olarak daha fazla idi. Ayrıca her 2 grupta relaps oranlarında anlamlı fark yokken, yetişkinlerde kronik renal yetmezlik (%13,2 vs %0) ve mortalite (%7,4 vs 0) oranları anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 1).

Sonuç: Bu sonuçlar, yetişkin başlangıçlı IgAV 'nin çocukluk çağı başlangıçlı IgAV' e kıyasla daha şiddetli bir seyir izlediğini, özellikle renal tutulumun daha sık görüldüğünü ve daha agresif tedavi gerektirdiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İgA Vaskuliti, Henoch-Schönlein purpurası, döküntü, glomerulonefrit

Tablo 1. Erişkin ve çocuk IgAV hastalarının klinik, laboratuvar ve patolojik özelliklerinin karşılaştırılması

	çIgAV (n=142)	yIgAV (n=69)	p-değeri
Kadın/erkek	25/44	55/87	0,725
Tanı yaşı (ort ± SD)	8±3	45±18	<0,001
Takip süresi- ay (ort ± SD)	11±13	51±68	<0,001
Predispozan faktör	62 (%43,7)	44 (%63,8)	0,006
Enfeksiyon n (%)	59 (%41,5)	32 (%46,4)	0,507
İlaç n (%)	3 (%2,1)	26 (%37,7)	<0,001
Cerrahi n (%)	0	2 (%2,9)	0,042
Mevsim n (%)			
Sonbahar	49 (%34,5)	15 (%21,7)	
Kış	50 (%35,2)	29 (%42,0)	
İlkbahar	23 (%16,2)	14 (%20,3)	0,305
Yaz	20 (%14,1)	11 (%15,9)	
Hospitalizasyon n (%)	85 (%59,9)	66 (%95,7)	<0,001
Deri tutulumu n (%)	142 (%100)	69 (%100)	-
Artrit /Artralji n (%)	86 (%60,6)	41 (%59,4)	0,874
Skrotal tutulum n (%)	9 (%6,3)	-	0,033
Gastrointestinal tutulum n (%)	62 (%43,7)	34 (%49,3)	0,442
Karın ağrısı	60 (%42,3)	33 (%47,8)	0,444
Hematokezya	4 (%2,8)	9 (%13)	0,004
Melena	1 (%0,7)	4 (%5,8)	0,040
İnvajinasyon	2 (%1,4)	0	0,320
Perforasyon	0	0	-
Renal tutulum n (%)	30 (%21,1)	27 (%39,1)	0,006

Tablo 1. Erişkin ve çocuk IgAV hastalarının klinik, laboratuvar ve patolojik özelliklerinin karşılaştırılması

	clgAV (n=142)	ylgAV (n=69)	p-değeri
Hematüri	13 (%9,2)	42 (%60,9)	<0,001
Proteinüri	37 (%26,1)	31 (%44,9)	0,006
Nefrotik Proteinüri	7 (%4,9)	8 (%11,6)	0,077
Akut renal yetmezlik	1 (%0,7)	19 (%27,5)	<0,001
Hipertansiyon	5 (%3,5)	17 (%24,6)	<0,001
Akut nefritik sendrom	0	5 (%7,2)	0,003
Pulmoner tutulum n (%)	0	3 (%4,3)	0,034
SSS tutulumu n (%)	1 (%0,7)	0	0,485
Deri Biyopsisi n (%)	18 (%12,7)	60 (%87)	<0,001
CRP mg/dL (ort ± SD)	17,59±21,77	25,95±38,40	0,454
ESR mm/h (ort ± SD)	29±17	37± 5	0,043
Kreatinin mg/dL (ort ± SD)	0,48±0,20	0,95±0,55	<0,001
Albümin g/dL	4,27±0,42	3,88±0,79	<0,001
Renal biyopsi	14 (%9,9)	18 (%26,1)	0,002
ISKDC sınıflaması			
Evre 2	5 (%35,7)	1 (%5,6)	
Evre 3a	5 (%35,7)	13 (%72,2)	
Evre 3b	3 (%21,4)	3 (%16,7)	
Evre 4a	0	1 (5,6%)	0,097
Evre 6	1 (%7,1)	0	
NSAID n (%)	76 (%53,9)	3 (4,3%)	<0,001
Kortikosteroid n (%)	77 (%54,2)	68 (%98,6)	<0,001
Kolşisin n (%)	5 (%3,5)	40 (%58)	<0,001
Azatioprin n (%)	1 (%0,7)	29 (%42)	<0,001
Siklofosfamid n (%)	1 (%0,7)	9 (%13)	<0,001
Mikofenolat mofetil n (%)	3 (%2,1)	6 (%8,7)	0,026
Plazmaferez n (%)	1 (%0,7)	2 (%2,9)	0,207
Ritüksimab n (%)	0	1 (%1,4)	0,327
ACE inhibitörü n (%)	22 (%15,5)	23 (%33,3)	0,003
Relaps n (%)	6 (%4,2)	5 (%7,2)	0,354
Kronik renal yetmezlik n (%)	0	9 (%13,2)	<0,001
Remisyon 1, yıl n (%)	80 (%63,5)	59 (%89,4)	<0,001
Ölüm n (%)	0	5 (%7,4)	0,001

Multiple Skleroz hastalarında otoantikör pozitiflik oranları

Mestan Şahin¹, Atalay Doğru², Melike Doğan Ünlü³, Serpil Demirci³, Mehmet Şahin²

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

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Otoantikör pozitifliği romatolojik hastalıklar dışında diğer otoimmün hastalıklarda da görülmektedir. Özellikle merkezi sinir sisteminin immün aracılı hastalıklarında romatolojik klinik belirti ve bulgu ortaya çıkarmayan antikör pozitiflikleri sıklıkla saptanmakta ve kafa karışıklıklarına neden olmaktadır. Bu çalışmada multipl skleroz (MS) tanısı alan hastalarda otoantikörler pozitiflik oranlarını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: 2019-2024 yılları arasında Nöroloji kliniğinde MS tanısı almış ve medikal tedavi başlanmış 350 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait otoantikörler retrospektif olarak tarandı. antinükleer antikör (ANA), HEp-2 hücreleri kullanılarak indirekt immüno floresan yöntemi kullanılarak saptanmıştır ve 1/160 üzeri titreler pozitif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya MS tanısı konulan 350 hasta alınmıştır. Bu hasta grubunun 251 (%71,7) i kadındı. Ortalama yaşları 39,99±12,79 yıl olarak saptandı. 79 (%22,6) hastada ANA testi pozitif olarak tespit edildi. ANA titre 1+ (1/160-1/320) grupta hasta sayısı en fazla olduğu görüldü (54 hasta, %68,4). En sık görülen ANA paterni ise Nükleer Granüler (24 hasta, %30,4) ve homojen (nükleer) (12 hasta, %15,2) paterndeydi. ekstraktabil nükleer antijen bu hasta grubunun %94,9 una bakılmış ve %15,1 pozitiflik saptanmıştır. Anti nötrofil sitoplasmik antikör pozitiflik oranı %3,4, Anti-fosfolipid Antikör pozitiflik oranları ise %15 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: MS gibi immün aracılı hastalıklarda romatolojik klinik bulgu oluşturmayan otoantikör pozitifliği azımsanmayacak kadar çok görülmektedir. Bu hasta grubunda klinik bulgular ile otoantikör pozitifliğini birlikte değerlendirmek gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antinükleer Antikör, antifosfolipit antikörler, ANA, ekstraktabil nükleer antijen, multiple skleroz, MS

Tablo 1. MS hastalarına ait sosyodemografik veriler ve otoantikör profilleri

	MS hastaları n=350
Yaş (yıl) Ortalama±SS	39,99±12,79
Cinsiyet n (%) Kadın Erkek	251 (%71,7) 99 (%28,3)
Hastalık süresi (yıl) Ortalama±SS min/maks	7,05±6,00 17/69
Antinükleer antikörler (ANA) pozitif; n (%) ANA titre 1+ (1/160-1/320) ANA titre 2+ (1/320-1/640) ANA titre 3+ (1/640-1/1280) ANA titre 4+ (>1/1280)	79 (%22,6) 54 (%68,4) 17 (%21,5) 6 (%7,6) 2 (%2,5)
ANA pozitif kadın ANA pozitif erkek	59 (%74,6) 20 (%25,4)
Antinükleer antikörler (ANA) patern; n (%) Nükleer granüler (NÜKLEER) Homojen (nÜKLEER) Yoğun ince benekli (DFS70) (NÜKLEER) Nükleolar (NÜKLEER) Benekli (NÜKLEER) Sentromer (NÜKLEER) Homojen+ nükleer granüler (NÜKLEER) Homojen+SİTOPLAZMİK SİTOPLAZMİK MİTOTİK Tanımlanmamış	24 (%30,4) 12 (%15,2) 12 (%15,2) 5 (%6,3) 4 (%5,1) 2 (%2,5) 7 (%8,9) 1 (%1,3) 8 (%10,1) 2 (%2,5) 2 (%2,5)
Ekstraktabil nükleer antijen (ENA); n (%) pozitif n (%)	332 (%94,9) 53 (%15,1)
Anti neutrophil cytoplasmic antikör (ANCA); n (%) pozitif n (%)	328 (%93,7) 12 (%3,4)
Anti-phospholipid antikörler (aPLs) pozitif n (%) Lupus antikoagülan (LA); n (%) Anti-cardiolipin antikör (aCL) IgM; n (%) Anti-cardiolipin antikör (aCL) IgG; n (%) Anti-cardiolipin antikör + Lupus Antikoagülan; n (%) Anti-β2 glikoprotein I antikör (aβ2GPI); n (%)	301 (%86,0) 45 (%15) 23 (%51,1) 14 (%31,1) 3 (%6,7) 4 (%8,9) 1 (%2,2)

ANA: Antinükleer antikörler, ENA: Ekstraktabil nükleer antijen, ANCA: Anti neutrophil cytoplasmic antikör, aPLs: Anti-phospholipid antikörler, LA: Lupus antikoagülan, aCL: Anti-cardiolipin antikör, aβ2GPI: Anti-β2 glikoprotein I antikör, min/maks: Minimum,maksimum, SS: Standart sapma

XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

26-30 Ekim 2024

Poster Turu Sunumları

(PT-001 — PT-018)

PT-001

Kawasaki tanısı koymada yapay zeka modeli 'Galadriel': bize gerek var mı?

Emil Aliyev¹, Veysel Çam²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı; SEMBA Sağlık Eğitim Bilişim Ltd. Şti. Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk çağı orta damar vaskülitlerinden olup koroner arter tutulumu yapması dolayısıyla önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Hastalık çocukluk çağının enfeksiyon hastalıkları ile sıklıkla karıştığından pratikte ilk basamak sağlık ekibi tarafından atlanabilmektedir. Bu nedenle erken tanı ve tedavinin hastalık sürecinde önemi büyüktür. Hastalığın tanı aşamasına yardımcı yapay zeka (YZ) modeli test edilmiştir. Çalışmamızın amacı klinisyenlere tanı koymada yardımcı bilgisayar tabanlı YZ modeli geliştirmektir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Çocuk Romatoloji Polikliniklerinde takip edilen 10 KH ve onlara yaş, cinsiyet bakımından benzer 10 ateşli hastalık geçiren hastalar çalışmaya alınmıştır. Bireylerin tanı anındaki klinik ve laboratuvar bulgularını içeren veri setleri YZ modeline girdi olarak verilmiştir. Model geliştirmek için Python® yazılım dili ve model geliştirilmesinde Tensorflow® YZ kütüphanesi tercih edilmiştir. Geliştirilen model kapalı devre YZ sistemi olduğundan kişisel verilerin korunması kanunu kapsamına dahildir. Model'e 'Galadriel' ismi verilmiştir. Galadriel'in geliştirilmesinde 'Recurrent Neural Network' (RNN) modeli tercih edilmiştir (Şekil 1). RNN'nin diğer ağlardan en önemli farkı modelin eğitilmesi anında Tn anındaki girdileri

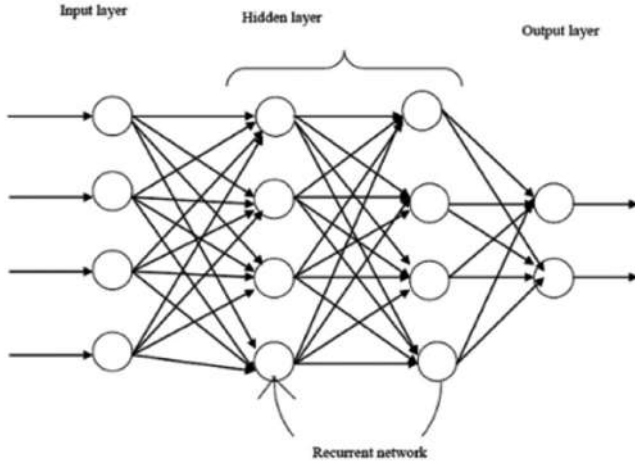
işlerken Tn-1 anındaki girdileri de hatırlıyor olmasıdır. Bu özelliği sayesinde ağ üzerinde hata oranları diğer modellere göre daha düşük olmaktadır. Hastaların laboratuvar ve klinik sonuçları 1 (normal dışı), 0 (normal aralık) ve -1 (normal dışı) olacak şekilde sayısallaştırılmıştır. Yirmi (10 KH ve 10 ateşli hastalık geçiren hastalar) adet veri, tekrarları ile 15 kat artırılıp 300'e çıkarılmış, bunlardan %80'i eğitim verisi, %20'si validasyon verisi olarak ayrılmıştır. Galadriel 1024 nöron ile NN kuran bir model olarak tasarlanmıştır. Kovaryans analizi yapılarak değişkenlerin homojenliği test edilmiştir (p=0,792). Homojen dağılan her iki grup için regresyon analizi yapılmış ve Levene ile test edilmiştir (p=0,147).

Bulgular: Model eğitimi esnasında modelin ilk aşamalarından (early training phase) hata oranı yaklaşık olarak 0,45 olduğu görüldü. Modelin ilerleyen jenerasyonlarında hata 0,025 seviyesine kadar indi. Bu hata oranı yeterli görülüp eğitim aşaması sonlandırıldı. Latent fazda eğitim otonom devam etti. Çalışma tek kör olacak şekilde planlandı. Modele tamamen yabancı olgu bilgileri Galadriel'e ve eşzamanlı uzman pediatrik romatologlara verildi ve yorumları karşılaştırıldı. Her iki grup arasında regresyon analizleri yapılarak tahmin başarısı değerlendirildi.

Sonuç: Galadriel, KH kesin tanısı demek için %70 ve üzerini kabul etti ve ortalaması %85,1 (%78-98) idi. Kesin KH değil demek için %10 ve altını kabul etti ve ortalaması %1,1 (%0-3) idi. Takip gerektiren hastalıkları tanıması için kendisine %10-%70 aralığını belirledi ve ortalaması %34,3 (%15-47) olacak şekilde tahmin yürüttü. Galadriel'in tahminleri ile gerçek tanılar arasında fark saptanmadı (p=0,297). Kawasaki hastalığını tanımada %100 başarılı oldu. Bu oran klinisyenlerin tanı koyma keskinliği benzer (%95,2) idi. Galadriel (%85,1), KH dışı olgulara klinisyenlerden (%70) daha net öneriler vermiş oldu (p=0,034). Regresyon analizi yapılarak Galadriel'in (y=0,8412xi) klinisyenlere göre (y=0,7211xi) her iki hasta grubunda da daha başarılı olduğu gösterildi (Tablo 1). Çalışmamız KH'da tanı koyma aracı olarak YZ modeli geliştiren

ve bunu test eden literatürde ilk çalışmadır. Geliştirilen YZ modeli, Kawasaki hastasını sağlıklı kontrol ve KD dışı hastalardan ayırmada en az pediatrik romatologlar kadar başarılı oldu. Bu çalışma ile Galadriel'in klinisyenlere tanı koyma aşamasında ve ayırıcı tanı konusunda yardımcı olabileceğini göstermiş olduk. Ayrıca modelin branş dışı klinisyenlere de tanı koyma aşamasında yardımcı araç olabileceği aşıkardır.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, derin öğrenme, kawasaki hastalığı, yardımcı bilgisayar tabanlı sistemler



Şekil 1. RNN'in şematik görüntüsü
Soldan sağa doğru girdiler, derin tabaka (tekrarlayan ağlar) ve çıktılar şematize edilmiştir

Tablo 1. Galadriel ile Klinisyenlerin KH tanısı koymadaki başarısının karşılaştırılması

Tanı	Galadriel'in yanıtı	Klinisyenin yanıtı
Kawasaki hastalığı	%100	%95,2
Diğer ateşli hastalıklar	%85,1	%70
Regresyon analizi sonucu	$y=0,8412xi$	$y=0,721xi$

PT-002

İnkomplet Behçet hastalığı: İnsepsiyon kohortunun ilk sonuçları

Özge Karakök¹, Seda Kutluğ Ağaçkiran¹, Rabia Ergelen², Tülin Ergun³, Haner Direkseneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı (BH) çok heterojen bir klinik spektruma sahiptir. Bu durum hastaların sınıflandırılmasını zorlaştırabilir. Hastalığa özgü bulguları olan hastalar, Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini karşılamasa da deneyimli merkezlerde uzman görüşüne dayanarak BH tanısı ile takip ve tedavi edilmektedir. Çalışmamızda, merkezimizde yalnızca son 6 ay içerisinde inkomplet BH olarak tanı almış hastalardan oluşan "İnsepsiyon Kohortu" oluşturularak, hastalık seyrinin prospektif olarak takip edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İnkomplet BH insepsiyon kohortumuza şu ana kadar 55 hasta dahil edilmiş olup, prospektif olarak izlenmektedir. Takip sırasında ortaya çıkan klinik bulgular, başlangıç tutulumlarının seyri, sınıflandırma kriterlerinin karşılanıp karşılanmaması ve uygulanan tedaviler değerlendirilmiştir.

Sonuç: Takip başlangıcında hiçbir hasta ISG kriterlerini karşılamasa da 24 (%43,6) hasta Behçet Hastalığı Uluslararası Kriterlerini (ICBD) karşılamaktaydı. Ortanca ana femoral ven (AFV) duvar kalınlığı sağda 0,70 mm (0,70-0,80), solda 0,70 mm (0,70-0,80) idi. Hastaların %92,7'sinde bilateral AFV duvar kalınlığı, 0,5 mm olan eşik değerinden yüksekti. Otuz (%54,5) hasta erkekti. Ortanca yaş 37 (30,5-42,5) yıl ve takip süresi 48 (21-77,5) ay idi. Başlangıçta 45 (%81,8) hastada major organ tutulumu vardı. Takip sırasında, 16 (%29,1) hastada yeni major organ tutulumu veya başlangıç major organ tutulumunun relapsı gözlemlendi (Tablo 1). Bu nedenle IS tedavi değişikliğine ihtiyaç duyuldu. Altı (%10,9) hastada yeni mukokutanöz bulgular gelişti ve bu 6 hasta ISG ve/veya ICBD kriterlerini karşılar hale geldi (Tablo 2). Yaklaşık 4 yıllık takip sırasında pulmoner arter anevrizması olan 2 (%3,6) hasta masif hemoptizi nedeni ile kaybedildi.

Tartışma: İnkomplet BH insepsiyon kohortunun, 48 aylık takip içeren ilk sonuçlarına göre, sınırlı klinik bulgularla başlayan BH'nin çoğunluğunun major organ tutulumu ile başladığını saptadık. Takipte yalnızca 6 (%10,9) hastada yeni mukokutanöz bulgular gelişti ve bu hastalar ISG ve/veya ICBD kriterlerini karşılar hale geldi. On altı hastada (%29,1) yeni veya relaps olan majör organ tutulumu gözlemlendi. İnsepsiyon kohortumuzun uzun dönem takip sonuçları bu hasta grubunun prospektif seyrini gösterecektir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, tanı kriteri, doppler ultrason

Tablo 1. İnkomplet Behçet hastalarının organ tutulumlarına göre dağılımı

Takip sırasında yeni veya relaps olan major organ tutulumu gelişen inkomplet Behçet hastalarının klinik özellikleri							
	Tanı anında klinik bulgular	Paterji testi	Tanı yaşı (yıl)	Yeni/relaps major organ tutulumu geliştiğinde hastalık süresi (ay)	Tanı sırasında verilen tedavi	Yeni/relaps major organ tutulumu	Yeni/relaps major organ tutulumu sonrası verilen tedavi
Hasta 1	OA+GÜ	Negatif	40	88	Kolşisin	Pulmoner trombüs	AZA
Hasta 2	OA+GÜ	Negatif	21	12	Kolşisin	Oküler	AZA
Hasta 3	OA+DVT+pulmoner trombüs	Negatif	43	39	AZA	Femoral arter anevrizması	CYC, MP pulse
Hasta 4	DVT	Negatif	17	50	AZA	Tromboflebit	CsA
Hasta 5	OA+nörolojik+DVT	Negatif	35	78	ADA	Pulmoner trombüs	MMF*
Hasta 6	Oküler	Negatif	41	44	AZA	Oküler	ADA
Hasta 7	Oküler+nörolojik	Negatif	32	148	ADA	Oküler	TOCI
Hasta 8	OA+pulmoner trombüs	Pozitif	34	76	AZA	Pulmoner trombüs	ADA
Hasta 9	OA+DVT+pulmoner anevrizma ve trombüs	Negatif	45	31	Kolşisin	Pulmoner trombüs	AZA
Hasta 10	Artrit+oküler	Pozitif	15	76	MTX	Oküler	ADA
Hasta 11	OA+pulmoner anevrizma	Negatif	55	88	AZA	DVT	IFX
Hasta 12	OA+DVT+pulmoner trombüs	Negatif	55	61	AZA	SMA anevrizması	IFX
Hasta 13	OA+EN+pulmoner trombüs	Negatif	26	167	AZA	DVT	IFX
Hasta 14	Pulmoner trombüs	Negatif	20	184	AZA	Pulmoner trombüs	MMF
Hasta 15	OA+pulmoner anevrizma ve trombüs	Negatif	25	33	AZA	Pulmoner trombüs	IFX
Hasta 16	OA+DVT	Negatif	36	38	AZA	SMA trombüsü	IFX

ADA: Adalimumab, AZA: Azatioprin, CsA: Siklosporin, CYC: Siklofosamid, DVT: Derin ven trombozu MMF: Mikofenolat mofetil, MP: Metilprednizolon, MTX: Metotreksat, OA: Oral aft, TOCI: Tocilizumab, *Adalimumab alırken hastaya hepatosellüler karsinom teşhisi kondu ve tedavisi MMF ile değiştirildi.

Tablo 2. Takip sırasında sınıflama kriterlerini karşılayan hastaların klinik özellikleri

Hasta	Tanı anında klinik bulgular	Takipte gelişen klinik bulgular	Karşılanan kriter
1	OA ve GÜ	EN	ISG
2	OA ve paterji pozitifliği	EN ve papülopüstüler lezyon	ISG
3	OA ve vasküler	EN	ICBD
4	Oküler ve nörolojik	OA	ICBD
5	OA ve vasküler	GÜ ve papülopüstüler lezyon	ISG ve ICBD
6	OA ve GÜ	EN ve üveit	ISG

OA: Oral aft, ISG: Uluslararası Çalışma Grubu, ICBD: Behçet Hastalığı Uluslararası Kriterlerini

Distal interfalangiyal eklem artritlerinde yüksek çözünürlüklü MRG'nin ayırıcı tanıdaki belirleyici rolü

Yasin Yarasır¹, Gizem Ayan⁴, Hanife Avcı³, Levent Kılıç²,
Üstün Aydıngöz¹, Umut Kalyoncu², Adalet Elçin Yıldız¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Enflamatuvar artritlerin ayırıcı tanısı için klinik değerlendirme, laboratuvar bulguları ve radyografiler yeterli olmayabilir; bu durumlarda MRG ile enflamasyonun baskın olduğu sinovyum veya sinovyoentezyal kompleks gibi mikroanatomik yapıların belirlenmesi tanıya katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, enflamatuvar el artritli olan hastalarda yüksek çözünürlüklü el MRG ile tanıya yardımcı olabilecek bulguları araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Hasta seçimi: Eylül 2021-Haziran 2024 tarihleri arasında klinik olarak en az bir el ekleminde enflamatuvar artritli olan hastaları çalışmaya dahil ettik. Klinik tanının belirlenmesi: Romatoloji uzmanı; hastanın şikayeti (psöriazis öyküsü), fizik muayenesi (eklem bulgusu, psöriazis, tırnak değişikliği), laboratuvar testleri, el radyografileri ve gerekli durumlarda ultrason değerlendirmesine göre hastaları CASPAR kriterlerine göre psöriatik artrit (PsA), Distal interfalangiyal eklem (DİF) baskın eklem tutulumu olan ancak PsA sınıflama kriterlerini karşılamayan artrit (DİF baskın), seronegatif ve seropozitif romatoid artrit (RA), kalsiyum pirofosfat birikiminin (KPPD) eşlik ettiği veya etmediği osteoartrit (OA/KPPD) olarak gruplara ayırdı. MRG: İlk değerlendirmeden sonraki 2 hafta içerisinde hastanın belirtilerinin baskın olduğu ele kontrastlı MRG yaptık. MRG'deki bulguları iki radyolog (YY ve AEY) fikir birliği sağlayarak değerlendirdi ve her bir eklem düzeyinde sinovit, entezit, tenosinovit, osteit, erozyon, yeni kemik oluşumu, periartiküler yumuşak doku ödemi, osteofit, eklem aralığında daralma varlığına göre MRG ön tanısına ulaştı. Analiz: MRG bulguları ve demografik veriler açısından gruplar

arasındaki farklılıkları araştırdık. Risk faktörlerini belirlemek amacıyla tek değişkenli analiz ve çoklu ikili lojistik regresyon yaptık. Radyolog tanısı ve romatolog nihai tanısı arasındaki uyumu ağırlıklı kapp katsayısı ile değerlendirdik.

Bulgular: Çalışmaya toplam 57 hasta dahil ettik. Hastaların %73,6'sı kadın, yaş ortalaması 54±12 yılı. Nihai tanı gruplarında 11 PsA, 14 RA (6 seropozitif, 8 seronegatif), 11 OA/KPPD, 21 DİF baskın artrit vardı. Radyolog tanısı ile romatolog nihai tanısı arasındaki uyum katsayısı 0,90'dı [%95 güven aralığı (GA): 0,812-0,961]. DİF baskın ve PsA: MRG bulgularında tırnak yatağı enteziti dışında (p=0,048) anlamlı farklılık yoktu. DİF baskın ve seronegatif RA: Tırnak yatağı entezitini (p=0,003) ve periartiküler yumuşak doku şişliğini (p=0,008) DİF baskın grubunda daha sık saptadık, önemli olarak DİF baskın grubunda %38,1 ekstensör peritendiniti varken, seronegatif RA grubunda hiç görmedik (Tablo 1) (p=0,066). DİF baskın ve OA/KPPD: OA/KPPD hastalarının yaş ortalaması (62,73±5,27) ve medyan semptom süresi (24 ay) DİF baskın gruptan (yaş ortalaması: 44,32±6,2, semptom süresi: 12 ay) fazlaydı. Bağ enteziti, tırnak yatağı enteziti ve puley enteziti DİF baskın grupta daha sıklı. EOA/KPPD grubunda santral erozyon daha yaygınken, DİF baskın grubunda marjinal erozyon daha fazlaydı (p=0,010). Çok değişkenli analizde enteziti olanların, PsA+DİF baskın grubunda yer alma olasılığı enteziti olmayanlara göre 24 kat daha fazlaydı (%95 GA: 2,624-63,309). Kurulan modelin doğru sınıflama oranı %83,7 ve eğri altında kalan alan değeri 0,81'di.

Sonuç: DİF artritli ayırıcı tanısı zor bir tutulumdur. PsA ve OA öncelikli tanımlar olsa da her zaman sınıflama kriterlerine göre tanı konamamaktadır. Klinisyenler bu hastaları erozif OA/KPPD'yi ekarte ettikten sonra genelde PsA gibi kabul ederek tedavi etmektedir. Biz de çalışmamızda PsA ile DİF baskın artrit hastalarının MRG bulguları birbirine benzer bulduk. Ayrıca bu hastaların hem seronegatif hem seropozitif RA hastalarından farklı görüntüleme özellikleri olduğunu gördük. Sinovyoentezyal kompleks tutulumu ve periartiküler yumuşak doku enflamasyonun DİF baskın ve PsA hastaları için ayırt edici olduğu sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler: Distal interfalangiyal eklem artritli, manyetik rezonans görüntüleme, psöriatik artrit, romatoid artrit

Tablo 1. Nihai tanı gruplarına göre MRG bulgularının dağılımı

	PsA	SpRA	SnRA	EOA±KPPH	DİF baskın	Toplam [n (%)]a
Hasta grupları (n (%))a	11 (19,2)	6 (10,5)	8 (14,0)	11 (19,2)	21 (36,8)	57 (100)
Bağ enteziti (n [%]b [%]c)	7 [25,9] [63,6]	3 [11,1] [50,0]	3 [11,1] [37,5]	1 [3,7] [9,1]	13 [48,1] [61,9]	27 (47,3)
Ekstensör peritendinit (n [%]b [%]c)	5 [31,2] [45,4]	2 [12,5] [33,3]	-	1 [6,2] [9,1]	8 [50,0] [38,0]	16 (28,0)
Tırnak yatağı enteziti (n [%]b [%]c)	2 [11,7] [18,1]	1 [5,8] [16,6]	-	1 [5,8] [9,1]	13 [76,4] [61,9]	17 (29,8)
Puley enteziti (n [%]b [%]c)	6 [25,0] [54,5]	1 [4,1] [16,6]	5 [20,8] [62,5]	1 [4,1] [9,1]	11 [45,8] [53,3]	24 (42,1)
Tenosinovit (n [%]b [%]c)	6 [22,2] [54,5]	2 [7,4] [33,3]	5 [18,5] [62,5]	3 [11,1] [27,2]	11 [40,7] [53,3]	27 (47,3)
İzole (n [%]b [%]c)	1 [33,3] [9,1]	1 [33,3] [16,6]	-	1 [33,3] [9,1]	-	3 (5,2)
Fonksiyonel entezitle birlikte (n [%]b [%]c)	5 [20,0] [45,4]	1 [4,1] [16,6]	5 [20,8] [62,5]	2 [8,3] [18,1]	11 [45,8] [52,3]	24 (42,1)
Osteit (n [%]b [%]c)	5 [20,0] [45,4]	5 [20,0] [83,3]	2 [8,0] [25,0]	4 [16,0] [36,3]	9 [36,0] [42,8]	25 (43,8)
Subkortikal (n [%]b [%]c)	3 [18,7] [27,2]	5 [31,2] [83,3]	2 [12,5] [25,0]	2 [12,5] [18,1]	4 [25,0] [19,0]	16 (28,0)
Diş fizyol (n [%]b [%]c)	2 [22,2] [18,1]	-	-	2 [22,2] [18,1]	5 [55,5] [23,8]	9 (15,7)
Erozyon (n [%]b [%]c)	4 [12,1] [36,3]	5 [15,1] [83,3]	3 [9,0] [37,5]	9 [27,2] [81,8]	12 [36,3] [57,1]	33 (57,8)
Marjinal (n [%]b [%]c)	4 [16,0] [36,3]	4 [16,0] [66,6]	3 [12,0] [37,5]	3 [12,0] [27,2]	11 [44,0] [53,3]	25 (43,8)
Santral (n [%]b [%]c)	-	1 [12,5] [16,6]	-	6 [75,0] [54,5]	1 [12,5] [4,7]	8 (14,0)
Yeni kemik oluşumu (n [%]b [%]c)	1 [12,5] [9,1]	-	1 [12,5] [12,5]	-	6 [75,0] [28,5]	8 (14,0)
Periartiküler yumuşak doku ödemi (n [%]b [%]c)	9 [30,0] [81,8]	3 [10,0] [50,0]	2 [6,6] [25,0]	-	16 [53,3] [76,1]	30 (52,6)
Osteofit (n [%]b [%]c)	1 [5,8] [9,1]	1 [5,8] [16,6]	1 [5,8] [12,5]	11 [64,7] [100]	3 [17,6] [14,2]	17 (29,8)
Marjinal (n [%]b [%]c)	1 [7,1] [9,1]	1 [7,1] [16,6]	1 [7,1] [12,5]	8 [57,1] [72,7]	3 [21,4] [14,2]	14 (24,5)
Kanca (n [%]b [%]c)	-	-	-	3 [100] [27,2]	-	3 (5,3)
Eklem aralığında daralma (n [%]b [%]c)	3 [8,8] [27,2]	4 [11,7] [66,6]	2 [5,8] [25,0]	11 [32,3] [100]	14 [41,1] [66,6]	34 (59,6)
Eşit (n [%]b [%]c)	2 [9,5] [18,1]	3 [17,6] [50,0]	2 [9,4] [25,0]	4 [19,0] [36,3]	10 [47,6] [47,6]	21 (36,8)
Eşit değil (n [%]b [%]c)	1 [7,6] [9,1]	1 [7,6] [16,6]	-	7 [53,8] [63,6]	4 [30,7] [19,0]	13 (22,8)
Daktilit (n [%]b [%]c)	2 [50,0] [18,1]	-	1 [25,0] [12,5]	-	1 [25,0] [4,7]	4 (7,0)
Diğer bulgular (n [%]b [%]c)	1 [16,6] [9,1]	1 [16,6] [16,6]	1 [16,6] [12,5]	2 [33,3] [18,1]	1 [50,0] [4,7]	6 (10,5)
Pirinç cisimleri (n)	-	-	1	-	1	2
Subluksasyon (n)	1	1	-	-	-	2
Eklem içi serbest cisim (n)	-	-	-	1	-	1
İnterdijitasyon (n)	-	-	-	1	-	1

(%)a Çalışmaya dahil bütün hastalar içerisindeki yüzde (örn. Çalışmaya dahil edilen hastaların %47,3'ünde bağ enteziti vardır.) [%]b İlgili bulgunun toplamının, nihai tanı gruplarına göre dağılımının yüzdesi (örn. Bağ enteziti olan hastaların %25,9'u PsA grubundadır) [%]c İlgili nihai tanı grubunun toplamının, bulgunun varlığına göre yüzdesi (örn. nihai tanısı PsA olan hastaların %63,6'sında bağ enteziti vardır) PsA: Psöriatik artrit, SpRA: Seropozitif RA, SnRA: Seronegatif RA, EOA: Eroziyonlu OA, DİF: Distal interfalangeal eklem

Hyaluronic binding protein 2, tenascin ve serpin A3 biyobelirteçlerinin Behçet sendromu hastalarında validasyonu

Aslı Kireçtepe Aydın¹, Alican Karakoç², Büşra Fırlatan³, Gözde Sevgi Kart Bayram³, Yeşim Özgüler², Ali Akdoğan³, Gülen Hatemi²

¹İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İstanbul

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Behçet sendromu (BS) gibi karmaşık genetik kalıtım modeli ve klinik çeşitlilik gösteren hastalıkların patogenezinin anlaşılması ve potansiyel biyobelirteçlerin ortaya çıkarılması açısından proteom profillerinin incelenmesi önem taşımaktadır. Farklı örnek türleri ve teknikler kullanılarak yapılan BS proteom çalışmaları sonucunda öne sürülen aday proteinlerin farklı kohortlarda validasyonlarının yapılması gerekmektedir fakat çoğu çalışmada bu yapılmamaktadır. Cheng ve ark. tarafından yapılan çalışmada hyaluronic binding protein 2 (HABP2), tenascin ve serpin A3 (SA3) proteinlerinin artmış seviyelerinin BS hastalarının vasküler tutulumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, öne sürülen aday proteinlerin Türkiye'den 2 merkezde doğrulamalarının yapılmasını amaçladık.

Yöntem: Vasküler BS (VBS) (n=30), non-vasküler BS (non-VBS) (n=60) hastaları ile, hastalıklı kontrol (HK) olarak BS dışı tromboz (n=30) hastaları ve yaş-cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrollerden (SK) (n=30) plazma örnekleri toplanarak, HABP2, tenascin ve SA3 seviyeleri enzime bağlı immünozorban yöntem (ELISA) yöntemi kullanılarak test edilmesi planlanmıştır. Gruplardan elde edilen protein konsantrasyonlarının karşılaştırmaları Student's t-test yöntemiyle yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada VBS (n=28) ve non-VBS (n=28) hastaları, HK (n=4) ve SK (n=19) analize dahil edildi. Grupların demografik verileri Tablo-1'de özetlenmiştir. ELISA analizleri sonucunda elde edilen protein miktarlarından aykırı (outlier) değerler çıkarılarak gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. VBS, non-VBS, HK ve SK gruplarında, plazma HABP2, tenascin ve SA3 protein seviyeleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Şekil-1).

Sonuç: Çin popülasyonunda vasküler BS patogenezinde rol oynadığı öne sürülen HABP2, tenascin ve SA3 protein seviyeleri, bizim çalışma gruplarımızda anlamlı bir farklılık göstermemiştir. BS için belirlenen aday gen ve proteinlerin diğer çalışmalarla doğrulanamamasının nedeni, BS patogenezinde rol oynayan yolların, etnik gruplarda farklılık göstermesi olabileceği gibi, hastalığın klinik heterojenitesi ve hastalık tanısını koymak için kullanılan farklı kriterler nedeni ile de olabilir. Total örnek sayısı ve HK sayısının hedeflenen az olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır, bu nedenlerle örneklem sayısı planlandığı gibi artırılarak ön bulguların doğrulanması yapılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, biyobelirteç, hyaluronic binding protein 2, tenascin, serpin A3

Tablo 1. Çalışma gruplarının demografik ve klinik özellikleri

Özellikler	Çalışma Grupları		
	BS	HK	SK
Örneklem büyüklüğü	56	4	20
Yaş (ortanca [ÇA])	35,5 (21-49)	42,5 (27-44)	31 (25-46)
Cinsiyet (erkek, %)	41 (%73)	2 (%50)	14 (%70)
Hastalık Şiddeti, N (%)			
Hafif	3 (%6)	-	-
Orta	22 (%39)	-	-
Şiddetli	31 (%55)	-	-
Organ tutulumu, N (%)			
Oral ülser	55 (%98)	-	-
Genital ülser	46 (%82)	-	-
Deri lezyonları	50 (%89)	-	-
Göz lezyonları	29 (%52)	-	-
Pozitif paterji testi	23 (%38)	-	-
Vasküler tutulum	28 (%50)	-	-
Kalp tutulumu	5 (%9)	-	-
Artralji/artrit	26 (%47)	-	-
Sinir sistemi tutulumu	8 (%14)	-	-
Epididimit	3 (%6)	-	-
Gastrointestinal tutulum	6 (%11)	-	-
Uygulanan tedaviler, N (%)			
GK veya immünoşüpresif almayan	2 (%4)	-	-
Sadece GK	0	-	-
Sadece immünoşüpresif alanlar	41 (%73)	-	-
Gk ve immünoşüpresif alanlar	13 (%23)	-	-

*Hastalıklı kontrol grubuna primer veya sekonder anti-fosfolipid tanısı ve trombozu olan hastalar dahil edildi. BS: Behçet sendromu, ÇA: Çeyrekler arası, HK: Hastalıklı kontrol, SK: Sağlıklı kontrol, GK: Glukokortikoid

Tablo 2. Vasküler BS kohortunda damar tutulumu

Vasküler BS (n=28)	Hasta sayısı (n, %)
Arter	7 (%25)
Arteriyel tutulum tipi	
Anevrizma veya psödoanevrizma	5
Stenoz/oklüzyon	3
Arteriyel tutulum yeri	
Pulmoner	4
Üst ve alt ekstremitte	3
Koroner	1
Ven	26 (%93)
Venöz tutulum tipi	
Tromboz	26
Venöz tutulum yeri	
Alt ekstremitte derin venleri	21
Vena kava	5
Alt ekstremitte yüzeysel venleri	5
Serebral venöz sinüs trombozu	2
Üst ekstremitte derin venleri	2

BS: Behçet sendromu

Romatolojide telesağlık uygulamalarının bibliyometrik analizi

Ali Kimiaei, Seyedehtina Safaei, Ebru Bilir, Fulya Coşan

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

Amaç: Telesağlık uygulamaları özellikle pandemi ile yaygınlaşmış ve pandemi sonrası dönemde kullanımı azalarak devam etmiştir. Romatolojide telesağlık uygulamaları alanında çok sayıda araştırma yayınlanmıştır. Bu çalışmada, romatoloji alanında telesağlık uygulamalarıyla ilgili yayınların bibliyometrik analizinin yapılması ve araştırmacılara bu alandaki literatür hakkında özet bir veri kaynağı sunulması amaçlanmıştır.

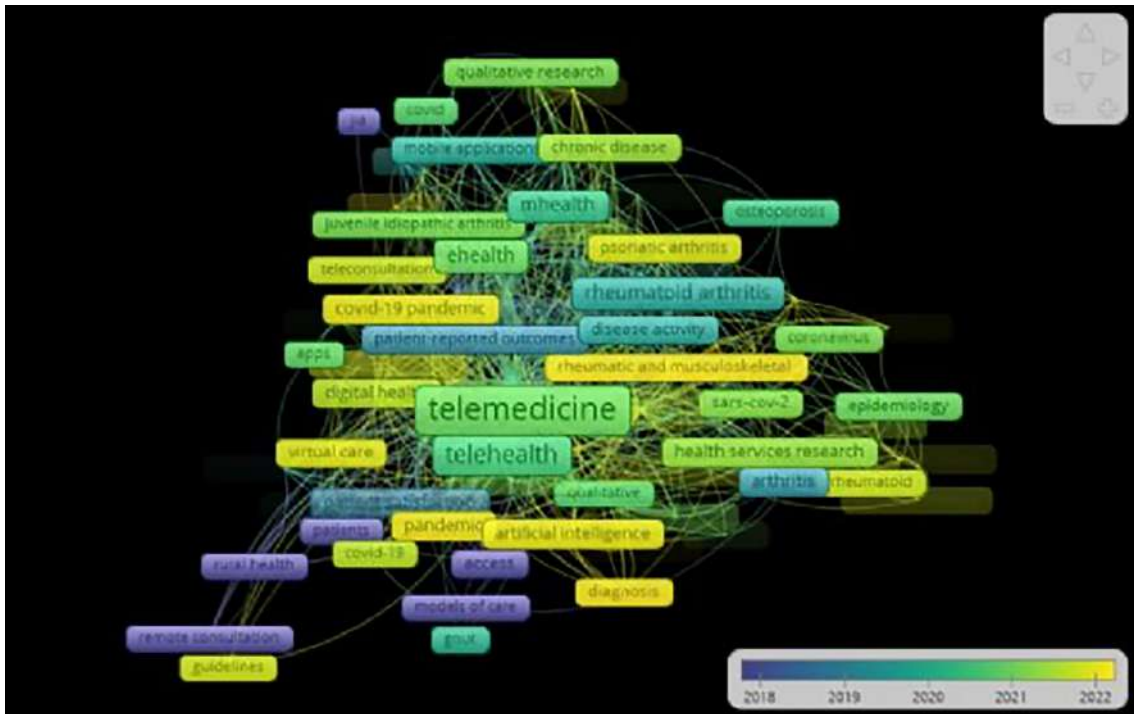
Yöntem: Scopus veri tabanından “telemedicine” veya “telehealth” ve “rheumatology” anahtar kelimeleri ile 1995-2024 yılları arasında tarama yapılmış ve 442 yayın VOSviewer ve Bibliometrix programları kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Telesağlık konusunda anahtar kelimelerle oluşturulan kümeleme analizinde “COVID-19”, “pandemi” ve “telesağlık” kelimeleri arasında güçlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Zamana göre dağılım analizinde bunların yerini güncel olarak “yapay zeka”, “telekonsültasyon”, “kılavuzlar” ve spesifik hastalıkların aldığı görülmüştür (Şekil 1). Yapay zeka, mobil uygulamalar, giyilebilir teknolojiler, “patient reported outcome (PRO)” sözcüklerinin en

sık kullanılan anahtar sözcükler olduğu görülmüştür. Tematik harita analizinde 4 küme olduğu görülmüştür: “PRO, mobil uygulamalar, anketler” kümesi, yeni gelişmekte olan ilgi alanlarını gösterirken, “insan, teletıp” kelimelerinden oluşan küme, alanın temel konularını ifade etmektedir. Üçüncü küme ‘psikoloji, hastalık ağırlık indeksi, sağlık durumu’ kelimelerinden oluşmakta ve “niş alan” olarak tanımlanan daha az merkezi, özelleşmiş konuları göstermektedir. “COVID 19, pandemi, romatolojik hastalıklar” sözcüklerinden oluşan dördüncü küme çok araştırılmış alanları göstermektedir. En sık kullanılan anahtar kelimelerin teletıp,romatoloji,insanlar, kadın/erkek, yetişkin, pandemi olduğu görülmüştür. Trend konular açısından incelendiğinde, bu alanda en güncel 5 konunun aksiyel spondiloartrit, sağlık bakımı, hastalık alevlenmesi, hasta eğitim programı ve ortopedi olduğu görülmüştür. Telesağlık alanında temel yayın kaynaklarının belirlenmesi amacıyla yapılan Bradford’s law analizinde bu alanda en sık makale yayınlayan 3 derginin Arthritis Care and Research, Clinical Rheumatology, Rheumatology International olduğu gösterilmiştir (Tablo 1). Telesağlık alanında en çok atıf alan makale listesi Tablo 2’de sunulmuştur.

Sonuç: Teknolojideki gelişmeler ile yaygınlaşan telesağlık uygulamaları, hasta takibi ve yönetiminde kalıcı hale gelmiştir. Telesağlık alanında yeni teknolojilerin kullanımı ile ilgili daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu alanda literatürün takibi için bibliyometrik analizde sunulan temel kaynak ve veriler genel bir çerçeve sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik analiz, romatoloji, telesağlık



Şekil 1. Anahtar kelimelerin yıllara göre dağılımının “Word map” olarak görseli

Tablo 1. Telesağlık alanındaki temel yayın kaynakları

SO	Rank	Freq	cumFreq
Arthritis Care and Research	1	28	28
Clinical Rheumatology	2	21	49
Rheumatology International	3	20	69
Journal of Rheumatology	4	17	86
Telerheumatology: Origins, Current Practice, and Future Directions	5	15	101
Clinical and Experimental Rheumatology	6	14	115
Annals of the Rheumatic Diseases	7	12	127
Pediatric Rheumatology	8	12	139
Zeitschrift für Rheumatologie	9	12	151
Rheumatic Disease Clinics of North America	10	11	162

Tablo 2. Telesağlık alanında en çok atıf alan makaleler

Paper	DOI	Toplam atıflar	TC per year	Normalize edilmiş TC
Landewé Rbm, 2020, Ann Rheum Dis	10.1136/annrheumdis-2020-217877	223	44,60	8,97
Van Riel Plcm, 2016, Clin Exp Rheumatol		175	19,44	5,80
Agha Z, 2009, Telemedicine E-Health	10.1089/tmj.2009.0030	173	10,81	3,88
Mcdougall Ja, 2017, Arthritis Care Res	10.1002/acr.23153	130	16,25	2,14
Piga M, 2017, Semin Arthritis Rheum	10.1016/j.semarthrit.2017.03.014	119	14,88	1,96
De Thurah A, 2018, Arthritis Care Res	10.1002/acr.23280	119	17,00	4,48
Grainger R, 2017, Jmir Mhealth Uhealth	10.2196/mhealth.6956	108	13,50	1,78
Jarvis-Selinger S, 2008, Telemedicine E-Health	10.1089/tmj.2007.0108	106	6,24	1,39
Knitza J, 2020, Jmir Mhealth Uhealth-A	10.2196/19661	103	20,60	4,14
Solomon Dh, 2020, Nat Rev Rheumatol	10.1038/s41584-020-0461-x	94	18,80	3,78

İdiyopatik enflamatuvar miyopatili hastaların klinik özellikleri ve prognozu: 142 hastanın uzun dönem verilerinin analizi

Ezgi Şahin¹, Emin Oğuz², Anna Abbasgholizadeh³, Rabia Deniz⁴, Ömer Uludağ¹, Burak Alkaç¹, Yıldız Akbal Engin¹, Yasemin Yalçınkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Murat İnanç¹

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

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van*

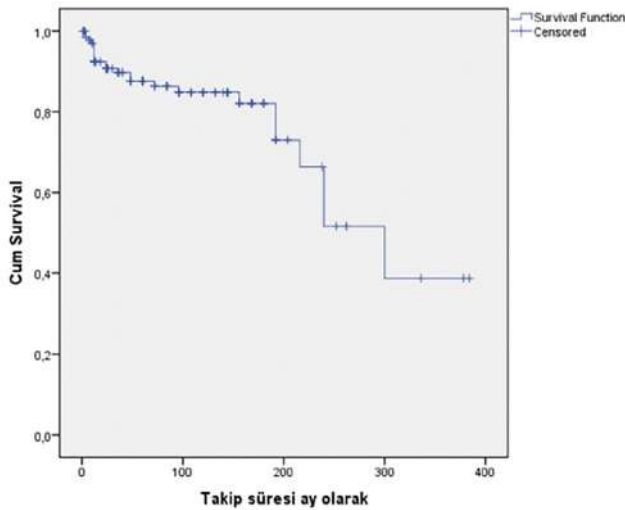
³*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul*

⁴*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: İdiyopatik enflamatuvar miyopati (İİM) tanılı hastalar yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Bu çalışmada İİM tanılı hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri incelenmiş ve bunların prognoz üzerine etkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde 1991-2024 yılları arasında takip edilen toplam 142 İİM tanılı hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiş, organ hasarı miyozit hasar indeksi (MHİ) ile belirlenmiştir. Hastalardan 122'sinin miyozit spesifik antikor (MSA) ve miyozit ilişkili antikor (MİA) sonuçları mevcuttur. Sağkalım analizinde Kaplan Meier ve Cox risk regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %64'ü diabetes mellitus, %25'i antisynthetase syndrome, %8'i polimiyozit, %3'ü nekrotizan miyopati tanılıdır.



Sekil 1. Sağkalım analizi-Kaplan Meier eğrisi

Kadın hasta oranı %66'dır. Ortalama takip süresi 88 ay, ortalama tanı yaşı 45±14'dür. Hastaların %30'unda disfaji, %30'unda artrit, %33'ünde interstisyel akciğer hastalığı (İAH), %5'inde kardiyak tutulum, %15'inde malignite saptanmıştır (%32 akciğer, %32 meme, %14 jinekolojik, %9 hematolojik, %9 deri, %5 diğer). Otoantikör tayininde hastaların %47'sinde antinükleer antikor, %25'inde anti Jo-1, %14'ünde transoral kesiziz fundoplikasyon-1γ, %12'sinde Anti-Mi-2, %9'unda anti-MDA-5, %7'sinde anti-nuclear matrix protein 2, %5'inde anti-Pm-Scl, %2'sinde anti PL-7, anti-SRP, anti-SAE ve anti-Ku, %1'inde anti-KL ve anti Hydroxymethylglutaryl-CoA pozitif bulunmuştur. Hastaların %18'inde MSA ve MİA negatiftir. %58'i metotreksat, %41'i immünesupresif, %20'si rituksimab, %25'i intravenöz immünoglobulin tedavisi almıştır. Mortalite oranı %17'dir (Şekil 1 ve Tablo 1). Ölüm nedenleri %37,5 pnömoni, %25 malignite, %16,7 covid-19, %12,5 kalp krizi ve %8 aritmidir. Ölen hastalarda kardiyak tutulum daha sık, tanı sırasında ortalama yaş, beyin natriüretik peptid, laktat dehidrogenaz, C reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı, ferritin daha yüksek, FVC değerleri ise daha düşüktür. Disfaji, kardiyak tutulum, malignite ve MHİ değerleri ölenlerde daha yüksektir (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda, uzun dönem klinik profili belirlenen İİM tanılı hastalarda organ hasarı ve mortalite yüksektir. Mortalite açısından kardiyak tutulum, İAH ve malignite ön plana çıkmaktadır. Ayrıca yüksek MHİ skoru da mortalite ile ilişkilidir. İİM hastalarının takibinde prognoz değerlendirmesi ve yönetimi önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik enflamatuvar miyopati, miyozit hasar indeksi, mortalite, prognoz

Tablo 1. Mortalite üzerinde etkili faktörler

Ay	0	100	200	300	400
Ölüm Oranı	%0	%13	%25	%238	%48

Tablo 2. Mortalite üzerinde etkili faktörler

	p-değeri	HR	95% CI
Tanı sırasında yaş	<0,001	1,074	1,033, 1,118
FVC	0,011	0,942	0,900, 0,986
ProBNP	0,040	1,001	1,000, 1,002
Malignite	0,049	2,827	1,006, 7,948
Altıncı ay toplam MHİ skor	0,048	1,168	1,001, 1,362
Son toplam MHİ skor	<0,001	1,736	1,365, 2,208

ProBNP: Beyin natriüretik peptid, MHİ: miyozit hasar indeksi, HR: Tehlike oranları

Cinsiyete göre 40,643 Psoriatik Artrit hastasında komorbiditeler: Ulusal Sağlık Verileri e-Nabız'dan elde edilen sonuçlar

Umur Kalyoncu¹, Hasan Satış², Gizem Ayan¹, Emre Bilgin³, Abdülşamet Erden⁴, Berkan Armağan⁵, Hakan Babaoğlu⁵, Erdem Karabulut⁶, Duygu Tecer⁷, Alper Sarı⁸, Levent Kılıç¹, Mustafa Mahir Ülgü⁹, Mustafa Okan Ayvalı¹⁰, Naim Ata¹⁰, Şuayip Birinci¹¹, Orhan Küçükşahin¹²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁵Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

⁸Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁹Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹⁰Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹¹Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara

¹²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Çeşitli kronik romatizmal hastalıklarda yapılan araştırmalar, yüksek oranda eşlik eden hastalıkların olduğunu ve birden fazla eşlik eden hastalığın varlığının olumsuz sonuçlarla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Bu durum, komorbid hastalıkların daha yüksek oranda görüldüğü ve daha kötü sonuçlarla ilişkilendirildiği

bir hastalık olan psoriatik artrit (PsA) için de geçerlidir. Bu değerlendirmede, Türkiye Ulusal Sağlık Veri Sistemi (e-Nabız sistemi) kullanılarak PsA'da komorbid hastalıkların sıklığını göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma, e-Nabız kullanılarak gerçekleştirildi. PsA olguları, ICD-10 kodları (M07, M09, alt grupları) kullanılarak belirlendi ve olgular, 30 günlük bir aralıkla en az iki kez ilgili ICD-10 kodu girilen hastalar olarak tanımlandı. Eşlik eden hastalıklar; eşlik eden hastalığın, zaman sınırı olmaksızın en az 3 kez ICD-10 kodu girilen aynı hastalığa sahip hastalarda mevcut olduğu düşünüldü. Glukoz intoleransı (H_gA_{1c} ≥%6,5), hipertansiyon, hiperlipidemi, tromboz (venöz veya arteriyel), kronik karaciğer hastalığı, hepatit B ve C, böbrek hastalığı, akciğer hastalıkları, kronik depresyon, fibromiyalji, kanser romatizmal olmayan komorbiditeler olarak belirlendi ve romatizmal komorbidite eşlik eden bağ doku hastalığı (BDH) olarak belirlendi. Tüm hastalarda ve cinsiyete göre romatizmal/ romatizmal olmayan komorbiditelerin sıklıkları belirlendi.

Bulgular: 2016-2022 yılları arasında Türkiye'de 40,643 (26,696 kadın %65,9) PsA hastası bulunmaktadır. Hipertansiyon (%41,0) ve depresyon (%27,4) tüm PsA hastalarında en sık görülen komorbid durumlardır. Hastaların yaklaşık %2'sinde herhangi bir bağ dokusu bozukluğu eşlik etmiştir. Özellikle Sjögren Sendromu, astım, nöropsikiyatrik sendromlar (depresyon ve fibromiyalji) olmak üzere herhangi bir BDH kadın PsA hastalarında daha yaygındır (Tablo). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, böbrek hastalığı ve hepatit erkeklerde daha yaygındır. Tedavi seçiminde önemli olan malignite ve tromboz gibi komorbiditeler her iki cinsiyette de benzer bulunmuştur.

Sonuç: Uluslararası tedavi önerilerinde, komorbiditeler tedavi yönetiminde öne çıkan bir durumdur ve cinsiyet de komorbiditelerin öne çıkmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Nitekim tedavi kararında belirleyici olabilecek malignite ve tromboz her iki cinsiyette de eşit oranda bulunurken, hasta değerlendirmesinde ön plana çıkacak olan nöropsikiyatrik hastalıklar ve eşlik eden BDH'ler kadınlarda daha ön plandadır. Tedavi kararı verilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: PsA, komorbidite, cinsiyet

Tablo 1 . Cinsiyete göre komorbidite oranı

	Tüm hastalar (n, %) n=40,643	Erkek cinsiyet (n, %) n=13,947	Kadın cinsiyet (n, %) n=26,696
Çakışma sıklığı			
-Herhangi bir bağ dokusu hastalığı	785 (1,9)	81 (0,5)	704 (2,6)
-Sjögren Sendromu	490 (1,2)	35 (0,2)	455 (1,7)
-Skleroderma	79 (0,1)	9 (0,06)	70 (0,2)
-Sistemik lupus eritematozus	255 (0,6)	40 (0,2)	215 (0,8)
Glukoz intoleransı (H _g A _{1c} 'ye göre)	5,918 (15,4)	1.829 (13,1)	4,089 (15,3)
Hipertansiyon	16,658 (41)	4,880 (35)	11,778 (44,1)
Hiperlipidemi	5,681 (14,0)	1,921 (13,8)	3,760 (14,1)
Tromboz	416 (1)	134 (0,9)	282 (1,1)
Akciğer Hastalıkları			
-Astım	4,048 (10)	753 (5,4)	3,295 (12,3)
-Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1,433 (3,5)	694 (5)	739 (2,8)
-İnterstitiyel akciğer hastalığı	83 (0,2)	26 (0,2)	57 (0,2)
Kronik karaciğer hastalığı	84 (0,2)	35 (0,3)	49 (0,2)
Hepatit	1.081 (2,7)	435 (3,1)	646 (2,4)
Malinite (herhangi bir zaman)	1705 (4,2)	560 (4)	1145 (4,3)
Böbrek Hastalıkları			
-Kronik böbrek hastalığı	788 (1,9)	337 (2,4)	451 (1,7)
-Akut böbrek hastalığı	184 (0,5)	89 (0,6)	95 (0,4)
Nöro-psikiyatrik bozukluklar			
-Depresyon	11,126 (27,4)	2319 (16,6)	8807 (33)
-Fibromiyalji	3040 (7,5)	379 (2,7)	2,661 (10)

FDA ve Sağlık Bakanlığı'nın JAKi uyarıları gerçek hayatta neyi değiştirdi? HÜR-BIO gerçek yaşam deneyimi

Buğru Bulat¹, Mustafa Ekici¹, Büşra Fırlatan¹, Sevgi Gözde Bayram Kart¹, Erdinç Ünal¹, Gizem Ayan¹, Güllü Sandal Uzun¹, Zehra Özsoy¹, Şerife Asya Germe¹, Emre Bilgin², Emine Sarıyıldız¹, Bayram Farisoğulları¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Berkan Armağan¹, Abdulsamet Erden¹, Ayşe Belemir Esen³, Levent Kılıç¹, Ömer Karadağ¹, Ali Akdoğan¹, Şaziye Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹

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

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

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Janus kinaz inhibitörü (JAKi) olan tofasitinibin oral sürveyans çalışmasının ilk sonuçları elde edildikten sonra önce Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) daha sonra T.C Sağlık Bakanlığı (SB) doktorlara bazı önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler JAKi seçiminde dikkat edilecek noktalarla ilgilidir. Bu önerilerin klinisyenlerin günlük pratiğinde nasıl bir değişime neden olduğu üzerinde çok fazla veri yoktur. Bu çalışmada JAKi kullanmış olan enflamatuvar artrit hastalarında FDA ve SB önerisi öncesinde ve sonrasında hasta seçiminde değişiklik olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastaların seçimi: HUR-BIO, 2005 yılından beri b/ts hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaçlar başlanmış tüm hastaların prospektif olarak kaydedildiği tek merkezli veri tabanıdır. JAKi olarak tofacitinib Ocak 2014, baricitinib Haziran 2020, upadacitinib Nisan 2019 tarihinde ilk defa reçete edilmiştir. Ocak 2014-Temmuz 2024 tarihleri arasında romatoid artrit (RA), spondiloartropati (SpA) veya psöriatik artrit (PsA) ön tanısı ile herhangi bir JAKi başlanmış tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. FDA ve SB uyarıları: FDA 09/2021, SB ise 05/2023 tarihinde doktorlara JAKi ile ilgili uyarı göndermiştir. Bu uyarılarda JAKi başlanacak hastalarda dikkat edilmesi gereken özellikler belirtilmiştir: 65 yaş üstü, sigara (herhangi bir zamanda) kullanımı, kardiyovasküler, malignite, venöz tromboz risk faktörleri taşıyan hastalarda dikkatli kullanım önerilmiştir. Hastaların değerlendirilmesi: Hastaların

demografik özellikleri (yaş, tanı yaşı, JAKi başlama yaşı), romatolojik tanıları (RA, SpA, PSA) kardiyovasküler risk faktörleri şeker hastalığı, hipertansiyon, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, serebrovasküler hastalık, obezite (vücut kitle indeksi ≥ 30), sigara (herhangi bir zamanda içme) ve kanser öyküsü kaydedilmiştir. En az bir defa JAKi reçete edilmiş hastaların özellikleri FDA ve SB uyarılarına göre incelenmiştir.

Bulgular: 2021 yılında FDA, 2023 yılında SB'nin JAKi kullanımı ile ilgili uyarıları klinisyenlerin yaklaşımlarını bazı alanlarda değiştirmişken, bazı noktalarda herhangi bir etkisi olmamıştır. İleri yaşta hastaya JAKi başlanma oranı 3 kattan daha fazla azalma göstermişken; obezite, kardiyovasküler hastalık, HT ve DM hastalarında JAKi başlama oranları düşmüştür. Yine de önemli bir hasta grubunda bu komorbid hastalıkların halen eşlik ettiği görülmektedir. Sigara kullanımının klinisyenlerin JAKi tercihi üzerinde bir etkisi olmadığı görülmektedir. JAKi'lerin başlanmasında ortaya çıkan değişim özellikle RA hastalarında belirgindir, bu da temel olarak RA hastalarının yaşlarının daha yüksek olması ve tanımlanan risk faktörlerinin bu grupta daha sık olması ile ilişkilidir.

Sonuç: Genel özellikleri: Toplam 926 JAKi kullanan hasta incelenmiştir. Hastaların tanısı; RA:727 (%78,5), SpA:131'i (%14,1), PsA:68 (%7,3) idi. Hastaların 755'i (%81,5) kadın ve ortalama tanı yaşı (SD) 34,3 (10,9) idi. Ortalama JAKi başlanma yaşı (SD) 49,5 (12,9) ve tanıdan JAKi başlangıcına kadar geçen süre (SD) 9,6 (7,8) yıldır. Hastaların 685'ine (%74,0) tofacitinib, 120'sine (%12,9) upadacitinib ve 121'ine (%13) baricitinib başlanmıştır. FDA ve SB uyarılarının etkileri: Tüm JAKi başlanan hastaların 418'i (%45,1) FDA uyarısından sonra başlanmıştır. FDA uyarısı öncesi ve sonrasında olan değişiklikler Tablo 1'de gösterilmiştir. SB uyarısı sonrasında 215 (%23,2) hastaya JAKi başlanmıştır. SB uyarısı sonrası JAK başlanan hastaların ortalama yaşı anlamlı şekilde düşmüştür [51,1 (13,0) vs. 44,2 (11,4), $p < 0,001$]. SB uyarısı öncesi ve sonrasında HT (%33,9 vs. %21,9, $p = 0,001$) kardiyovasküler hastalık oranı (%20,4 vs. %8,8 $p < 0,001$) anlamlı olarak azalmıştır. Hastalık Özeline Farklar: Hastalık özeline FDA ve SB uyarısı öncesinde ve sonrasında JAKi başlanması açısından farklar karşılaştırıldığında SpA hastalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Asıl farkın RA hastalarında olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Anahtar Kelimeler: JAK inhibitörleri, romatoid artrit, spondiloartrit, psöriatik artrit, tofasitinib, upadacitinib

Tablo 1. FDA uyarısının etkileri

Özellikler	Tüm hastalar n=926 (%)	FDA uyarısı öncesi n=508 (%)	FDA uyarısı sonrası n=418 (%)	p-değeri	OR (univariate)
Cinsiyet kadın n (%)	755 (81,5)	430 (84,6)	325 (77,8)	0,007	1,57 (1,13-2,20)
Güncel yaş, (SD)	44,7 (9,8)	54,7 (13,4)	47,0 (11,8)	<0,001	0,95 (0,94-0,96)
Hastalık					
RA	727 (78,5)	476 (93,7)	251 (60,0)	<0,001	
SpA	131 (14,1)	15 (2,9)	116 (27,7)		
PsA	68 (7,3)	17 (3,3)	51 (12,2)		
JAKi başlandığı sıradaki yaş ≥65	107 (11,5)	85 (16,7)	22 (5,3)	<0,001	0,27 (0,17-0,45)
VKI, (SD)	28,6 (6,4)	29,3 (6,6)	27,8 (6,1)	<0,001	0,96 (0,94-0,98)
VKI ≥30 kg/m ²	359 (38,8)	218 (42,9)	141 (33,7)	0,004	
Sigara (n, %)	443 (48,2)	230 (45,5)	213 (51,4)	0,075	1,61 (1,18-2,18)
Herhangi bir kardiyovasküler risk faktörü (n, %)	732 (79,0)	410 (80,7)	322 (77,0)	0,17	0,34 (0,07-1,66)
Hipertansiyon (n, %)	288 (31,2)	186 (36,8)	102 (24,4)	<0,001	0,55 (0,41-0,74)
Diabetes mellitus (n, %)	123 (13,3)	82 (16,2)	41 (9,8)	0,004	0,56 (0,37-0,84)
Kardiyovasküler hastalık (n, %)	164 (17,8)	122 (24,2)	42 (10,1)	<0,001	0,35 (0,24-0,51)
Serebrovasküler olay (n, %)	9 (1,0)	7 (1,4)	2 (0,5)	0,90	
Kanser öyküsü (n, %)	11 (1,2)	7 (1,4)	4 (1,0)	0,76	

RA: Romatoid artrit, SpA: Spondiloartropati, PsA: Psöriatik artrit, VKI: Vücut kitle indeksi, FDA: Gıda ve İlaç İdaresi, OR: Olasılık oranı; SD, Ortalama tanı yaşı

Tablo 2: FDA uyarısı: hastalık özelinde farklar

	RA	RA	RA	SpA	SpA	SpA	PsA	PsA	PsA
	Uyarı öncesi başlanan n=476	Uyarı sonrası başlanan n=251	p-değeri	Uyarı öncesi başlanan n=15	Uyarı sonrası başlanan n=116	p-değeri	Uyarı öncesi başlanan n=17	Uyarı sonrası başlanan n=51	p-değeri
JAKi başlandığı sıradaki yaş ≥65	81 (17,0)	17 (6,8)	<0,001	1 (6,7)	1 (0,9)	0,22	3 (17,6)	4 (7,8)	0,25
VKI ≥30 kg/m ²	201 (42,2)	82 (32,7)	0,01	7 (46,7)	44 (37,9)	0,51	10 (58,8)	15 (29,4)	0,03
Hipertansiyon (n, %)	177 (37,3)	62 (24,7)	0,01	2 (13,3)	27 (23,3)	0,52	7 (41,2)	13 (25,5)	0,21
Diabetes mellitus (n, %)	79 (16,7)	22 (8,8)	0,03	1 (6,7)	15 (12,9)	0,69	2 (11,8)	4 (7,8)	0,63
Kardiyovasküler hastalık (n, %)	118 (24,8)	32 (14,9)	<0,001	2 (13,3)	8 (6,9)	0,32	2 (11,8)	2 (3,9)	0,26
Serebrovasküler olay (n, %)	5 (1,1)	1 (0,4)	0,67	0	1 (0,9)	1	2 (11,8)	0	0,06
Herhangi kardiyovasküler risk faktörü (n, %)	383 (80,5)	192 (76,5)	0,21	12 (80,0)	92 (79,3)	1	15 (88,2)	38 (74,5)	0,32
Kanser öyküsü (n, %)	7 (1,5)	3 (1,2)	1	0	0		0	1	1

RA: Romatoid artrit, SpA: Spondiloartropati, PsA: Psöriatik artrit, VKI: Vücut kitle indeksi; JAKi: Janus kinaz inhibitörü

ANCA ilişkili vaskülitte rituximab kullanım özellikleri ve ilaçta kalım oranları

Rabia Deniz¹, Pınar Akyüz², Tuğba Ocak³, Kübra Uğur⁴, Batuhan Erdir⁴, Mehmet Ali Enlice⁵, Yavuz Pehlivan³, Şükran Erten⁶, Ahmet Omma⁷, Cemal Bes¹, Nilüfer Alpaz Kanitez⁸

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

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁵Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Ankara

⁸Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler (AİV) granümatöz polianjitis (GPA), mikroskopik polianjitis (mPA) ve eozinofilik granümatöz polianjitis (eGPA) tanılarına kapsayan oldukça heterojen klinik bulgulara sahip küçük damar vaskülitleridir. Bu klinik heterojenite tedavi seçiminde farklılıklar gerektirir. B hücre kökenli ANCA'nın patogenezdaki rolü düşünüldüğünde ritüksimab (RTX) hem indüksiyon hem de idame tedavide iyi bir seçenek olarak görünmektedir ve klinik araştırmalar bu hipotezi desteklemektedir. Diğer taraftan RTX tedavi oranlarının giderek artmasına rağmen uygulama sıklığı, süresi ve dozu için bir standart yoktur. RTX etkin kullanımına başta enfeksiyonlar olmak üzere çeşitli yan etkiler engel olabilir. Bu çalışmada AİV hastalarında RTX tedavisi klinik özelliklerinin ve ilaçta kalım oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

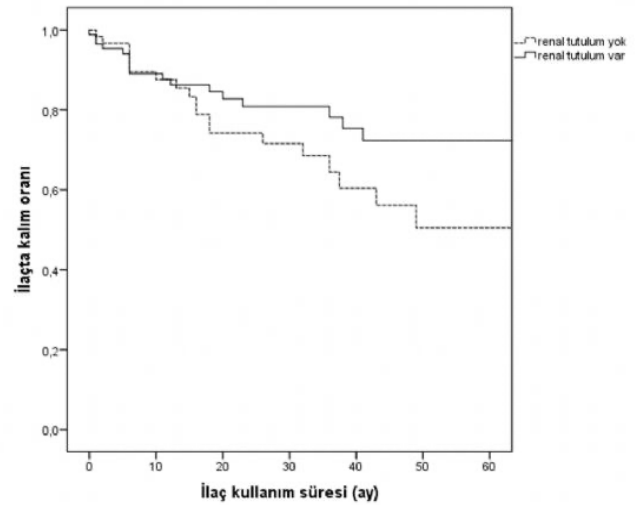
Yöntem: Çok merkezli ve retrospektif bu çalışmaya 4 tersiyer romatoloji kliniğinden takipli Amerikan Romatoloji Akademisi 1990'a göre AİV tanısı koyulmuş ve herhangi bir dönemde RTX tedavisi almış tüm hastalar dahil edildi. Demografik, laboratuvar, klinik ve tedavi verileri hasta dosyalarından önceden hazırlanmış formlara kaydedildi. İstatistik analizler SPSS programında yapıldı. İlaçta kalım analizi için kaplan meier ve log rank testi kullanıldı.

Bulgular: Ortalama yaşı 51,1±14,9 olan 83 (%57)'ü erkek 63 (%43) kadın toplam 146 hasta analiz edildi. Bu hastaların 101'ine GPA, 27'ine mPA ve 18'ine eGPA tanısı koyulmuştu (sırasıyla, %69, %19, %12). Ortalama hastalık süresi 57,6±45,4 aydı ve hastaların %5,5'i kaybedilmişti. RTX, 81 (%56) hastanın remisyon indüksiyonunda 107 (%73) hastanın ise idame tedavisinde kullanılmıştı. Ortalama kümülatif RTX dozu 7610±6630 mg idi ve kürler arasında en kısa

süre 4 ay iken en uzun süre 13 aydı. Bir kürde verilen en yüksek dozun 500 mg, en düşük dozun 2000 mg olduğu görüldü. Renal tutulum varlığına göre demografik ve klinik özellikler Tablo 1'de görülmektedir. Renal tutulumu olmayan grupta periferik sinir sistemi tutulumu anlamlı olarak yüksek bulundu (%7 ve %25, p=0,003). Renal tutulumu olan grupta RTX ortalama kullanım süresi 33,1±31,3 ay iken olmayan grupta 33,2±32,9 ay idi. Sırasıyla RTX kesilen hasta sayısı 20 (%23,3) ve 20 (%33,4) idi ve gruplar arasında RTX 'ta kalım oranları benzerdi (p=0,224) (Şekil 1). RTX kesilmesinin sebepleri renal tutulum olan ve olmayan hastalar arasında benzer olup tüm grupta RTX kesilme sebepleri Tablo 2' de görülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak RTX, AİV tedavisinde hem remisyon indüksiyonunda hem de idamede etkin bir ilaçtır. İdame tedavide daha yüksek oranda tercih edildiği anlaşılmaktadır. Renal tutulumu olmayan hastalarda kullanım oranı azımsanamayacak ölçüdedir ve bu grupta periferik sinir sistemi tutulumu öne çıkmaktadır. RTX ilaçta kalım oranları renal tutulum varlığında değişmeksizin yüksektir ve en sık ilaç kesme sebebi enfeksiyonlardır. Hastaların beşte birine yakınında tespit edilen kalıcı hipogamaglobulinemi enfeksiyon riski için en önemli bir sorundur. Hastalık kontrolünü gözeterek olabildiğince erken dönemde kür aralığını açmak ve/veya kür dozunu azaltmak enfeksiyon oranlarını azaltarak ilaçta kalımı olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Antinötrofil sitoplazmik antikor, vaskülit, ritüksimab, ilaçta kalım, idame tedavi



Şekil 1. Renal tutulum varlığına göre ritüksimab tedavisinde kalım ilaç kalım arasındaki fark p=0,242 (log rank)

Tablo 1. Renal tutulumu olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik verileri

	Renal tutulumu olan (n=86)	Renal tutulumu olmayan (n=60)	p-değeri
Hastalık alt grubu (n, %)			<0,001
GPA	59 (68,6)	42 (70,0)	
MPA	24 (27,9)	3 (5,0)	
eGPA	3 (3,5)	15 (25,0)	
Mortalite (n, %)	5 (5,8)	3 (5,0)	0,570
Erkek cinsiyet (n, %)	55 (64,0)	28 (46,7)	0,028
Yaş, ortalama \pm SS (yıl)	51,5 \pm 15,4	50,7 \pm 14,1	0,167
Hastalık süresi ortalama \pm SS (yıl)	4,4 \pm 3,6	5,4 \pm 4,9	0,075
Klinik bulgular (n, %)			
Kas iskelet tutulumu	40 (46,5)	29 (48,3)	0,480
Deri mukoza tutulumu	21 (24,4)	15 (25,0)	0,543
Üst solunum yolu tutulumu	49 (57,0)	39 (65,0)	0,211
Alt solunum yolu	69 (80,2)	44 (73,3)	0,217
Alveolar hemoraji	19 (22,1)	7 (11,7)	0,079
Santral sinir sistemi tutulumu	2 (2,3)	3 (5,0)	0,334
Periferik sinir sistemi tutulumu	6 (7,0)	15 (25,0)	0,003
Gastrointestinal tutulum	4 (4,7)	4 (6,7)	0,430
Tromboz	7 (8,1)	2 (3,3)	0,204
Hemodiyaliz	18 (20,9)	0	<0,001
Renal disfonksiyon (kreatinin 1,5 mg/dL ve üstü)	66 (76,7)	0	<0,001
Seroloji pozitifliği (n, %)			
PR-3	57 (66,3)	38 (63,3)	0,423
MPO	26 (30,2)	13 (21,7)	0,168
Hipogamaglobulinemi (n, %)	17 (19,8)	8 (13,8)	0,215

GPA: Granülatöz polianjitis, MPA: Mikroskobik polianjitis, eGPA: Eozinofilik granülatöz polianjitis, PR-3: Anti-proteinaz 3 antikoru, MPO: Anti-myeloperoksidaz antikoru

Tablo 2. Ritüksimab kesilme nedenleri

Kesilme nedeni	n, %
Enfeksiyon	14 (40)
Doktor isteği	7 (18)
RTX alerjisi	4 (10)
RTX'a primer yanıtızlık	3 (8)
Hipogamaglobulinemi	1 (3)
RTX altında alevlenme	1 (3)
Diğer	10 (25)

RTX: Ritüksimab

Tek merkez lupus nefrit kohortunda hasar

Gamze Kemeç¹, Soner Altın¹, Erdem Gürel¹, Yasemin Özlük²,
Işın Kılıçaslan², Yasemin Yalçınkaya³, Ahmet Gül³, Murat İnanç³,
Bahar Artım Esen³

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

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

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

Amaç: Lupus nefriti (LN) hastalarında amaçlarımızdan biri hasarın önlenmesidir. Çalışmamızda İTF LN kohortunda hasar insidansının ve öngörücü faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Biyopsi ile kanıtlanmış LN'li (ISN/RPS 2003) tüm hastalar dahil edildi. Demografik, klinik, laboratuvar, renal histopatoloji, tedaviler ve yanıtları kaydedildi. Tam yanıt idrar proteini-kreatinin oranı <0,5 g/g olarak tanımlandı. Renal nüks, hastane yatışları ve son vizitteki klinik durumları kaydedildi. Lupus Düşük Hastalık Aktivite Durumu (LLDAS), majör organ sistemlerinde aktivite olmayan, prednizolon ≤7,5 mg/gün ve idame immünespresif (IS) tedaviye izin veren Sistemik lupus eritematozus hastalık aktivite indeksi ≤4 olarak tanımlandı. Hasar olan ile olmayan grup kıyaslandı. Hasar olan grubun klinik özellikleri ve hasara etki eden faktörler araştırıldı.

Bulgular: İki yüz altmış dört hastanın 189'unda hasar vardı. En sık kardiyovasküler (%37), kas-iskelet sistemi (%28) ve oküler

(%23,9) hasar görüldü. Hasar olan grupta hastalık ve renal tutulum süresi (p<0,001; p<0,001) daha uzundu. Anti-fosfolipid sendromu (p=0,036) ve kombine LN (3+5/4+5) (p=0,028) hasar olan grupta daha sık ve ilk renal patolojideki kronisite indeksi daha fazlaydı (p=0,002). Hasar olmayanlarda tam yanıtın 6 aydan kısa olması (p=0,022) daha sık iken hasar olmayanlarda 12 aydan geç görülmesi (p=0,005) daha sıklı. İdame tedavisinde hasar olanlarda azatioprin, hasar olmayanlarda mikofenolat mofetil (p=0,005; p=0,008) daha fazlaydı. Nüks ve hastane yatış sayısı (p=0,004; p<0,001), kümülatif steroid (p<0,001) ve siklofosamid dozu (p=0,003), tedavi ilişkili komplikasyon (p=0,003), enfeksiyon (p<0,001) ve ölüm (p=0,003) hasar olanlarda daha fazlaydı. Son vizitte LLDAS'daki hasta sayısı hasar olmayanlarda daha fazlaydı (p=0,024). Çok değişkenli analiz; uzun hastalık süresinin (p=0,004), ve artmış hastaneye yatış sayısının (p=0,002) hasar gelişimi için risk faktörü olduğunu gösterirken, tam yanıtın 6 aydan kısa olması (p=0,011) hasar gelişimi üzerine negatif etkisi olduğunu gösterdi. Hasar skoru ile hastaneye yatış sayısı (R=0,435, p<0,001), hastalık süresi (R=0,310, p<0,001), kümülatif siklofosamid (R=0,278, p<0,001) ve steroid dozu (R=0,361, p<0,001) arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: LN'de hasarın önlenmesi önemli bir amaçtır. Uzun hastalık süresi, artmış hastane yatışları, yüksek kronisite indeksi ve yüksek kümülatif IS dozu hasar gelişimi için önemli risk faktörleri iken tedavi yanıtının 6 aydan kısa olması riskin daha az olması ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Hasar, lupus nefriti, sistemik lupus eritematozus

Sistemik skleroz-ilişkili Raynaud fenomeninin değerlendirilmesi-kısa form (ASRAP-SF) anketinin Türkçe validasyonu

Duygu Temiz Karadağ¹, Şeyma Yılmaz², Betül Dikkanoglu¹, John D. Pauling³, Ayten Yazıcı¹, Ayşe Çefle¹

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

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

³North Bristol NHS Trust and University of Bristol, Clinic of Rheumatology, Bristol, UK

Amaç: Raynaud fenomeni (RF) sistemik skleroz (SSk) ilişkili morbiditenin başlıca nedenlerinden biridir ve şiddeti hastalar arasında değişkenlik gösterir. RF'nin epizodik doğası, SSk-RF'yi değerlendirmek için hastalar tarafından bildirilen sonuç (PRO) araçlarının kullanılmasını gerektirir. Geçmişteki PRO araçları RF atağı sıklığı ve süresi üzerine odaklanmıştır. SSk-ilişkili RF'nin değerlendirilmesi (ASRAP) anketi, klinik araştırmalarda SSk-RF'yi değerlendirmek için yakın zamanda geliştirilmiş ve doğrulanmış bir PRO aracıdır. Klinik uygulamalarda ve kayıt kütüklerinde kullanılmak üzere 10 maddelik kısa form ASRAP anketi (ASRAP-SF) geliştirilmiştir. Bu çalışma, ASRAP anketinin Türkçe versiyonunu geliştirmeyi ve psikometrik testini yapmayı amaçlamıştır.

Yöntem: 2013 Amerika Romatoloji Cemiyeti-Avrupa Romatizma Birliği SSk sınıflandırma kriterlerini karşılayan 86 hasta, Türkçe ASRAP-SF anketini diğer ilgili PRO araçlarıyla birlikte doldurdu.

Türkçe ASRAP-SF'nin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirildi. ASRAP-SF ile Kısa Form-36 (SF-36), sağlık değerlendirme anketi-engellilik indeksi, Skleroderma HAQ (SHAQ) RP görsel analog skalaları alt ölçeği (VAS), dijital ülser (DU) VAS ve genel hastalık şiddeti VAS ile yakınsak geçerlilik testi yapıldı. Ayrımsal geçerlilik, DU, vaskülopati ile ilişkili amputasyonlar ve pulmoner hipertansiyon olan ve olmayan hastalar arasında ASRAP-SF'nin dağılımı ile incelendi. Test-tekrar test güvenilirliği, sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirildi.

Bulgular: Türkçe ASRAP-SF'nin iç tutarlılığı, 0,946 (95% CI 0,927-0,962) Cronbach alfa katsayısı ile mükemmel bulundu. Türkçe ASRAP-SF anketi, SF-36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve mental bileşen puanları ile anlamlı şekilde korelasyon gösterdi. Ayrıca, sHAQ RP-VAS, DU-VAS ve genel hastalık şiddeti VAS alt ölçekleri ile en yüksek korelasyonu gösterdi (Tablo 1). Türkçe ASRAP-SF skorları, çalışma sırasında aktif DU olan hastalar, herhangi bir zamanda DU olanlar ve vaskülopati ile ilişkili dijital amputasyonları olanlar arasında yüksek bulundu (Tablo 2). Anketin ortalama 48,4 gün sonra 47 hastaya yeniden uygulanması sonucunda, tekrar edilebilir olduğu görüldü [ICC 0,749 (95% CI 0,525-0,867)].

Sonuç: Bu çalışma, ASRAP-SF'nin Türkçe versiyonunun geçerliliğini ve güvenilirliğini doğrulayan ilk çalışmadır ve Türkçe konuşan SSk hastalarında klinik araştırmalarda ve gözlemsel çalışmalarda kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, Raynaud fenomeni, ASRAP

Tablo 1. SSk hastalarının demografik verileri, klinik özellikleri ve anket sonuçları

	Ort ± SS veya (n, %)	
Cinsiyet (kadın)	77 (%89,5)	
Yaş	54,2±11,6	
Hastalık süresi	8,7±6,5	
Spesifik oto-antikor	Negatif	12 (%14)
	Anti-CENBP	40 (%46,5)
	Anti-Scl70	30 (%34,9)
	Anti-RNAPIII	2 (%2,3)
	Anti-CENPB + Scl70	2 (%2,3)
Hastalık alt tipi	Sınırlı	58 (%67,4)
	Yaygın	22 (%25,6)
	Overlap	5 (%5,8)
İAH	38 (%44,2)	
PHT	5 (%5,8)	
Aktif dijital ülser	16 (%18,6)	
Dijital ülser*	39 (%44,8)	
Artrit	2 (%2,3)	
Sklerodaktili	71 (%82,6)	
Kalsinosis kutis	8 (%9,3)	
Amputasyon	9 (%10,3)	
Kontraktür	21 (%24,4)	

Tablo 1. devamı

		Ort ± SS veya (n, %)
Kapillarskopi	Normal	6 (%6,9)
	Non-spesifik	17 (%19,5)
	Erken skleroderma patern	16 (%18,4)
	Aktif skleroderma patern	32 (%41,6)
	Geç skleroderma patern	6 (%7,8)
ASRAP-SF		48,6±10,9
SF-36	Fiziksel fonksiyon	48,7±10,7
	Fiziksel rol kısıtlılığı	63,5±21,3
	Ağrı	47,8±42,1
	Genel sağlık algısı	57,5±30
	Canlılık (enerji)	41,3±23,3
	Sosyal fonksiyon	44,1±19,2
	Duygusal rol kısıtlılığı	79,6±28
	Mental sağlık	51,9±32,2
	Fiziksel fonksiyon	64±20,8
	SF-36v2 PCS	41±11,9
SF-36v2 MCS	35±13,1	
sHAQ		0,69±0,55
sHAQ RF-VAS		0,92±0,88
sHAQ DU-VAS		0,66±0,93
sHAQ- genel hastalık şiddeti VAS		1,13±0,87

İAH: İnterstiyel akciğer hastalığı, PHT, Pulmoner hipertansiyon, sHAQ: Skleroderma sağlık değerlendirme anketi, RF: Raynaud fenomeni, DU: Dijital ülser, VAS: Görsel analog ölçek, PCS: Fiziksel komponent skoru, MCS: Mental komponent skoru, SF-36: Kısa Form-36, ASRAP: Sistemik sklerozla ilişkili Raynaud fenomeninin değerlendirilmesi, SSK: Sistemik skleroz

Tablo 2. ASRAP-SF'nin diğer hasta bildirimli sonlanımlarla (SF-36v2 ve sHAQ) korelasyonu

	ASRAP-SF	
	r	p-değeri
Fiziksel fonksiyon	-0,367	<0,001
Fiziksel rol kısıtlılığı	-0,276	0,012
Ağrı	-0,408	<0,001
Genel sağlık algısı	-0,319	0,003
Canlılık (enerji)	-0,245	0,027
Sosyal fonksiyon	-0,274	0,013
Duygusal rol kısıtlılığı	0,016	0,889
Mental sağlık	-0,300	0,006
SF-36v2 MCS	-0,362	<0,001
SF-36v2 PCS	-0,135	0,228
sHAQ	0,594	<0,001
sHAQ RF-VAS	0,675	<0,001
sHAQ DÜ-VAS	0,399	<0,001
sHAQ- genel hastalık şiddeti VAS	0,468	<0,001

sHAQ: Skleroderma sağlık değerlendirme anketi, VAS: Görsel analog ölçek, SF-36v2: Kısa form anket-36v2, ASRAP: Sistemik sklerozla ilişkili Raynaud fenomeninin değerlendirilmesi

Primer Sjögren sendromunun tanımlanmasında yapay zeka yönteminin etkinliği

Mert Ünal¹, Tahir Saygın Öğüt², Funda Erbasan³, Erdiç Türk⁴, Mustafa Ender Terzioğlu³, Taner Danışman⁴, Veli Yazısız³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

²Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

⁴Akdeniz Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği, Antalya

Amaç: Romatoloji de yapay zeka modellerinin tıp alanında kullanımına dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bu çalışmada parotis ultrasonografi (PUSG) görüntüleri kullanılarak derin öğrenme yöntemiyle çalışan yapay zeka modellemesinin primer Sjögren Sendromundaki (pSS) tanısal performansının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2016 Amerika Romatoloji Cemiyeti-Avrupa Romatizma Birliği pSS sınıflandırma kriterlerini karşılayan 123 pSS hastası ile kontrol grubu olarak 123 yaş ve cinsiyet uyumlu gönüllü dahil edildi (Tablo 1). Tüm katılımcıların PUSG taramaları yapıldı. Yapay zeka derin öğrenme modeli için eğitim grubu 196 gönüllüye (98 pSS hastası ve 98 kontrol) ait 392 görüntü, validasyon grubu

24 gönüllünün (12 pSS hastası ve 12 kontrol) 48 görüntü ve derin öğrenme analizi için 26 gönüllünün (13 pSS hastası ve 13 kontrol) 52 PUSG görüntüsü kullanıldı. Derin öğrenme sisteminin PUSG görüntülerinden pSS tanısı koyma performansı araştırıldı.

Bulgular: pSS ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımları ($p=1,00$) ve yaş ortalamaları (pSS grubu $57,3\pm 11,8$ yıl, kontrol grubu $55,1\pm 11,2$ yıl) benzerdi ($p=0,15$). pSS tanılı 123 hastanın ortalama tanı yaşı $50,6\pm 11,5$ yıldır (Tablo 1). pSS hastalarının ve sağlıklı bireylerin PUSG görüntüleri Romatoloji de sonuç ölçümleri (OMERACT) kriterlerine göre değerlendirildiğinde sağ ve sol parotis bezlerinin gradeleri uyumluydu. (Sırasıyla kappas: 0,656 ve kappas: 0,777). Total OMERACT skoru ≥ 2 'ye göre analiz edildiğinde PUSG'nin pSS hastalarındaki tanısal doğruluk, sensitivitesi, spesifitesi sırasıyla %87, %82 ve %92 olarak bulundu. Yapay zeka modellemesinin pSS tanısındaki tanısal doğruluk, sensitivite, spesifite oranları ise sırasıyla %87, %77 ve %96 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Sonuç: PUSG görüntüleri baz alınarak programlanan yapay zeka modellemesinin pSS için yüksek tanısal doğruluğu gösterilmiştir. Yapay zeka modellerinin programları ultrasonografi cihazlarına entegre edilerek görüntüye dayalı bir tanı aracı olarak kullanılabilirliği mümkün olabilir. pSS'de PUSG bu modellerle ille tanı da kullanılabilir bir metod haline dönüştürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Parotis, Sjögren sendromu, ultrasonografi, yapay zeka

Tablo 1. Çalışma gruplarının genel özellikleri

	pSS (n=123)	Kontrol grubu (n=123)	p-değeri
Cinsiyet (kadın), (n, %)	117 (%95,1)	117 (%95,1)	1,00
Yaş (yıl) (ort ± SD)	57,3±11,8	55,1±11,2	0,15
Tanı Yaşı (yıl) (ort ± SD)	50,6±10,5	-	-
ANA pozitifliği (n, %)	82 (%66,7)	-	-
Parotis USG Skoru (Total OMERACT) Median (Min-max)	2 (0-6)	0 (0-2)	<0,001
Parotis USG Skoru (Total OMERACT ≥ 2)	102 (%82,9)	10 (%8,1)	<0,001
Ro-52 (+), (n, %)	60 (%48,8)	-	-
Anti-Ro (+), (n, %)	56 (%45,5)	-	-
Anti-La (+), (n, %)	23 (%18,7)	-	-
Focus skoru ≥ 1 §(n, %)	71(%76,3)	-	-
Schirmer <10 mm \leq (n, %)	64 (%81,0)	-	-
ESR (mm/h), (ort ± SD)	17,9±9,1	13,5±5,4	<0,001
CRP (mg/L), (ort ± SD)	3,94±6,1	2,79±2,3	0,061
Hemoglobin (mg/dL), (ort ± SD)	12,70±1,2	13,17±1,2	0,013
Lökosit (mm ³), (ort ± SD)	6379±1951	7535±2078	<0,001
Platelet (mm ³), (ort ± SD)	251000±65900	260000±64800	0,301

§93 hastanın tükürük bezi biyopsisi sonucuna ulaşıldı.

μ: 79 hastanın Schirmer testi sonucuna ulaşıldı.

pSS: Primer Sjögren Sendromu, USG: Ultrasonografi, ANA: Antinükleer antikor, OMERACT: Romatoloji de sonuç ölçümleri, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein

Tablo 2. Test seti değerlendirmesi ile elde edilen karışıklık matrisi

	Gerçek negatif (kontrol)	Gerçek pozitif (pSS hastası)
Modellemeye göre Sağlıklı	(TN) 25	(FN) 6
Modellemeye göre pSS	(FP) 1	(TP) 20

pSS: Primer Sjögren Sendromu

Tedavisi zor romatoid artrit durumunun zamansal değişimi: ne zaman?, neye göre?

Gözde Sevgi Kart Bayram¹, Asena Eken², Gizem Ayan¹, Büşra Fırlatan¹, Mustafa Ekici¹, Erdinç Ünalı¹, Buğu Bulat¹, Ali Akdoğan¹, Ömer Karadağ¹, Şule Apraş Bilgen¹, Ali İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹, Levent Kılıç¹

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

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

Amaç: Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) tarafından 2021 yılında belirlenen tedavisi zor romatoid artrit (D2T-RA) kavramı kesitsel bir tanımlamadır. Tanımlama içerisindeki kriterler, izlem içerisinde hastalığın doğası gereği dalgalanmalar gösterebilir. Bu kriterlerdeki zaman içerisindeki değişim ile hastaların D2T-RA ve tedavisi zor olmayan RA (non-D2T-RA) arasındaki geçişleri net değildir. Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde biyolojik/hedefe yönelik hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaçlar (DMARD) (b/tsDMARD) kohortunda D2T-RA tanı kriterlerine göre değerlendirip takip ziyaretlerindeki D2T-RA tanı kriterlerini karşılama/karşılamama durumlarına göre persistan veya epizodik olan hastaları ve bunların özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: Hastanemiz romatoloji kliniğine 1 Nisan 2023-30 Kasım 2023 tarihleri arasında başvuran, b/tsDMARD kohortundaki en az bir yıldır b/tsDMARD tedavisi kullanılan 487 RA tanılı hasta dahil edildi. İlk değerlendirmede EULAR tarafından belirlenen kriterlere göre 181 (%37,1) hasta D2T-RA, 306 (%62,9) hasta non-D2T-RA olarak sınıflandırılmıştı. Hastalar bu kesitsel değerlendirmeyi takip eden 12 ay içerisindeki en son ziyaretlerinde tekrar EULAR D2T-RA kriterlerine göre değerlendirilip üç gruba ayrıldı. İlk D2T-RA tanısından en az 6 ay sonra üç kriteri de karşılıyorsa "Persistan D2T-RA"; ilk başvuruda ve takip ziyaretlerinde kriterleri karşılamayan hastalar "Persistan non-D2T-RA"; ilk başvuruda ve takip ziyaretlerinde D2T-RA ve non-D2T-RA arasında karşılıklı geçiş gösteren hastalar "Epizodik D2T-RA" grubu olarak belirlendi. Hastaların son takip ziyaretindeki hastalık aktivitesi ölçümleri, demografik verileri, hastalık özellikleri ve ilaç kullanım öyküleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 487 RA hastasının ilk değerlendirme sonrası medyan takip süresi 6,7 ay (2,9-9,9) idi. Bir yıl içerisindeki takip ziyaretlerinde 181 D2T-RA hastasından 81 (%44,7) hasta persistan D2T-RA özelliği gösterirken, 44 hasta (%24,3) non-D2T-RA tarafına geçip epizodik D2T-RA özelliği göstermekte, 56 (%30,9) hastanın ise takip ziyaretine gelmediği görülmüştür. İlk değerlendirmede non-D2T-RA olan 306 hastanın kontrol ziyaretlerinde 201 hasta (%65,6) persistan non-D2T-RA özelliği gösterirken, 24 hastanın (%7,8) D2T-RA grubuna geçip epizodik D2T-RA özelliği gösterdiği, 81 hastanın (%26,4) ise kontrole gelmediği görülmüştür (Şekil 1a). Persistan D2T-RA (n=81), epizodik D2T-RA (n=44+24=68) ve persistan non-D2T-RA (n=201) grupları arasında yaş, cinsiyet, tanı yaşı ve hastalık süresi arasında anlamlı fark izlenmezken, vücut kitle indeksi (VKİ) persistan D2T-RA grubunda diğer iki gruba göre istatistiksel olarak daha yüksekti (32±7,4 vs 28,8±6,3 vs 27,9±6,2, p<0,01) (Tablo 1). D2T-RA'dan non-D2T-RA'ya geçen hastaların kriterlerindeki değişim değerlendirildiğinde en belirgin değişim DAS-28, sağlık değerlendirme anketi, skoru ve doktor/hasta tarafından sorun oluşturan semptomların (görsel analog ölçek Global-PASS hayır olması) olduğu gözlenmiştir (Şekil 1b). D2T-RA'dan non-D2T-RA'ya geçen grupta 44 hastadan 9 hastada D2T-RA düşünüldüğü tarihte b/ts DMARD değişimi yapıldığı, 4 hastanın steroid dozunun arttırıldığı, 1 hastanın ilacını aksatması nedeni ile tekrar başlanıldığı ve 2 hastaya fronköl ve deri enfeksiyonu nedeni ile antibiyoterapi müdahalesinde bulunulduğu kaydedildi.

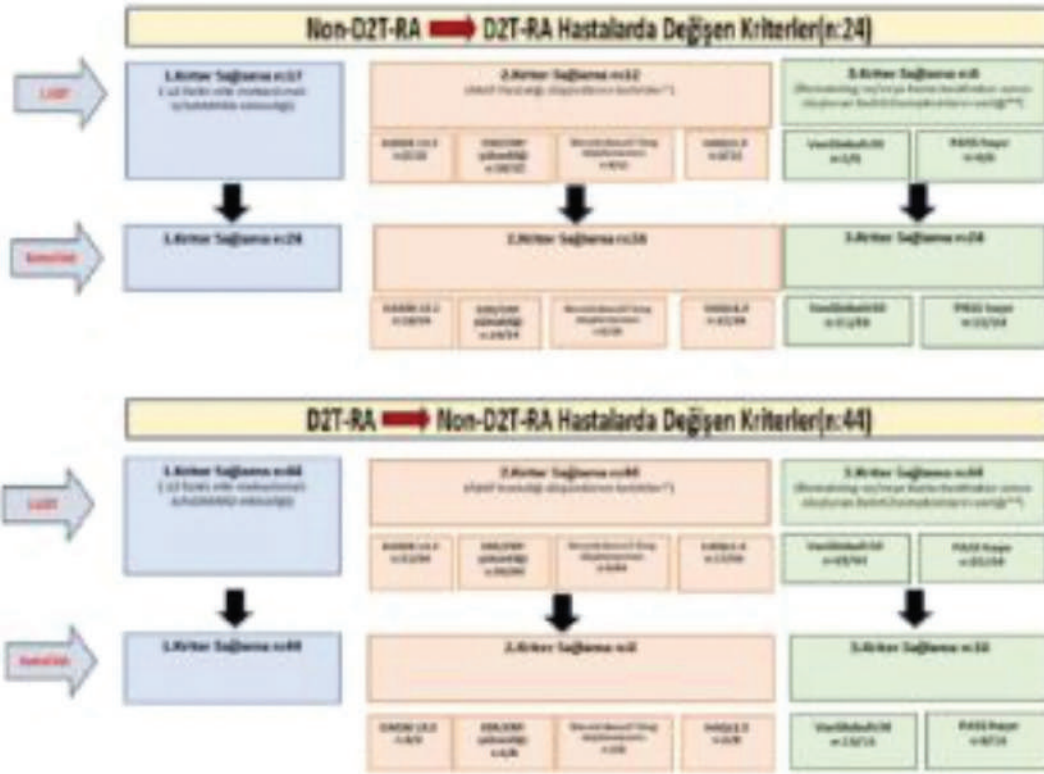
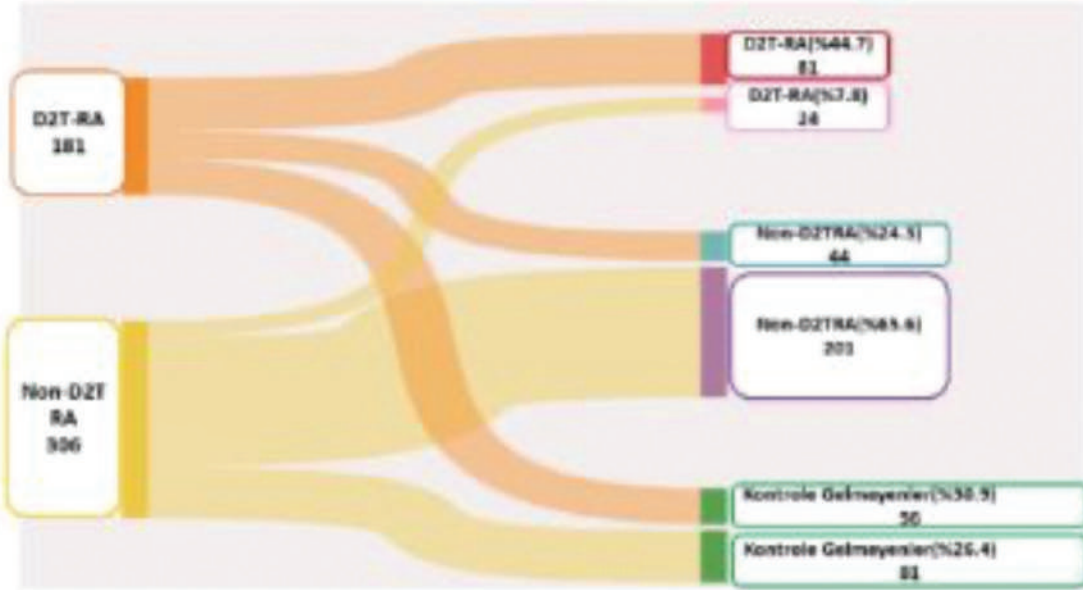
Sonuç: Bu çalışmamızda D2T-RA tanımındaki hasta grubunun zaman içerisinde bir kısmının non-D2T-RA'ya geçebileceği görülmüştür. D2T-RA'dan non-D2T-RA'ya geçişinde en belirgin farkın DAS-28, Sedim, CRP ve HAQ skoru gibi aktif hastalığı gösteren bulgulardaki düzelme olduğu gösterilmiştir. Aktif hastalık dışında, ilaç uyumsuzluğu ve eşlik eden enfeksiyonlar da diğer faktörler olabilir. EULAR kriterlerinde tanımın kesitsel olması, bazı kriterlerin zaman içerisinde değişmesi, ilaç uyumu ve enfeksiyon gibi faktörlerin dışlanmaması önemli kısıtlılıklardır. Ayrıca persistan D2T-RA'da en belirgin farklardan biri VKİ'nin yüksekliğidir, bu hastalara özellikle diyet önerisi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, D2T-RA, persistan D2T-RA, epizodik D2T-RA

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Persistan D2T-RA (n=81)	Epizodik D2T-RA (n=68)	Persistan non-D2T-RA (n=201)	p-değeri
Demografik veriler				
Yaş (yıl), ort ± SS	57,7±12,4	54,3± 12,3	55,2±12,3	0,1
Kadın-cinsiyet (n, %)	72 (%88)	57 (%83)	163 (%81)	0,28
Sigara kullanım durumu (ever) (n, %)	49 (%60,4)	38 (%55,8)	101 (%50,2)	0,27
Vücut kitle indeksi	32±7,4	28,8±6,3	27,9±6,2	<0,01
Hastalık karakteristikleri				
Hastalık süresi (yıl) ± SS	15,3±8,5	14,7±8,7	13,3±8,1	0,1
Tanı yaşı, yıl, (ort) ± SS	41,2±12,2	39,1±10,2	41,8±12,3	0,3
RF pozitifliği, (n, %)	67 (%82,7)	56 (%82,3)	142 (%70,6)	0,09
ACPA pozitifliği, (n, %)	47 (%58)	39 (%57,3)	115 (%57,2)	0,98
b/ts DMARD başlangıcından sonraki değerlendirme süresi (yıl), medyan (IQR 25-75)	5 (2-12)	4 (1,5-10,5)	4 (2-9)	0,8
İlk D2T/non-D2T tanısından sonra geçen süre (ay)	8,1±3,4	8,6±2,8	8,6±2,8	0,4
Komorbidite sayısı, medyan (IQR 25-75)	1 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-1)	<0,01
Güncel DMARD kullanımı (n, %)				
Metotreksat (n, %)	14 (17,2)	13 (19,1)	48 (23,8)	0,03
Leflunomid (n, %)	42 (51,8)	29 (42,6)	70 (34,8)	0,1
Hidroksiklorokin (n, %)	33 (40,7)	33 (48,5)	89 (44,2)	0,5
Sülfasalazin (n, %)	3 (3,7)	3 (4,4)	11 (5,4)	0,8
Toplam aldığı bDMARD/tsDMARD sayısı, n (medyan, IQR)	3 (2-4)	3 (2-3)	2 (1-2)	<0,01

D2T-RA: Tedavisi zor romatoid artrit, ACPA: Anti-sitrüline protein antikoru, DMARD: Hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaçlar



Şekil 1a ve 1b. D2T-RA ve Non-D2T-RA hastalarının zaman içerisindeki değişimi ve hastalarda değişen kriterler

On yıldan uzun semptom süresi olan radyografik aksiyel spondiloartritli hastalarda ciddi spinal tutulumun HLA alelleri ile ilişkisi

Çisem Okur Maden¹, Füsün Özmen², Melek Günindi Korkut², Gizem Ayan³, Buğru Bulat³, Erdem Karabulut⁴, Umut Kalyoncu³, Levent Kılıç³

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

²Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü, Temel Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Aksiyel spondiloartritli (AksSpA) hastalarda insan lökosit antijeni (HLA)-B*27 dışındaki HLA alelleri ile klinik şiddet arasındaki ilişkiyi gösteren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, Türk toplumunda radyografik AksSpA (r-AksSpA) hastalarında hastalık şiddeti ve ciddi spinal tutulum ile ilişkili olabilecek HLA alellerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

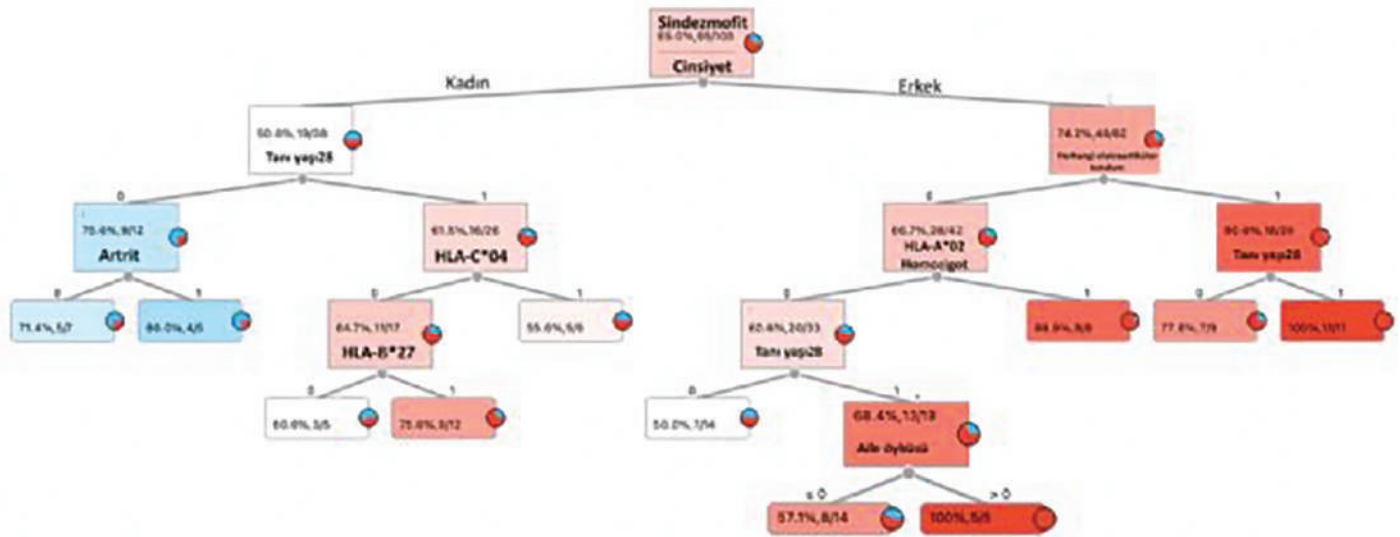
Yöntem: Çalışmaya Aralık 2022 ile Haziran 2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvuran hastalar sıralı olarak dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır: semptom süresi (SS) 10 yıldan fazla olan hastalar, iki deneyimli romatoloji uzmanının fikir birliğine göre modifiye New York kriterlerini karşılayan hastalar. Modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spinal Skoru (mSASSS), Bath Ankilozan Spondilit Radyoloji indeksi (BASRI), iki bağımsız ve deneyimli okuyucu tarafından hesaplanmıştır. İki okuyucu arasında nihai skorda bir tutarsızlık olması durumunda, fikir birliği sağlamak için her iki okuyucu tarafından eşleştirilmiş bir okuma yapılmıştır. Çalışma popülasyonu iki mSASSS grubuna ayrılmıştır. Dougados ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, skoru %50'nin altında

olan hastalar evre 2 ve 6 olarak sınıflandırılmış ve bu hastalar daha az radyografik hasarı olan hastalar olarak tanımlanmıştır. BASRI-kalça skoru ≥ 2 olan hastalar radyografik kalça tutulumu olan hastalar olarak kabul edilmiştir. Hastalar alıcı çalışma karakteristiği analizi ile tanı yaşına göre ≤ 28 yaş ve ≥ 29 yaş olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. HLA genotipleme, HLA tip A-B-C-DQB1-DRB1 için Sekansa Özgü Oligonükleotid Problema yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sindezmozfit varlığı, yüksek mSASSS ve BASRI skorları ile demografik, genetik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon analizi ve karar ağacı modelleri kullanılmıştır.

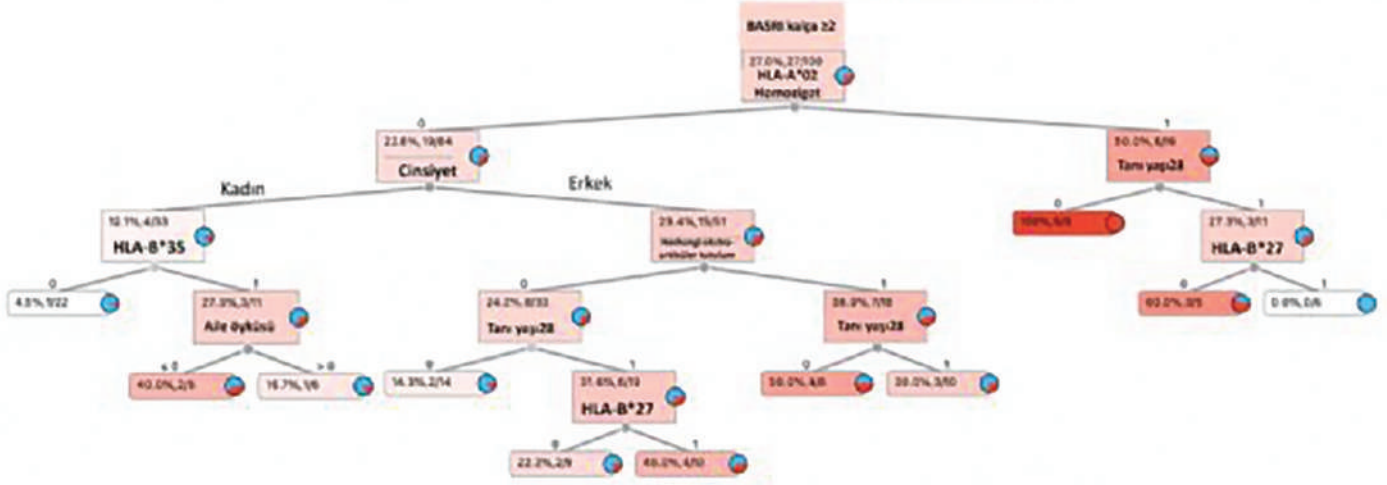
Bulgular: Bu çalışmaya SS 10 yıldan fazla olan hastalar dahil edilerek aksiyel tutulumun radyografik şiddeti ve ilişkili faktörler hastalık süresinden nispeten bağımsız olarak incelenmiştir. HLA-A*02 homozigotluğunun sıklığını ve r-AksSpA hastalarında radyografik şiddetle ilişkisini desteklemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sonuç: Toplamda 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo 1). r-AksSpA hastalarının 72'si (%72) HLA-B*27 pozitif. HLA-A*02, HLA-B*27, HLA-C*04 çalışma grubunda en sık görülen alellerdir. Hastalarının 62'si (%62) erkekti ve ortalama SS 21,1 yıldır. Periferik artrit (%22), üveit (%22), entezit (%20) en sık görülen tutulumlardı. Lojistik regresyonda erkek cinsiyet ($p=0,015$), herhangi bir ekstra-artiküler tutulum ($p=0,026$), tanı yaşı ($p=0,045$) sindezmozfit ile ilişkili bağımsız faktörlerdi. HLA-A*02 homozigot erkek hastaların %88,9'unda eklem dışı tutulum olmaksızın sindezmozfit saptandı. Karar ağacı incelendiğinde erkek cinsiyet, herhangi bir ekstra artiküler tutulum ve HLA-A*02 homozigotluğu sindezmozfitle ilişkili demografik ve genetik özellikler olarak saptandı (Şekil 1a). HLA-A*02 homozigotluğu ($p=0,038$) lojistik regresyonda kalça tutulumu ile ilişkiliydi. HLA-A*02 homozigotluğu ve erken tanı yaşının karar ağacı modelinde kalça tutulumuyla ilişkili görülmektedir (Şekil 1b).

Anahtar Kelimeler: HLA alelleri, radyografik aksiyel spondiloartrit, sindezmozfit



Şekil 1a. HLA-A*02, HLA-B*27, HLA-B*35 ve HLA-C*04 alelleri çalışma popülasyonunda en sık görülen alellerdir. Allel sıklıkları Benjamini Hochberg düzeltmesi ile düzeltilmiştir. Cinsiyet, tanı yaşı, herhangi bir ekstra-artiküler tutulum, artrit, aile öyküsü, HLA-A*02 homozigotluğu, HLA-B*27, HLA-B*35 ve HLA-C*04 sindezmozfit için karar ağacı analizinde kullanıldı. AUC: 0,58, F1 sınıflandırma oranı: 0,54)



Şekil 1b. BASRI-kalça skoru ≥ 2 olan hastalar radyografik kalça tutulumu olanlar olarak kabul edilmiştir. Cinsiyet, tanı yaşı, herhangi bir eklem dışı tutulum, artrit, aile öyküsü, HLA-A*02 homozigotluğu, HLA-B*27, HLA-B*35 ve HLA-C*04 kalça tutulumu için karar ağacı analizinde kullanılmıştır. AUC: 0,59, F1 sınıflandırma oranı: 0,63 0: Negatif, 1: Pozitif, Tanı yaşı ≥ 28 0: Tanı yaşı ≥ 28 ve altı, Tanı yaşı ≥ 28 1: Tanı yaşı ≥ 28 ve üstü 0: BASRI- kalça skoru 0-1, 1: BASRI-kalça skoru 2 ve üzeri

BASRI: Bath Ankilozan Spondilit Radyoloji indeksi, HLA: İnsan lökosit antijeni, AUC: Eğri altındaki alan

Tablo 1. Demografik ve klinik özellikler

		Radyografik AksSpA (n=100)	Sağlıklı kontrol (n=100)
Cinsiyet, Erkek (n, %)		62 (%62)	53 (%53)
Yaş, ort. \pm SS (yıl)		49,4 \pm 9,4	45,9 \pm 14,4
Tanı yaşı, ort. \pm SS (yıl)		32,4 \pm 9,7	
Semptom süresi, ort. \pm SS (yıl)		21,1 \pm 9,0	
VKİ, ort. kg/m ² \pm SS		29,3 \pm 5,4	
Sigara, (n, %)	Hiç içmemiş	30 (%30)	
	İçip bırakmış	28 (%28)	
	Aktif içiyor	42 (%42)	
Kullanılan ilaçlar	ksDMARD	20 (%20)	
	bDMARD	80 (%80)	
Aile Öyküsü, (n, %)		55 (%55)	
Herhangi bir ekstra-artiküler tutulum, (n, %)		31 (%31)	
Psöriazis, (n, %)		8 (%8)	
Entezit, (n, %)		20 (%20)	
Daktilit, (n, %)		3 (%3)	
Üveit, (n, %)		22 (%22)	
İBH, (n, %)		4 (%4)	
Periferik Artrit, (n, %)		22 (%22)	
Komorbiditeler, (n, %)	HT	36 (%36)	
	DM	10 (%10)	
	KAH	10 (%10)	
	Hiperlipidemi	18 (%18)	
BASDAI ort. \pm SS (0-10)		2,39 \pm 1,96	
BASFI ort. \pm SS (0-10)		2,38 \pm 2,24	
HAQ ort. \pm SS (0-3)		0,33 \pm 0,41	
mSASSS ort. \pm SS (0-72)	1. Okuyucu	17,7 \pm 23,1	
	2. Okuyucu	22,4 \pm 23,6	
Toplam BASRI ort. \pm SS (0-12)	1. Okuyucu	6,85 \pm 3,28	
	2. Okuyucu	7,40 \pm 3,04	
ESH, mm/sa ort. \pm SS		8,95 \pm 9,88	
CRP, mg/dL ort. \pm SS		0,84 \pm 0,79	

n: Sayı, Radyografik AksSpA: Radyografik aksiyel spondiloartrit, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, VKİ: Vücut kitle indeksi, ksDMARD: Konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, bDMARD: Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar, İBH: Enflamatuvar bağırsak hastalığı, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KAH: Koroner arter hastalığı, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, mSASSS: Modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spinal Skoru, BASRI: Bath Ankilozan Spondilit Radyoloji İndeksi, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein

İleri yaşlarda başlayan primer Sjögren sendromunun klinik ve serolojik özellikleri farklı mıdır?

Bengisu Aslan¹, Funda Erbasan², İsmail Uçar³, Melis Dilbil², Mine Temel Nokay², Mustafa Ender Terzioğlu², Veli Yazısız²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mersin Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Mersin

Amaç: Yaşlanma ile birlikte immün sistemde değişiklikler oluşur. Yaşlılarda ve gençlerde ortaya çıkan enflamatuvar hastalıkların farklılıkları vardır. Bu çalışmanın amacı, ileri yaşlarda tanı alan primer Sjögren sendromu (pSS) hastalarının klinik ve serolojik farklılıklarını ortaya koymaktır.

Yöntem: 2004-2018 yılları arasında pSS tanısı konulan 229 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. 65 yaş üzerindeki yaşlarda pSS tanısı alanlar ileri yaş başlangıçlı pSS (ipSS) olarak kabul edildi. 18-65 yaşlar arası pSS tanısı alan hastalarla klinik ve serolojik bulguları açısından karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: İleri yaşta tanı alan pSS hastalarında komorbidite sayısı, sıklığı, malignite gelişimi ve ölüm oranlarının daha yüksek olması şartıdır. Benzer şekilde, anemi ve nörolojik semptomların

fazlalığı, pSS'nin kendisinden ziyade yaş ve diğer komorbiditelerle ilişkili olabilir. Schirmer testi (≤ 5 mm/5 dk) düşük olan hasta oranının yüksek olması yaşlılığa bağlı sekresyon azalmasının bir sonucu olabilir. Ancak, kurulukla ilgili semptomları, seropozitivite ve sistemik organ tutulumlarının sıklığı (Nörolojik bulgular hariç) açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Lee KA ve ark. ipSS tanılı hastalarda daha sık akciğer tutulumu, otoantikör pozitifliği ve eklem tutulumunun daha az olduğu saptanmıştır. Luo J ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif sistematik derlemesinde ipSS hastalarının bizim çalışmamızda olduğu gibi takip süresinin daha kısa ve kadın oranının daha az olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, ipSS hastalarının genel hastalık profilinde ciddi farklılıklar olmamakla birlikte yaşlanmadan kaynaklanan ek sorunları nedeniyle izleminde farklılıklar gerektirir.

Sonuç: Toplam 229 pSS hastasının, 28'ine (%12,2) 65 ve üstü yaşlarda tanı konulmuştu (Tablo 1). ipSS hastalarında erkek sıklığı daha fazla ($p=0,021$), takip süreleri daha kısa ($p=0,003$) idi. Antinükleer Antikor, anti-Ro, Anti-La, Romatoid faktör pozitifliği ve kuruluk semptomları açısından diğer hastalardan farklı değildi. Schirmer ölçümlerinin ≤ 5 mm/5 dk olan birey sayısı ipSS hastalarında daha fazlaydı ($p=0,017$). Anemi varlığı ve nörolojik semptomların (%21,4) ipSS'li hastalarda daha yaygındı (sırasıyla, $p=0,042$, $p=0,012$). ipSS'li hastalarda, komorbidite sıklığı, sayısı (özellikle hipertansiyon sıklığı), malignite gelişimi ve ölüm olayları daha fazlaydı (sırasıyla, $p=0,039$, $p=0,012$, $p=0,021$ ve $p=0,004$).

Anahtar Kelimeler: İleri yaş, primer Sjögren sendromunun, otoantikör, komorbidite

Tablo 1. Primer Sjögren sendrom tanılı hastaların demografik özellikleri

	PSS hastaları (n=293)	≤ 65 yaş (n=265)	>65 yaş (n=28)	p-değeri
Cinsiyet (E)	21 (%7,2)	16 (%6,0)	5 (%17,9)	0,021
Yaş (yıl)	59,8 \pm 11,8	57,7 \pm 10,4	79,6 \pm 3,4	<0,001
Tanı yaşı (yıl)	50,3 \pm 11,8	48,1 \pm 10,1	71,1 \pm 3,2	<0,001
Takip süresi (yıl)	9,29 \pm 3,57	9,49 \pm 3,56	7,39 \pm 3,17	0,003
Seropozitiflik	227 (%77,5)	203 (%76,6)	24 (%85,7)	0,272
ANA (+)	182 (%62,0)	161 (%60,8)	21 (%75,0)	0,146
Anti-Ro (+), (n=269)	109 (%37,2)	102/244 (%41,8)	7/25 (%28,0)	0,181
Anti-La (+), (n=269)	47 (%16,0)	44/244 (%18,0)	3/25 (%12,0)	0,587
RF (+) (n=276)	68 (%24,6)	60/249 (%24,1)	8/27 (%29,6)	0,526
ANCA (+), (n=51)	6 (%11,8)	6/46 (%13,0)	-	1,000
Fokus skoru ≥ 1 (n=259)	180 (%69,5)	159/233, (%68,2)	21/26 (%80,8)	0,188
Klinik bulgular				
Ağız kuruluğu	261 (%91,1)	240 (%90,5)	27 (%96,4)	0,879
Göz kuruluğu	263 (%89,8)	237 (%89,4)	26 (%92,9)	0,751
Schirmer <5 (mm/5 dk)	203 (%69,3)	178(%67,2)	25 (89,3)	0,017
Anemi	61 (%20,8)	51 (%19,2)	10 (35,7)	0,042
Lökopeni	29 (%9,9)	27 (%10,2)	2 (%7,1)	1,000
Trombositopeni	3 (%1,0)	3 (%1,1)	-	1,000
Hipokomplementemi (n=188)	15 (%5,1)	15/174 (%8,6)	-	0,608
Hipergamaglobulinemi (n=72)	25 (%8,5)	23 (%8,7)	2 (%7,1)	0,705
Artrit/Artralji	198 (%67,6)	178 (%67,2)	20 (%71,4)	0,523
Raynaud Fenomeni (n=230)	40 (%13,7)	38/168 (%22,6)	2/24 (%7,1)	0,269
Deri bulguları (n=229)	14 (%6,1)	14/210 (%6,7)	-	0,613
İnterstitiel AC hastalığı	35 (%11,9)	31 (%11,7)	4 (%14,3)	0,254

Tablo 1. Devamı

	PSS hastaları (n=293)	≤65 yaş (n=265)	>65 yaş (n=28)	p-değeri
Klinik bulgular				
Nörolojik tutulumu	24 (%8,2)	18 (%6,8)	6 (%21,4)	0,012
Gastrointestinal semptomlar	39 (%13,3)	36 (%13,6)	3 (%10,7)	1,000
Kardiak tutulum	10 (%3,4)	7 (%2,6)	3 (%10,7)	0,344
Hepatik anormallikler	31 (%10,6)	27 (%10,2)	4 (%14,3)	0,254
Tedaviler				
Kortikosteroid	90 (%30,7)	80 (%30,2)	10 (%35,7)	0,329
Hidroksiklorokin sülfat	250 (%85,3)	231 (%87,2)	19 (%67,7)	0,036
İmmunosupresif	76(%25,9)	68 (%25,7)	8 (%28,6)	0,514
Azatiopürin	28 (%9,6)	24 (%9,1)	4 (%14,3)	0,284
Metotreksat	44 (%15,0)	40 (%15,1)	4 (%14,3)	1,000
Siklofosamid	4 (%1,4)	4 (%1,5)	-	1,000
Diğer	7 (%2,4)	6 (%2,3)	1 (%3,6)	0,228
Pilokarpin HCL	32 (%10,9)	30 (%11,3)	2 (%7,1)	0,987
Kolşisin	25 (%8,5)	23 (%8,7)	2 (%7,1)	1,000
Ko-morbiditeler				
Komorbidite (+)	155 (%52,9)	135 (%50,9)	20 (%71,4)	0,039
Komorbidite sayısı ≥2	86 (%29,4)	72 (%27,2)	14 (%50,0)	0,012
Hipertansiyon	83 (%28,3)	67 (%25,3)	16 (%57,1)	<0,001
Malignite	21 (%7,2)	16 (%6,0)	5 (%17,9)	0,021
Ölüm	8 (%2,7)	4 (%1,5)	4 (%14,3)	0,004

PSS: Primer Sjögren sendromu, ANA: Antinükleer Antikor, RF: Romatoid faktör, ANCA: Antinötrofil sitoplazmik antikorlar, AC: Akciğer, HCL: Kılı hücreli lösemi

Romatoloji pratiğinde deri lezyonu olan hastaların teledermatoloji yöntemi ile konsültasyonlarının tanısal geçerliliğinin değerlendirilmesi

Gökçe Kenar Artın¹, Cansu Şahin², Elif Irmak Yazıcı², Burcu Tuğrul³, Altuğ Güner⁴, Hasan Göğebakan⁴, Ahmet Murat Gencer⁴, Handan Yarkan Tuğsal⁵

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bursa

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Teledermatoloji (TD), teletıp uygulamaları içerisinde görsel tanı imkanı sağlayan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Romatologlar günlük pratiklerinde sıklıkla deri lezyonu olan hastalarla karşılaşmakta ve Dermatoloji konsültasyonlarına başvurmaktadır. Çalışmanın amacı tanısal deri lezyonu olan romatolojik hastalarda uygulanan TD aracılı konsültasyon yönteminin tanısal geçerlilik ve güvenilirliğin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışma prospektif metodolojik bir çalışmadır. Mart 2022 ile Eylül 2022 arasında Romatoloji polikliniğine başvuran ve henüz Dermatoloji tarafından görülüp tanı almamış aktif deri lezyonu bulunan tüm hastalar dahil edilmiştir. Romatolog tarafından lezyon için bir ön tanı kaydedilmesi ardından, lezyonun fotoğrafları telefon kamerası ile çekilerek iki ayrı dermatolog (bir

tanesi aynı merkezde, bir tanesi uzak merkezde) ile paylaşılmıştır. İki en olası ön tanı kaydetmeleri ve ek tetkik-biyopsi isteyip istemeyeceklerini belirtmeleri istenmiştir. Ardından hasta, hastanede bulunan Dermatoloğa aynı gün başvurarak yüz-yüze değerlendirme ile, gerekli ise deri biyopsisi ve ek tetkik yapılarak, lezyonunun kesin tanısı konulmuştur. Uzak merkezdeki ve kesin tanıyı bilmeyen teledermatoloğa 6 ay sonra aynı fotoğraflar atılarak yine ön tanıları kaydedilmiştir. Gözlemci-içi, gözlemciler-arası uyum, güvenilirlik, pozitif prediktif değerler (PPD) hesaplanmıştır.

Bulgular: TD, deri lezyonu olan romatolojik hastalar için geçerli ve güvenilir bir konsültasyon yöntemi olarak kullanılabilir. Klinik pratikte teledermatologlar romatologlara kıyasla tanısal değerlendirmede kısmen daha iyi performans göstermektedirler. TD, dermatoloğa ulaşma imkanının olmadığı ya da tanısal ivedi davranılması gereken durumlarda romatologlar için bir alternatif olabilir.

Sonuç: Bu çalışma tanı almamış deri lezyonları olan ve bu nedenle TD konsültasyonu uygulanan 113 romatoloji hastasını içermektedir (kadın %75,2, ortalama yaş: 44,9 yıl). Kesin tanıları incelendiğinde 6 aylık süreçte romatologların en sık tanısal psöriazis (n=27), lökositoklastik vaskülit (n=9), eritema nodosum (n=7) lezyonları ile karşılaştıkları gözlenmiştir. Çalışmada iki teledermatologun fotoğraflarla koydukları tanıları ile kesin tanı arası uyum mükemmel iken romatologun kesin tanı ile uyumu ise orta seviyededir. İki teledermatolog arası uyum 0,80 (p=0,38) iken, uzak merkezde bulunan teledermatologun gözlemci-içi uyumu 0,90 (p=0,29) olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Çalışmada romatologların en sık karşılaştıkları deri lezyonları için PPD'leri teledermatologlara göre daha düşük olarak izlenmiştir (Tablo 2).

Anahtar Kelimeler: Teledermatoloji, teletıp, enflamatuvar deri hastalıkları, psöriazis, telekonsültasyon

Tablo 1. Teledermatolojide deri lezyonlarının değerlendirilmesinde gözlemciler arası ve gözlemci-içi uyum

	Cohen'in kappa değeri	p-değeri	Uyum derecesi
Teledermatolog1 tanısı-kesin tanı	0,95	0,02	Neredeyse mükemmel uyum
Teledermatolog2 tanısı-kesin tanı	0,82	0,03	Neredeyse mükemmel uyum
Romatolog-kesin tanı	0,61	0,04	Önemli dereceli uyum
Teledermatolog1-Teledermatolog2 Gözlemciler-arası	0,80	0,38	Önemli dereceli uyum
Teledermatolog2-Teledermatolog2 Gözlemci-içi	0,90	0,29	Neredeyse mükemmel uyum

*Cohen'in kappa değerine göre: değerler ≤ 0 uyum yok, 0,01-0,20 uyum yok-çok az uyum, 0,21-0,40 az uyum, 0,41-0,60 orta uyum, 0,61-0,80 önemli dereceli uyum ve 0,81-1,00 neredeyse mükemmel uyum

Tablo 2. En sık karşılaşılan deri lezyonlarında teledermatolog ve romatologun pozitif prediktif değerleri ve uyumları

	Psöriazis		LKV		EN	
	PPD	kappa (p-değeri)	PPD	kappa (p-değeri)	PPD	kappa (p-değeri)
Romatolog	%70,27	0,74 (p<0,001)	%70,0	0,713 (p<0,001)	%87,5	0,92 (p<0,001)
Teledermatolog1	%96,43	0,97 (p<0,001)	%100	0,936 (p<0,001)	%100	1,00 (p<0,001)
Teledermatolog2	%96,43	0,97 (p<0,001)	%85,7	0,73 (p<0,001)	%87,5	0,92 (p<0,001)

LKV: Lökositoklastik vaskülit, EN: Eritema nodosum, PPD: Pozitif prediktif değer, λ : Cohen'in kappa değeri *Cohen'in kappa değerine göre: değerler ≤ 0 uyum yok, 0,01-0,20 uyum yok-çok az uyum, 0,21-0,40 az uyum, 0,41-0,60 orta uyum, 0,61-0,80 önemli dereceli uyum ve 0,81-1,00 neredeyse mükemmel uyum

Kolşisin tedavisi kesilen Behçet sendromu hastalarında mukokutanöz hastalık aktivitesi

Başak Şirin Ünal¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Hasan Yazıcı³,
Gülen Hatemi²

¹*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

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

³*Academic Hospital, Romatoloji Kliniği, İstanbul*

Amaç: Behçet sendromu'nda kolşisin tedavisinin etkinliğini değerlendiren önceki çalışmalarda kolşisin oral aft üzerine etkinliği konusunda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bir ilacın etkinliğini değerlendirmek için kullanılan yöntemlerden biri de ilaç kesme çalışmasıdır. Bu çalışma ile kolşisin tedavisi kesilen Behçet Sendromu hastalarında 12 hafta sonunda hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

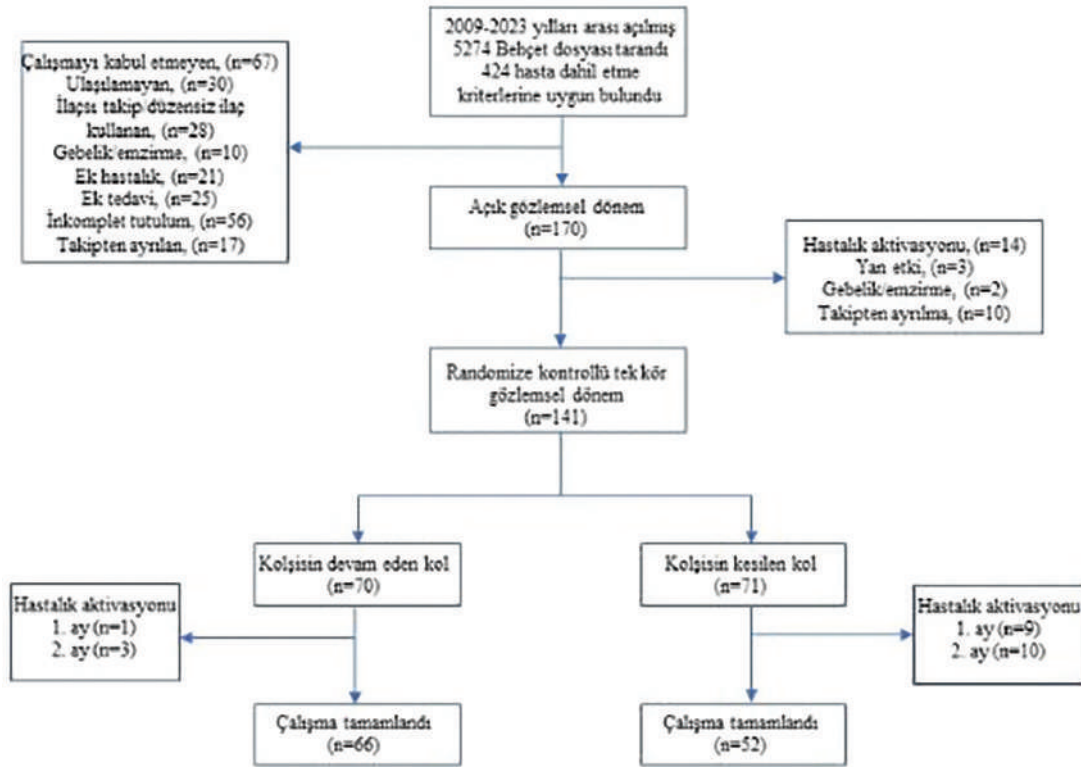
Yöntem: Bu tek merkezli, tek kör, randomize kontrollü, açık, gözlemsel çalışmaya Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerini karşılayan, mukokutanöz ve eklem tutulumlu, majör organ tutulumu olmayan hastalar dahil edilmiştir. Tüm değerlendirmeler hastaların hangi grupta olduğunu bilmeyen bir gözlemci tarafından

yürütülmüştür. On iki haftalık açık gözlemsel dönemde tüm hastalar kolşisine devam etmiştir. Süre sonunda hastalar kolşisine devam eden ve kolşisin kesilen olarak rastgele iki gruba ayrılmıştır. Randomizasyon; hastalık aktivitesi, hastalık süresi ve cinsiyete göre yapılmıştır. Randomizasyon sonrası 12 haftalık süreçte hastaların oral aft, genital ülser, papülopüstüller ve nodüler lezyon, şiş ve ağrılı eklem sayıları, oral aft ve genital ülsere bağlı ağrıları, Behçet hastalığı güncel aktivite formu (BDCAF) ve Behçet sendromu aktivite skoru (BSAS) ile değerlendirilen genel hastalık aktivitesi, Behçet hastalığı yaşam kalitesi indeksi (BDQoL) ve Kısa Form (SF)-36V2 ile değerlendirilen yaşam kalitesi kaydedilerek gruplar karşılaştırılmıştır. Birincil sonlanım noktası 12. haftadaki ortalama oral aft sayısıdır (Şekil 1).

Bulgular: Toplam 141 hasta; kolşisine devam eden (70 hasta, 45 K/25 E, ortalama yaş 45 ± 10 , oral aft ortalaması $1,1 \pm 1,3$) ve kolşisin kesilen (71 hasta, 46 K/25 E, ortalama yaş 44 ± 11 , oral aft ortalaması $1,04 \pm 1,0$) olarak rastgele iki gruba ayrılmıştır. Randomizasyon sırasında, tüm grupta oral ülselerin ortalama sayısı $1,11 \pm 1,14$, ortalama BDCAF skoru $1,75 \pm 1,17$, ortalama BSAS skoru $8,73 \pm 7,55$ ve ortalama BDQoL skoru $1,71 \pm 2,41$ idi.

Sonuç: Çalışmanın 12 haftalık randomize fazı tamamlanmıştır ve analizler devam etmektedir. Kongrede 12 haftalık sonuçlar sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, kolşisin, oral aft, randomize kontrollü çalışma



Şekil 1. Hasta akış şeması

PT-018

Tedavisi zor romatoid artritli hastaların tedavisinde barisitinibin etkinlik ve güvenliğine karşılaştırmalı bakış

Ali Ekin¹, Salim Mısırcı¹, Ahmet Görünen², Belkis Nihan Coşkun¹, Burcu Yağız¹, Ediz Dalkılıç¹, Yavuz Pehlivan¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

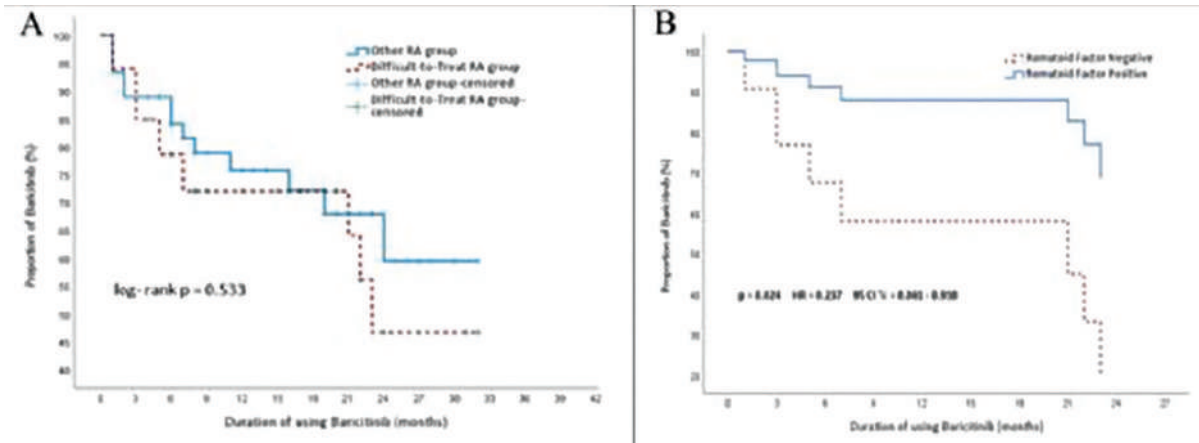
Amaç: Bu çalışma, zor tedavi edilen romatoid artrit (D2T RA) hastalarında, oral hedefe yönelik sentetik bir DMARD olan barisitinibin etkinliği ve güvenliğini, D2T RA olmayan hastalarla karşılaştırarak, D2T RA için alternatif bir tedavi seçeneği olma potansiyelini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Retrospektif kohort çalışmasına toplam 78 hasta dahil edilmiştir; bunlardan 33'ü D2T RA kriterlerini karşılarken, 45'i D2T RA grubunda yer almamaktadır. Çeşitli klinik ve laboratuvar parametreleri, advers olaylar ve hastalık aktivite indeksleri incelenmiş; ilaç etkinliği ve ilaç devamlılık oranları değerlendirilmiştir.

Bulgular: D2T RA hastaları, daha yüksek seronegativite oranı, daha önce bDMARD ve cDMARD kullanımı ve daha uzun hastalık süresi göstermiştir (Tablo 1 ve 2). Her iki grupta da barisitinib başlanmasından itibaren bazal, 3, 6 ve 12. aylarda VAS ve DAS28 skorlarında, SDAI, CDAI, HAQ, CRP ve ESR seviyelerinde azalma gözlenmiş ve etkinlik 12 ay boyunca devam etmiştir. En sık görülen advers olay enfeksiyon (%28,21) olmuştur. Başlangıçta ilaç devamlılık oranları gruplar arasında benzerken, 24. ayda D2T RA olmayan grupta daha yüksek bulunmuştur (%46,70 vs. %59,40). Alt grup analizleri, barisitinibin tek başına ya da metotreksat veya leflunomid ile kombinasyon halinde kullanıldığı durumlarda D2T RA ve D2T RA olmayan gruplar arasında benzer devamlılık oranları göstermiştir (Şekil 1).

Sonuç: Tedavi direncine rağmen, D2T RA kriterlerini karşılayan hastalar ile D2T RA olmayan hastalar benzer güvenlik ve etkinlik profilleri paylaşmıştır. Barisitinib, D2T RA hastaları için etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır ve D2T RA olmayan grup ile karşılaştırılabilir sonuçlar sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Difficult-to-treat, romatoid artrit, güvenlik, barisitinib, hastalık aktivitesi



Şekil 1. A) Kaplan-Meier analizine göre D2T RA grubu ve D2T RA olmayan grubun ilaç devamlılık oranları
B) Kaplan-Meier analizine göre D2T RA grubundaki romatoid faktör pozitif alt grup ile negatif alt grubun karşılaştırılması

Tablo 1. D2T RA grubu ile D2T RA olmayan gruptaki hastaların özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	D2T RA Grubu (n=33)	D2T RA Olmayan Grup (n=33)	p-değeri
Yaş (yıl), ortalama \pm std. sapma (min., maks., medyan)	51.21 \pm 14.10 (26, 78, 50)	50.11 \pm 11.69 (29, 70, 51)	0,708
Romatoid artrit süresi (ay), medyan (P25, P75)	175.52 \pm 109.91 (21, 540, 169)	111.33 \pm 83.46 (14, 385, 79)	0,002
Başlangıç yaşı (yıl), ort. \pm std. sapma (min., maks., medyan)	36.61 \pm 14.38 (11, 63, 38)	40.87 \pm 11.82 (21, 62, 41)	0,156
Barisitinib kullanım süresi (ay), ort. \pm std. sapma (min., maks., medyan)	14.45 \pm 9.43 (1, 32, 16)	14.16 \pm 9.01 (1, 32, 14)	0,888
Semptomdan tanıya kadar geçen süre (ay), medyan (P25, P75)	16.24 \pm 22.16 (1, 132, 12)	11.16 \pm 8.75 (1, 54, 12)	0,138
Eşlik eden hastalık varlığı, n (%)	15 (45,50)	14 (31,10)	0,195
Fibromiyalji, n (%)	10 (30,30)	16 (35,60)	0,627
Anksiyete, n (%)	4 (12,10)	5 (11,10)	0,771
Depresyon, n (%)	3 (9,10)	5 (11,10)	0,890
Düşük tedavi uyumu, n (%)	9 (27,27)	4 (8,89)	0,031
İnterstitiyel Akciğer Hastalığı, n (%)	1 (3,03)	Yok	Yok
Sigara kullanımı, n (%)	7 (2,20)	9 (20,0)	0,197
Seropozitiflik, n (%)	20 (60,60)	37 (82,20)	0,033
RF pozitifliği, n (%)	15 (45,50)	35 (77,80)	0,003
Anti-CCP pozitifliği, n (%)	17 (51,50)	33 (73,30)	0,047
Anti-CCP ve RF birlikte pozitifliği, n (%)	12 (36,40)	31 (68,90)	0,004
Barisitinib tercihi, n (%)			
Birinci sıra	0	25 (55,60)	
İkinci sıra	0	17 (37,80)	
Üçüncü sıra ve sonrası	33 (100,0)	3 (6,60)	
Barisitinib ile birlikte kullanılan c-DMARD'lar, n (%)			
Metotreksat	10 (30,30)	20 (44,40)	0,205
Leflunomid	10 (30,30)	11 (24,40)	0,564
Sulfasalazin	0	1 (2,20)	0,389
Hidroksiklorokin	12 (36,40)	19 (42,20)	0,601
Barisitinib bırakma nedeni, n (%)	12 (36,36)	13 (28,89)	0,668
Yan etkiler	3 (9,09)	4 (8,88)	0,914
Birincil etkisizlik	3 (9,09)	3 (6,70)	0,691
İkincil etkisizlik	4 (12,10)	4 (8,90)	0,642
Diğerleri	2 (6,0)	2 (4,40)	0,749
Barisitinib öncesi kullanılan c-DMARD sayısı, medyan (P25, P75)	4 (3,4)	3 (3,4)	0,008
Daha önce kullanılan c-DMARD'lar, n (%)			
Metotreksat	33 (100,0)	45 (100,0)	(-)
Leflunomid	29 (87,90)	35 (77,0)	0,251
Sulfasalazin	25 (75,80)	20 (44,40)	0,006
Hidroksiklorokin	29 (87,90)	42 (93,33)	0,405
Barisitinib öncesi kullanılan b-DMARD sayısı, medyan (P25, P75)	2 (2,4)	0 (0,1)	<0,001
Daha önce kullanılan b-DMARD'lar, n (%)			
Tocilizumab	15 (45,50)	8 (17,80)	0,008
Abatacept	7 (21,20)	2 (4,40)	0,022
Anti-TNF	32 (97,0)	13 (28,90)	<0,001
Adalimumab	19 (57,60)	3 (6,70)	<0,001
Certolizumab	10 (30,30)	5 (11,10)	0,034
Infliximab	9 (27,30)	0	<0,001
Golimumab	9 (27,30)	3 (6,70)	0,013
Etanercept	13 (39,40)	4 (8,90)	0,001
Rituksimab	9 (27,30)	1 (2,20)	0,001
Daha önce tofasitinib kullanımı, n (%)	13 (39,40)	3 (6,70)	<0,001
Glukokortikoid kullanımı >7,5 mg/gün, n (%)	5 (15,15)	10 (22,22)	0,434

Tablo 2. İlaç güvenlik verilerinin özeti

Değişkenler	D2T RA Grubu (n=33)	D2T RA Olmayan Grup (n=45)	p-değeri
Advers olaylar, n (%) / n°	12 (36,36) / 30,19	14 (31,11) / 26,38	0,892
Alerjik reaksiyon	2 (6,10) / 5,03	1 (2,22) / 1,88	0,384
Ciddi enfeksiyon	3 (9,09) / 7,55	4 (8,88) / 7,54	0,914
Enfeksiyon (ciddi enfeksiyon dahil)	9 (27,27) / 22,64	13 (28,89) / 24,49	0,443
Alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni hariç)	2 (6,06) / 5,03	1 (2,20) / 1,88	0,384
Üst solunum yolu enfeksiyonu	2 (6,06) / 5,03	3 (6,67) / 5,65	0,914
Selülit	0 / 0	1 (2,22) / 1,88	0,396
Herpes Zoster	1 (3,03) / 2,52	2 (4,44) / 3,77	0,748
İdrar yolu enfeksiyonu	2 (6,06) / 5,03	4 (8,88) / 7,54	0,643
Brusella	0 / 0	1 (2,22) / 1,88	0,389
Tüberküloz	1 (3,03) / 2,52	1 (2,22) / 1,88	0,240
Septik artrit	1 (3,03) / 2,52	0 / 0	0,245
Dispepsi	1 (3,03) / 2,52	0 / 0	0,240

n°: Veriler, 100 hasta-yılı başına olgu sayısını göstermektedir

XXIV. Ulusal Romatoloji Kongresi Bildiri Özetleri

26-30 Ekim 2024

E-bildiri Poster Sunumları

(EP-001 — EP-047)

EP-001

Ankilozan spondilit ve eşlik eden esansiyel trombositoz tanılı hastada çoklu anti-TNF kullanım tecrübemiz

Dilara Bulut Gökten, Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ

Giriş: Trombositoz genelde insidental olarak saptanan, hem miyeloproliferatif hastalıklar (MPH) seyrinde, hem de reaktif olarak görülebilen bir tablodur. Reaktif olarak görüldüğünde, sekonder bir hastalık seyrinde mevcuttur ve altta yatan hastalık tedavisi ile geriler. Ankilozan spondilit (AS), kronik multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır ve AS seyrinde sekonder olarak hafif ve orta derecede trombositoz görülebilmektedir. Esansiyel trombositoz (ET) ise bir MPH'tır, asemptomatik kişilerde trombosit sayısı sürekli olarak $\geq 450 \times 10^9/L$ ise ET'den şüphelenilmesi gerekir. AS tedavisinde günümüzde steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar sonrasında ilk sıra tedavide aktif olarak anti-tümör nekroz faktörü (TNF) tedaviler kullanılmaktadır. Şimdiye değin literatürde bildirilen AS seyrinde MPH olan olgu sayısı sınırlıdır. Anti-TNF tedavinin MPH sürecine net etkisi tam olarak bilinmemesine karşın, MPH durumunda dikkat edilmesi gerektiğine yönelik yayınlar mevcuttur. Bu olguda biz de AS seyrinde ET tanısı mevcut olan bir hastamızdaki anti-TNF kullanım tecrübemizden bahsedeceğiz.

Olgu: Otuz beş yaşında erkek hastanın 2010 yılından beri kemik iliği biyopsisi sonucunda ET tanısı mevcut idi. Romatoloji polikliniğimizde 2013 yılında AS tanısı hastaya kondu. İzlemede hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçlara yanıt vermeyen hastaya öncelikle etanercept, paradoksik üveit sonrası infliximab ve sekonder yanıtızsızlık sonrasında adalimumab verildi. Hematoloji tarafından ET açısından aspirin ve hidroksiüre ile takip edilen bu hasta, 2016 yılından beri multidisipliner olarak takip edilmekte olup trombosit değerleri ve kliniği stabil seyretmektedir.

Sonuç: Anti-TNF tedavisinin trombosit sayısını düşürdüğü ile ilgili yayınlar mevcuttur, bu ilaç grubunun IL-1, IL-6 ve IL-8 gibi sitokinleri azaltması ve açıklanamayan kompleks hematopoietik etkileri ile trombositopeni yapabilecekleri düşünülmüştür. Buna karşın literatürde inflamatuvar barsak hastalığı için anti-TNF kullananlarda sekonder ET ve akut myeloid lösemi geliştiği bildirilmiştir. Anti-TNF'lerin hematolojik malignitelerde kullanılması konusunda dikkatli olunmalıdır, mümkün olan ve ilaç kullanımıyla görülebilecek etkilerden biri malignitelerdir. Ancak biz, bu hasta tecrübemizde uzun yıllar TNF antagonisti kullanmamıza rağmen hematolojik açıdan herhangi bir olumsuz durum ile karşılaşmadık.

Anahtar Kelimeler: Esansiyel trombositoz, ankilozan spondilit, anti-TNF

Ekstragenital ülserlerin eşlik ettiği behçet sendromlu bir hasta

Yunus Durmaz

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Karabük

Giriş: Behçet sendromu (BS); nedeni bilinmeyen kronik bir hastalıktır. Hastalığın en sık semptomları olarak oral ve genital ülserler, eklem tutulumu, üveit ve vasküler tutulumlar sayılabilir. Oral aft genellikle hastalığın en sık ve ilk bulgusudur. Oral aftlar genellikle ağrılı, 1-3 cm çaplarındadır ve genellikle skar bırakmadan iyileşirler. Genital ülserler ise genellikle bir papül veya papülopüstül şeklinde başlayıp, zımbayla delinmiş gibi görünümde ülserler ile seyredebilir. Sıklıkla erkeklerde skrotumda iken kadınlarda ise labialardadır. Biz burada BS tanısı koyduğumuz bir hastada gelişen ekstragenital ülserli bir hastamızı sunmak istedik.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında 6 aydır oral ve genital ülser şikayeti olan erkek bir hasta dış merkezden BS ön tanısı ile romatoloji polikliniğine sevk edilmişti. Fizik muayenesinde oral aft 1 adet yaklaşık 2 mm boyutlarında, sol testiste yaklaşık 5 mm. lik bir adet genital ülser dışında sol axillar medial yüzde 3 mm ve anüs çevresinde 4 mm'lik olmak üzere ekstragenital ülserleri mevcuttu. Diğer sistemik muayenede özellik saptanmadı. Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 4500/ pL, Hb: 13,8 g/dL, platelet: 458.000/ pL; eritrosit sedimantasyon hızı: 44 mm/saat, C-reaktif protein: 32,10 m g/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki, biyokimya testleri normal bulundu. Medikal tedavi olarak kolşisin 3x1 prednizolon 10 mg tedavisi ile klinik ve labaratuvar takibe alındı. Ancak ülserleri 3 ayda tam geçmeyen hastaya azatiopürin 100 mg /gün po tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastalık aktivasyonu baskılandı.

Sonuç: BS'da mukokutanöz lezyonlar içinde oral aft ve genital ülser sıklıkla karşılaşılan tutulum iken ekstragenital tutulumda bizim hastamızda olduğu gibi nadiren görülebilir. Litaraturde memede, bacaklarda, aksillada, ayak parmak aralarında ve inguinal bölgede yerleşmiş, klinik olarak afta, iyileşme süreci olarak genital ülserasyonlara benzeyen, tekrarlayıcı karakterde ekstragenital ülserlerde deri lezyonu olarak tanımlanmıştır. Yine tedavisinden kortikosteridler ve kolşisin kullanılabilir. Bu tedavilere yanıtız hastalarda olgumuzda olduğu gibi azatiopürin tedavisinde başlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, ekstragenital ülserler, mukokutanöz lezyonlar

Crohn tanılı hastada kalça artritini taklit eden iliopsoas apsesi olgusu

Esra Erpek Karaova¹, Yücel Genç²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Eskişehir Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Eskişehir

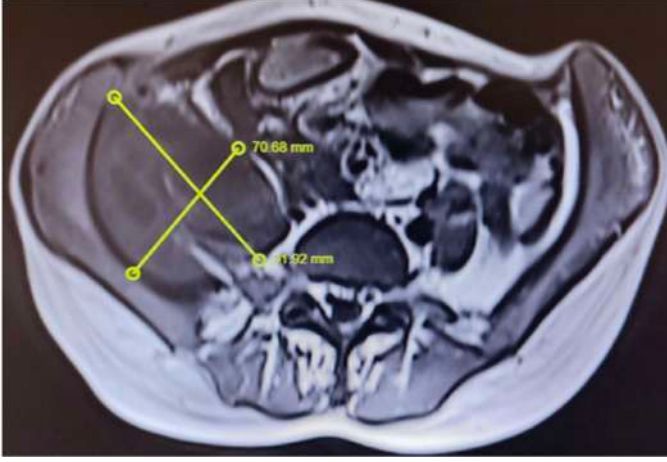
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Eskişehir Şehir Hastanesi Radyoloji Kliniği, Eskişehir

Giriş: Enflamatuvar bağırsak hastalıklarında (İBH), romatolojik belirtiler oldukça yaygın olmakla birlikte İBH'nin komplikasyonları da eklem ağrısına neden olabilir ve steril enflamasyondan ayırt edilmelidir. Burada size crohnlu hastada kalça artritini taklit eden bir iliopsoas apsesi olgusu sunacağız.

Olgu: Yirmi iki yaşında kadın gastroenteroloji polikliniğinden 10 gündür olan sağ kalça ağrısı yakınması ile konsülte edildi. Hastanın iki yıldır crohn tanısı mevcuttu, mesalazin iki gr/gün budesonid altı mg/gün oral tedavileri ile stabil seyreliyordu. Hastanın romatoloji polikliniğinde yapılan sistem sorgusu ve fizik muayenesinde hareketle kötüleşen, gün boyu devam eden sağ kalça ön ve arka kısmına vuran ağrısı mevcuttu. Ateşi yoktu. Aksiyal yakınması yoktu. Fizik muayenede eklem hareketleri tüm yönlere ağrılı idi, eklem çevresinde kızarıklık ya da ısı artışı yoktu. Laboratuvarında biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda idi, C-reaktif protein: 75,3 mg\L (normal aralık 0-5), sedimantasyon: 50 mm/h, beyaz küre: 10.240 mcL (4.400-10.900 normal aralık), hemoglobin: 10,5 g/dL, trombosit: 318.000 mcL idi. Hepatit ve insan immün yetmezlik virüsü viral tetkikleri ve brucella testi negatifti. Akut monoartrit olması nedeni ile hasta ortopedi ile de görüşülerek sağ kalça ve sakroiliyak manyetik rezonans görüntüleme (MRG), ayrıca crohn komplikasyonlarını dışlamaya yönelik kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Abdominal BT de sağ iliopsoas kasının üst kesiminden başlayarak iliopsoas kası içerisinde devamlılık gösteren içerisinde hava dansiteleri izlenen 53*92 mm boyutunda ön planda apse ile uyumlu sıvı koleksiyonu izlendi. Sağ kalça MRG de (Şekil 1) bu görüntüyü destekledi, sakroiliyak MRG olağan idi. Hastaya steroid olmayan anti-inflamatuvar tedavisi ve sulbaktam ampisilin ve siprofloksasin ikili antibiyoterapi başlandı ve eş zamanlı girişimsel radyoloji ile görüşülerek apse drenajı yapıldı. Gönderilen kültürde Esherichia coli üremesi oldu ve mevcut antibiyoterapisine duyarlı olması üzerine tedavisine devam edildi. Altı hafta intravenöz antibiyoterapi sonrası taburcu edilen hasta taburculuktan 20 gün sonra benzer şikayetlerle tekrar başvurdu ve genel cerrahi tarafından opere edildi.

Sonuç: Crohn, sekonder iliopsoasapsesi oluşumunun yaygın bir nedenidir ve hastaların tahminen %0,4 ile %4,3'ünde görülür. Klinisyenler, crohnu olan bir hastada kalça şikayetlerini değerlendirirken bu teşhisi akıllarında tutmalıdır. Iliopsoas apsesinin tedavisi drenaj ve antibiyotik tedavisi gerektirir, ancak tekrarlayan apseler, bizim olgumuzda olduğu gibi apsenin cerrahi olarak çıkarılmasını gerektirebilir.

Anahtar Kelimeler: Crohn, iliopsoas apsesi, komplikasyon



Şekil 1. Manyetik rezonans görüntüleme apse görünümü ve boyutları

EP-004

Serebellar ataksi ile başvuran hasta anti-glutamik asid dekarboksilaz antikoruna ilişkili mi Sjögren nörolojik tutulum mu?

Yasemin Özden Eldemir

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

Glutamik asit dekarboksilaz (GAD), glutamatın merkezi sinir sistemi (MSS) içindeki ana inhibitör nörotransmitter olan gamma-aminobütirik asite (GABA) dekarboksilasyonunu sağlayan hücre içi bir enzimdir. GAD antikorları; Stiff-person sendromu, serebellar ataksi ve limbik ensefalit dahil olmak üzere birçok nörolojik sendromla ilişkilendirilmiştir ve bunların hepsinin azalmış GABA erjik iletiminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sjögren sendromunda yaklaşık (%8-49) oranında nörolojik semptomlar görülür, hem periferik hem de daha az oranda

MSS tutulumu gözlenmektedir, tutulan alan ve paterne göre geniş bir spektrumu içerir, periventriküller ve subkortikal alanlar daha çok etkilenir; bilişsel bozukluklar, depresyon, epileptik nöbetler, ensefalit, ataksi, serebellar sendromlar ve nöromiyelitis optika MSS tutulumunu gösteren klinik bulgulardandır. Elli beş yaşında kadın hastanın 2 ay önce baş dönmesi, sonrasında dengesizlik sendeleme şikayetleri başlamış tek destekle yürümeye başlamış ve sol tarafında hissizlik, güçsüzlük olunca inme geçirdiğini düşünmüş progresyon göstermemekle birlikte şikayetleri devam eden hasta nörolojiye başvurmuş çekilen kranial manyetik rezonansında bilateral frontoparietal subkortikal derin beyaz cevher periatrinal T2/FLAIR hiperintens diffüzyon kısıtlılığının eşlik etmediği sinyal artışları saptanmış; yapılan tetkiklerinde anti-nükleer antikorlar testi: benekli (AC-4,5) +++, romatoid faktör: 60,2 (0-30), SSA: +++, Anti dsDNA: -AFAS paneli: -C3, C4: normal PR3 ANCA: -MPO ANCA-ESR: 69 mm/saat C-reaktif protein: 14,6 mg/L (0-5) ağız kuruluğu göz kuruluğu olan hastaya tükürük bezi biyopsisi yapıldı adacık hücre antikoruna: 107,3 (0-28), insülin antikoruna: 83,5 (<20), anti-glutamat dekarboksilaz antikoruna: 22300 (<5 IU/mL) ancak hastanın diyabeti yoktu, çölyak antikorları: Anti-tiroid peroksidaz: 6109.97 (0-60), tiroid uyarıcı hormon: 11,7, sT4: normal levotiroksin alıyor, parathormon: 53 (18,5-88), vit B12: 388, ferritin: 61, 25-hidroksi vitamin D: 6,5, folat: 14,9, bakır: 121 (70-150), seruloplazmin: 0,35 (0,2-0,6), serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE): 3 (8-52), beyin omurilik sıvısı (BOS) ACE: <3 (negatif), BOS kültürü: üreme yok immunglobulin G (IgG) indeksi (serum ve BOS): 0,51 (<0,7) hepatit marker: Nörotropik viral testler: -, brucella: -borrelia IgM, IgG negatif, malignite taraması negatif, radikülopati ve pleksus protokolü elektromiyografi normal olan hastaya pulse steroid ve intravenöz Ig tedavisi planlandı.

Nörolojik tutulum etyolojisi araştırılan hastaya Sjögren tanısı konulmakla birlikte, eşlik eden otoimmün hastalıkları olan ileri yaş kadın hastalarda, tedaviye erken başlatılması için GAD-antikoruna bağlı serebellar ataksi tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti-glutamik asid dekarboksilaz antikoruna, Sjögren, serebellar ataksi

Miks konnektif doku hastalığı karaciğer tutulumu: Nadir bir olgu

Emel Oğuz Kökoğlu¹, Melih Kızıltepe¹,
Tuğba Kahraman Denizhan¹, Hüseyin Kaplan²,
Celil Barlas Cengiz¹, Abdurahman Soner Şenel¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Miks konnektif doku hastalığında (MKDH) görülen hepatik disfonksiyon ilaçlara, pulmoner hipertansiyonla ilişkili karaciğer konjesyonuna veya otoimmün hepatite bağlı gelişebilir. Burada karaciğer fonksiyon testlerinde (KCFT) bozukluk nedeni ile etiyoloji araştırılan ve MKDH karaciğer tutulumu tanısı alan bir olguyu tanımladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 28 yaşında kadın hasta son altı aydır sebat eden KCFT yüksekliği ile Ocak 2022'de gastroenteroloji tarafından değerlendirilmiş. İlaç kullanım öyküsü olmayan hastanın tetkiklerinde Anti-Hepatit B yüzey antikoruna dışındaki viral seroloji negatif, ultrasonografi'de karaciğer boyutu 165 mm, ekojenitesi grade 1-2 saptanmış. Otoimmün belirteçlerden anti-nükleer antikor IFAT: 1/10000 granüler patern pozitif, anti-SM/ ribonükleoprotein (immunoblotting) +++ ve karaciğer spesifik antikorları negatif saptanması üzerine romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hasta Nisan 2022'de polikliniğimize başvurdu. Sorgulamasında inflamatuvar eklem ağrıları, yüzde kızarıklık, göz kuruluğu ve Raynaud fenomeni mevcuttu. Fizik

muayenesinde malar rash dışında patoloji yoktu. Kapilleroskopide; dilate kapillerler dışında patoloji yoktu. Hemogram normal, sedimentasyon 38 mm/s, kompleman seviyeleri normaldi. Anti-ds DNA, anti-fosfolipid antikorları ve anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar da negatifti. Hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer dokusunda periportal ve porto-portal birleşme eğilimi gösteren fibrozis, portal alanlarda orta şiddette enflamasyon, duktuler reaksiyon ve %5-10 makroveziküler yağlanma izlendi. Patoloji konseyinde değerlendirilen hastada otoimmün hepatit düşünülmedi. Hemokromatozis geninde patoloji saptanmadı, idrar bakır normal geldi. Duktuler patolojiler açısından çekilen manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi normal geldi. Hasta mevcut bulgularla MKDH ve buna bağlı karaciğer tutulumu olarak değerlendirildi. Hidroksiklorokin 200 mg/gün, prednizolon 10 mg/gün, nifedipin 30 mg/gün ve ASA 100 mg/gün başlandı. Takiplerde KCFT gerileyen hastaya azatiyopürin 200 mg/gün başlandı. Prednizolon altı ayda tedrici olarak kesildi. Tedavi öncesi ve sonrası KCFT'leri Tablo 1'de verildi. Hastanın mevcut tedaviler altında KCFT'leri normal seviyede takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç: Histopatolojik olarak lenfoid infiltrat ile lobüler veya periportal enflamasyonun görüldüğü sistemik lupus eritematozus (SLE) ile ilişkili karaciğer disfonksiyonu, diğer adıyla lupus hepatiti, kortikosteroidlere iyi yanıt vermektedir. SLE'de olduğu gibi bağ doku hastalıklarında da karaciğer tutulumu nadirde olsa görülebilmektedir. Sunulan olgu MKDH karaciğer tutulumu olarak değerlendirilmiş ve immünsupresif tedaviye iyi yanıt alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer fonksiyon test anormallığı, karaciğer hastalığı, miks konnektif doku hastalığı

Tablo 1. Tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar sonuçları

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası 1. ay	Tedavi sonrası 20. ay
AST (u/L) (0-32)	193	35	24
ALT (u/L) (0-33)	233	58	21
GGT (u/L) (6-42)	223	81	38
ALP (u/L) (35-105)	100	70	83
ESR (mm/s) (0-20)	38	20	22
IgG (mg/dL) (700-1600)	1961	-	-
CPK (U/L) (26-192)	46	-	-

AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, GGT: Gama glutamiltranspeptidaz, ALP: Alkalen fosfataz, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, IgG: İmmünglobülin G, CPK: Kreatin kinaz

Psikoz ile prezente olan SLE ve TTP olgusu

Zeynep Toker Dinçer, Berna Yurttaş, Mustafa Erdoğan, Yeşim Özgüler

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

Giriş: Nöropsikiyatrik (NP) sistemik lupus eritematozus (SLE), santral sinir sistemi tutulumuna bağlı olarak, çeşitli psikiyatrik, nörolojik semptomlar ile karakterize bir tablodur. Organik psikoz ise lupus hastalarının %5'inde görülmektedir. SLE ve trombotik trombositopenik purpura (TTP) birlikteliği nadir olarak görülebilir.

Olgu: Yirmi iki yaşında kadın, saç dökülmesi, kaşıntılı purpurik deri döküntüleri nedeni ile dermatoloji tarafından 7 aydır takip edilirken, trikotillomani ve nörodermatit düşünülerek psikiyatri hekimine yönlendirilmiş. Psikotik depresyon ve delirium tanısı ile psikiyatri kliniğine yatırılmış. Hastanın tetkiklerinde hemoglobin: 5 gr/dL, trombosit: 18.000/mm³, lökosit: 7000/mm³, laktat dehidrogenaz: 1876 IU/L saptanması üzerine hasta iç hastalıklarına danışılmış. Periferik yaymasında çok sayıda şistosit görülmüş ve hasta hematoloji tarafından mikroanjiyopatik hemolitik anemi (MAHA) olarak değerlendirilmiş. Hasta temporal alopesi ve vaskülitik döküntüleri nedeni ile tarafımıza danışıldı. Fizik muayenede vitalleri stabil olan hastada akrosiyanoz eşlik eden, peteşial döküntüleri, temporal bilateral alopesi, malar raş mevcut ve konjunktivalar soluk görünümde idi. Arteriyel tansiyon 120/80 mmHg ve diğer sistem muayeneleri normal saptandı. Sistem sorgulamasında oral aft dışında ek yakınması yoktu. Tetkiklerinde, anti-nükleer antikor testi: 1/1280 homojen pozitif, anti ds-DNA: 49 IU/mL (pozitif), anti-Sm: 291 U/mL (pozitif), anti-RNP: 218 U/mL (pozitif), C3: 0,39 g/L (düşük), kreatinin: 0,6 mg/dL (normal) bulundu. Hastaya SLE tanısı ile 500 mg intravenöz metilprednizolon uygulandı, TTP ön tanısı ile ADAM-TS13 düzeyi ve antikoru için örnek alınarak plazmaferez başlandı. İdame doz 60 mg/gün metilprednizolon ve hidroklorokin 400 mg/gün başlandı. Hastanın nörolojik tutulumu açısından yapılan kranial manyetik rezonans (MR) ve MR anjiyografisi normal bulundu. Planlanan lomber ponksiyon hasta uyumu olmaması nedeni ile yapılamadı. Yirmi dört saatlik idrar protein düzeyi 754 mg/gün saptandı. Hasta ve yakınları onamı alınamadığı için renal biyopsi yapılamadı. Tedavi sonrası 3. günde klinik ve laboratuvar olarak belirgin düzelleme sağlandı. Hastaya NP-SLE ve lupus nefriti tanıları ile siklofosamid ve prednizolon tedavisi başlandı.

Sonuç: SLE hastalığında görülen NP bulgular hastalık tanısı konmadan, hastalık tanısı ile eş zamanlı veya tanı sonrası ortaya çıkabilir. Hem tanı hem takipte multidisipliner yaklaşım ve ilgili hekimlerin farkındalığı NP-SLE tanısının zamanında konması ve erken tedavisi için önem arz etmektedir. Hemolitik anemi ve trombositopeni SLE hastalarında sık görülebilmekle birlikte MAHA nadiren görülmektedir. SLE hastalarında MAHA şüphesi varlığında TTP ön tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, nöroloji, psikiyatri

Enteropatik artrit tanısı konulan ve anti-tümör nekroz faktör-alfa tedavisi altında palmaplantar psöriasis gelişen hastanın tedavi yönetimi

Özlem Kılıç, Seda Çolak, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Anti-tümör nekrozis faktör- α (anti-TNF- α) tedavisi ankilozan spondilit (AS), Crohn hastalığı (CH) ve psoriasis tedavisinde etkili bir ajan olmakla birlikte, paradoksal olarak psoriasiform lezyonları tetikleyebildiği literatürde bildirilmiştir. Ustekinumab, IL-12 ve IL-23 sitokinlerinin ortak p40 alt birimlerini etkileyen immünoglobülin G-1 rekombinant monoklonal antikorudur. Orta-şiddetli plak tip psoriasis tedavisinde etkinliği ve güvenliliği kanıtlanmıştır. Ayrıca hem spondiloartrit hem de psoriasis tedavisinde kullanım alanı mevcuttur.

Olgu: Kırk dört yaşında erkek hasta karın ağrısı, ishal ve inflamatuvar karakterde bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde; son bir aydır aralıklı yemek sonrası oluşan karın ağrısı, ishal ve 20 yıldır süren inflamatuvar karakterde bel ağrısı şikayeti vardı. Fizik muayenesinde karın sağ alt kadranda hassasiyet mevcut olup bağırsak sesleri artmıştı. Lökomotor sistem incelemesinde sakroiliak germe testi bilateral pozitif, modifiye schober 2 cm, oksiput-duvar mesafesi 12 cm saptandı. Olgunun Bath AS hastalık aktivite indeksi (BASDAI) skoru 5,4 idi. Hastanın direkt grafileri Şekil 1'de gösterilmiştir. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı 26 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 21 mg/dL, gaitada gizli kan testi negatif, HLA-B27 pozitif. Gastroenterolojideki değerlendirilmesinde CH ile uyumlu bulguları saptanan hastaya adalimumab ve mesalamin tedavileri başlandı. Tedavinin birinci ayında hastanın alt ve üst ekstremitelerde artmış palmaplantar desquamasyon ve eritematöz plaklar gelişti. Deri biyopsisi psöriaziform dermatit ile uyumluydu. Adalimumab tedavisi kesilerek sertolizumab pegol başlandı. Tedavinin 3. ayında barsak semptomları aktif olan, psöriazis lezyonlarında gerileme olmayan ve BASDAI ve ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru (ASDAS)-CRP aktivite lehine olan hastaya ustekinumab başlandı. Tedavinin 3. ayında barsak semptomu olmayan, BASDI ve ASDAS-CRP yanıtı alınan hastanın psöriazis lezyonları da geriledi (Tablo 1).

Sonuç: Psoriasis, AS ve CH ortak bir patogeneze sahip olan ve sıklıkla birlikte görülebilen hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan anti-TNF- α ajanlar paradoksal olarak psoriasis oluşumuna neden olabilirler. Bu durumda sınıf içi ajan değişikliği yapılabileceği gibi sınıf değişikliği yaparak farklı sitokinler üzerinden etki eden ajanların kullanımı da tercih edilebilir. Ustekinumab bu hastalarda etkin bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Palmaplantar psöriasis, Crohn, ustekinumab, anti-TNF alfa



Sekil 1. Sakroiliak eklemlerde ankiloz ve lomber vertebralarda bambu kamışı oluşumu görülmektedir

Tablo 1. Kullanılan biyolojik ajanların tedavi yanıtları

	Adalimumab 1. ay	Sertolizumab pegol 3. ay	Ustekinumab 3. ay
PASI	5,8	5,8	0
BASDAI	5,4	5	2,3
Doktor VAS	8	7	1
Hasta VAS	8	8	1
CRP	14,73	14,29	2,1
ESH	42	39	12
ASDAS-CRP	5,4	5,1	2

PASI: Psoriasis alan ve şiddet indeksi, BASDAI: Bath AS hastalık aktivite indeksi, VAS: CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, ASDAS-CRP: Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru

EP-008

Anti-SAE1, anti-SS-A ve anti-cN1A antikorlarının eş zamanlı pozitif olduğu bir dermatomyozit olgusu

Hüseyin Kaplan¹, Emel Oğuz Kökoğlu², Melih Kızıltepe², Tuğba Kahraman Denizhan², Celil Barlas Cengiz², Abdurrahman Soner Şenel²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Dermatomyozit (DM), deri lezyonları ve kas güçsüzlüğü ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. DM'de tespit edilen otoantikorlar miyozit spesifik otoantikorlar (MSAs) ve miyozit ilişkili otoantikorlar (MAAs) olarak iki gruba ayrılır. Burada MSAs grubunda yer alan anti-SAE1 ve MAAs grubunda yer alan anti-SS-A ve anti-cN1A antikorların bir arada bulunduğu, DM ve eşlik eden sekonder Sjögren sendromu (SjS) tanısı alan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Kırk altı yaşında kadın hasta 2 aydır yüzde şişlik ve kızarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Romatolojik sorgulamada; halsizlik, yorgunluk, artralji, ağız kuruluğu, fotosensitivite ve deri döküntüleri mevcuttu. Fizik muayenesinde; bilateral periorbital ödem, heliotropik raş, malar raş, gottron papülleri ve şal belirtisi ile uyumlu döküntüler görüldü (Şekil 1). Alt ekstremitte proksimallerde 1/5 kuvvet kaybı mevcuttu. Laboratuvar incelemede; anti-nükleer antikorlar: 1/320 nükleolar patern, anti-SS-A (52-kDa) + idi. Ek olarak, dış tetkik MSAs ve MAAs'lerde anti-SAE1 ve anti-cN1A pozitifliği. Deri biyopsisi bulguları DM ile uyumluydu. Tükürük bezi biyopsisinde SjS'yi destekleyen lenfoplazmositer hücre

infiltrasyonu görüldü. Uyluk manyetik rezonans görüntüleme'de rektus femoris kaslarında sağda daha belirgin sinyal artışı ve kontrastlanma artışı izlendi. Elektromiyografi'de ekstremitte proksimal kaslarında myojenik motor ünite potansiyeller elde edildi. Malignite saptanmadı. DM ve sekonder SjS tanılarıyla metilprednizolon 1 mg/kg/gün, hidroksiklorakin 1*200 mg ve metotreksat 20 mg/hf başlandı. Şikayetleri belirgin gerileyen hastanın takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç: MSAs ve MAAs; DM tanısında, klinik belirtileri ve prognozu tahmin etmede yardımcıdır. Anti-SAE1'in klinik fenotipi konusundaki veriler kas tutulumunun deri tutulumu ile aynı anda veya daha sonraki dönemde ortaya çıkabileceği göstermektedir. Hastamızda deri ve kas tutulumu eş zamanlı tespit edildi. Anti-cN1A, inklüzyon cisimciği miyoziti hastalarının %30-50'sinde mevcuttur. Ayrıca, juvenil DM ve SjS gibi diğer sistemik otoimmün hastalıklarda da gösterilmiştir. Olgumuzda, mevcut klinik prezantasyon ile birlikte muayene ve biyopsi bulguları ele alındığında anti-cN1A ve anti-SS-A pozitifliği SjS ile ilişkilendirildi. Sonuç olarak, bildiğimiz kadarıyla olgumuz anti-SAE1, anti-SS-A ve anti-cN1A antikorlarının bir arada gösterildiği ilk olgu olması açısından önemlidir. Uygun hastalarda rutin romatolojik tetkiklere ek olarak farklı laboratuvarlarda geniş miyozit panelinin çalışılması ek faydalar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyozit, otoantikor, sekonder Sjögren sendromu



Şekil 1. A) bilateral periorbital ödem, heliotropik raş, malar raş. B) Ellerde (eklem bölgelerini de kapsayan) eritematöz döküntüler (gotttron papülleri). C-D) Boyun arka yüzünde (şal belirtisi) skapulaların alt sınırına ve üst servikal bölgeye uzanan eritem.

EP-009

Nadir bir birliktelik; Behçet hastalığı ve fokal segmental glomerüloskleroz

Andaç Komaç¹, Funda Sağlam²

¹Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın

²Aydın Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Aydın

Giriş: Behçet hastalığı (BH) mukokutanöz bulguların yanında göz, vasküler, nörolojik, gastrointestinal sistem tutulumu yapabilen bir vaskülitir. Renal tutulum sık değildir (%1-29). Klinik asemptomatik

hematüri-proteinüriden son dönem böbrek yetmezliğine kadar değişebilir. Renal tutulum amiloidoz, glomerulonefrit (GN), renal vasküler tutulum, intersitiyel nefrit şeklinde olabilir. GN sıklığı %1'in altında bildirilmektedir. Literatürde fokal segmental glomerülosklerozun (FSGS) eşlik ettiği az sayıda olgu mevcuttur.

Olgu: Otuz dört yaş erkek, 2 yıl önce sol alt ekstremitte derin ven trombozu sebebiyle kalp damar cerrahisi kliniğinde tetkik edilerek antikoagülan tedavi başlanmıştır. Sık tekrarlayan oral aftları ve bir defa genital ülser öyküsü olması sebebiyle BH tanısı konulmuştur. Paterji testi negatif saptanmıştır. Hastaya kolşisin ve azatioprin tedavisi başlanmıştır. Azatioprin gastrointestinal yan etki sebebiyle kesilmiştir. İzlemede 1650 mg/gün proteinürisi gelişmesi üzerine yapılan renal biyopsi FSGS ile uyumlu gelmiştir, hastaya anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACE-i) başlanmıştır, takipte proteinüri sebat etmesi sebebiyle takrolimus 2x1 mg/gün eklenmiştir. Hastanın başvurusunda 1300 mg/gün proteinürisi mevcuttu. Tetkiklerinde anti-nükleer antikor ve anti-sitoplazmik antikorlar negatif, kompleman değerleri normal aralıkta, Ailesel Akdeniz ateşi mutasyonu negatif saptandı. Alt ekstremitte dopler ultrasonografide "solda ana femoral venede inferior kesimde büyük oranda rekanalize olmuş kronik trombus ve venöz yetmezlik bulguları" görüldü. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik olması sebebi ile nefroloji ile görüşülerek takrolimus ve kolşisin kesildi. Hastaya BH ve FSGS'nin ortak tedavisi için siklosporin 2x100 mg/gün başlandı. İki ay sonraki kontrolünde proteinürisi 497 mg/gün, 4 ay sonraki kontrolünde ise 297 mg/gün'e geriledi. Ayda bir tekrarlayan oral aft dışında yakınması olmayan hasta siklosporin 200 mg/gün tedavisiyle takip edilmektedir.

Sonuç: BH'de renal tutulum sık değildir. 2002'de yayınlanan 4212 Behçet hastasının incelendiği bir çalışmada idrar testlerindeki anormallikler hastaların %10,8'inde saptanırken, renal biyopsi ile kanıtlanmış GN %0,16 hastada saptanmıştır. Literatürde BH ile FSGS birlikteliğinin gösterildiği olgular mevcuttur. Tedavide steroid, ACE-i, siklosporin, etanercept kullanımı bildirilmiştir. Olguda hem renal tutulum, hem de vasküler ve mukokutanöz tutulumlar hedeflenerek siklosporin tedavisi tercih edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, fokal segmental glomerüloskleroz, glomerulonefrit, siklosporin

EP-010

Kronik romatoid artritli hastada gelişen osteoporotik vertebra kırıkları

Murat Baloğlu¹, Mehmet Hüseyin Elik¹, Lokman Başboğa²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik ve Rehabilitasyon Kliniği, Diyarbakır

²Özel Diyarlife Dağkapı Hastanesi, Diyarbakır

Giriş: Romatoid artrit (RA), sistemik otoimmün nitelikte bir hastalık olup simetrik eklem tutulumu ile karakterizedir. RA hastalarında eklem dışı kas-iskelet sistemi bulguları sıklığı %40'lar düzeyindedir. Osteoporoz ise metabolik kemik hastalıkları içerisinde en sık görülen kemik mineral ve matriksinin belirgin bir şekilde azalarak normal değerlerin altına inmesi sonucunda kemik kırıklığında artış ile karakterize bir hastalık tablosudur. RA'da kemik yapıdaki kayıpların esas patogenezi tam bilinmemekle birlikte birçok neden ileri sürülmektedir. Vücut kitle indeksi, fonksiyonel durum, cinsiyet, erken menopoza, hastalık süresi, immobilité, beslenme ve uzun süreli kortikosteroid kullanımı RA'da osteoporozun ortaya çıkmasında etkin faktörlerdir. Bu çalışmadaki amaç kronik RA'lı hastalarda risk faktörlerine bağlı olarak gelişen osteoporozun önemini vurgulamaktır. Altmış dört yaşında 15 yıldan beridir RA tanısı konmuş bayan hasta fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğimize el ve ayaklarındaki şişmelerin yanısıra yaygın vücut ağrıları ve özellikle de sırt ağrıları ile başvurdu. Hastanın yaygın vücut ağrıları gece gündüz farketmeksizin mevcut olup oturup kalkmada ve günlük işlerini yapmada zorlandığını belirtti. Hasta daha önceden birçok tedaviler aldığını ancak düzelmediğini belirtti. Hastanın çift enerjili x-ışını absorpsiyometri (DXA) ile ölçülen anteroposterior lomber vertebra ve femur boynu kemik mineral yoğunlukları yanısıra yaşı, hastalık süresi, aldığı tedavi, menopoza durumu, kırık hikayesinin olup olmadığı, rutin tetkikleri osteoporoz açısından değerlendirildi.

Olgu: Hastanın yapılan tetkiklerinde sedimantasyon: 45, romatoid faktör: 48, beyaz küre: 24,18 hemoglobin: 10,5, glikoz: 123, HbA1c: 7,9 idi. Osteoporoz sonucu gelişen omurga kırıklarında kemik yüksekliğinde en az %15-20 kayıp meydana gelir. Bu kırıklar da sıklıkla torakal ve lomber bölgesinin birleşimindeki vertebralarda (T10, T11, T12, L1, L2) meydana gelir. Nitekim bu hastanın çekilen torakal ve lomber manyetik rezonans görüntülemelerine bakıldığında torakal de t-6 yanısıra t-10, t-11, t-12 vertebralarda bariz osteoporotik çökmelerin var olduğu (Şekil 1), lomber de de L-1, L-2, L-3 seviyelerinde belirgin çökme fraktürleri gözlenmektedir (Şekil 1). Yine çekilen DXA çekim sonrası lomber t-scor-3,1, kalça t-scor -3,4 olarak değerlendirilmiştir (Şekil 2).

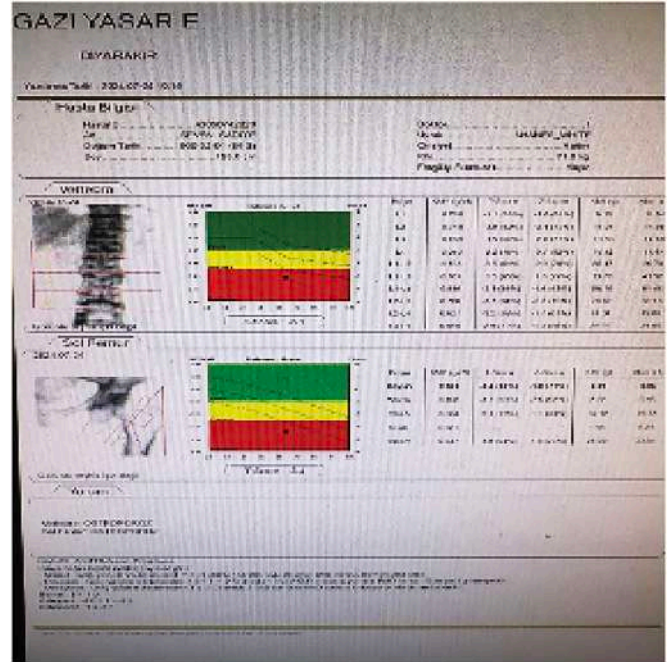
Sonuç: Bilindiği üzere RA kronik ve uzun süreli bir hastalık olup hastalarda gelişen sinovit tablosuna bağlı olarak artan immobilizasyon ve uzun süreli yüksek dozlarda steroid kullanımı ile cinsiyet faktörü gözetildiğinde osteoporozun ortaya çıkması

kaçınılmazdır. Özellikle uzun süreli steroid kullanımının kemik ve kalsiyum metabolizması üzerine negatif etkileri bilinmektedir. Steroidler direkt olarak kemik yapımını inhibe ederler. Bu nedenle tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi özellikle RA'lı hastaların osteoporoz açısından takip edilmesi ve tedavilerinin zamanında yapılmasının ortaya çıkacak kırık komplikasyonunu önleyebileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Eklem ağrısı, romatoid artrit, osteoporoz



Şekil 1. Kronik RA hastasında gelişen osteoporotik vertebra kırıkları RA: Romatoid artrit



Şekil 2. DXA ölçümü

EP-011

Bir Behçet hastasında mortal seyreden büyük damar tutulumu

Ayten Özkan, Hasan Kocaayan, Öykü Tomay Aksoy, İdil Kurut Aysin, Sercan Gücenmez, Mustafa Özmen, Dilek Solmaz, Servet Akar

İzmir Katip Celebi Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta 2017 yılında sol gözde panüveit ve şüpheli pulmoner arter anevrizması nedeniyle dış merkezde Behçet tanısı almış. 3 gün 1 gr steroid+N90 tedavisi başlanmış. Şikayetleri belirgin gerileyen hasta takibi bırakmış. Yaklaşık 2 ay sonra ateş yüksekliği, karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri olan hastanın yapılan kolonoskopisinde tüm kolonu etkileyen ülseratif kolit ile uyumlu bulgular saptanmış. Prednol 32 mg+4 gr mesalazin tedavisi verilmiş. Şikayetleri bir miktar gerileyen hastaya haziran 2019 da çekilen pulmoner anjio bilgisayarlı tomografi (BT)'de pulmoner arterlerde tromboemboli ile uyumlu bulgu saptanmazken inen aortanın torasik parçasında ve sol subklaviyen arterde anevrizmatik genişleme görülmüş. Behçete bağlı büyük damar tutulumu düşünülen hastaya infliximab 300 mg/6 hafta+1 mg/kg/gün prednol tedavisi başlanmış. Mayıs 2020 de ishal, bel ağrısı, sağ kalça ağrısı, sabah tutukluğu ve yaygın artralji şikayetleri ile başvuran hasta interne edilmiş. Çekilen sakroiliak manyetik

rezonans görüntüleme'sinde bilateral aktif sakroileit olması üzerine infliximab tedavisine devam edildi. Tedavisini düzensiz alan hasta ishal atakları ve sağ kalça ağrısı nedenleriyle Ocak 2022 de tekrar interne edilmiş. Ülseratif kolit'e bağlı aktivasyon düşünülmesi üzerine tedaviye azatiopürin eklenmiş. Mart 2024'te ani başlayan sağ bacakta şiddetli ağrı, güçsüzlük ve akut faz reaktanları yüksekliği (C-reaktif protein: 168) olan hastanın muayenesinde sağ alt ekstremitede periferik nabızları filiform alındı. Hastaya acil alt ekstremitate arteriyel doppler usg istendi: Sağ ana femoral arterde zayıf monofazik akım görülürken distal dallarda akım görülmedi. Çekilen torakoabdominal anjio BT'de: Arcus aorta distalinden başlayarak inen aorta ve abdominal aorta boyunca devam eden diseksiyon dikkati çekmiştir. Diseksiyonun sol ana karotit artere de uzandığı görülmektedir. İnen aorta 40 mm çapta olup anevrizmatik genişleme göstermiştir. Yalancı lümen açıktır (Şekil 1). Spinal müsküler atrofi orta kesiminde lümenin 2/3'ünü dolduran trombus mevcuttur. Sağ ana iliak arter lümeni büyük ölçüde tromboze olup içerisinde akım zayıftır şeklinde değerlendirildi. 3 gün 1 gr pulse steroid sonrası 60 mg/gün prednol tedavisi başlandı. Acil olarak kalp damar cerrahisi tarafından operasyona alınan hastaya fem-fem greft+arterotomi uygulandı. Post-op 1. haftada N90 1 gr/ay tedavisi başlandı. 3 doz 1 gr siklofosfamid tedavisi alan hasta Mayıs 2024'te akut miyokard enfarktüsü nedeniyle ex oldu.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, büyük damar tutulumu, aort anevrizması



Şekil 1. Abdominal aortada diseksiyon ve yalancı lümen görünümü

EP-012

Acil trakeostomiye giden subglottik stenozlu granümatöz polianjiitis olgusu

Murat Yeniçeri, Muhammed Emin Kutu

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

Giriş: Subglottik stenoz, granümatöz polianjiitis (GPA)'li hastaların %8-23 kadarında görülebilen ciddi bir trakeabronşiyal bulgudur. Hayatı tehdit edici olabildiğinden ve diğer organlarda hastalık aktivasyonu olmadan da gelişebildiğinden erken tanınması yüksek şüphe ile akla getirilmeyi gerektirmekte ve acil tedavisi hayat kurtarıcı olmaktadır.

Olgu: Bir yıl önce pulmono-renal tutulumlu GPA tanısı alan ve siklofosamid tedavisine rağmen aktif seyrettiği için ağustos 2021 de ilk kür 2 doz rituximab tedavisi verilen hasta, kasım 2021'de 2. doz COVID-19 mRNA aşısından 3 hafta sonra dispne, ses kısıklığı ve yeni gelişen stridor şikayeti ile başvurdu. Sedimantasyon, C-reaktif protein, renal fonksiyonlar ve idrar tahlili normal sınırlar

içindeydi. Anti-proteinaz-3 değeri 17 Ü (N<10) saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) eski bulgularında progresyon yoktu. Boyun BT ve manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde anlamlı bulgu yoktu ancak laringoskopide subglottik bölgede ileri derecede darlık gözlemlendi. Subglottik stenozla seyreden aktif laringeal tutulum ve hastalık aktivasyonu düşünülerek 400 mg/kg 5 gün intravenöz immünglobulin ve 3 gün 1 gr/gün intravenöz metil prednizolon verildi ve ardından 1 mg/kg/gün prednizolon tedavisi ile devam edildi. Rituximab tedavisinin 2. kürü bir önceki dozdan 4 ay kadar sonra olmak üzere öne çekildi ve 2 hafta ara ile 1gr olarak verildi. Tedavi sonrası laringoskopik incelemede darlıkta anlamlı bir değişiklik olmamakla birlikte, Hasta yoğun immunsupresif tedavisinin devamı ile kulak burun boğaz ve romatoloji kliniğimizde yakın takibe alındı. Takiplerinde ciddi dispne ve stridorunda artış olması üzerine acil servise başvuran hastaya acil trakeostomi açıldı.

Sonuç: Sonuç GPA olgularının subglottik stenoz dahil hastalık alevlenmeleri açısından yakın takip edilmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, granümatöz polanjitis, subglottik stenoz

Anti-TNF tedavi altında Lupus like sendrom gelişen hastada upadastininib tedavisi

Mustafa Ferhat Öksüz

Medical Park Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Anti-tümör nekroz faktörü (TNF) tedavilerin romatolojik hastalıkların tedavisinde yaygın kullanımı ve uzun dönem takipler ile birlikte, paradoksal olarak anti-TNF ilişkili otoimmün hastalıklarda artan sayıda olgu bildirilmektedir. Burada anti TNF tedavisi altında Lupus like sendrom gelişen olgumuz sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi yaşında kadın hasta, gastroenteroloji kliniğinde ülseratif kolit tanısıyla 2 yıldır adalimumab 40 mg/2 hafta kullanırken, son bir aydır tedricen artan inflamatuvar karakterde bel sırt ağrıları, sabah katılığı akşamları 38 dereceyi geçen ateş, göğüste batma nefes darlığı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede: faber+/, ateş 37,8 akciğer sesleri doğal alt schober 6 cm bilateral sips ağrılı olarak saptandı. İshal, karın ağrısı, kanlı mukuslu dışkılama tariflemiyordu. Adalimumab öncesi, QuantiFERON (QTB) testi negatif olan hasta izoniazid profilaksisi almamıştı. Ekstra aksiyel sorgulamasında artrit, üveit, psöriazis saptanmadı. Barsak semptomları kontrol altında iken C-reaktif protein (CRP) 89 mg/L saptanan hastada, toraks bilgisayarlı tomografi (BT), QTB, sakroiliak manyetik rezonans (MR) istendi. QTB-negatif saptandı. Toraks BT'de parankimal infiltrasyon yoktu perikardiyal en kalın olduğu yerde 20 mm olan efüzyon saptandı. Sakroiliak MR'da solda belirgin bilateral sakroiliit saptandı. Kardiyoloji ile konsülte edildi. Anti-nükleer antikor (ANA) c3 c4 ds Deoksiriboz nükleik asit (DNA) istendi. Ekokardiyogramda en kalın olduğu yerde 10 mm efüzyon görüldü. ANA/1280 homojen+ds DNA: 242 (<20 IU/mL) c3 c4 normal saptandı. Anti-TNF ilişkili Lupus like sendrom düşünüldü. Adalimumab kesildi. Upadastininib 15 mg/gün, hidrosiklorokin 200 mg prednilozon 7,5 mg/gün başlandı. Tedavinin 1. ayında değerlendirilen hastanın ateşi inflamatuvar bel ağrısı, ateşi nefes darlığı gerilemişti. Kontrol ekokardiyogramda perikardiyal efüzyonu kaybolan hastanın CRP'si negatifleşti. Tedavisinin altıncı ayında izlemi sürmektedir.

Sonuç TNF; plasmasitoid dentritik hücre (pDC) oluşumunu inhibe ederek interferon (IFN)- α üretimini üzenler. (TNF ve IFN- α arasında cross-regülasyon) TNF blokajı ile pDC üzerindeki inhibisyon kalkar ve aşırı IFN- α üretimi sonucu anti-dsDNA antikorları ve lupus benzeri sendrom oluşumuna yol açtığı düşünülmektedir. Anti tnf tedavisi altında gelişebilecek lupus like sendrom için dikkatli izlem önemli gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF, Lupus like sendrom, upadastininib

Dalak infarktı ve ince bağırsak kanaması ile seyreden wegner granülo-matozis olgusu

Sevil Yiğit

Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik

Wegener granülo-matozu (WG), küçük ve orta büyüklükteki damarları etkileyen ve granülom oluşumu ile ilişkili sistemik nekrotizan vaskülitir. Tipik olarak, üst ve alt solunum yolları ve böbrekler tutulur. Daha az sıklıkla deri, eklemler, kalp, merkezi sinir sistemi ve gözler gibi diğer organlar da etkilenebilir. Bu olguda, semptomatik dalak enfarktüsü ve ince bağırsak tutulumu olan pozitif c-anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) olan bir WG olgusunu sunuyoruz. Kırksekiz yaşında erkek hasta, 3 ay önce başlayan kanlı burun akıntısı nedeniyle kulak burun boğaz polikliniğine başvurmuş olup, paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT)'de: Konkada hipertrofi, maksiller sinüste mukoza kalınlaşmalar saptanan hastanın bu yakınmasına pretibial peteşial döküntü, kilo kaybı, yaygın artralji ve karın ağrısı eklenmesi ve tetkiklerinde c-ANCA >200 saptanması üzerine romatoloji polikliniğine sevk edilmiş. Özgeçmişinde özellik yoktu. Ailede özellik yoktu. Fizik muayenede, krutlu rinit, paranazal sinüs ostiumlarının neredeyse tamamen tıkanması ile birlikte mukozal hiperemi ortaya çıkarırken, yoğun kurutlanma nedeniyle biopsi yapılamadı. Batında yaygın hassasiyet vardı. Her iki diz, ayak bilekleri artritli. Göz konsültasyonu normaldi. Ekokardiyografi normaldi. Laboratuvar testleri, eritrosit sedimentasyon hızı: 53 mm/saat; C-reaktif protein: 13 mg/dL, beyaz küre: 28000 L (granülositler: %87,5, lenfositler: %12,5), hemoglobin: 11,9 g/dL, HTC: 37, ortalama eritrosit hacmi: 86, trombosit sayısı: 553000 L idi. Serum kreatinin düzeyi başlangıçta 1,35 mg/dL idi, takiplerinde 1,95 mg/dL e kadar yükseldi. Tam idrar tetkiki: Mikroskobik hematüri, lökositüri saptandı, 24 saatlik idrar protein: 3,9 g/gün idi. Anti-nükleer antikor ve antikardiyolipin antikorları negatifti. Romatoid faktör: 53, p-ANCA<2, C3 ve C4 seviyeleri normaldi. Gaitada gizli kan pozitif. Hepatit B ve C ve insan immün yetmezlik virüsü: serolojisi negatifti. Radyoloji ile yapılan konsültasyonda BT akciğer taramasında birkaç milimetrik değişen nodüler görünümün WG akciğer tutulumu için lehine net değerlendirilemedi. Yatışında, sistemik tedaviye başlamadan önce melanası gelişen hastanın hemoglobini 7,5 g/dL'ye düştü. Endoskopi ve kolonoskopide aktif kanama odağı bulunamadı. İnce bağırsak veya vasküler tutulumu sekonder olabileceği düşünülerek, çekilen dinamik batın BT'de dalak enfarktüsü ile uyumlu görünüm, MR enteroklizis ile doğrulandı. Hastaya klinik, radyolojik, patolojik ve laboratuvar bulguları ile WG tanısı kondu. Kortikosteroid ve siklofosamid tedavisi başlandı ve tedaviyle dramatik yanıt alındı. WG'ye ikincil dalak tutulumu ve şiddetli bağırsak tutulumu nadirdir. Kırk yaşın altındaki hastalarda dalak enfarktüsü sıklıkla hematolojik bozukluklarla ilişkilidir. Bizim olgumuzda hematolojik bozukluk gözlemlenmedi. Özellikle, karın ağrısı ile başvuran Wegener granülo-matozlu bir hastada dalak enfarktüsü ve gis tutulumu bir neden olarak düşünülmeli ve bu fatal seyirli olabilecek gastrointestinal hastalık kliniğinin erken tanı ve tedavisi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Wegener, vaskülit, dalak infarkt

Romatoid artiritli olguda ürogenital ve miliyer tüberküloz reaktivasyonu

Hacer Gözde Gül Elgül, Funda Erbasan, Veli Yazısız, Mine Nokay, Kenan Orhanlı, Ekrem Karakaya, Mustafa Ender Terzioğlu

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

Giriş: Romatoid artrit (RA), patofizyolojisi ve tedavisinde immünöstresif ajan kullanımı nedeniyle yüksek enfeksiyon riskiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Latent tüberküloz (TB) reaktivasyonu, özellikle anti-tümör nekroz faktörü (TNF) tedavi alan RA hastalarında ciddi bir sorundur. TNF blokajı, granülom oluşumunu ve *Mycobacterium tuberculosis*'in büyümesini güçlendirmektedir.

Olgu: Kırk sekiz yaşında, 5 yıldır seropozitif RA tanılı erkek hasta; ateş, bacaklarda ağrılı eritemli nodüler lezyonlar ile skrotal şişlik ve ağrı şikayetleriyle acil servisten kliniğimize yatırılmıştı. Şikayetleri üç aydır vardı ve 10 kg kayıp eşlik etmekteydi. Bilinen diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı vardı. Adalimumab, etanercept, sertilizumab kullanım öyküsü vardı. Mayıs 2024'den bu yana golimumab ile takip edilmekteydi. Geçmişte 9 ay izoniazid profilaksisi kullanmıştı. Malignite, romatoid vaskülit, sarkodiyoz ve TB reaktivasyonu ön tanılarına yönelik tetkikler yapıldı. Deri lezyonlarından biyopsi alındı ve patoloji eritema nodosum ile uyumlu olarak raporlandı. Skrotal ultrasonografide testis parenkiminde ve epididimide dağınık yerleşimli çok sayıda milimetrik boyutlu hipoeoik sahalar mevcuttu. Epididimideki lezyon eksize edildi ve patolojisi nekrotizan kronik granülomatöz yangı olarak raporlandı. QuantiFERON testi pozitif sonuçlandı. Pulmoner TB varlığı açısından toraks görüntülemesi yapıldı, ilk görüntüleme pulmoner TB bulgusu saptanmadı ancak birkaç gün sonra akut batın şüphesi ile çekilen batın tomografisinde görüntüleme alanına giren toraks kesitlerinde kaviter nodüller görüldü. Yeniden çekilen toraks tomografisi kaviter lezyonlar ve milimetrik çok sayıda nodüller ile miliyer TB lehine idi. Hastamıza ürogenital ve miliyer TB reaktivasyonu için enfeksiyon hastalıklarınca dördü kombine tedavi başlandı.

Sonuç: TB, küresel çapta önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Genel popülasyonda, latent TB'dan aktif hastalığa ilerlemenin yaşam boyu riski yaklaşık %5-10'dur. Literatürde, anti-TNF naif RA hastalarında TB riskinin iki ila 10 kat arttığını ve TNF'ye maruz kalanlarda ise iki ila 30 kat arttığı bildirilmiştir. Geçmişte profilaksi almış dahi olsa özellikle biyolojik tedavi alan hastalarda TB reaktivasyonu mutlaka ayırıcı tanıları arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artirit, tüberküloz, miliyer tüberküloz, anti-TNF

Periferik eozinofili ile prezente Ig G4 ilişkili hastalık olgusu

İmge Bortay Tekin Mut, Hande Berk Cam, Sibel Bakırca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Giriş: Hipereozinofilinin eşlik ettiği istemsiz kilo kayıplarında ve kronik hepatitte immunoglobulin 4 (Ig G4) ilişkili hastalık mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Olgu: Yaklaşık 1,5 yıldır halsizlik, kilo kaybı ve iştahsızlık şikayetleri ile kliniğimize başvuran 59 yaşındaki kadın hasta eozinofili tespit edildikten sonra araştırılmaya başlandı. Aile öyküsünde annesinin karaciğer sirozu sebebi ile exitus olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde hepatomegali dışında diğer bulguları normaldi. Laboratuvar değerlendirilmesinde; hemoglobin: 10,6g/dL, beyaz küre: 22900 h/mm³, nötrofil sayısı: 9420 h/mm³, eozinofil sayısı: 15190 h/mm³, trombosit sayısı: 433000 h/mm³, alanin aminotransferaz: 19 IU/L, aspartat aminotransferaz: 31 U/L, gama-glutamil transferaz: 89 U/L, alkalin fosfat: 148 U/L, total bilirubin: 0,5 mg/dL, direkt bilirubin: 0,14 mg/dL, C-reaktif protein (CRP): 35 mg/L, sedimantasyon: 9 mm/saat, Ig E: 71100 IU/mL, Ig G4: 9,96 g/dl idi. Paraziter etkenlere yönelik değerlendirmeler ve tüberküloz ve brusella serolojisi negatifti. Hastaya ait akım sitometresinde malignite lehine bulgu saptanmadı, calreticulin ve MPL mutasyonları negatifti. Yapılan kemik iliği biyopsisinde grade 2 retikülün lif artışı, hiperselüler kemik iliği ve megakaryosit sayısı artışı dışında patoloji mevcut değildi. Abdomen ultrasonunda karaciğerin 195 mm ölçülmesi ve parankimin granüle, konturların lobüle olması sebebi ile karaciğer biyopsisi yapıldı. Biyopside polimorfonükleer lökositlerin bulunduğu kirlilik içeren granülom yapıları, portal alanlarda orta derecede lenfoplazmositer infiltratlar gözlemlendi, görünüm kronik hepatit lehine yorumlandı. Kronik otoimmün karaciğer hastalıklarını dışlamak açısından anti-nükleer antikorlar, anti-düz kas antikorları, anti-mitokondrial antikorlar, anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar, karaciğer-böbrek mikrozomal antikorları istendi, negatif bulundu. Malignite taraması açısından istenilen kontrastlı abdomen manyetik rezonans görüntüleme'de perigastrik alanda, karaciğer hiler bölgede, peripankreatik alanda özellikle en büyüğünün boyutu paraaortik alanda 44x25 mm ölçülen ve lobüle konturlu çok sayıda büyümüş lenf nodu izlendi. Paraaortik alanda bulunan bu lenf nodlarının eksizyonel biyopsisinde Ig G4 ile boyanma tespit edildi. Sonuçlar göz önünde bulundurularak hastaya Ig G4 ilişkili hastalık teşhisi konuldu, metilprednizolon 1mg/kg'dan verildi; basamaklı şekilde doz azaltıldı ve rituksimab 1000 mg (15 gün ara ile iki doz, 6 ayda bir) tedavisi başlandı. Tedaviye olumlu yanıt gözlemlendi; eozinofil sayısı 980 h/mm³'e, CRP 1 mg/L'ye, Ig G4 düzeyi 0,43 g/dL'ye ve Ig E düzeyi 1770 IU/mL'ye geriledi, hastanın yorgunluk ve halsizlik şikayetleri azaldı, kilo kaybı durdu.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofilik sendrom, Ig G4 ilişkili hastalık, kronik hepatit, lenfadenopati

Tablo 1. Klinik Yanıt Değerlendirmesi

Parametreler	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası 6. ay
Ig E	71100 IU/mL	1770 IU/mL
Eozinofil sayısı	15190 h/mm ³	980 h/mm ³
CRP	35 mg/L	1 mg/L
Ig G4	9,96 g/dL	0,43 g/dL

Ig: İmmunoglobulin, CRP: C-reaktif protein

EP-017

Kronik kaviter pulmoner aspergillozis ile komplike olan ankilozan spondilit olgusu

Fatma Gür Hatip, Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta

Giriş: Ankilozan spondilit (AS) sıklıkla aksiyel iskeleti etkileyen beraberinde ekstra artiküler bulguları da olan multisistem tutulumlu inflamatuvar bir hastalıktır. Pulmoner sistem de AS seyrinde etkilenen sistemlerdendir.

Olgu: Altmış bir yaşında kadın hasta öksürük ve yaygın vücut ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrısı inflamatuvar karakterde olmayan hastanın periyodik olmayan, aralıklı 38 °C'yi bulan ateş şikayeti mevcuttu. Öksürük yakınması uzun süredir olup son bir haftadır beyaz sarı renkli balgamı mevcuttu. Özgeçmişinde hipertansiyon, osteoporoz ve AS tanısı olan hastanın biyolojik ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede hasta 45 kg ölçülmüş olup yeni gelişen kilo kaybı öyküsü yoktu. Omurga eklem açıklıkları azalmış, hareketlerinde kısıtlılığı mevcuttu. Akciğer oskültasyonunda sağ akciğer orta zon ve bilateral apekte raller mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 8,8 10³/uL (normal, normal aralık (N): 3,6-11,2 10³ /uL), hemoglobin: 7,4 gr/dL (düşük N: 11,4-15,9 gr/dL), eritrosit ortalama hücresel hacim: 79 fL (normal, N: 73-95 fL), yüksek kırmızı hücre dağılım genişliği: %21, (yüksek, N: 12,3-17), platelet: 444 10³/uL (yüksek, N:159-386 10³/uL), sedimentasyon: 92 (yüksek), C-reaktif protein: 120 mg/L (yüksek, N: 0-5 mg/L), ferritin: 99 µg/L (normal, N: 10-291 µg/L), vitamin B12: 468 ng/L (normal, N:126-505 ng/L), folik asit: 24 µg/L (yüksek, N: 3-19 µg/L), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, anti-nükleer

antikor ve anti-nötrofilik sitoplazmik antikör testi negatifti. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde bilateral apekslerde ve sağ orta zonda heterojen opasite artışı mevcuttu (Şekil 1-A). Bunun üzerine yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT) sol akciğer üst lob apekte bronşlarla ilişkili yaklaşık 56x40 mm boyutlarında içerisinde yumuşak doku dansiteleri barındıran kaviter lezyon ve parankim diğer alanlarında yer yer enfektif süreçleri düşündüren tomurcuklanmış ağaç görünümü izlendi (Şekil 1-B). Hastaya pnömoni ön tanısı ile ampisilin sülbaktam tedavisi başlandı. Hastadan alınan balgam ve bronkoalveoler lavaj sıvısı kültürlerinde aspergillus üremesi oldu. Kaviter lezyon içerisindeki görünümün mantar topu olabileceği düşünüldü, bunun ispatı için hastanın prone pozisyon BT görüntüleri alındığında aspergillus topunun yer değiştirdiği izlendi (Şekil 1-C). Hasta kronik kaviter akciğer aspergillozisi kabul edilerek esas tedavisi olan cerrahi açıdan değerlendirildi fakat hastanın cerrahi sonrası geriye kalacak akciğer volümünün yeterli olmayacağı düşünülerek cerrahiye uygun olmadığına karar verildi ve sistemik vorikonazol tedavisi başlandı.

AS seyrinde özellikle de hastalık süresi uzun olan kişilerde fibrobülöz hastalık görülebilmektedir. Fibrobülöz lezyonlar daha çok apekslerde fibrozisle giden, süreç içerisinde de kaviteleşebilen lezyonlardır. Bu lezyonlar aspergillus kolonizasyonuna açık yerlerdir. Sunduğumuz olguda uzun süredir AS kliniği olan hastanın yine eskiye dönük tetkiklerinde akciğer apekslerinde son üç yıldır opasite artışları mevcut idi. Zaman içerisinde de bu lezyonlara aspergillus kolonize olarak kronik kaviter akciğer aspergillozisine sebep olmuştur. AS seyrinde nadir de olsa aspergillus ile komplike olan fibrobülöz hastalığın görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, aspergillus, kaviter lezyon



Şekil 1. Kronik kaviter pulmoner aspergillozisin posteroanterior akciğer grafisindeki (1-A) ve bilgisayarlı tomografideki supine (1-B) ve prone (1-C) pozisyonunda görünümü, kırmızı oklar yer değiştiren aspergillus topunu göstermektedir

Tedaviye dirençli pyoderma gangrenosum olgusunda kombinasyon tedavisi

Özkan Uruk, Gökçe Kenar Artın, Ahmet Merih Birlik

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Pyoderma gangrenosum sıklıkla alt ekstremitayı etkileyen, ağrılı, sınırları eritamtöz-viyole renkte ülserlerle karakterize, patogenezinde doğal ve kazalmış bağışıklığın sorumlu olduğu hastalıktır. Tedavisinde steroidler temel ilaç olarak kullanılmakla birlikte beraberinde kullanılacak ilaçlara ilişkin veriler sınırlıdır. Bu olguda steroid tedavisine yanıtı sınırlı olan hastada kombinasyon tedavisinin sonuçlarını göstermeyi amaçladık.

Olgu: Kırk beş yaşında kadın hasta sağ bacak arkasında 6x9 cm boyutlarında yara şikayetiyle başvurdu. Mevcut yaranın 2 yıl kadar önce kendiliğinden ortaya çıktığı ve dış merkezde aynı yıl içerisinde plastik cerrahi bölümünce antibiyotik tedavilerine yanıt vermemesi sonucu greft ile onarım yapıldığı, yarada iyileşme olmaması nedeniyle 1 aydan beri başlanmış olan 40 mg/gün metilprednizolon ve kolşisin 2x0,5 mg/gün tedavisiyle izlendiği öğrenildi. Hastanın sistemik ve romatolojik sorgulamasında anlamlı bulgu yoktu. Vücudunun başka bölgesinde deri lezyonu gözlenmedi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 8.400/uL, Hb: 10 g/dL, platelet: 231.000/uL, kreatinin: 0,57 mg/dL, aspartat aminotransferaz: 15 U/L, alanin aminotransferaz: 36 U/L, C-reaktif protein: 3,7 mg/L, eritrosit

sedimentasyon hızı: 18 mm/s saptandı. Anti-fosfolipid antikorlar, anti-nükleer antikor ve çıkarılabilir nükleer antijen antikorları paneli negatif saptandı. Bacak arkasındaki ülser lezyondan (Şekil 1) alınan biyopsi sonucu pyoderma gangrenosum ile uyumlu olarak sonuçlandı. Bir ay kadar süreyle 40 mg/gün metilprednizolon tedavisi almış olan hastaya azatiopürin 150 mg/gün, siklosporin 200 mg/gün doza çıkılacak şekilde kademeli olarak doz arttırılacak şekilde immunsupresan tedavi başlandı. Metilprednizolon dozu klinik yanıtı göre azaltma planıyla 12 mg/gün olarak düzenlendi. Topikal olarak ülser lezyonun sınırlarına takrolimus %1 krem önerildi. Hastanın takiplerinde 2. ayda ülser lezyonunun boyutu 4x6 cm (Şekil 2) olarak ölçüldü. Hastanın takiplerinde kreatinin değerlerinde yükselme ve kan basıncında artış gözlenmedi. Tedavisi süresince bakılan kan takrolimus ve siklosporin düzeylerinde toksikasyon saptanmadı. Dördüncü aydaki son kontrolünde ülser yarası (Şekil 3) 2x5 cm'e kadar gerileyen hastanın mevcut tedaviye devamı önerildi.

Sonuç: Sistemik tedavide siklosporinle birlikte veya tek başına steroid tedavisi temel teşkil etmektedir. Diğer immunsupresan ilaçlar ve özellikle biyolojik tedaviler de günden güne özellikle refrakter olgularda önem kazanmaktadır. Özellikle küçük boyuttaki PG'lerde veya tedavisi zor olgularda sistemik tedaviye ek olarak topikal takrolimus tedavisinin de etkinliği gösterilmiştir. Steroid tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda sistemik ilaçların kombinasyonu ve topikal tedavinin birlikte kullanımı da hastamızda klinik düzelmeye sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Pyoderma gangrenosum, siklosporin, steroid, takrolimus



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Dirençli cerrahi yara enfeksiyonu ile prezente olan immunglobulin A vaskülitisi olgusu

Semiha Köroğlu¹, Fatih Taştekin², Duygu Kerim¹, Kenan Aksu¹, Gökhan Keser¹, Yasemin Kabasakal¹

¹Ege Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Giriş: İmmünglobulin (Ig) A vaskülitisi çocukluk çağında daha sık ve benign seyir gösterirken, erişkin başlangıç daha nadir ve ağır seyreden küçük damar vaskülitidir. Böbrek biyopsisinde ciddi endokapiller ve/veya ekstrakapiller proliferasyonu olan Henoch-Schönleinpurpurası, nefrotik sendrom, renal yetmezlik, hipertansiyon, %50'nin üzerinde kresentik glomerülonefrit, tübulo interstisyel fibrozis kötü renal prognoz ile ilişkilidir.

Olgu: Bilinen hipertansiyon tanısı olan 56 yaşındaki kadın hastada hiatal herni operasyonu sonrası 2. ayında insizyon bölgesinde kızarıklık, ısı artışı, karın ağrısı şikayetleri başlamış. Nekrotizan fassit ile genel cerrahi servisinde izlenirken verilen çeşitli antibiyoterapilerden fayda görmemiş; penisilin, daptomisin, seftriakson, ondansetron, metoklorpromid, fosfomisin ile anafilaktik reaksiyonlar gelişmiş, YBÜ yatışları olmuş. Yara yerine debrütman ve düzenli VAC uygulaması yapılarak enfeksiyon kontrolü sağlanan; ancak izlemde yaygın vücut ağrısı, bilateral diz ve ayak bileklerinde ağrı ve şişlik, alt ekstremitelerde peteşiyal döküntü şikayetleri nedeniyle romatoloji konsültasyonu ile değerlendirildi, lökositoklastik vaskülit ön tanısıyla romatoloji servisine devir alınarak tetkik edildi. C-reaktif protein: 225 mg/L, sedimentasyon: 56 mm/1saat, albümin: 24 g/L, kreatinin: 0,62 mg/DL, alanin aminotransferaz: 13U/L, aspartat aminotransferaz: 22U/L, beyaz küre: 1410³/µL, Hb: 10,5 g/dL, platelet: 44610³/µL, C3: 128 mg/dL, C4:31 mg/DL, anti-nükleer antikor testi: negatif, anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar: negatif, kriyoglobülin: negatif, tam idrar testi eritrosit: 170, yirmi dört saatlik idrarda protein: 1,14 gram saptandı. Yapılan deri biyopsisi vaskülit; renal parankim biyopsisi IgA nefropatisi olarak sonuçlandı. Takipte makroskopik hematüri, proteinüri: 2 gram/ 24 saat, kreatinin: 1,2 mg/dL progresse olması üzerine metilprednizolon 32 mg/gün ve siklofosfamif 3 haftada bir 750 mg başlandı, toplam 5 doz verildi, idame olarak azatiopürin 3*50 mg, MP 4 mg tedavisi ile kreatinin: 0,67 mg/DL, proteinüri: 0,21 gram/24 saate regrese oldu ancak insizyonel herni gelişen hastada tekrar operasyon planlanmaktadır.

Sonuç: Erişkin yaşta dirençli cerrahi yara enfeksiyonu ve çoklu antibiyotik kullanımı sonrasında ortaya çıkan deri, eklem ve renal tutulum ile tanı alan ve immunsupresif tedavi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Henoch-Schönlein purpurası, IgA vaskülitisi, IgA nefriti

İntraabdominal kitlelerle eş zamanlı tanı alan RS3PE olgusu

Celil Barlas Cengiz, Melih Kızıltepe, Hüseyin Kaplan, Emel Oğuz Kökoğlu, Tuğba Kahraman Denizhan, Abdurrahman Soner Şenel

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Remitting seronegative symmetrical synovitis pitting edema (RS3PE) yaşlılarda görülebilen romatoid artrit ayırıcı tanısına giren klinik bir durumdur. Malignitelere eşlik edebilmektedir. Ellerde ve ayaklarda pitting ödemle birlikte poliartiküler tutulum görülebilmektedir. Biz de RS3PE tanısı konup, batın görüntülemesinde karaciğer, pankreas ve sol böbrekte kitle görünümüleri olan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş dört yaşında erkek hasta 3 hafta önce başlayan ellerde ve ayaklarda şişlik, ağrı, hareket kısıtlılığı şikayetleriyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon haricinde hastalığı yoktu. Son 3 ay içerisinde 6 kg zayıflamıştı. Fizik muayenesinde bilateral el bileği, metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal eklemlerinde ve ayak bileklerinde ısı artışı ve hassasiyet vardı. Her iki el-ayak sırtında basmakla gode bırakan diffüz ödem tespit edildi. (Şekil 1). Laboratuvarında; hemoglobin: 9,9 g/dL, sedimentasyon: 74 mm/s, C-reaktif protein (CRP): 112 mg/L, prokalsitonin 0,1 ng/mL, ferritin: 299 ng/mL, albümin: 4,3 g/dL idi. Romatoid faktör, anti-siklik sitriline peptid normal aralıktaydı. Anti-nükleer antikor testi negatifti. Böbrek, karaciğer fonksiyonları ve idrar tetkiki doğaldı. Hastanın eklem ultrasonografisinde metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal eklemlerinde efüzyon artışı, sinovyal doppler aktivite artışı vardı. Mevcut bulgularla hastaya RS3PE tanısı kondu, metilprednizolon 16 mg/gün başlandı. Anemi, kilo kaybı, akut faz reaktanlarının yüksekliği ve RS3PE sebebiyle toraks ve batın tomografisi istendi. İki hafta sonraki kontrolünde el ve ayak sırtındaki ödemin kaybolduğu görüldü, hassas ve şiş eklemi yoktu. Sedimentasyon: 48 mm/s, CRP ise 31 mg/L'ye gerilemişti. Batın tomografisinde karaciğer segment 5 düzeyinde 6 mm hipodens nodül, pankreas baş kesiminde 8,5 mm boyutunda hipodens nodül görünümü vardı. Sol böbrek üst polde 1,5 cm boyutunda kontrastlanan kitlesel görünüm izlendi, renal hücreli karsinom olarak değerlendirildi. Metilprednizolon 8 mg'a düşürülüp, üroloji ve gastroenteroloji konsültasyonu istendi. Hasta bu bölümlerde önerilen görüntüleme ve biyopsi işlemini yaptırmak istemediği için histopatolojik tanısı kesinleştirilemedi.

Sonuç: Yaşlılarda el ve ayaklarda görülen pitting ödem durumunda RS3PE tanısı da düşünülmelidir. Malignitelerin yaşlı hastalarda daha sık görülmesi ve RS3PE'nin paraneoplastik olarak görülebilmesi bu hasta grubunun malign hastalıklar açısından taranmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: RS3PE, malignite, pitting ödem



Şekil 1. El ve ayaklardaki pitting ödem

EP-022

Karaciğer sirozlu romatoid artrit hastasında tedavi deneyimi

Arif Babayiğit, Ali Şahin

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Sivas

Giriş: Romatoid artrit (RA), etiyolojisi bilinmeyen simetrik, iltihaplı, periferik bir poliartrittir. Eklem hasarını önlemek için erken tanı ve hastalığı değiştiren antiromatizmal ilaçlarla (DMARD) tedavi önemlidir. Hastaya tedavi planlarken eşlik eden diğer hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin böbrek yetmezliği, karaciğer hastalığı gibi durumlarda metotreksat ve leflunomid gibi sentetik DMARD kullanımına dikkat edilmelidir.

Olgu: Altmış dokuz yaş kadın hasta yaklaşık 10 yıl önce hepatit B virüsüne bağlı karaciğer sirozu tanısı almış. Beş yıl önce seropozitif RA tanısı almış. Hastada karaciğer sirozu eşlik etmesi nedeniyle hidroklorokin, sülfasalazin ve metilprednizolon tedavisi verilmiş. Yaygın eklem ağrısı ve özellikle el eklemlerde belirgin artrit gelişmesi üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın sık sık atak geçirdiği ve karaciğer sirozundan dolayı kortikosteroid dışında ilaç verilmediği öğrenildi. Hastanın ileri tetkik ve tedavi planı amaçlı servise yatırışı yapıldı. DAS-28 skoru: 5,6 olarak hesaplandı. Gastroenteroloji ile konsülte edildi, atak için kortikosteroid tedavisi verildi. Hastanın Child-Pugh skoruna göre class-B olduğu görüldü. Antiviral tedavi alan hasta gastroenteroloji ile yapılan konsültasyon sonucunda DMARD tedavilere göre daha güvenli olarak değerlendirilen anti-tümör nekroz faktörü tedavisi (TNF) planlandı. Yakın takip ile etanercept tedavisi verilmesi planlandı. Hastaya etanercept 50 mg/hafta sc şeklinde tedavisi başlandı ve aylık yakın takip planlandı. Hastanın 3. ay kontrolünde klinik ve laboratuvar iyileşmesi gözlemlendi ve DAS-28 skoru: 4,5 olarak hesaplandı. Hasta için tedavinin devamı planlandı ve takibe alındı.

Sonuç: RA gibi hastalıklarda tedavi planı yaparken hastaların diğer hastalıkları mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim hastamızda olduğu gibi karaciğer sirozu olan bir hastada sentetik DMARD'lar yerine anti-TNF ilaçların kullanımı daha güvenli görülmektedir. Komorbid hastalığı olan hastanın ilgili bölüm ile yakın işbirliği ile tedavi planı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, karaciğer sirozu, DMARD

EP-023

Dirençli erişkin başlangıçlı Still olgusu; anakinra ve baricitinib ile tedavi

Esra Fırat Şentürk, Serdal Uğurlu

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

Giriş: Erişkin Başlangıçlı Still hastalığı (AOSD), hayatı tehdit edebilen Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ile sonuçlanabilen ve tüm tedavilere direnç gösterebilen nadir bir klinik tablodur. Ülkemiz şartları itibarıyla, tüm tedavi seçeneklerini tüketmiş olan bir hastamızı paylaşacağız.

Olgu: On sekiz yaşında kadın hasta yüksek ateş, döküntü, boğaz ağrısı, splenomegali ve yaygın lenf adenopati kliniği, yüksek ferritin ve hipertrigliseridemi ile enfeksiyon ve malignite dışlandıktan sonra ile AOSD tanısı aldı. Tedaviye pulse metilprednizolon ve 100 mg/gün anakinra ile başlandı. Yedi ay sonra akut faz reaktanların yükselmesi nedeniyle tosilizumab tedavisine geçildi. Tosilizumab altında hastalık kontrolü sağlanamadığından kanakinumab tedavisine geçildi. Kanakinumab tedavisine karaciğer fonksiyon test yüksekliği ile devam edilemedi. Hasta bu süreçte 2. MAS atağına girmesi nedeniyle metilprednizolon, intravenöz immunoglobulin ve tofasitinib tedavisine geçildi. Hastanın bu dönemde nefes darlığı ve ekokardiyografik değerlendirmede sistolik pulmoner arter basıncı yüksek olması nedeniyle yapılan sağ kalp kateterizasyonunda primer pulmoner hipertansiyon tanısı aldı ve medikal tedavisine başlandı. Hastanın tofasitinib ile de hastalık kontrolü sağlanamayınca sırasıyla anakinra 200 mg/gün, tosilizumab 8 mg/kg 15 günde bir ve siklosporin ve en son baricitinib tedavisine geçildi. Bu hastaya 100 mg/gün anakinra ve 4 mg/gün baricitinib kombinasyonunu uygulayarak geniş yelpazede sitokin inhibisyonunu hedefledik. Bir yıl içinde dört alevlenme geçiren hastamızda klinik olarak remisyonu sağladık. İkili biyolojik kullanımıyla herhangi bir komplikasyon gözlemlenmedi. Pulmoner hipertansiyon ve inflamasyon kontrolü için yapılan tedavi ile pulmoner vasküler direnci ve ortalama pulmoner arter basıncı ölçümleri önemli ölçüde azaldı.

Sonuç: Hastamız anakinra ve baricitinib ile tedavi edilen kliniğimizdeki ilk AOSD olup, ikili biyolojik ajan kullanımı konusunda umut vaat etmektedir. Gelecekte, tedaviler, birden fazla sitokinle ilişkili inflamasyonu hedef alan yaklaşımların birleştirilmesini içerebilir.

Anahtar Kelimeler: Anakinra, baricitinib, erişkin başlangıçlı Still hastalığı

EP-024

Her sakroiliak ödem sakroileit midir?

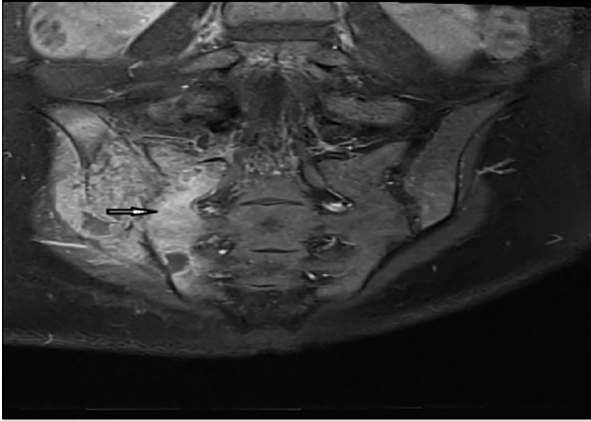
Zübeyde Uğurlu, Fatma Gür Hatip, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

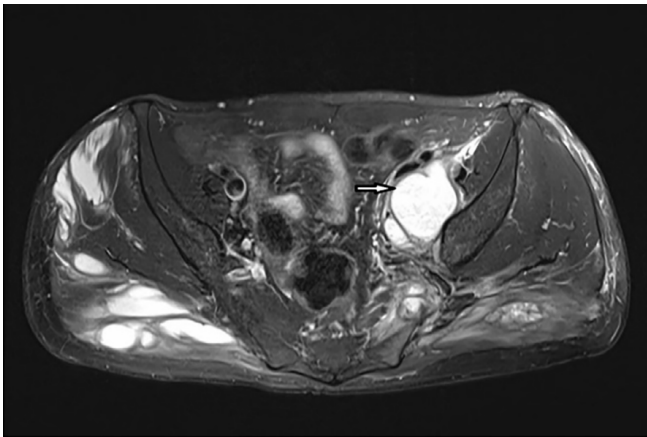
Giriş: Sakroileit sıklıkla spondiloartropatilerde (SPA) görülen bir durum olmasına rağmen ayırıcı tanıda birçok hastalık yer almaktadır. Bu çalışmada sakroileit ön tanısı ile gelen ancak SPA olmayan üç olguyu sunduk.

Olgu 1: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 25 yaşında kadın hasta kalça ağrısı ile tarafımıza başvurdu. Tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP) 20 mg/L (yüksek) olarak saptandı. Sakroileit açısından hastaya sakroiliak manyetik rezonans görüntüleme (MR) çekildi. MR’da sol sakroiliak eklem komşuluğunda kemik iliği ödemi saptandı. Kalça ağrısının sürekli olması, CRP değerinin pelvik MR çekildi. Hastanın sağ sakroiliak eklem komşuluğunda multiple kitle lezyon saptandı (Şekil 1). Hastadan alınan biyopside ewing sarkom saptandı.

Olgu 2: Bilinen beş yıldır Ailesel Akdeniz Ateşi ile takipli 29 yaşında erkek hasta tarafımıza şiddetli kalça ağrısı ile başvurdu.



Şekil 1. Sağ sakroiliak eklem komşuluğunda 43x59x48 mm boyutunda multiple kitle lezyon



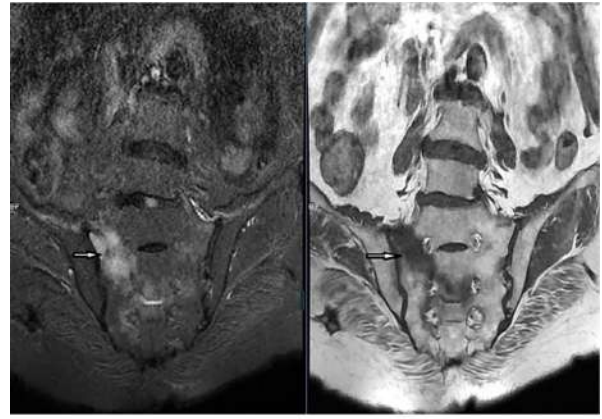
Şekil 2. Sağ maksimus ve iliak kanatlara kadar ulaşan apse

Hastanın kolşisin kullanımı altında karın ağrısı ve ateş atakları devam etmekteydi, ayrıca son üç aydır olan kalça ağrısı mevcuttu. Hasta çekilen sakroiliak MR’da sakroileit tespit edildi. Hastanın konservatif tedaviye rağmen şikayetleri gerilemedi. Kontrol fizik muayenesinde, inspeksiyonda uyluk üst tarafında kenarları keskin kızarıklık bir döküntü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde, nötrofil: 10.000/mm³ (yüksek), eritrosit sedimentasyon hızı: 75 mm/saat ve CRP: 121 mg/dL yüksekti. Çekilen pelvik MR görüntülemesinde sol enfekte sakroileit ve eşlik eden sağ gluteus maksimus ve iliak kanatlara kadar ulaşan abse görünümü saptandı (Şekil 2). Hasta cerrahiye alınarak abse boşaltıldı ve hastanın kliniği düzeldi.

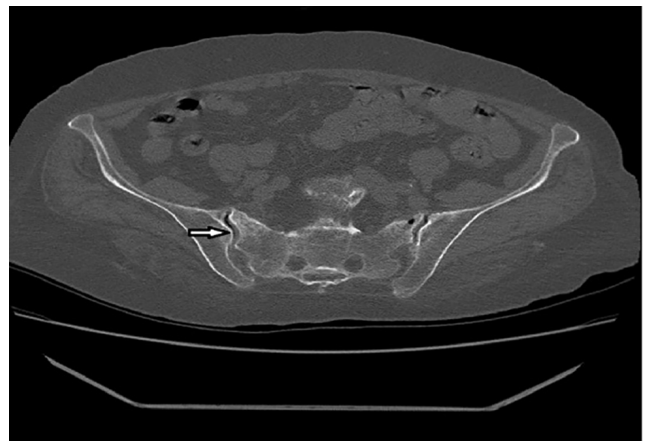
Olgu 3: Bilinen romatoid artrit ile takipli 81 kadın hasta kalça ağrısı ile başvurdu. Çekilen sakroiliak MR görüntüsü sağ tarafta sakral kemikte kemik iliği ödemi mevcuttur (Şekil 3). Ancak romatoid artritte beklenen bir eklem tutulumu olmaması, spondiloartropati açısından klinik diğer özelliklerinin uymaması hastaya pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) çektirildi. Pelvis BT özellikle sıklıkla zor teşhis edilen sakral yetmezlik fraktürü olarak raporlandı (Şekil 4). Hastaya sakral yetmezlik açısından konservatif tedavi düzenlendi.

Sonuç: SPA’da görülen sakroiliak ödem sakroileitin en yaygın nedenlerinden biridir. Ancak sakroiliak ödeme sebep olabilecek birçok patoloji mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Sakroileit, ewing sarkom, sakral fraktür



Şekil 3. Sağ tarafta sakral kemikte kemik iliği ödemi



Şekil 4. Sakral yetmezlik fraktürü

Nadir bir reaktif artrit nedeni olan Poncet olgu sunumu

Zübeyde Uğurlu, Fatma Gür Hatip, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Poncet hastalığı olarak da bilinen tüberküloza (TBC) sekonder reaktif artrit çok iyi bilinmediği için gözden kaçabilen steril bir artrit tipidir. Bu çalışmada öncelikle viral veya bakteriyel enfeksiyonlara sekonder reaktif artrit olarak düşünülerek kortizol tedavisi verilen takibinde poncet hastalığı tanısı koyulan bir olgu sunduk.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 21 yaşında kadın hasta yaygın eklem ağrısı, ateş ve deride özellikle bacaklarda olan kızarıklık şikayeti ile geldi. Hastanın sorgusunda şikayetlerinden iki gün önce bulantı kusma şikayeti olduğu ve kinolon grubu antibiyotik kullanım öyküsü olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde özellikle küçük eklemlerde yaygın hassasiyet, bacaklarda rengi solmuş kızarıklık, koltuk altında püü şeklinde akıntılı bir lezyon saptandı. Lezyonun yaklaşık üç hafta önce ortaya çıktığı görüldü. Laboratuvar tahlillerinde lökosit sayısı: 13.100/mm³ (yüksek), nötrofil: 10.699/mm³ (yüksek), hemoglobin: 11,1 g/dL (düşük), platelet: 214.000 (normal), c-reaktif protein: 92 mg/L, eritrosit

sedimentasyon hızı: 15 mm/saat (normal) olarak saptandı. Hastanın istenilen tetkiklerinden brucella negatif olarak geldi. HLA-B27 genetik test negatif olarak sonuçlandı. Çekilen direk grafilerde eklem aralıkları normal olarak görüldü. Hastanın koltuk altından akıntılı olan lezyonuna yönelik yüzeysel ultrason planlandı ve 1,5 cm boyutunda lenfadenopati saptandı. Püü şeklinde akıntılıdan TBC polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve kültür gönderildi. Bu süreçte hastaya 1 mg/kg dozunda kortizol tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde eklem ve döküntü şikayetleri geriledi ve kortizol dozu azaltıldı. Hastanın tedavi süreci devam ederken TBC PCR pozitif olarak sonuçlandı ve enfeksiyon hastalıkları ile görüşülerek hastaya aktif TBC tedavisi başlandı. Hasta ön planda TBC'ye sekonder reaktif artrit olarak değerlendirilerek şikayetlerinin de gerilemesi üzerine kortizol hızla kesilerek TBC tedavisi enfeksiyon hastalıkları takibinde devam edildi.

Sonuç: Septik TBC artrit dışında poncet artrit nadir görülmesi nedeniyle tanıda gözden kaçmaktadır. Reaktif artrit aksine, Poncet hastalığında semptomlar ile artrit arasındaki süre birkaç haftadan daha uzundur, ve buna rağmen yeterli anti-TBC tedavinin başlamasıyla artrit gerilemesi çoğunlukla birkaç hafta içinde gerçekleşir. Bizim olgumuzda lezyon uzun süre önce çıkmıştı ve artrit tablosu daha sonra gelişmişti. Sonuç olarak reaktif artrit olarak değerlendirilen olgularda nadir de olsa görülen poncet hastalığı ayrıncı tanıda mutlaka düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Poncet, reaktif artrit, tüberküloz

Granülomatoz polianjitis ve IgA nefropatisi birlikteliği gösteren iki olgu sunumu

Tuğçe Bozkurt, Elif Dinçes Nas, Sevilay Batıbay, Esen Kasapoğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İmmünooglobulin (Ig) A nefropatisi, mezengiumda IgA birikimi ile karakterize, yaygın görülen bir glomerüloonefrittir (GN). Granülomatoz polianjitis (GPA) ise, küçük damar vaskülit olup karakteristik renal tutulumu olan “pauci-immun nekrotizan” kresentik GN ile prezente olabilir. Burada GPA ile birlikte renal histopatoloji bulguları IgA nefropatisi ile uyumlu iki olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: Kırk üç yaşında erkek hasta, iki aydır sinüzit semptomları ve progresif öksürük, iştahsızlık ve halsizlik yakınmaları ile göğüs hastalıklarına başvurmuş. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral akciğer alt zonlarda en büyüğü 70 mm olmak üzere çok sayıda, nodüler, düzensiz sınırlı, yumuşak doku dansiteleri saptanmış. Takibinde hematüri ve akut böbrek hasarı gelişmesi ve paranazal sinüs BT’de aktif sinüzit bulguları olması nedeni ile anti-nötrofil sitoplazmik antikorla (ANCA) ilişkili vaskülit şüphesi ile romatoloji kliniğine devir alındı. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin düzeyi: 1,4 mg/dL, 710 mg/gün proteinüri, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 120 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 216 mg/L, proteinase 3 (PR3)-ANCA>200 saptandı. Böbrek biyopsisi doku örneklerinde 11 glomerülden ikisinde sellüler kresent, interstisyumda hafif derecede mikst tipte inflamasyon, farklı madde işleyişindeki incelemede glomerül bazal membranlarda fokal IgA pozitiflikleri gözlemlendi. Hastaya 3 gram pulse siklofosfamid verildikten sonra azatiyoprin 100 mg başlandı. Takibinde akut faz reaktanlarında ve akciğer bulgularında regresyon gözlemlendi. Kreatinin düzeyi normal seviyeye geriledi, PR3 ANCA negatifleşti.

Olgu 2: Altmış sekiz yaşında kadın hasta akut böbrek hasarı nedeni ile yatırıldı. Öyküsünde son birkaç aydır devam eden konstitüsyonel

semptomlar, sık tekrarlayan sinüzit atakları ve bacaklarında döküntü tarifledi. Özgeçmişinde hipertansiyon ve kronik sinüzit nedeni ile operasyon öyküsü vardı. Fizik muayenesinde semer burun deformitesi, bilateral alt ekstremitelere lökositoklastik vaskülit düşündürülen deri döküntüsü gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde akut böbrek hasarı ile uyumlu progresif kreatinin artışı, ESH ve CRP yüksekliği, PR3-ANCA pozitifliği (>200) mevcuttu. Kulak-burun-boğaz muayenesinde nazal septal perforasyon izlendi. Çevre kıkırdak dokudan alınan biyopsi örneğinde akut inflamasyon ve nötrofilik vaskülit bulguları saptandı. Toraks BT görüntülemesinde sağ akciğer alt lob segmentlerinde sentriasiner ve peribronşiyal alanlarda buzlu cam dansitesinde silik sınırlı nodüler fokal infiltrasyonlar görüldü. GPA ön tanısı ile yapılan böbrek biyopsi örneğinin patolojik değerlendirmesinde kresent gözlenmedi, mezengioproliferatif GN, mezengial fokal granüler IgA birikimi, tübülointerstisyel alanda vaskülitik değişiklikler görüldü. Deri biyopsisi de vaskülit ile uyumlu bulundu. Siklofosfamid tedavisini kabul etmeyen hasta azatiyoprin 100 mg ile takip edildi. Takiplerinde kreatinin 1,3 mg/dL düzeyine indi, döküntüleri regrese oldu ve akciğer bulguları geriledi. Otit ve sinüzit atakları ve PR3 ANCA yüksekliği devam etmekte ancak hasta diğer tedavileri kabul etmedi.

Sonuç: IgA nefropatisi ve GPA ilişkisi bilinmemektedir ve patogenezi net açıklanamamıştır. Beraber görülme sıklığı %1,4 olarak bildirilmiştir ve olgu serileri ile sınırlıdır. Biyopsi ile kanıtlanmış Ig A nefropatisi olan hastalarda ANCA pozitifliğinin daha şiddetli ve kötü prognoz ile seyrettiği olgu serilerinde raporlanmıştır. IgA nefropatisi ve GPA birlikteliğine nadir rastlansa da böbrek rezervini korumak için erken ve etkili tedavi açısından akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatoz polianjitis, IgA nefropatisi, ANCA ilişkili vaskülit

Pediyatrik başlangıçlı Takayasu arteriti ve ülseratif kolit olgusunda upadasitinib deneyimi

Ayşegül Avcu¹, Oya Köker², Tarık Kani³, Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz Öner¹

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

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

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

Giriş: Takayasu arteriti (TAK) ve ülseratif kolit (ÜK) etiyolojisi bilinmeyen kronik inflamatuvar hastalıklardır. İki durumun beraberliği konusunda literatürde bildirilmiş olgu serileri mevcuttur. Her iki hastalığa etkili ortak ilaç tedavilerinin bulunması sorumlu patofizyolojik mekanizmanın benzerliğini düşündürmektedir. Upadasitinib janus kinaz (JAK)-1 selektif inhibitörüdür. Upadasitinibin anti-tümör nekroz faktörü (TNF) tedavilere yetersiz yanıt ve ya intoleran, orta ve ileri derecede aktif ÜK hastalarında FDA onayı bulunmaktadır. Gerçek yaşam verilerinde upadasitinibin 15 mg/gün dozunda dev hücreli arteritte de etkili olabileceği gösterilmiştir. Yine JAK inhibitörü tofasitinib ile TAK'de metotreksattan daha iyi klinik sonuçlar elde edilmiştir. Upadasitinibin TAK'da halen faz 3 çalışması ise devam etmektedir. TAK ve refrakter ÜK tanısı olan olgumuzda upadasitinib deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: On sekiz yaşında kadın hastaya, beş yıl önce kanlı mukuslu dışkılama nedeniyle başvurusunda kolonoskopi ile ÜK tanısı koyularak glukokortikoid ve mesalazin başlanmış. Glukokortikoid dozu azaltılırken şikayetlerin nüks etmesi üzerine azatiyoprin 2,5 mg/kg eklenmiş. Azatiyoprin ile yanıt alınamaması üzerine infliksimab 5 mg/kg 8 haftada bir intravenöz uygulamaya geçilmiş.

İnfliksimab tedavisine 3. ayında yanıtızlık nedeniyle, adalimumab 40 mg/2 hafta başlanmış. ÜK açısından remisyonunda izlenirken, Kasım 2022'de bacaklarda güçsüzlük ve kladikasyo şikayeti olması üzerine yapılan görüntülemelerinde her iki karotis ve subklavyen arterde diffüz duvar kalınlaşması, torasik aortadan iliak bifurkasyon düzeyine kadar inen diffüz duvar kalınlaşması, çölyak ostiumunda %50'den fazla darlık saptanarak TAK tanısı almış. Altı kür siklofosamid 1 gr uygulanmış ve sonrasında adalimumab 40 mg/2 hafta tedavisine metotreksat 15 mg/hafta eklenmiş. TAK ilişkili semptomlarda düzelme sağlanmış. Aktif ÜK semptomları olan hastanın Aralık 2023'te kolonoskopisi pankolit ile uyumlu olarak değerlendirilmiş. TAK açısından kontrol görüntülemelerinde her iki CCA, subklavyen, torasik ve abdominal aortadaki diffüz duvar kalınlaşmaları kısmen regresyon göstermekle beraber devam etmekteymiş. Çölyakta %80'den fazla darlık saptanmış olup bir önceki görüntülemeye göre progrese olan hastanın tedavisi adalimumab 40 mg/hafta şeklinde düzenlenmiş. Pediyatrik romatoloji'den erişkin romatoloji'ye Mayıs 2024'te devredilen hasta günde 3 kez kanlı dışkılaması devam etmekteydi. C-reaktif protein: 15 mg/L olan hastanın Mayıs 2024 kolonoskopisi aktif ÜK ile uyumlu değerlendirildi. Daha önce iki anti-TNF deneyimi olan hastada gastroenteroloji ile birlikte değerlendirilerek ÜK yüklenme dozu ile upadasitinib 45 mg başlandı. Hasta 3. ay kontrolünde ÜK semptomları tamamen gerilemişti. Akut faz yanıtı negatifti. Alt ekstremitte kladikasyosu ya da TAK ilişkili ek şikayeti yoktu.

Sonuç: Günümüzde Anti-TNF ajanların TAK ve ÜK'te etkinliği kanıtlanmıştır. Anti-TNF dışında ise her iki hastalığın beraberliğinde kullanılabilir ajanlar kısıtlıdır. Özellikle refrakter hastalarda upadasitinib etkili biyolojik ajan seçeneği olarak akılda tutulmalıdır. Sürmekte olan çalışmalar upadasitinibin TAK tedavisinde potansiyel etkisinin netleştirilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, upadasitinib, ülseratif kolit

Makrofaj aktivasyon sendromu ve Pauci-immün kresentrik glomerulonefrit ile seyreden sistemik lupus eritematozus olgusu

Mehmet Akif Baltacı¹, Muhammed Mirhan Olgaç¹,
Sehbal Arslankoz², Ebru Şebnem Ayva², Hakan Apaydın¹,
Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer¹, Alper Sarı¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

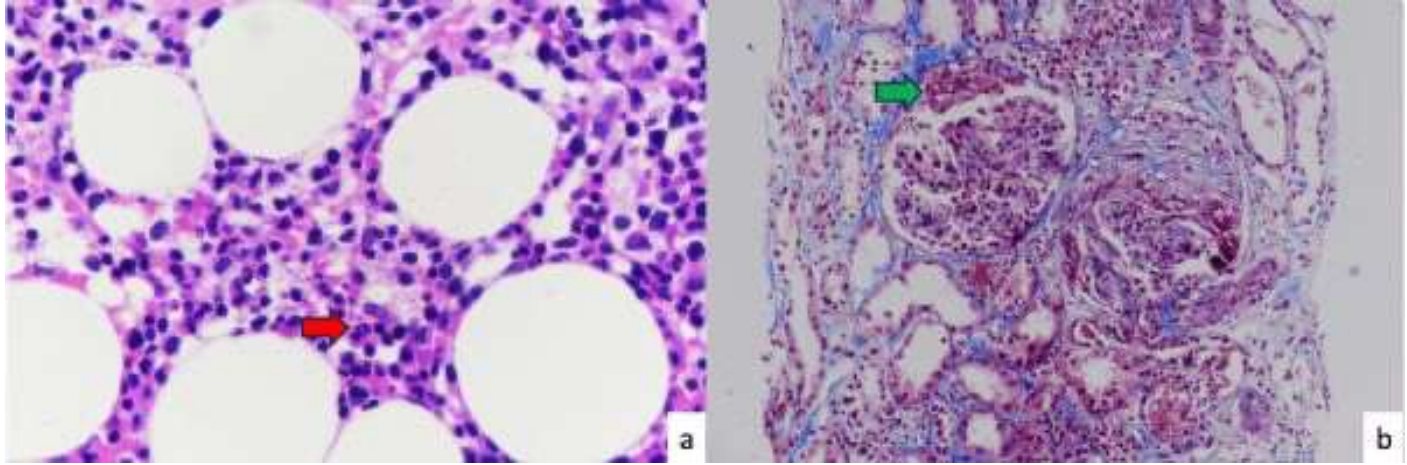
Giriş: Makrofaj Aktivasyon Sendromu (MAS) ve Pauci-immün kresentrik glomerulonefrit (PICGN), sistemik lupus eritematozus (SLE) seyrinde nadir de olsa görülebilir. Burada MAS ve PICGN ile seyreden nadir bir SLE olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta; son üç ayda 30 kilo kaybı ve halsizlik şikayeti ile romatoloji kliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali ve bilateral akciğer alt zonlarda ral mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 84 mm/h, C-reaktif protein (CRP): 32 mg/L, kreatinin: 0,97 mg/dL, hemoglobin: 6,2 g/dL, beyaz küre (WBC): 2,97x10⁹, trombosit sayısı: 89x10⁹, laktat dehidrogenaz (LDH): 500 U/L, direkt coombs ++, haptoglobulin: 4,23 g/L (normal sınırlarda) ve hipokomplementemi mevcuttu. Periferik yaymasında hemoliz bulgusu yoktu. Serolojik incelemede anti-nükleer antikor: 1/10000 titrede homojen paternde pozitif, Anti-dsDNA >200 IU/mL, anti-

fosfolipid antikorları ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatifti. 24 saatlik idrarda 4 gr/gün proteinürisi mevcuttu. Mevcut bulgularla SLE kabul edilen hastanın geniş spektrumlu antibiyotiğe dirençli ateşi olması nedeniyle pulse steroid (250 mg/gün, 3 gün) ve hidroksiklorokin sülfat tedavisi başlandı. İdamede 1 mg/kg/gün metilprednisolon ile takip edilen hastanın ateşinin devam etmesi, nefes darlığının artması üzerine entübe edilerek yoğun bakım kliniğine devredildi. Laboratuvar tetkiklerinde; ferritin: 1772 µg/L, trigliserid: 322 mg/dL, LDH: 434 U/L, hemoglobin: 6 g/dL, WBC: 4,7x10⁹, CRP: 44 mg/L ve kemik iliği biyopsisinde hemofagositik hücreler olan hastada SLE ilişkili MAS düşünülerek metilprednisolon tedavisine intravenöz immünglobulin (0,4 gr/kg/gün, 5 gün) tedavisi eklendi (Şekil 1a). Renal biyopsisinde immünkompleks depolanması olmayan, PICGN olarak raporlanan hasta SLE ilişkili ANCA negatif PICGN kabul edildi (Şekil 1b). Mikofenolat mofetil (2 gr/gün) ve 48 mg/gün metilprednisolon ile taburcu edilen hastanın 2 hafta sonraki tetkiklerinde; hemoglobinin: 10 g/dL, CRP: 3 mg/L, ESH: 47 mm/h, C3-C4 normal, Anti-dsDNA 102 IU/mL ve 24 saatlik idrar proteini 769 mg/gün olarak sonuçlandı.

Sonuç: SLE hastalarında dirençli ateş ve sitopeninin bir nedeni de MAS gelişimi olabilir. Renal tutulum bulguları olan hastalarda tipik lupus nefriti dışındaki olası patolojileri göstermek için böbrek biyopsisi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyon sendromu, sistemik lupus eritematozus, Pauci-immün kresentrik glomerulonefrit



Şekil 1. (a): Kemik iliği biyopsisinde sayıca artmış aktive makrofajlar (kırmızı ok) (H and E, x400). (b): Renal biyopside fibrinoid nekroz içeren selüler ve fibroselüler kresentler (yeşil ok) (Masson trikrom, x200)

Akroosteolizisin eşlik ettiği sistemik skleroz olgusu

Ebru Atalar, Gülşah Yamancan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

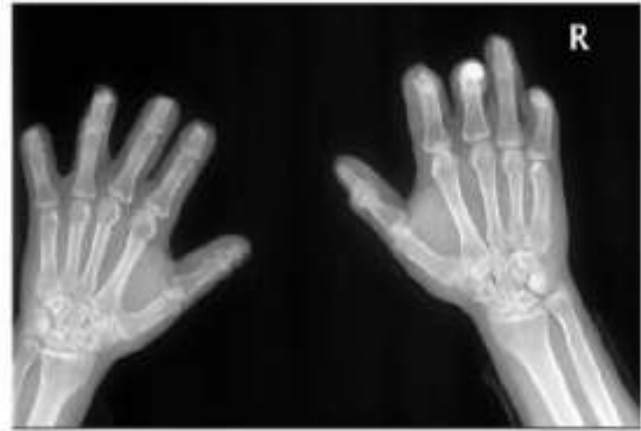
Giriş: Sistemik skleroz (SSc), vasküler patoloji, inflamasyon ve yaygın fibrozis ile karakterize otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Akroosteolizis (AO) terimi özellikle distal falanksı, bazen de orta ve proksimal falanksı etkileyen, kemik yıkımı ile seyreden nadir bir klinik tabloyu tanımlar. İdiyopatik veya kalıtsal olabileceği gibi geniş bir hastalık spektrumuna ikincil olarak da gelişebilir. Burada AO ile seyreden SSc olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış dört yaşında erkek hasta el parmaklarında sertlik ve şekil bozukluğu şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Romatolojik sorguda ellerde sabah tutukluğu, ağrı tarifliyordu. Parmak uçlarında ülser yara ve Raynaud fenomeni öyküsü mevcuttu. Hastanın 10 yıl önce SSc tanısı aldığı ancak takipsiz olduğu, düzenli medikal tedavi almadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde tüm parmaklarda sklerodaktili, parmak uçlarında skarlar, distal falankslarda (bazı

parmaklarda orta falankslarda da) kayıp, yüzde telenjektaziler, ağız kenarındaki çizgilerde artış mevcuttu. Ayak parmaklarında belirgin bir patoloji yoktu. Laboratuvar testlerinde, beyaz küre sayısı: 8200, hemoglobin: 14,3 d/L, C-reaktif protein: 3 g/L, eritrosit sedimentasyon hızı: 25 mm/s, anti-nükleer antikor 1:320, antisentromer antikor pozitif. Hastanın ellerinin görünümü ve çekilen el grafisi (Şekil 1) AO ile uyumluydu. Hasta, SSc ile ilişkili iç organ tutulumları açısından da tetkik edildi. Belirgin iç organ tutulumu izlenmedi. Hastanın medikal tedavisi düzenlendi, takibe alındı.

Sonuç: AO, kemik rezorpsiyonuna bağlı parmaklarda kısalmayı tanımlar. Genellikle ellerde oluşmakla birlikte ayaklarda da gelişebilir. Nedeni tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte kan akımının azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan hipoksinin tetiklediği osteoklastogenezin majör rol oynadığı düşünülmektedir. SSc'da görülen AO'de obliteratif mikrovaskülopati, deri fibrozisi, fleksiyon kontraktürleri, kalsinozis ve otonomik disfonksiyonun neden olduğu hipoperfüzyon önemli rol oynamaktadır. SSc hastaları AO ile prezente olabilir veya zaman içinde AO gelişebilir. AO özellikle erken dönemde gözden kaçabilir. Bu durum akılda tutulmalı ve SSc hastaları bu açıdan da takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akroosteolizis, sistemik skleroz, el



Sekil 1. Akroosteolizis ile uyumlu olarak el falankslarında kayıp

EP-030

Nadir görülen bir hastalık olarak; relapsing polikondrit

Aydan Köken Avcı

Kocaeli Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Kocaeli

Giriş: Relapsing polikondrit; kıkırdak ve bağ dokunun destrüksiyonu ve inflamasyonu ile seyreden nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Aurikula, nazal ve trakeanın kıkırdak dokusu başlıca etkilenen bölgeler olup eşlik eden vaskülit, okuler inflamasyon, myokardit veya non eroziv artrit de görülebilir. Bu olguda kulak-burun-boğaz (KBB) polikliniğinden yönlendirilen yüzde kitle görünümü oluşturan ilerlemiş bir hastadan bahsedilecektir. Relapsing polikondrit, kartilaj dokunun başlıca etkilendiği sistemik tutulumların da görülebildiği nadir görülen bir hastalıktır. Her iki cinste eşit oranda ve sıklıkla 44-51 yaşları arasında görülür. Hastaların %33'ünde tip 2 kolajene karşı antikor olduğu tespit edilmiştir. Bu olguda yüzde kitle görünümüne yol açan tekrarlayan kulak şişliği ve işitme kaybı ile başvuran bir hasta sunulacaktır.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 58 yaşındaki erkek hasta tek kulakta ve kulak etrafında şişlik, kızarıklık, ağrı ve eşlik eden işitme kaybı ile KBB polikliniğine başvurmuş. Yapılan muayenesinde etkilenen tarafta sensörinöral tip işitme kaybı ve dış kulakta ödem saptanmış. Endoskopik muayenesinde laringeal kartilajlar doğal izlenmiş. Yüzde kitle şeklinde görünümüne neden olmasından dolayı hastaya biyopsi yapılmış, sonuç non-malign gelmesi üzerine romatolojiye sevk edilmiş. Hastanın başvuru anında tek

kulakta yüze yayılacak kadar fazla şişlik, kızarıklık ve ağrı olduğu görüldü, anamnezde tekrarlayan ve 5 yıldır benzer atakların yaşandığı öğrenilmesi üzerine relapsing polikondritten şüphe edildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı değerleri normal saptandı. Hemogram ve rutin biyokimya testlerinde patoloji yoktu. Romatolojik testlerden romatoid faktör, siklik sitriline peptit, antinükleer antikorlar, antinötrofil sitoplazmik antikor değerleri ve serum anjiyotensin dönüştürücü enzim değeri normal saptandı. Oküler semptomu olmayan hastanın göz muayenesinde anlamlı patoloji saptanmadı. Trakeal tutulum açısından çekilen toraks bilgisayarlı tomografide özellik yoktu. Tedavi öncesi yapılan kardiyak muayenesi normal saptandı. Eşlik eden vaskülit varlığı açısından yapılan görüntüleme yöntemlerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastaya tüm bu bulgularla 1 mg/kg dozda metilprednizolon ve sonrasında metotreksat (MTX) tedavisi başlandı. Tedavinin 15. gününde hastanın dramatik olarak semptomlarında azalma saptandı, 1. ayda yapılan kontrol işitme testinde belirgin iyileşme saptandı, takipte MTX ile inolerans gelişen hasta halen düşük doz prednol ve leflunamid tedavisi almaktadır.

Sonuç: Relapsing polikondrit nadir görülmesine rağmen birçok sistemi etkileyebilmektedir. Erken tanı ve tedavi hastalığın mortalite ve morbiditesi üzerine oldukça etkilidir. Özellikle tekrarlayıcı tarzda aurikula da kızarıklık şişlik ve ağrı ile gelen hastalarda akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Polikondrit, relapsing, otoimmün



Sekil 1. Tedavi öncesi ve 1. ayındaki görüntü

Anti-TNF tedavi altında paradoksal sarkoidoz gelişen hastada upadisinib tedavisi

Mustafa Ferhat Öksüz

VM Medical Park Pendik Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Anti-tümör nekroz faktörü (TNF) tedavilerin romatolojik hastalıkların tedavisinde yaygın kullanımı ve uzun dönem takipler ile birlikte, paradoksal olarak anti-TNF ilişkili otoimmün hastalıklarda artan sayıda olgu bildirilmektedir. Paradoksal sarkoidoz'un da TNF-alfa/interferon-gamma imbalansı nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Burada ankilozan spondilit nedeniyle kullanılan, sertolizumab tedavisi altında paradoksal sarkoidoz gelişimini ve başlanan upadisinib tedavisinin sonucu paylaşılmaktadır.

Olgu: Ankilozan spondilit tanısı ile takip edilen 30 yaşında erkek hasta 2 yıl kullanılan adalimumab tedavisine sekonder etkisizlik gelişmesi ve Crohn hastalığı tanısı alması üzerine başlanan serolizumab tedavisinin 1. yılında etki azalması başlaması üzerine (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi: 5,4) değerlendirilen hastanın, biyolojik tedavi hazırlığı sırasında yapılan postero-anterior akciğer grafisi (PAAC) normal saptanmış ve QuantiFERON testi de negatif saptanınca izoniazid profilasisine gerek görülmemiştir. Solunum sistemi ile ilgili semptomu olmayan hastanın yeni çekilen PAAC grafisinde bilateral hiler genişleme izlendi. Hastanın sorgulamasında dispne, kuru öksürük, ateş, kilo kaybı ve gece terlemesi yakınması yoktu. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Solunum fonksiyon testleri normaldi. Tam kan sayımı, biyokimyasal tetkikleri, tam idrar tetkiki normaldi. Kan anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi: 55 U/mL (N: 8-52 U/mL) saptandı. Hastanın çekilen yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) görüntülemesinde bilateral mediastinal lenfadenopati ve her iki akciğerde santral yerleşimli nodüller saptandı. Tekrarlanan QuantiFERON testi negatif idi. Biyopsi önerilen hasta işlemi kabul etmedi. Göğüs hastalıkları ile birlikte değerlendirilen hastada mevcut tablo, anti-TNF ilişkili paradoksal sarkoidoz olarak değerlendirildi ve sertolizumab tedavisi kesildi. Asemptomatik sarkoidoz (evre 1) düşünülen hastaya göğüs hastalıkları tarafından sarkoidoz için ek tedavi önerilmedi. Crohn hastalığı da olan hastaya anti il-17 tedavi uygun bulunmadı. Upadisinib 15 mg/gün başlandı. Tedavisin 6. ayında göğüs hastalıkları ile birlikte yapılan değerlendirmede kan ACE düzeyi normal saptandı, kontrol HRCT'sinde mediastinal ve hiler lenf nodlarında tama yakın regresyon izlendi.

Sonuç: Anti-TNF tedavisi sırasında paradoksal sarkoidoz gelişebileceği akılda tutularak ve yakın izlem önemli gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF, paradoksal sarkoidoz, upadisinib

Romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus tanılı erkek bir olgu

Betül Sargın

Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın

Giriş: Romatoid artrit (RA) primer olarak sinovyal eklemleri etkileyen sistemik otoimmün enflamatuvar bir bozukluktur. Genellikle metakarpofalangeal, proximal interfalangeal eklemler ile metatarsofalangeal eklemler etkilenmektedir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) sıklıkla doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen immün sistem disfonksiyonu ile karakterize klinik olarak heterojen bir hastalıktır. Biz burada RA ve SLE tanısı koyduğumuz erkek bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli altı yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden özellikle metakarpofalangeal eklemlerdeki ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Halsizlik, nefes darlığı, fotosensivite, ağız kuruluğu tarif etmiyordu. Fizik muayenede her iki el metakarpofalangeal eklemler ağrılı idi, ısı artışı saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin, hematokrit ve beyaz hücre sayısı normal idi. Trombosit sayısı 409.000 μ L hafif yüksek saptandı. Kan üre nitrojeni ve kreatinin düzeyi normal idi. Spot idrar analizi normal idi. Hepatit belirteçleri negatifti. Simetrik eklem ağrısı tarif etmesi nedeni ile sitrulinlenmiş peptit, antinükleer antikor, direk coombs testi ve serum kompleman düzeyleri araştırılmıştır. Bu testlerden antinükleer antikor pozitif, ENA profil negatif saptandı. Direk coombs testi negatif, serum kompleman 3 düzeyi g/L düzeyde düşük, kompleman 4 düzeyi 0,25 g/L normal düzeyde saptandı. Metakarpofalangeal eklem ağrısı tarif etmesi nedeni ile çekilen el grafisinde sol el 3. metakarpofalangeal eklemden erozyon saptandı (Şekil 1). El ultrasonografisinde efüzyon saptandı. Hastaya hidroksiklorokin 200 mg/gün tedavisi başlandı. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç: Romatoid artrit ve SLE birlikteliği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, erkek olgu



Şekil 1. El grafi bulguları

Dirençli bir polimiyozit olgusu

Cansu Arslantürk Güneysu¹, Muhammed Ömer Ezen², Nilay Erdik¹, Sümeyye Merve Türk¹, Tamer Acat¹, Ayhan Kamanlı³

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

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi Anabilim Dalı, Sakarya

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Giriş: Enflamatuvar miyozitler genellikle kas ağrısı ve kas güçsüzlüğü ile ortaya çıkan, multisistemik tutulumları olabilen otoimmün, heterojen bir hastalık grubudur.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta birkaç aydır mevcut olan kas ağrıları ve güçsüzlük ile değerlendirildi. Özgeçmişinde hastalık ya da ilaç kullanımı yoktu. On paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Romatolojik sorgulamasında disfaji dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde proksimal kas gruplarında kas gücü 3/5, distal kas gruplarında kas gücü 4/5 idi. Deri bulgusu yoktu. Tetkiklerinde AST: 599 U/L, ALT:503 U/L, CK:21.500 U/L, LDH 1900 U/L saptandı. Hemogram parametreleri, renal fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri ve akut faz reaktanları normaldi. Viral tetkikler, *Brucella*, VDRL negatif. ANA negatif, ENA paneli negatif, ANCA negatif saptandı. Elektromiyografi bulguları miyopati ile uyumlu

bulundu. Uyluk manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral kas gruplarında enflamasyon mevcuttu. Görüntülemelerinde malignite ve interstisyel akciğer hastalığı bulgusu saptanmadı. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Ekokardiyografide pulmoner arter basıncı normaldi. Kas biyopsisi polimiyozit ile uyumlu olarak raporlandı. Disfaji nedeni yapılan gastroskopide proksimal özofagusta gastroskopun geçilmesinde zorlanma olduğu belirtildi. Özofagus motilite bozukluğu düşünülerek manometri planlandı. Hastaya polimiyozit tanısı ile 1mg/kg prednizon eşdeğeri başlandı, takibinde 32 mg/gün metilprednisolon ile devam edildi. Karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle immünespresif tedavi eklenmedi. Takiplerinde CK:4300 U/L, karaciğer enzim düzeyi AST: 260 U/L, ALT: 230 U/L düzeyine kadar geriledi. Kas gücünde ve disfajide belirgin düzelme olmadı. Hastadan gönderilen miyozit antikor panelinde anti SRP+ saptandı. Dirençli hastalık düşünüldü ve disfajinin de devam etmesi nedeniyle hastaya 0,4 gr/kg intravenöz immünglobulin 5 gün süreyle planlandı.

Sonuç: Enflamatuvar miyozitlerde temel tedavi sistemik kortikosteroidlerdir. Genellikle immünespresif tedavi ile kombine olarak kullanılır. Dirençli hastalıkta, sistemik tutulumda ve immünespresif başlanması için uygun olmayan durumlarda intravenöz immünglobulin bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: anti-SRP antikor, intravenöz immünglobulin, polimiyozit

EP-034

Dirençli ülseratif kolite eşlik eden Takayasu arteriti, spondiloartrit ve Ailevi Akdeniz Ateşi tanılı genç kadın hastada upadacitinib deneyimi

Duygu Kerim¹, Nalan Gülşen Ünal², Kenan Aksu¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

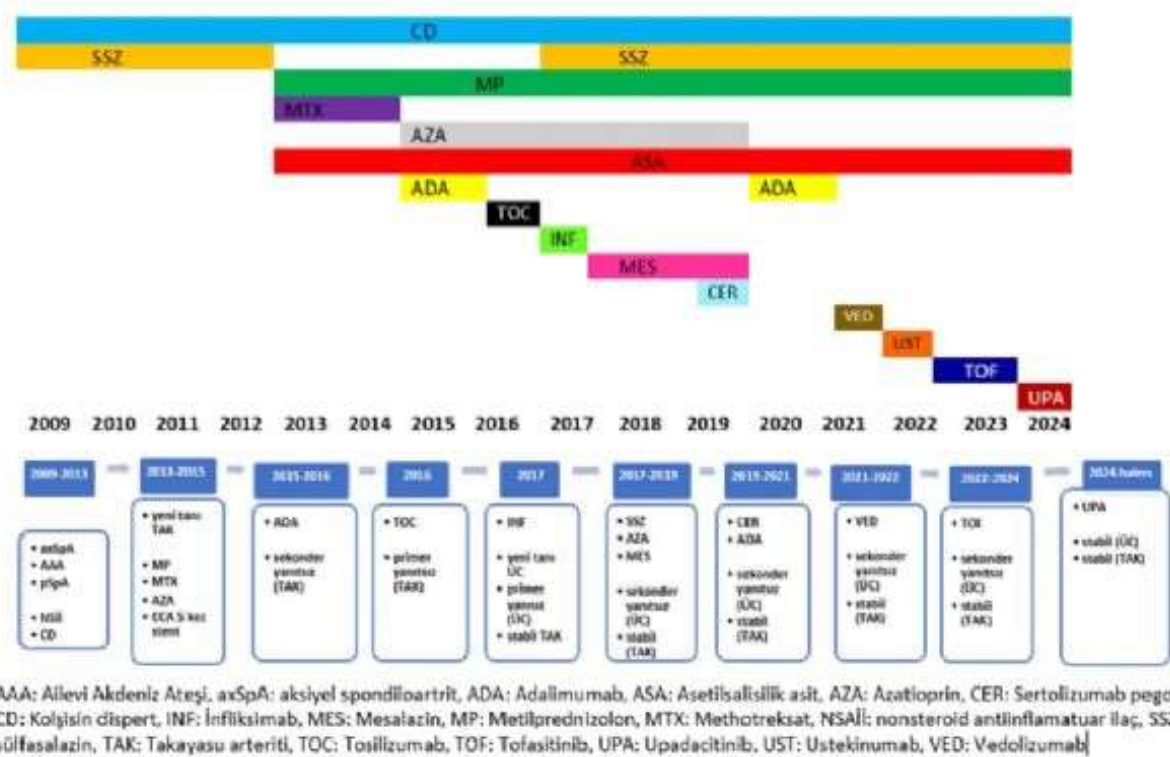
Giriş: Enflamatuvar bağırsak hastalığı (EBH), gastrointestinal sistemin kronik enflamatuvar bir hastalığıdır. Takayasu arteriti (TAK), aortu ve dallarını etkileyen kronik bir vaskülitir. EBH ve TAK %5,8-9,3 oranında birliktelik gösterirler.

Olgu: Yirmi dokuz yaş kadın, 2009'da enflamatuvar kalça ağrısı, periferik artrit, ateşin eşlik etmediği karın ağrısıyla araştırılırken sakroiliit, HLAB27(+), heterozigot M694V mutasyonu saptanınca juvenil spondiloartrit, Ailevi Akdeniz Ateşi tanıları konulmuş. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, sülfasalazin (SSZ), kolşisin başlanmış. 2013'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi romatoloji kliniğine konstitüsyonel semptomlar, akut böbrek yetmezliği, tansiyon yüksekliğiyle başvurdu. Solda radyal nabız alınamadı. Manyetik rezonans görüntüleme anjiyografide renal arterlerde stenoz, sol subklavyen ve ana karotid arterde (CCA) darlıkla TAK tanısı konuldu. 2013-2015'te metilprednizolon (MP), methotreksat, azatioprin (AZA), asetilsalisilik asit (ASA) verildi, CCA'ya 5 kez stent takıldı. 2015'de klinik cevap alınmayınca adalimumaba (ADA) geçildi. 2015-2016'da vaskülitik progresyon saptanınca tosilizumaba (TOC) geçildi, ancak 6. ayda yanıtı kabul edildi.

Kasım 2016'da infliksimab (INF) başlandı. Hasta 2017'de kanlı ishale başvurduğu Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi gastroenteroloji kliniğinde ülseratif kolit (ÜC) tanısı aldı. INF kesilerek SSZ, AZA ve mesalazim başlandı. 2017-2019'da TAK açısından stabil seyretti. 2019'da ÜC reaktivasyonu sırasıyla sertolizumab, tekrar ADA ve 2021'de vedolizumab başlandı. Romatolojik açıdan stabil ancak ÜC reaktivasyonu gastroenteroloji 2022'de ustekinumab (UST) başladı. Düşük doz MP, SSZ 4x2, UST'la 1. yılın sonunda ÜC remisyonu sağlanamadı, tofacitinib'e (TOF) geçildi. İki yıl TOF'la stabil seyreden hasta, günde 10-12 kez kanlı ishal, akut faz reaktan (AFR) yüksekliğiyle yatırıldı. Sol subklavyen arterde TAK lehine progresyon, güncel kolonoskopide reaktivasyon saptandı. Aktif sakroiliiti yoktu. TOF stoplanarak 8 hafta 1x45 mg indüksiyon dozunda upadacitinib (UPA) başlandı. Bir hafta sonra ishal günde 4'e düştü, kanlı dışkılaması yoktu, AFR geriledi. Tedavisine UPA 15 mg, SSZ 3x2, CD, düşük doz MP ve ASA ile idame edilmektedir (Şekil 1).

Sonuç: Steroid, SSZ veya AZA'ya yanıtı ÜC'te tedavide, monoklonal tümör nekroz faktör (TNF) inhibitörleri ya da UST düşünülebilir. Anti-TNF ve UST'nin, TAK'ta da etkili olduğu bilinmektedir. Ancak UST, axSpA'da etkisizdir. TOC ile TAK'ta iyi yanıt alınırken, İBH'de perforasyon açısından dikkatli olunmalıdır. JAK inhibitörleri (JAKi) kısa yarı ömürleri ve hızlı etki başlangıçları göz önüne alındığında, yüksek doz MP'nin, UST'nin ya da TOC'nin uygun olmadığı hastalarda düşünülebilir. İBH, TAK ve axSpA'da etkili olduğu sınırlı sayıda çalışmada gösterilmiş olan UPA, JAKi'ler arasında öne çıkmaktadır. Ancak etkinlik ve güvenlikle ilgili daha fazla sayıda randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ülseratif kolit, spondiloartrit, Takayasu arteriti, upadacitinib



Şekil 1. Tedavilerin kronolojik çizelgesi

Spondiloartrit ayırıcı tanısı: Sakral yetmezlik kırığı olgu sunumu

Berkay Hasmercan¹, İbrahim Vasi², Abdulsamet Erden²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

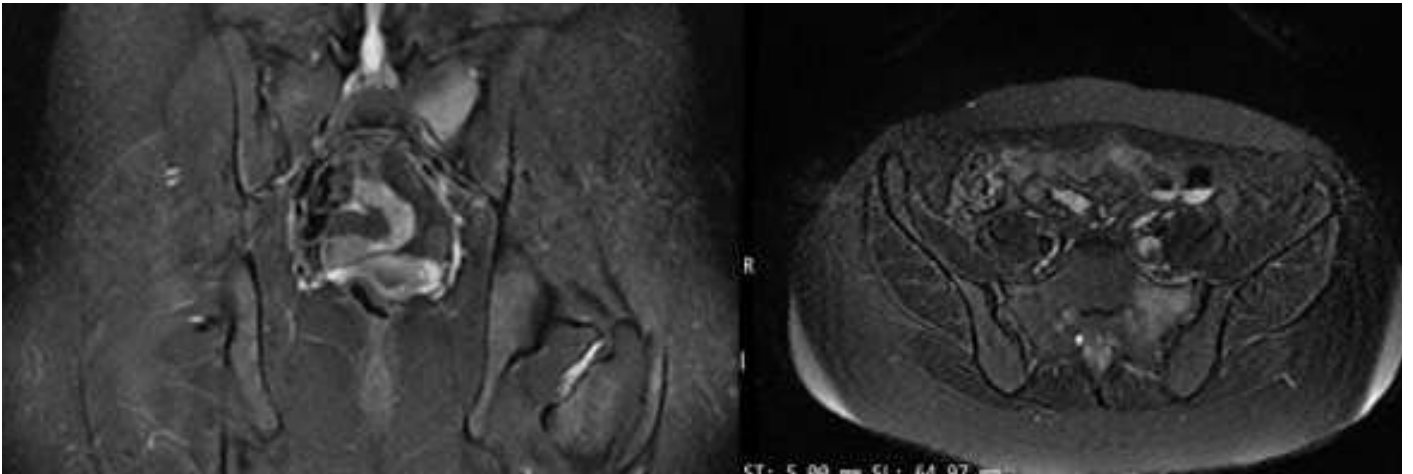
Giriş: Aksiyel spondiloartrit (Ax-SPA), genellikle 40 yaş öncesinde ortaya çıkan kronik bel ağrısı nedenlerindedir. Kronik bel ve kalça ağrısı ile başvuran hastalarda manyetik rezonans görüntülemelerde (MRG) Ax-SPA ile karışabilecek birçok klinik tanı mevcut olup bunlarda başlıcaları; infeksiyöz sakroiliitler, yetmezlik kırıkları, osteitis kondensans ilii, dejeneratif değişiklikler ve diffüz idiyopatik iskelet hiperostozudur. Sakral yetmezlik kırığı (SIF); genellikle geriatrik ve osteoporotik popülasyonda görülen ve kalçaya yayılım gösteren bel ağrısı ile klinik prezente olan bir durumdur. Ağrı çoğunlukla non-enflamatuvar karakterdedir. Sakral stres kırıklarının aksine stres faktörü olmadan oluşan kırıklardır. Bu olgu sunumunda kliniğimizde bel ağrısı ve MRG bulguları nedeniyle ankilozan spondilit ön tanısı ile yönlendirilmiş olan hastanın klinik özellikleri değerlendirilecektir.

Olgu: Otuz dört yaş kadın hasta; yaklaşık 2 ay önce özellikle sol iliak kemik ve ayak üzerine basmakla belirgin, hareketle artan ağrı şikayetiyle bir kliniğe başvurmuş. Hastanın öyküsü sorgulandığında kalça ağrısına eşlik eden sabah tutukluluğu olmadığını ve periferik eklemlerde ağrısının olmadığını belirtmiştir. Kalça ağrısının özellikle uzun süre ayakta kalmakla arttığını belirtmiştir. Kalça ağrısına eşlik eden ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gibi sistemik semptomlarının olmadığı ve üveit öyküsü, kronik ishal ve psöriyatik döküntüsünün olmadığı görülmüştür. Hastaya tarafımıza yönlendirilmeden önce yapılan kalça MRG görüntülemesinde “solda sakral kemikte sakral ala lokalizasyonunda foraminal uzanım

gösteren ve vertikal uzanımlı kemik iliği ödemi ile sağ sakroiliak ekleme komşu sakral yüzeyde de hafif kemik iliği ödemi” şeklinde raporlandığı görülmüştür. Hasta sakroileit ön tanısı ile tarafımıza başvurmuştur. Hastanın değerlendirilmesinde ağrısının vasfının enflamatuvar tipte olmaması, FABER muayenesinin bilateral normal düzeyde olması ve özellikle kalça ekleminde hareket etmekte hassasiyeti olduğu saptanması üzerine MRG görüntülemesi (Şekil 1) kliniğimiz radyoloji bölümünce tekrar değerlendirilerek sakral yetmezlik kırığı ile uyumlu olduğu görüldü. Hastanın 1 yıl önce gebelik öyküsü olması ve astım nedeniyle 2 kez intramusküler steroid kullanım öyküsü olması nedeniyle osteoporotik kırık olabileceği düşünülmüştür. Bakılan kemik mineral dansitometrisinde L1-L4 total skoru -2,6 gelen hastaya osteoporoz tedavisi ve ibuprofen tedavisi başlanarak izleme alınmıştır. Hastanın 3. ay kontrolünde ağrısı tamamen gerilemiş olup ibuprofen kullanım ihtiyacı da kalmamıştır.

Sonuç: ASAS axSpA sınıflandırma kriterlerine göre “aktif sakroileit” tanımı yapılabilmesi; MRG görüntülemesinde STIR veya T2FS’de kemik iliği ödemi veya T1 ağırlıklı bir sekansta kemik iliği kontrast artışı (Gd sonrası T1FS gibi) görüntüsü ile belirgin enflamasyon varlığı, tipik bir anatomik alanda da subkondral kemik saptanmalıdır. MRG bulguları tek başına yeterli olmayıp eşlik eden entezit, sinovit, üveit gibi enflamatuvar lezyonların varlığı ile klinikte enflamatuvar tipte ağrı olması beklenir. Kliniğimizde takip edilen hastanın da kalça MRG görüntülemesinde kemik iliği ödemi saptanmış olup bu kapsamda ayırıcı tanı için takip edilmiştir. MRG görüntülemesi tanı sürecinde oldukça kullanışlıdır. İlikte ödem yanında sakral baskın ve genellikle iki taraflı tutulum gösteren MRG görüntülemesinde de SIF akla gelmelidir. Hastamızda da sol sakral baskın kemik iliği ödemi ve ağrının karakteri, eşlik eden durumlar, fizik muayene bulguları ve ayırt edici görüntüleme özellikleri birlikte değerlendirilmiş olup SIF ön planda düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartrit, ayırıcı tanı, sakral yetmezlik kırığı



Şekil 1. Kalça manyetik rezonans görüntüleme (koronal ve aksiyel kesit)

Intrakardiyak trombüs ve pulmoner anevrizma ile tanı alan Behçet olgusu

Fatma Gür Hatip, Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

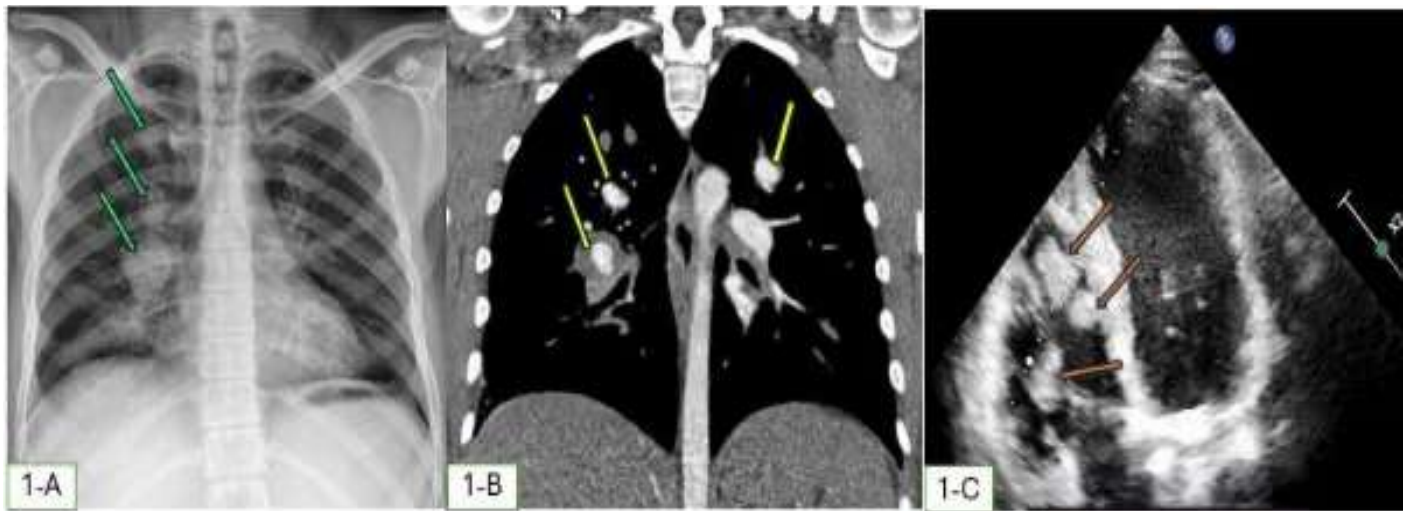
Giriş: Behçet hastalığı mukokutanöz tutulum, göz tutulumu, nörolojik tutulum, vasküler tutulum ve gastrointestinal tutulum ile gidebilen kronik multisistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Vasküler tutulumlardan yüzeysel ve derin ven trombozları sık görülen tutulumlar olup intrakardiyak trombüs daha nadir görülen bir tutulumdur.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta öksürük, hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Hastanın iki haftadır öksürük yakınması olup balgam eşlik etmemekteydi. Aniden öksürükle beraber yaklaşık 200 mL hemoptizi tariflemekte. Özgeçmişinde iki yıl öncesinde perikardit nedeniyle yatış öyküsü, bir yıl öncesinde sol bacak derin ven trombozu (DVT) öyküsü mevcuttu. DVT nedeniyle periferik anjiyografi yapılan hastanın anjiyografi sonrasında pulmoner emboli öyküsü mevcuttu. Hasta detaylı sorgulandığında yılda üçten fazla oral aftı olup genital ülser tariflememekte, eritema nozodum benzeri lezyonlar tarifleyen hastanın üveit öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede bilateral bacaklarda iyileşmiş eritema nodozuma ait skarları mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:19,7 103/uL (yüksek, normal aralık (n):3,6-11,2 103 / uL), Neu:14,4 103/uL (yüksek, 1,8-7,8 103 /uL), Hgb:11,1 gr/dL (düşük, n:11,4-15,9 gr/dL), MCV: 73 fL (normal, n:73-95 fl), Rdw: %17 (normal, n:12,3-17), PLT: 202 (normal, n:159-386 103/uL), CRP:95 mg/L (yüksek, n:0-5 mg/L), sedimentasyon: 15mm/saat (normal), D-dimer:2054 ng/mL (yüksek, n:0-500 ng/mL), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, serum elektrolitleri normal saptandı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ hiler alanda en büyüğü ve belirgini yaklaşık 40*30 mm boyutlarında

nodüler düzgün sınırlı opasite ve yine sağ parakardiyak alanda birkaç adet düzgün sınırlı nodüler opasiteler mevcuttu (Şekil 1 A). Başvurusunda çekilen pulmoner bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide pulmoner arterde anevrizma ve distal segmentlerde de emboli ile uyumlu görünüm saptandı (Şekil 1 B). Hastanın yapılan ekokardiyografisinde sağ yapılarada papiller kaslara tutunmuş olarak septuma yakın en büyüğü 15*10 mm olan 6-7 adet kitle, sağ ventrikülde trombüs ile uyumlu olabilecek şüpheli lezyonlar izlendi (Şekil 1 C). Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme ile ekokardiyografide görülen kitlelerin trombüs olduğu doğrulandı. Hastaya Behçet hastalığı vasküler ve kardiyak tutulum nedeniyle pulse steroid (ardışık üç gün, 1 gram/gün) sonrasında metil prednizolon (1 mg/kg/gün), siklofosamid (21 gün arayla 1000 mg), ve kolşisin (3x1tb/gün) tedavileri başlandı. Siklofosamid ve metilprednizolon tedavileri altında takibi devam etmektedir.

Sonuç: Behçet hastalığı vasküler tutulum seyrinde hem arteriyel sistem hem de venöz sistem etkilenebilmektedir. Venöz sistem tutulumu sıklıkla arteriyel sistemden önce gelmektedir. Kardiyak tutulum ise daha nadir görülen ve hastanın prognozunu belirleyen tutulumlar arasındadır. Behçet hastalığına bağlı kardiyak trombüs tedavisinde sık görülen kardiyak hastalıklara bağlı trombüslerden farklı olarak öncelikle agresif immünespresif tedaviler yer almalıdır. Behçet hastalığı için patognomonik bir laboratuvar testi olmadığından ve tanı klinik bulgulara dayanarak koyulduğu için tanıda gecikmeler yaşanmaktadır. Bu süreçte de hasta gerekli immünespresif tedaviyi alamadığı için majör organ ve sistem tutulumları gerçekleşebilmektedir. Sunduğumuz olguda da farklı organ tutulumları nedeniyle diğer kliniklerde takip edilmiş olan hasta pulmoner anevrizma geliştikten sonra Behçet tanısını alabilmiştir. Ülkemiz Behçet hastalığının en sık görüldüğü ülke olduğu için romatoloji dışındaki branşların da ayırıcı tanısında mutlaka yer alması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, vasküler tutulum, intrakardiyak trombüs



Şekil 1. A: Postero anterior akciğer grafisinde yeşil oklarla pulmoner anevrizmanın neden olduğu opasiteler, B: Bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide sarı oklarla bilateral pulmoner arter segmenter dallarında multiple, büyük olanının periferinde tromboze görünümün izlendiği sakküler anevrizmatik dilatasyonlar, C: Trastoraks ekokardiyografide kırmızı oklarla papiller kaslara tutunmuş kitlesel görünümde trombüsler gösterilmektedir

Sjögren tanılı hastada nadir görülen tekrarlayan parotit ve üveit nedeni: Herpes enfeksiyonu

Çiğdem Çelik, Sinem Sağ, Meltem Güzin Altınel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Primer Sjögren sendromu (Pss) ataklar ile seyreden, ekzokrin bezlerin hipofonksiyonuna olan bir otoimmün hastalıktır. En sık tükürük ve gözyaşı bezlerini etkiler. Parotis kanalının tükürük ile yıkanması azaldığından bez oral flora ile kontamine olarak sık enfeksiyöz parotit gelişebilir. Buna göre tekrarlayan enfeksiyöz parotit SS'nin bir parçası olabilir. Sjögrende parotit atakları hastalığın kendisinden veya enfeksiyondan kaynaklanabilir. Herpes enfeksiyonuna bağlı parotit ve üveit ataklarıyla seyreden SS'li hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş üç yaşında kadın hasta 2 gündür sağ parotis bölgesinde ağrı, ateş, şişlik ve gözde kızarıklık şikayetiyle kulak burun boğaz bölümüne başvurmuştu. Son 10 ay içerisinde 2 defa tekrarlayan parotit atağı öyküsü mevcuttu. Hasta primer sjögren

tanısıyla romatoloji kliniğimizde takipteydi ve hidroksiklorakin ve pilokarpin kullanılmaktaydı. Fizik muaynesinde; sağ parotis bezinde şişlik mevcuttu. Oftalmolojik muaynede herpetik ön üveit saptandı. Tetkiklerinde WBC:17.300, lenfosit:2.700, CRP:3,3 mg/dL, KRE:0,54, sedim:72 mm/saat. Hastaya çekilen boyun manyetik rezonans görüntüleme; parotis 22x17x35 mm ölçülerinde kalın kontrastlanan santral kistik lezyonlar ve komşuluğunda en büyüğü 20x12 mm kalınlığında kontrastlanan LAP'lar izlendi. Sağ parotis içerisinde kitlesel lezyondan Tru-cut bx yapıldı. Aktif vasküliter enflamasyon saptandı, ancak hasta üveitten dolayı antiviral tedavi aldığından preparttta aktif herpes inklüzyonu görülmedi. İmmünohistokimyasal olarak HSV DNA dokudan bakıldı. Hastaya antiral valasiklovir tedavisi verildi. PSS'nin küratif tedavisi tartışmalıdır ve oluşan şikayetler doğrultusunda semptomatiktir. Hastaların parotis şişliğinin tedavisinde sistemik düşük doz kortikosteroid kullanılmaktadır. Olgumuzda 10 mg deltacortil iyileşme sağlamıştır. Ek olarak herpetik ön üveiti saptanan hastaya valasiklovir 1000 mg tedavisi başlandı.

Sonuç: Tekrarlayan parotis şişliği olan Sjögren hastalarında ayırıcı tanıda mutlaka viral enfeksiyonlar da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, parotit, üveit

Granülomatöz polianjitis prostat tutulumu: Olgu sunumu

Fatma Nur Çakır, Yüksel Maraş, Serdar Esmer

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Granülomatöz polianjitis sıklıkla solunum yollarında ve böbreklerde ortaya çıkan, patolojik olarak enflamatuvar reaksiyon paterni (nekroz, granülomatöz inflamasyon ve vaskülit) ile karakterize edilen, immünolojik aracılı sistemik küçük damar vaskülitidir. GPA'de her organ veya dokudaki küçük kan damarları tutulabilir ancak hastalar sıklıkla üst solunum yolu tutulumları (%70-100), baş-boyun tutulumları (%85-100) veya böbrek tutulumlarıyla tanı alırlar. Bu olgu sunumunda GPA'nın nadir tutulumlarından biri olan prostat tutulumu ile tanı alan olgumuzdan bahsedeceğiz. Kronik rahatsızlığı olmayan 71 yaşındaki erkek hasta, tekrarlayan ateş ve karın ağrısı şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvuruyor. Başvuru laboratuvar testlerinde hastada AST/ALT:150/146 ALP/ GGT/LDH: 606/591/379 T.Bil/D.Bil:3,1/2,3 INR: 1,3 CRP:264 izlenmesi üzerine hasta akut hepatit ön tanısı ile acil servise yönlendiriliyor. Acilde akut batın patolojilerin dışlanması amacıyla çekilen tomografisinde sağ böbrek orta-alt kesimde 55 mm'lik bir alanda ve sol böbrek üst polde 35 mm'lik bir parankimde kontrastlanma kaybı izlenen ve çevre perirenal yağlı doku kirli görünümünde, hepatobiliyer patoloji izlenmeyen hastada mevcut bulgular akut pyelonefrit lehine değerlendirilerek hastaya ampirik olarak intravenöz seftriakson başlanıyor. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik sebat eden, yakın zamanda çoklu antibiyotik kullanımı olan hastanın hepatit paneli negatif gelmesi üzerine toksik hepatit tanısıyla gastroenteroloji servisine yatışı veriliyor. Hastanın servis takibinde antibiyoterapisinin 3. gününde olmasına rağmen ateşi devam etmesi üzerine antibiyoterapisi ertapenem olarak genişletiliyor. Gönderilen kültürlerinde üreme izlenmiyor. Hasta antibiyoterapi altında 10 gün izlenmesine rağmen akut faz yüksekliği ve ateş devam etmesi üzerine hastada etiyolojik tetkikler genişletiliyor. (IGRA, TORCH, *Brucella* vs.) negatif sonuçlanıyor. Hastanın hepatit etiyolojisinde değerlendirilmek üzere gönderilen ANCA PR3 3+ formalin paternde gelmesi üzerine, romatolojiye danışılan hastada Wegener tutulum açısından değerlendirilmek üzere hasta PET BT planlanıyor. PET BT'de prostat, böbrek, akciğer, yaygın lenf nodlarında tutulum izlenen hastada prostat glandı mesane tabanına indente olup ara plan seçilememektedir. Bezde birkaç odakta artmış F18-FDG tutulumu izlenmektedir. (SUV_{max}: 27,39) şeklinde yorumlanması üzerine prostat biyopsisi planlanıyor, patolojisi nekrotizan granülomatöz enflamasyonla uyumlu gelen hasta granülomatöz polianjitis tanısı alıyor.

Anahtar Kelimeler: granülomatöz polianjitis, wegener granüloatozu, vaskülit

Lupus pernio ile prezente olan pulmoner sarkoidoz

Hakan Apaydın, Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu, Melih Pamukçu

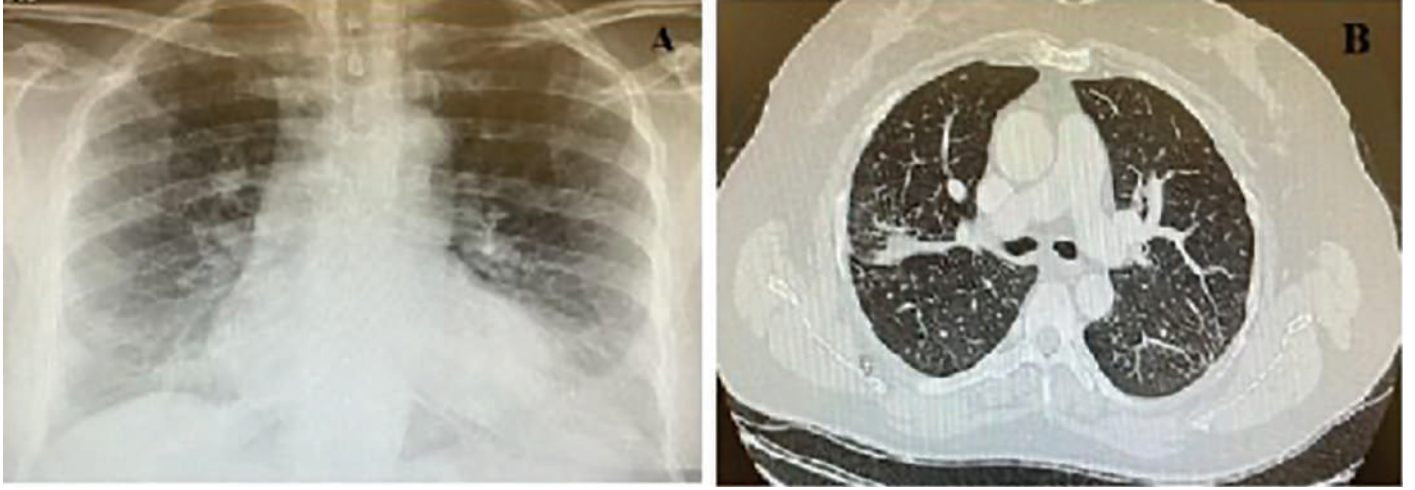
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Ankara

Giriş: Sarkoidoz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen sistemik granülomatöz bir hastalık olup % 90-95 oranında akciğer tutulumu yapmaktadır. Lupus pernio (LP) ise sarkoidozun kutanöz formu olup baş boyun bölgesinde parlak şiddetli noduller lezyonlar olarak ortaya çıkar ve bu hastalarda akciğer parankim tutulumu daha sık görülmektedir.

Olgu: Elli üç yaş kadın hasta, bilinen astım tanısı ile inhaler kullanımı mevcut olup üç aydır olan ellerde ve burunda yeni gelişen lezyonlar nedeniyle dermatoloji başvurusunda yapılan deri biopsisinde "dev hücreler bulunduran lenfositlerden zengin non-kazeifiye granülom yapıları" ile uyumlu olarak raporlanması üzerine sarkoidoz ön tanısı ile romatoloji polikliniğimize yönlendirildi. Romatolojik sorgulamasında ağız kuruluğu ve eritema nodosum (EN) tanısı mevcuttu. Fizik muayenesinde aktif eklemi yoktu, LP ile uyumlu deri lezyonları mevcuttu. Hastanın bakılan ACE düzeyi 85 (13,3-63,9) u/L, Quantiferon negatif, ANA:1/320-nükleolar patern, diğer romatolojik otoantikorları negatif, CRP 8 mg/L (0-5), ESH normal olarak sonuçlandı. Toraks tomografisinde (Şekil 1); mediastinal ve hiler birkaç adet, en belirginini sağ hiler düzeyde 17x12 mm boyutunda ölçülen lenf nodları gözlemlendi. Parankim alanlarında sağda daha belirgin üst lob posterior segmentlerde ve kısmen alt lob superior segmentlerde izlenen sarkoidozisin akciğer tutulumuna bağlı interstisyel ağırlıklı düzensiz sınırlı kalınlaşmalar ve mikronodüler infiltrasyonlar mevcuttu. Solunum fonksiyon testinde FVC %71 olarak sonuçlandı. Hastaya evre 3 sarkoidoz ve sarkoidozun spesifik deri tutulumu olan lupus pernio tanısı ile metotreksat 15 mg/hafta, folat 10mg/hafta ve metilprednizolon 32 mg/gün başlanarak takibe alındı. Takipte 3. ayın sonunda steroid dozu 4 mg/gün'e azaltıldı, efor dispnesi gerilerken deri bulguları tama yakın düzeldi.

Sonuç: Sarkoidozda en sık deri tutulumu olarak EN beklenmekte iken; EN dışı deri bulguları ile başvuran hastalarda lupus perniyonun akıldaki tutulmasını ve sarkoidozun ayırıcı tanılar arasında yer almasını vurgulamayı hedefledik.

Anahtar Kelimeler: Eritema nodosum, lupus pernio, sarkoidoz



Sekil 1. Sarkoidoza bağlı PA akciğer grafisinde (A) bilateral hiler lenfadenopatiler ve periferik retiküler dansite artışları, toraks BT'de (B) sağda daha belirgin üst lob posterior segmentlerde ve kısmen alt lob superior segmentlerde izlenen sarkoidozisin akciğer tutulumuna bağlı interstisyel ağırlıklı düzensiz sınırlı kalınlaşmalar ve mikronodüler infiltrasyonlar izlenmektedir

EP-040

Eklem bulguları olmadan hiperkeratoz ve masif plevral efüzyon ile prezente bir romatoid artrit olgusu

Seda Kutluğ Ağaçkırın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Romatoid artrit ekstremitelerde tutulumları erkek cinsiyet, ciddi hastalık aktivitesi ve yüksek romatoid faktör titresi pozitifliği olan hastalarda sık görülmektedir ve akciğer, deri, göz ve kalp tutulumları ile karşımıza çıkabilmektedir. Plevral tutulum sık karşılaşılan bir durum olsa da, tedavi gerektiren masif plevral efüzyon daha nadir izlenmektedir. Bu olguda plevra tutulumuna eşlik eden ve nadir görülen, atipik deri lezyonları ile seyreden bir romatoid artrit olgusunu sunmayı planladık.

Olgu: Otuz sekiz yaşında bilinen bir hastalık öyküsü olmayan, erkek hasta, 3 ay önce başlayan 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. Deri 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 antibiyoterapi sonrası plevral sıvısı gerilemeyen hastaya, 1 mg/kg metilprednisolon tedavisi başlandı, tedavi sonrası solunum semptomları açısından klinik yanıt alınması üzerine doz tedrici azaltıldı, seroloji ve plevral sıvı bulguları da göz önüne alınarak romatoid artrit olarak kabul edilerek 10 mg prednisolon ve 15 mg/hafta metotreksat idame tedavisine geçildi. Kliniği remisyona giren, plevral sıvısı tekrarlamayan hasta takibine devam etmektedir.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda otopsi serilerinde plevral tutulum %50-70 olarak bildirilse de semptomatik plevral efüzyon % 3-5 olarak görülmektedir. Deri tutulumu ise genellikle ilaç yan etkisi olarak bildirilmiş ancak literatürde romatoid nodül, vaskülitik lezyonlar, ülser ve Reynoud fenomeniyle seyreden olgular da görülmüştür. 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

ANCA ilişkili vaskülit olgusunda servikal kitleMelis Dilbil¹, Tahir Saygın Ögüt²¹Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Edirne²Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Antalya

Giriş: Tüberküloz pek çok hastalığın bulgularını taklit edebilen ve özellikle immünyüpresif tedavi alan romatolojik hastalık olgularında her zaman ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gereken bir patolojidir. Çeşitli çalışmalarda tüberküloz olgularını da içeren çeşitli enfektif patolojiler seyrinde anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) pozitifliği olabileceğini göstermektedir. Bu hasta gruplarında özellikle p-ANCA pozitifliği ön plana çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda ANCA pozitif vaskülit öyküsü olan ve remisyonunda izlenen olgumuzun tüberküloz tanı sürecini paylaşacağız.

Olgu: Yetmiş beş yaşında romatoloji polikliniği başvurusundan 6 yıl önce pulmoner infiltratlar, nefrotik düzeyde proteinüri, renal biyopside tipik tutulum bulguları, akut faz reaktanı yüksekliği ve c-ANCA pozitifliği ile granümatöz polianjinit tanısı almış. Tanı anında pulmoner tutulum bulguları ayırıcı tanısı yapılması açısından gönderilen tüberküloz PCR tetkiki ve balgamda aside dirençli basil taraması negatif olarak sonuçlanmış. İndüksiyon tedavisi olarak siklofosfamid ve idame tedavide mikofenolat mofetil alma öyküsü olan hasta beş yıl boyunca remisyonunda takip edilmiş. Temmuz 2023'de romatoloji polikliniğine halsizlik, belirgin kilo kaybı şikayeti ile başvurusunda fizik muayenede sol servikalde ele gelen kitlesel lezyon saptandı (Şekil 1). Ultrasonografik değerlendirmesinde 86x70x38mm boyutunda çevresel kas dokuya invazyon şüphesi gösteren ve lenfadenopatilerin eşlik ettiğinin saptanması nedeni ile hastaya malignite ön tanısı ile ince iğne aspirasyon biyopsisi planlanmış. İki defa yapılan biyopsi sonucunda nekroz içeren apse alanları saptanan hastanın biyopsi sonrasındaki takip süreçlerinde lezyonun cilde fistülize olduğu saptandı. Gelen

pürülan lezyondan istenen tüberküloz PCR testi pozitif olarak saptandı ve dördü antitüberküloz tedavi başlandı.

Sonuç: Özellikle pulmoner tutulumlu tüberkülozda izlenen ateş, hemoptizi ve kontitüsyonel semptomlar ANCA pozitif vaskülitlerin seyrinde de karşımıza çıkmaktadır. Romatoloji pratiğinde hasta değerlendirmelerinde ön planda romatolojik tanılar akla gelse de hastalarda özellikle de immünyüpresif tedavi alma öyküsü olan olgularda enfektif süreçler mutlaka ayırıcı tanıda bulundurulmalı ve hastalar bu açıdan da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ANCA, vaskülit, tüberküloz, lenfadenit



Şekil 1. Sol servikalde cilde fistülize lenfadenit

Nadir bir olgu: Yao sendromu

Fatma Başbüyük, Safiye Bakkal, Gökçe Kenar Artın

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Yao sendromu *NOD2* gen ilişkili nadir görülen otoenflamatuvar bir hastalıktır. Ataklar şeklinde gelişen ateş, gastrointestinal semptomlar, artrit ve döküntülerle seyretmektedir. Kliniği ile ilgili az veri olmakla birlikte yapılan bir klinik çalışmada %87,5 hastada yüz, gövde ve ekstremitelerde eritematöz yamalar ve plak şeklinde karakteristik döküntüler olduğu gösterilmiştir. Olgular steroide iyi yanıt vermektedir ve uzun dönem tedavide sulfasalazine, IL-1 inhibitörleri ve IL-6 inhibitörleri kullanılabilir. Literatürde olgu düzeyinde kolşisine yanıtın Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) kadar iyi olmadığı görülmüştür. Bu olguda amacımız nadir görülen otoenflamatuvar bir hastalığı sunmak ve benzer semptomları olan olgular için akılda tutulmasını sağlamaktır.

Olgu: Elli beş yaşında erkek hasta, ataklar şeklinde olan ateş, ellerde ve ayaklarda döküntüler ve eklem ağrıları yakınmaları ile başvurdu (Şekil 1). Öyküsünde yaklaşık 4 yıldır kış aylarında el ve ayaklarda yaygın ekimoz şeklinde döküntü, el ve ayak bileklerinde artrit ve eş zamanlı ateş tarif ediyor. Kasım 2022’te geçirdiği atak sebebiyle 20 gün dermatoloji servisinde yatırılarak tetik ve tedavi edilmiş ve o dönem plantar bölgeden yapılan deri biyopsisi vaskülopatik doku reaksiyonu (kriyoglobulinemi ile uyumlu bulgular) olarak değerlendirilmiş. Artrit bulguları steroide dramatik yanıt veriyor ve döküntüler 20-30 gün içerisinde kendiliğinden düzeliyor. Dört yıl içerisinde 1 kış atak geçirmediğini ifade ediyor ve o kış kolşisin kullanım mevcut. Özgeçmişinde akciğer sarkoidozu,

sensörinöral nöropati ve benign prostat hipertrofisi tanıları mevcut. Döküntüler daha önce sarkoidoz ilişkili düşünülerek azatiopurin başlanmış ancak tedavi altında da atak tekrarlamış. Hastanın yapılan tetkiklerinde CRP:135 mg/L, sedimentasyon:7 mm/h, ANA+ nükleer benekli, ENA paneli negatif, anti dsDNA negatif, anti-fosfolipid antikorlar negatif, ANCA negatif, kriyoglobulin negatif, komplemanlar normal, diğer biyokimyasal belirteçler ve hemogram normaldi. Hastanın fizik muayenesinde bilateral ayak bileği ve el bileği hassas, el ve ayak plantar yüzde daha belirgin olmak üzere yaygın ekimotik lezyonlar mevcut, enfeksiyon odağı yok ve sistem muayeneleri olağandı. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde de malignite ya da enfeksiyon lehine patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın yakınmalarının ataklar şeklinde olması, kendini sınırlaması ve kolşisin aldığı dönemde yakınmalarının olmaması nedeni ile nadir görülen otoenflamatuvar hastalıklar açısından değerlendirilmek üzere tıbbi genetik konsültasyonu yapıldı. Genetik testi yapılan hastada *NOD2* geninin 8. ekzonunda heterozigot mutasyon saptandı. *NOD2* genindeki değişiklik OMIM veri tabanında Blau sendromu ve Yao sendromuyla ilişkilendirildi. Tekrarlayan ateş, döküntüler, eklem ağrıları ve akut faz yüksekliği ile presente olan hastada ön planda Yao sendromu düşünüldü. Hasta kolşisin 3x0,5 mg tedavisi altında 6 aydır ataksız izlenmektedir.

Sonuç: Yao sendromu nadir görülen otoenflamatuvar bir hastalıktır. Klinik bulguları AAA’yı taklit edebilmekle birlikte karakteristik deri lezyonları ile seyretmektedir. Hastamızın deri bulgularının ön planda olması ve sarkoidoz komorbiditesinin eşlik etmesi tanı almasını geciktirmiştir. AAA’ya benzer kliniği olan hastalarda gövde, karın ve ekstremitelerde yaygın eritematöz plak şeklinde lezyonların varlığında Yao sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Otoenflamatuvar hastalık, nadir hastalıklar, Yao sendromu



Şekil 1.

Romatoid artrite eşlik eden miyozit olgusu

Hande Ögün¹, Yeşim Özgüler¹, Melih Tütüncü², Yeşim Parman³,
Melike Melikoğlu¹

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

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

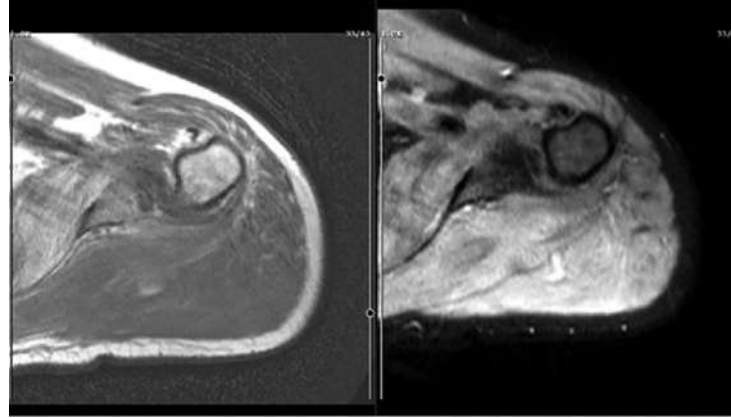
Giriş: Enflamatuvar miyozit, romatoid artrite (RA) nadiren eşlik edebilen proksimal kas zaafı ve kasların enflamasyonu ile karakterize bir durumdur. Romatoid artrite eşlik eden atipik seyirli bir miyozit olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Kırk sekiz yaşında erkek hasta, 2015 yılında eklem tutulumu ve RF ve anti-CCP pozitifliği ile seropozitif RA tanısı almış. Konvansiyonel DMARD'lar ve steroide yanıtızsız olması üzerine 2020 yılında etanercept tedavisi başlanmış. Tedavi altında romatoid nodülleri, periferik artrit ve alt ekstremitte proksimal kas kuvvetsizliği gelişmiş ve CK düzeyi 242, CRP, ANA ve ENA profili negatif saptanmıştır. Temmuz 2020 ile Aralık 2021 arası toplamda 3 kurs rituksimab tedavisi alan hasta Temmuz 2023'e

kadar takipsiz kalmış olup, 3 yıldır olan ve son 2 yıldır artan kas güçsüzlüğü ve eklem ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede özellikle proksimal kas kuvvet kaybı saptandı. Bakılan CK düzeyi 127 ve CRP düzeyi normal, miyozit paneli negatifti. EMG incelemesi üst ve alt ekstremitte kaslarında yaygın aktif miyojen tutulum; manyetik rezonans görüntülemesinde kas dokusunda enflamatuvar değişiklikler (Şekil 1); PET görüntülemesinde enflamasyonla uyumlu yaygın eklem tutulumu mevcuttu. Kas biyopsisi enflamasyonun paterni ve perifasiküler değişiklikler olması nedeniyle dermatomiyozit ile uyumlu bulundu. Olguya pulse steroid ve 1 kurs rituksimab, idamede oral steroid ve mikofenolat mofetil verildi. Kas kuvvetsizliği progresif ilerleyince IV immunglobulin tedavisi verildi, kısmi fayda gördü. Takipte omuz çevresi kaslarda ve ellerde atrofi (Şekil 2 ve 3), el kaslarında ince beceri kaybı gelişti. Tetkikleri yenilenen hastada CK ve CRP değerleri normal; EMG incelemede üst ve alt ekstremitte ek olarak yüz kaslarında da miyopatik etkilenim ile uyumlu bulundu. Hasta nöroloji ile konsülte edildi. Olguda asimetrik tutulum, omuz çevresi kaslarda atrofi, distal kas zaafı ve yüz kaslarının etkilenmesi gibi atipik bulgular ve tedaviye rağmen progresif seyir nedeniyle genetik kökenli bir miyopati açısından da araştırılması planlandı.

Sonuç: Miyozit RA'ya eşlik edebilir, ancak olgumuzda olduğu gibi atipik tutulumlu ve tedaviye dirençli olgularda genetik kökenli bir miyopati olasılığı da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, miyozit, dermatomiyozit



Şekil 1. Manyetik rezonans görüntüleme



Şekil 2. Omuz çevresi kaslarda atrofi



Şekil 3. El kaslarında atrofi

EP-044

Behçet hastalığı olgusunda multipl anti-TNF kullanımı sonrası gelişen renal malignite

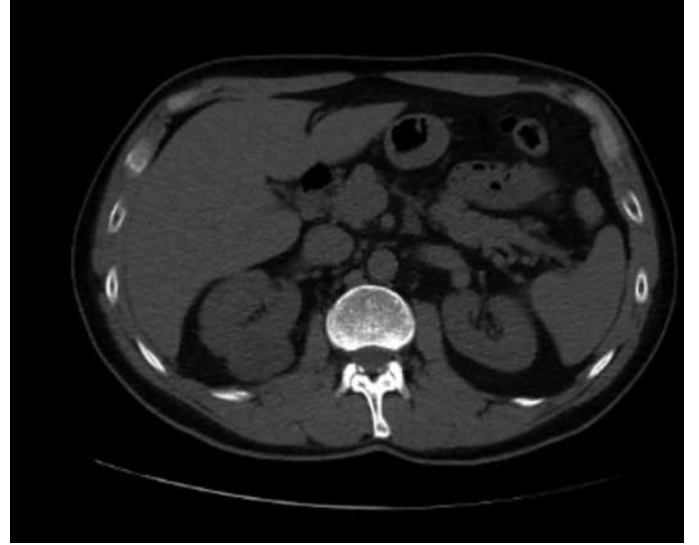
Yeliz Zahiroğlu

Samsun Medicana International Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

Elli iki yaşında erkek hasta, kliniğimize geldiğinde yaygın oral aft şikayeti, iştahsızlık, kilo kaybı vardı. Yirmi yıldır birden fazla dış merkezde Behçet hastalığı ile takip edilmiş; ilk semptomları oral aft, genital ülser, eritema nodosum olarak başlamış ve yapılan paterji testi pozitif olarak tespit edilmiş. HLAB51 pozitif olarak tespit edilmiş. Hastaya ilk tanıda kolşisin 0,5 mcg 3x1 oral başlanmış. Bir ay almış, fayda görmemiş ve tedaviye azatiopurin 50 mg önce 2x1/gün, sonra 2x2/gün eklenmiş. Hasta bu tedaviyi de 3 aydan uzun süre almış olmasına rağmen fayda görmemiş. Bu tarihten itibaren tedaviye aralıksız 5 yıl değişik dozlarda steroid yüksek, orta ve düşük dozlarda eklenmiş. Hasta steroid almak istemediği için bu ilacı almayı bırakmış. Metotreksat 15 mg/hafta oral verilmiş, fayda görmemiş. Siklofosamid 1000mg/ay intravenöz verilmiş, fayda görmemiş. Biyolojik tedavi planı yapılan hastaya PPD testi 10 mm olması üzerine izoniazid 300mg/gün 9 ay verilmiş. Bir ay sonra tedavisine etanercept ile devam edilmiş, hasta fayda görmemiş. Hastanın tedavisine adalimumab 40 mg/2 hafta, azatiopurin 50 mg 2x2 kolşisin 3x1 ile devam edilmiş. Hastanın oral aft ve genital ülser şikayetleri ilk 9 ayda kısmen gerilemesine rağmen sonra artış meydana gelmesi üzerine tedavi değiştirilmiş ve golimumab 50 mg/ay subkutan verilmiş. Hasta bu tedaviden fayda görmemiş. Hastaya certolizumab 400mg/2hafta ve sonra 200 mg/2 hafta subkutan verilmiş. Hasta bu tedaviden de fayda görmemiş. Başka bir merkeze başvuran hastaya infliksimab 400mg/2hafta intravenöz başlanmış, şikayetleri gerilemiş. Hasta tedavisini alırken 6. dozunda infliksimab öncesinde verilen premedikasyonda steroid olduğunu öğrenmesi üzerine bu tedaviyi bırakmaya karar vermiş. Hasta bu öykü ile kliniğimize geldiğinde yaygın oral aftları nedeni ile beslenme güçlüğü yaşıyordu, son infliksimab tedavisini 1 yıl önce almıştı. Bu arada sadece kolşisin 2x2 ve azatiopurin 2x2 almıştı ve steroid almak istemiyordu. Üç ayda 8 kg kaybetmişti. Fizik muayenede yaygın oral aft vardı, akciğerde dinlemekle ronküsleri vardı. Hastanın yapılan testlerinde; sedimentasyon: 52 mm/h, CRP:4,39mg/dL, toraks

BT'de inceleme alanına giren; sağ böbrek üst-orta kesim posterior medialde korteksten başlayıp, perirenal yağlı dokuya doğru ekzofitik uzanım gösteren, kısmen düzensiz konturlu, dansite ölçümlerinde solid dansite veren, ~4x3,5 cm boyutlarda malign olabilecek lezyon izlenmişti. Lezyon komşuluğundaki perirenal yağlı dokuda, maligniteyi destekleyen vasküler yapılarda artış ve heterojenite mevcuttu (Şekil 1). Hasta ürolojiye yönlendirildi. Opere olan hastanın patolojisi; şeffaf hücreli renal cell karsinom olarak geldi. Hastanın tedavisine kolşisin 2x1, azatiopurin 2x2 ile başlandı ve apremilast başlamak üzere takibe alındı. Behçet hastalığı mukokutanöz tutulumlu hastalarda azatiopurin, kolşisin, methotrexate interferon- α ve siklosporin-A, talidomid, apremilast, prednizolon, metilprednizolon verilebilmektedir. Anti -TNF tedaviler uygulanabilir. Bu hastada malignite gelişimi, yapılan çalışmalara bakıldığında kesin olarak Anti-TNF kullanımına bağlanamamakla birlikte malignite yönünden risk oluşturduğunu önemli derecede düşündürmektedir. Bu hastada uygulanan tedavilerden sonra daha önce etki gördüğü infliksimab tedavisi malignite nedeni ile kontrendike olmuş ve başka tedavi yöntemleri planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, malignite, anti-TNF



Şekil 1. Toraks BT'de kesit alanına giren renal kitle

Adalimumab ile tedavi edilen bir romatoid artrit hastasında IgA nefropatisi gelişimi

Büşra Tüfekçi¹, Rıza Can Kardaş², Betül Ögüt³, Abdulsamet Erden²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

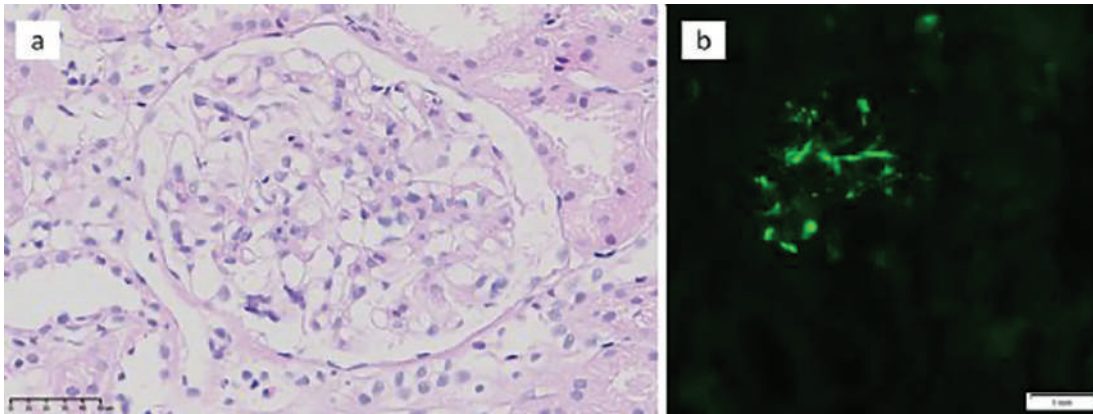
Giriş: Bu olgu sunumunun amacı, romatoid artrit (RA) ve IgA nefropatisinin (IgAN) birlikte görüldüğü nadir bir olguyu sunmak ve bu durumla ilişkili tanı ve tedavideki zorlukları tartışmaktır.

Olgu: Kırk dört yaşında erkek hasta Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne iki taraflı diz ve dirsek ağrısı ve sol proksimal interfalangeal eklemlerde şişlik şikayetiyle başvurdu. Kapsamlı bir değerlendirmenin ardından seronegatif RA tanısı kondu. Daha sonraki takibine dış merkezde devam eden, bu takibi sırasında etanersept ve rituksimab kullanan hasta, ilerleyen eklem ağrısı nedeniyle Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yeniden başvurmuştur. Adalimumab başlanan hastada 2014-2019 yılları

arasında RA semptomları etkili bir şekilde kontrol altına alınmıştır. Ancak, 2019'da ilerleyici proteinüri, mikroskobik hematüri ve kompleman düşüklüğü gelişmiştir. Yapılan böbrek biyopsisi IgA nefropatisi ile uyumlu saptanmıştır (Şekil 1). Adalimumab kullanımı ile zamansal ilişkisine dayanarak, bu ilacın potansiyel bir tetikleyici olabileceğinden kesilmiştir. IgA nefropatisine yönelik ek bir tedavi planlamayan hastada, adalimumab kesilmesini takiben proteinürisi gerilemiştir. Hastanın eklem şikayetleri için önce tofasitinibe geçilmiş; bu tedaviye yeterli yanıt alınmadığı için 2021'de sertolizumab başlanmıştır. Hastanın 2024'teki kontrolünde sertolizumab altında eklem şikayeti olmayıp IgA nefropatisi açısından remisyondadır (Tablo 1).

Sonuç: Bu olgu, RA hastalarında, özellikle de adalimumab gibi TNF inhibitörleri kullananlarda böbrek komplikasyonlarının dikkatle izlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu hastada adalimumab kullanımı ile IgAN gelişimi arasındaki zamansal ilişki, RA yönetiminde TNF inhibitörlerinin renal etkileri konusunda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Romatologlar ve nefrologları içeren multidisipliner bir yaklaşım, RA ve birlikte IgAN gibi karmaşık durumları olan hastaların optimal yönetimi için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, IgA nefropatisi, adalimumab, renal komplikasyonlar



Şekil 1. Böbrek biyopsisi. A) Mezangial hipersellülarite: Böbrek biyopsisi glomerüllerin mezangiyal alanında belirgin hipersellülarite göstermektedir (H&E, x400). B) İmmüno Floresan bulgular: İmmüno Floresan mikroskopisi yaygın, global, mezangiyal, granüler IgA birikimlerini ortaya koymaktadır (x400)

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulgularının ve aldığı tedavilerin tarihe göre seyri

Tarih	CRP (mg/L)	Kreatinin (mg/dL)	Proteinüri (mg/g kreatinin)	Hematüri (eritrosit/BBA)	Tedavi
2014	19,0	0,83	-	-	Adalimumab
2019	19,7	0,69	1894	28	Adalimumab → tofasitinib
2021	1,0	0,71	1144	7	Tofasitinib → sertolizumab
2024	3,3	0,78	248	1	Sertolizumab

Dirençli nörobeçet sendromunda rituksimab tedavisi bir seçenek mi? Tek merkez deneyimi

Zehra Karaman Ongun¹, Emine Uslu¹, Nilgün Göveç Gıynaş¹, Serdar Sezer¹, Müçteba Enes Yayla¹, Tahsin Murat Turgay¹, Canan Yücesan², Aşkın Ateş¹

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

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Behçet sendromu mukokutanöz bulgular, oküler ve vasküler tutulum gibi farklı klinik bulgularla karakterize, multisistemik bir enflamatuvar hastalıktır. Enfeksiyöz, genetik, epigenetik ve immünolojik faktörlerden kaynaklanabilmesine rağmen, kesin patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Nörolojik tutulum erkeklerde fazla olmak üzere yaklaşık %5 oranında görülür. Nörobeçet sendromunda tedavi yanıtı ve nöks sık gözlenmektedir. Güncel kılavuzlarda yüksek kanıt düzeyinde standardize edilmiş bir tedavi önerisi bulunmamaktadır. Nörobeçette yüksek doz glukokortikoid, azatiyoprin ve anti-TNF ajanların etkili olduğu bilinse de refrakter hastalarda olgu düzeyinde rituksimab ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Nörobeçet tanısı ile takipli rituksimab tedavisi verilen üç hastamızın klinik bulgularını paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Elli üç yaş kadın hasta nöroloji polikliniğine denge bozukluğu, tekrarlayan düşme ve unutkanlık şikayeti ile başvurdu. Çekilen kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ponsta T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens lezyonlar saptandı. BOS proteini 47 mg/dL (15-45) artmış saptandı. Hasta 28 yıl önce tekrarlayan oral aft, genital ülser ve üveit öyküsü ile Behçet hastalığı tanısı almış ve 6 yıl önce DVT nedeni ile azatiyoprin başlanmıştı. Tipik tutulum nedeni ile hasta nörobeçet parankim tutulumu kabul edilerek, pulse glukokortikoid ve siklofosamid verildi. Takipte ataksi gelişmesi ve MRG lezyonların ilerlemesi

üzerine rituksimab eklendi. Rituksimab tedavisi altında hastanın nörolojik bulguları stabil izlenip, ponstaki lezyonlarında gerileme görüldü. Bilinen Behçet hastalığı tanısı olan 43 yaşında kadın hasta, nöroloji kliniğine parapleji ile başvurdu. Kranial MRG'de bifontoparietalde, ponsta T2AG ve FLAIR sekansta hiperintens sinyal özelliğinde lezyonlar ve LP'de BOS IgG indeksi yüksek saptandı. Yüksek doz glukokortikoid verildi, azatiyoprin başlandı. Takipte azatiyoprin hepatotoksisite nedeni ile kesildi. Mikofenolat mofetil verilen hastanın kliniğinin kötüleşmesi ve servikal MRG'de spinal T2AG hiperintens lezyonlar ortaya çıkması nedeni ile rituksimaba geçildi. Rituksimab tedavisi altında klinik bulgular stabil, MRG bulgularında gerileme izlendi. Oral aft ve genital ülser ile Behçet hastalığı tanısı konulan ve tekrarlayan üveit nedeni ile azatiyoprin ve adalimumab kullanım öyküsü olan 36 yaşında erkek hasta şiddetli baş ağrısı ve baş dönmesi ile başvurdu. Kranial MRG'de serebral hemisferlerde ve beyin sapında FLAIR sekansta hiperintens sinyal özelliğinde lezyonlar saptandı. BOS proteini ve IgG indeksi artmış saptandı. Hastaya pulse steroid ve infliksimab başlandı. İnfliksimab üçüncü dozu ile anafilaksi gelişen hastada rituksimaba geçildi. Rituksimab tedavisi sonrası 10 ay kliniği stabil izlendi. 10 ay sonra ataksi gelişen hastada görüntüleme sinüs ven trombozu saptanması nedeni ile siklofosfamide geçildi.

Sonuç: Behçet hastalığında patogenezi başlıca, nötrofillerin, $\gamma\delta$ T, Th1 ve Th17 lenfositlerinin hiperaktivitesi ve TNF-a, IL-1, IL-6 ve IL-17 gibi pro-enflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi sorumludur. Patogenezi hareketle B- hücre hedefli tedaviler Behçet hastalığında ilk basamak tedavi olarak önerilmese de oküler tutulumu olan hastalarda yapılan bir randomize kontrollü çalışma dirençli hastalarda etkili olabileceğini göstermiştir. Beyin sapı ve spinal kord tutulumu olan çeşitli olgu bazında olumlu bildirimler mevcuttur. Biz de kliniğimizde Behçet hastalığı ile takipli, nörolojik tutulumu olan üç hastamızda rituksimab ile klinik ve radyolojik yanıt izledik. Olgularımızdan ve literatürden hareketle nörobeçette konvansiyonel tedavilere dirençli hastalarda rituksimab tedavisinin bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Behçet, nörobeçet, rituksimab

Izoretinoin ilişkili sakroiliit olgusu

Fatma Dilara Yürük Kıtay, Bilgin Karaalioğlu, Cemal Bes

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

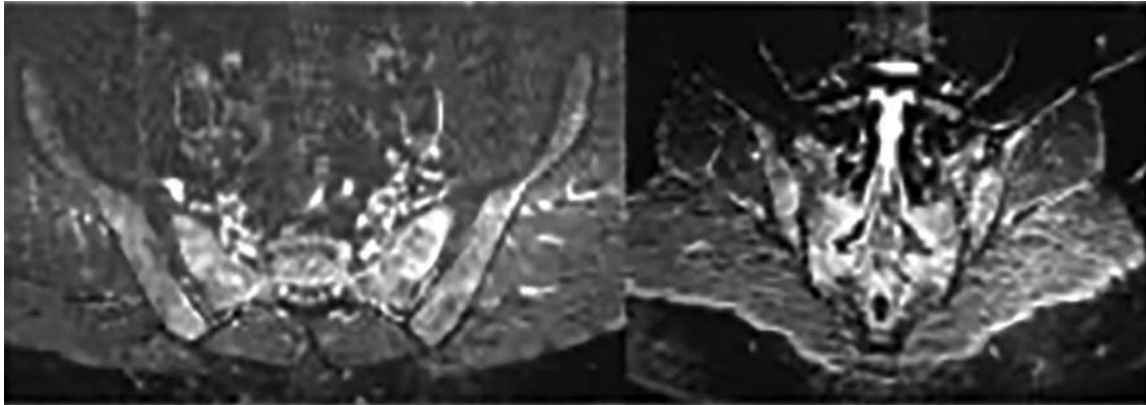
Giriş: İzoretinoin, akne vulgaris ve hidradenitis suppurativa gibi dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan ve sentetik A vitamini türevidir. Son yıllarda literatürde artan sıklıkta izoretinoinin indüklediği sakroiliit olgularını bildirilmektedir. Biz de bu yazımızda hidradenitis suppurativa tedavisinde verilen izoretinoine bağlı gelişen akut sakroiliit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz üç yaşında, sigorta işinde çalışan, bekar, erkek hasta polikliniğimize yaklaşık 3 aydır olan, özellikle sabahları kalkınca hissettiği bel ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ağrısı hareket ettikçe azalmakta, istirahat sırasında özellikle oturduğu zaman artmaktaydı ve sabah tutukluluğu 10-15 dakika civarındaydı. Periferik küçük eklemlerinde de ağrı şikayeti vardı ancak artrit tariflemiyordu. Romatolojik sorgusunda bir aydır ağzında tekrarlayan oral aftlar dışında özellik yoktu. Özgeçmişinde hidradenitis suppurativa hastalığı olduğu ve bununla ilişkili olarak yaklaşık 3 ay önce dermatoloji hekimi tarafından izoretinoin

50 mg/gün başlandığı öğrenildi. Harici, kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın soygeçmişinde de özellik yoktu. Fizik muayenesinde bilateral fabere testi ağrılı olarak saptandı. Sakroiliak kompresyon testi solda pozitif idi. Yapılan laboratuvar incelemelerinde romatoid faktör, anti-CCP, insan lökosit antijeni (HLA-B27), *Brusella* aglütinasyon testi negatif saptanırken C-reaktif protein ve sedimentasyon değerleri sırasıyla 1,5 mg/L ve 4 mm/h bulundu. Pnömonokok antijeni ile yapılan paterji testi negatif idi. Görüntüleme tetkiklerinden sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral subkondral kemikte minimal subkortikal skleroz ve sol sakroiliak eklem orta kesiminde fokal ödem alanı izlenmekteydi (Şekil 1). Hastada bu bulgular eşliğinde izoretinoin kullanımına bağlı sakroiliit düşünüldü ve tedavi devamı ya da değişimi kararı açısından dermatolojiye yönlendirildi. Dermatoloji hekimi tarafından izoretinoine ara verilerek oral doksisisiklin ile topikal tedavi düzenlendi. Birinci ay kontrolünde hastanın ağrısının tamamen gerilediği sabah tutukluluğunun geçtiği görüldü.

Sonuç: Olgumuzda izoretinoinin indüklediği sakroiliit ve buna bağlı gelişen enflamatuvar bel ağrısından bahsedilmiştir. Bu olgunun önemi her enflamatuvar bel ağrısı ve görüntülemelerde sakroiliit birlikteliği varlığının romatizmal hastalıklara atfedilmemesi gerektiği, hastanın özgeçmiş ve kullandığı ilaçlar ile bu ilaçların yan etki sorgusunun iyi yapılıp akıldaki tutulması gerekliliğidir.

Anahtar Kelimeler: İzoretinoin, sakroiliit, bel ağrısı



Şekil 1.

- A**
- Abdullah Doğan PS-030, PS-143
- Abdullah Kısaoğlu SS-017
- Abdulsamet Erden SS-008, SS-011, SS-015, SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-053, PS-058, PS-060, PS-063, PS-064, PS-068, PS-070, PS-071, PS-073, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-131, PS-132, PS-136, PS-148, PS-151, PS-154, PS-160, PS-175, PS-180, PT-007, PT-008, EP-035, EP-045
- Abdurrahman Soner Şenel PS-018, PS-019, PS-098, EP-005, EP-008, EP-021
- Abdurrahman Tufan SS-025, PS-015, PS-020, PS-029, PS-083, PS-101, PS-151
- Abdülbaki Gaydan PS-116, PS-123, PS-157
- Adalet Elçin Yıldız PT-003
- Adem Küçük PS-055
- Adnan Kıraç PS-110
- Ahmet Altuğ Çinçin PS-165
- Ahmet Görünen PT-018
- Ahmet Gül SS-021, SS-022, SS-028, PS-078, PS-112, PS-127, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-142, PS-150, PS-159, PT-006, PT-010
- Ahmet İlbay PS-116, PS-123, PS-157
- Ahmet Karataş PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-092, PS-148, PS-164, PS-167
- Ahmet Merih Birlik PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-050, PS-051, PS-059, PS-063, PS-064, PS-102, PS-148, EP-018
- Ahmet Murat Gencer PT-016
- Ahmet Oğuz Çelik PS-142
- Ahmet Omma SS-019, PS-052, PS-075, PS-144, PS-152, PT-009
- Ahmet Taha Şahin PS-179
- Ahmet Uslu PS-123
- Ahmet Usta PS-116, PS-157, PS-175
- Aida Shikhaliyeva PS-123, PS-140
- Akif Bayyigit PS-009
- Alev Kılıçgedik PS-022
- Alfred Mahr PS-061
- Ali Akdoğan SS-004, SS-008, SS-014, SS-015, PS-031, PS-035, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-044, PS-046, PS-050, PS-051, PS-053, PS-063, PS-064, PS-067, PS-121, PS-141, PS-148, PT-004, PT-008, PT-013
- Ali Ekin PS-093, PS-094, PS-137, PT-018
- Ali İhsan Ertenli SS-001, SS-014, SS-015, PS-035, PS-053, PS-067, PS-121, PS-173, PS-176, PT-008, PT-013
- Ali Kimiaei PT-005
- Ali Şahin PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, EP-022
- Ali Uğur Ünal PS-054
- Alican Karakoç PS-174, PT-004
- Alida Aliyeva PS-130
- Alihan Akdağ PS-149
- Alireza Khodadadi Jamayran SS-007
- Alper Sarı SS-008, SS-015, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-050, PS-051, PS-053, PS-058, PS-060, PS-063, PS-064, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-148, PS-154, PT-007, EP-028
- Alper Yıldırım PS-167
- Altuğ Güner PT-016
- Andaç Komaç EP-009
- Andrea Rubbert Roth PS-006
- Andrew Gara PS-006
- Andrew Östör PS-001
- Àngels Martínez Ferrer PS-005
- Anıl Göçer PS-164
- Anna Abbasgholizadeh PT-006
- Anna Shmagel PS-007
- Antonis Fanouriakis PS-020
- Arda Okumuş PS-104
- Arif Babayigit PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, EP-022
- Aristotelis Tsirigos SS-007
- Asena Eken PS-035, PS-121, PT-013
- Aslı Kavaz Tufan PS-181
- Aslı Kireçtepe Aydın SS-007, PT-004
- Aslı Tuncer SS-009
- Aslıhan Avanoğlu Güler PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-101, PS-148
- Aslıhan Ezgi Apaydın Rollas SS-001
- Asuman Şebnem Hacımustafaoğlu PS-094
- Aşkın Ateş PS-049, PS-068, PS-070, PS-116, PS-123, PS-140, PS-157, PS-175, EP-046
- Atalay Doğru PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-182, EP-017, EP-025, EP-036
- Atul Deodhar PS-006, PS-007

- Ayberk Denizli PS-163
Aydan Köken Aşar EP-030
Ayhan Kamanlı EP-033
Aykut Ferhat Çelik PS-115
Aylin Dolu Karaca PS-092, PS-102
Aysel Aliyeva PS-181
Aysima Barlak PS-031
Aysun Aksoy PS-163
Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer EP-028
Ayşe Belemir Esen PT-008
Ayşe Çefle SS-012, PS-024, PS-034, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-052, PS-063, PS-064, PS-105, PS-106, PS-107, PS-108, PS-125, PS-144, PS-152, PS-155, PT-011
Ayşe Elif Boncukcuoğlu SS-018, PS-109
Ayşe İlksen Çolpak SS-009
Ayşe İrem Demirtola PS-022
Ayşe Kalkancı SS-010
Ayşe Nur Bayındır Akbaş PS-164, PS-167
Ayşe Özdede PS-158
Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu EP-039
Ayşegül Avcu SS-012, SS-019, PS-037, PS-039, PS-040, PS-041, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-052, PS-063, PS-064, PS-066, PS-144, PS-148, EP-027
Ayşenur Kahveci PS-076
Ayşenur Yılmaz SS-022, PS-109
Ayten Özkan PS-100, PS-145, PS-147, EP-011
Ayten Yazıcı SS-012, PS-024, PS-034, PS-052, PS-105, PS-106, PS-107, PS-108, PS-125, PS-144, PS-152, PS-155, PT-011
- B**
- Bahar Artım Esen SS-021, SS-022, SS-028, PS-127, PS-142, PS-150, PS-159, PT-006, PT-010
Bahar Özdemir Ulusoy PS-091
Banu Balcı Peynircioğlu SS-009
Başak Şirin Ünal PT-017
Batuhan Erdir PT-009
Bayram Farisoğulları SS-015, PS-053, PT-008
Belkıs Nihan Coşkun SS-005, PS-016, PS-036, PS-084, PS-093, PS-094, PS-111, PS-114, PS-134, PS-137, PS-164, PS-167, PS-178, PT-018
Bengisu Aslan PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, PT-015
Berceste Polat Akmansoy PS-129, PS-130
Berçemhan Sulu PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148
Beril Koçak PS-163
Berkan Armağan SS-008, SS-015, PS-053, PS-058, PS-075, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007, PT-008
Berkay Hasmercan EP-035
Berna Akıncı Özyürek SS-026
Berna Göker SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-083, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-151, PS-160, PS-180
Berna Yurttaş EP-006
Berna Yurttaş PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148
Besim Fazıl Ağargün SS-028
Betül Dikkanoglu PS-037, PS-043, PT-011
Betül Ergün PS-164, PS-167
Betül Ögüt EP-045
Betül Saraç SS-010, EP-032
Beverly Shea PS-061
Bilal Uğurlukışı PS-009
Bilgin Karaalioğlu SS-016, SS-027, PS-103, PS-104, PS-109, PS-169, EP-047
Birgit Kovacs PS-006
Boajin Zhu PS-003
Bora Peynircioğlu SS-002
Bruno Fautrel PS-002
Buğra Görgülü PS-083
Buğu Bulat SS-002, SS-004, SS-006, SS-014, SS-015, PS-035, PS-043, PS-044, PS-053, PS-067, PS-119, PS-121, PS-139, PS-141, PS-177, PT-008, PT-013, PT-014
Buket Dönmez Demir SS-009
Burak Alkaç SS-022, PS-150, PT-006
Burak İnce SS-012, SS-016, SS-028, PS-152, PS-169
Burak Okyar PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-102, PS-148
Burak Öz PS-092
Burcu Aksoy PS-066, PS-129
Burcu Ceren Ekti Uludoğan SS-018, SS-024, PS-048, PS-052, PS-124, PS-144, PS-152, PS-181
Burcu Salman Yaylaz SS-007
Burcu Soyeri PS-034
Burcu Tuğrul PT-016

Burcu Yağız	SS-005, PS-016, PS-036, PS-084, PS-093, PS-094, PS-102, PS-111, PS-134, PS-137, PS-164, PS-167, PS-178, PT-018
Burcu Yılmaz	PS-114
Burcuğül Kaya	SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-151, PS-180
Burcuğül Özkızıtaş	PS-097, PS-099, PS-160
Burç Çağrı Poyraz	PS-170
Bülent Aydın	SS-017
Bünyamin Kısacık	PS-055, PS-057, PS-137, PS-167
Büşra Fırlatan	SS-004, SS-006, SS-014, SS-015, PS-035, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-050, PS-051, PS-053, PS-063, PS-064, PS-067, PS-121, PS-139, PS-148, PS-177, PT-004, PT-008
Büşra Tüfekçi	EP-045
C-Ç	
Can Erzik	SS-003, PS-163
Can Öner	PS-013, PS-014
Canan Yücesan	EP-046
Caner Çavdar	PS-059
Cansu Arslantürk Güneysu	EP-033
Cansu Erel Gezegen	PS-142
Cansu Şahin	PT-016
Carlos Diaz	PS-003
Cédric Laedermann	PS-004, PS-005
Celil Barlas Cengiz	PS-018, PS-019, EP-005, EP-008, EP-021
Cem Turan	PS-026
Cemal Bes	SS-016, SS-018, SS-019, SS-027, PS-022, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-048, PS-050, PS-051, PS-052, PS-063, PS-064, PS-069, PS-088, PS-103, PS-104, PS-105, PS-106, PS-109, PS-122, PS-137, PS-144, PS-148, PS-164, PS-167, PS-169, PT-009, EP-047
Cengiz Bölükbaş	PS-162
	Ceren Tansu Yavuz PS-104
Christopher John Edwards	PS-001
Çağrı Erdim	PS-103
Çetin Ergül	PS-116
Çetin Ergül	PS-123, PS-157
Çiğdem Çelik	EP-037
Çisem Okur Maden	PS-119, PT-014

D

Damla Tanrıku	PS-149
Demet Baş	PS-071
Deniz Mcgonagle	PS-004
Deniz Kızılırmak	PS-062
Deniz Şahin	PS-023
Deniz Tulum	PS-006, PS-007
Dennis Mcgonagle	SS-018, PS-005
Derek Coombs	PS-006
Derya Akarken	PS-047
Derya Yıldırım	SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-151, PS-160, PS-180
Désirée Van Der Heijde	PS-007
Didar Uçar	SS-007, PS-115, PS-170
Didem Arslan	PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-095, PS-148
Dilara Bulut Gökten	PS-096, EP-001
Dilara Kaş	SS-018
Dilara Koç Şeramet	PS-083
Dilek Gogas Yavuz	PS-041
Dilek Solmaz	PS-045, PS-100, PS-120, PS-145, PS-146, EP-011
Dilek Şahin	PS-010
Dilek Tezcan	PS-137, PS-164
Dişad Kuru	PS-066
Drenushe Zhuri	PS-021
Duygu Birinci	PS-011
Duygu Emine Ersözlü	PS-037
Duygu Kerim	SS-012, PS-048, PS-052, EP-020, EP-034
Duygu Sevinç Özgür	SS-016, SS-019, SS-027, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-103, PS-104, PS-109, PS-148, PS-169
Duygu Şahin	PS-013, PS-014, PS-025, PS-069
Duygu Tecer	SS-008, PS-058, PS-060, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007
Duygu Temiz Karadağ	PS-024, PS-034, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-105, PS-106, PS-107, PS-108, PS-125, PS-148, PS-155, PT-011

E	
Ebru Atalar	PS-075, EP-029
Ebru Bilir	PS-161, PS-162, PT-005
Ebru Çiçek	PS-045, PS-145, PS-146, PS-147
Ebru Eyibilen	PS-100
Ebru Şebnem Ayva	EP-028
Ebru Yılmaz	PS-008
Edibe Ünal	PS-031
Ediz Dalkılıç	SS-005, PS-016, PS-036, PS-084, PS-093, PS-094, PS-102, PS-111, PS-114, PS-134, PS-137, PS-144, PS-164, PS-167, PS-178, PT-018
Eduardo Mysler	PS-006
Ege Sinan Torun	PS-009, PS-011, PS-090
Ekrem Karakaya	EP-015
Elaine Lui	PS-003
Elif Akyazı Şener	PS-069
Elif Ayça Şahin	SS-010
Elif Dinçes Nas	PS-081, EP-026
Elif Durak Ediboğlu	PS-120, PS-152
Elif Ertaş	PS-009, PS-011
Elif Güngör	PS-021, PS-038, PS-069, PS-138
Elif Irmak Yazıcı	PT-016
Elif İnanç	PS-012
Elif Kaymaz	PS-115
Elif Ünal Kaya	PS-010
Elifnur Alkan	SS-018
Emel Daloğlu	PS-030
Emel Oğuz Kökoğlu	PS-018, PS-019, PS-098, EP-005, EP-008, EP-021
Emil Aliyev	PT-001
	Emin Oğuz PS-118, PT-006
Emin Ümit Bağrıaçık	PS-085, PS-099
Emine Duran	SS-015, PS-053
Emine Duygu Ersözlü	PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, PS-164, PS-167
Emine Fiğen Tarhan	PS-047
Emine Sarıyıldız	PT-008
	Emine Uslu EP-046
Emine Uslu	PS-049, PS-068, PS-070, PS-116, PS-140, PS-157, PS-175, PS-123
Emir Ruşen	PS-133
Emire Seyahi	SS-020, PS-072, PS-115, PS-126, PS-158, PS-170, PS-174
Emra Asfuroğlu Kalkan	PS-010
Emrach Chousein	PS-177
Emrah Koç	PS-055
Emre Ali Acar	PS-062, PS-168
Emre Bilgin	SS-008, SS-015, PS-035, PS-053, PS-058, PS-060, PS-121, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-139, PS-154, PT-007, PT-008
Enes Yayla	PS-037
Engin Atlı	PS-021
Enis Bilek	PS-128
Ennio Lubrano	PS-005
Erdem Bektaş	PS-109
Erdem Gürel	PT-010
Erdem Karabulut	SS-008, PS-058, PS-060, PS-119, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007, PT-014
Erdinç Türk	PT-012
Erdinç Ünalı	SS-004, SS-006, SS-014, SS-015, PS-035, PS-053, PS-067, PS-121, PS-139, PS-173, PS-176, PS-177, PT-008, PT-013
Erdoğan Çetinkaya	SS-027
Erhan Bıyıklı	PS-163
Ertuğrul Çağrı Bölek	SS-015, PS-053, PT-008
Esen Kasapoğlu	PS-081, EP-026
Esmâ Dursun	PS-029
Esmâ Sevil Akkurt	SS-026
Esra Erpek Karaova	EP-003
Esra Fırat Şentürk	EP-023
Esra Genç	PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148
Esra Kayacan Erdoğan	PS-075
Esra Kılıç	SS-010
Esra Sevimli	PS-066, PS-130
Eugen Fiest	PS-002
Ewa Haladyj	PS-001, PS-002
Ezgi Aysu Şahin Mavi	SS-015, PS-053
Ezgi Deniz Batu	PS-033
Ezgi Fındık	PS-011
Ezgi Odacı Cömertoğlu	PS-123
Ezgi Pala	PS-181
Ezgi Şahin	PS-127, PS-150, PT-006

- F**
- Farida Fortune PS-129, PS-130
- Fatih Albayrak PS-055, PS-056, PS-057, PS-080, PS-137, PS-164, PS-167, PS-172
- Fatih Taştekin PS-052, PS-144, EP-020
- Fatih Yıldırım SS-016, SS-027, PS-052, PS-104, PS-137, PS-144, PS-169
- Fatma Alibaz Öner SS-012, SS-013, SS-018, SS-019, PS-026, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-048, PS-050, PS-051, PS-052, PS-054, PS-063, PS-064, PS-069, PS-129, PS-144, PS-148, PS-149, PS-152, PS-156, PS-165, PS-166, PT-002, EP-027
- Fatma Başbüyük SS-012, PS-102, EP-042
- Fatma Burcu Sevinç PS-108
- Fatma Büşra Sarı PS-129, PS-130
- Fatma Dilara Yürük Kıtay EP-047
- Fatma Gonca Eldem SS-002
- Fatma Gür Hatip EP-017, EP-024, EP-025, EP-036
- Fatma Nur Çakır EP-038
- Fatoş Önen SS-012, PS-052, PS-059, PS-065 PS-144, PS-152
- Ferdanur Deniz PS-104
- Ferdi Çay SS-002
- Feyyaz Baltacıoğlu PS-165
- Filiz Cemre Taşgöz PS-062, PS-168
- Fulya Coşan PS-161, PS-162, PT-005
- Fulya Çakalağaoğlu PS-120
- Funda Erbasan SS-023, PT-012, PT-015, EP-015
- Funda Sağlık EP-009
- Fusun Özmen PS-119, PT-014
- G**
- Gabriel Doridot PS-005
- Gamze Akkuzu SS-016, SS-027, PS-048, PS-103, PS-104, PS-109, PS-164, PS-167, PS-169
- Gamze Durhan PS-141
- Gamze Kemeç SS-021, PS-159, PT-010
- Gamze Önal Birtane PS-124
- Gamze Yıldız PS-038
- Gamzenur Kaya SS-018
- Gerçek Şen PS-059
- Gerd Rüdiger Burmester PS-006
- Gezmiş Kimyon PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-048, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-086, PS-110, PS-148
- Gizem Ayan SS-001, SS-008, SS-009, SS-015, PS-035, PS-053, PS-058, PS-060, PS-067, PS-119, PS-121, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-003, PT-007, PT-008, PT-013, PT-014,
- Gizem Nur Onay Çelik PS-113
- Gizem Sevik PS-165
- Gizem Varkal PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148
- Gizem Yaz Aydın SS-011
- Gonca Mumcu PS-066, PS-129, PS-130
- Gökçe Kenar Artın SS-012, PS-048, PS-052, PS-144, PT-016, EP-018, EP-042
- Gökçen Umurca Aydemir PS-138
- Gökhan Keser SS-012, PS-048, PS-052, PS-144, PS-152, EP-020
- Gökhan Sargın PS-113
- Gökhan Tazegül PS-156
- Gözde Kübra Yardımcı SS-004, SS-015, PS-053, PS-173, PS-176, PT-008
- Gözde Sevgi Kart Bayram SS-004, SS-014, SS-015, PS-035, PS-043, PS-053, PS-067, PS-121, PS-139, PS-177, PT-004, PT-008, PT-013
- Gözde Yıldırım Çetin PS-102, PS-164
- Gül Güzelant Özköse SS-016, PS-122, PS-169
- Güldehan Haberal SS-001
- Gülen Hatemi SS-007, SS-010, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-061, PS-063, PS-064, PS-076, PS-115, PS-126, PS-148, PS-158, PT-004, PT-017
- Güllü Sandal Uzun SS-001, SS-015, PS-044, PS-053, PS-173, PS-176, PT-008
- Gülşah Aydın PS-037
- Gülşah Soy Türk PS-075
- Gülşah Yamancan PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-092, PS-137, PS-148, PS-164, PS-167, EP-029
- Gülşen Kocaman PS-133
- Günay Can SS-020
- Günseli Bayram Akçapınar SS-003
- Güzide Nevsun İnanç PS-066, PS-129, PS-130

H		I-İ	
Hacer Doğan	PS-030	İsmat Habibov	PS-142
Hacer Gözde Gül Elgül	EP-015	Işın Kılıçaslan	PS-159, PT-010
Hagen Russ	PS-004	Ivan Lagunes Galindo	PS-007
Hakan Apaydın	EP-028, EP-039	İbrahim Adaletli	PS-076, PS-174
Hakan Babaoğlu	SS-008, PS-058, PS-060, PS-075, PS-091, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007	İbrahim Gündüz	PS-055, PS-092
Hakan Emmungil	SS-012, PS-021, PS-038, PS-069, PS-138, PS-152	İbrahim Hatemi	PS-115
Hakan Tüzün	PS-180	İbrahim Karaduman	PS-027, PS-073, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-160
Halime İzmirli Mertoğlu	PS-016	İbrahim Pınar	PS-012
Hamide Kart Köseoğlu	PS-137	İbrahim Vasi	İbrahim Vasi EP-035
Hamit Küçük	SS-011, SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-068, PS-070, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-083, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-151, PS-160, PS-175, PS-180	İbrahim Vasi	SS-011, SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-068, PS-070, PS-071, PS-073, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-148, PS-151, PS-160, PS-175, PS-180, EP-035
Handan Yarkan Tuğsal	PT-016	İbrahim Yahya Çakır	PS-027, PS-068, PS-070, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-160
Hande Berk Cam	EP-016	İdil Kurut Aysin	PS-100, EP-011
Hande Nur Koç Kanık	PS-020	İffet Nesli Kırmızıdemir	PS-028, PS-117
Hande Ögün	EP-043	İhsan Ateş	PS-010
Handenur Koç Kanık	PS-151	İlhan Nahit Mutlu	PS-103
Haner Direskeneli	SS-012, SS-013, SS-018, SS-019, PS-026, PS-041, PS-048, PS-052, PS-054, PS-061, PS-069, PS-129, PS-144, PS-149, PS-152, PS-156, PS-163, PS-165, PS-166, PT-002, EP-027	İlker İhtiyaroğlu	SS-020
Hanife Avcı	PT-003	İlknur Tuğal Tutkun	SS-007
Hasan Göğebakan	PT-016	İmge Bortay Tekin Mut	EP-016
Hasan Hacı Yeter	SS-001	İrem Şahinoğlu	PS-062, PS-168
Hasan Kocaayan	SS-012, PS-052, PS-100, PS-144, PS-146, EP-011	İrem Yıldız İçli	SS-004
Hasan Satış	SS-008, PS-058, PS-060, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007	İsmail Doğan	PS-075
Hasan Tahir	PS-004	İsmail Sarı	PS-059, PS-065, PS-102
Hasan Yazıcı	PT-017	İsmail Uçar	PT-015
Hasret Yıldırım	SS-026	İzzet Fresko	PS-126
Hatice Ecem Konak	PS-075		
Hatice Kübra Yerişenoğlu Demir	PS-022		
Hatice Paşaoğlu	PS-101		
Hazan Karadeniz	PS-029, PS-101		
Hideto Kameda	PS-007		
Hikmet Öztıp	PS-094		
Hüseyin Kaplan	PS-018, PS-019, PS-098, EP-005, EP-008, EP-021		
Hüseyin Koçak	SS-017		

K	
Kadriye Halli Akay	PS-008
Kemal Ödev	PS-179
Kenan Aksu	SS-012, PS-052, PS-152, EP-020, EP-034
Kenan Orhanlı	EP-015
Kerem Abacar	SS-003, SS-018, PS-163, PS-165
Kerem Ensarioğlu	SS-026
Kerime Hatun Öngen	SS-020
Kevin Winthrop	PS-006
Kevser Orhan	PS-075
Khair Jing Ng	PS-001, PS-004
Koray Taşçılar	PS-158
Kübra Kalkan	SS-016, PS-103, PS-169
Kübra Uğur	PT-009
Kübra Yücel	PS-045, PS-145, PS-146, PS-147
A	
Lale Altan İnceoğlu	SS-005
Lars Erik Kristensen	PS-001, PS-004, PS-005
Laura C. Coates	PS-003
Levent Kılıç	SS-001, SS-004, SS-006, SS-008, SS-014, SS-015, PS-033, PS-035, PS-044, PS-053, PS-058, PS-060, PS-067, PS-119, PS-121, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-139, PS-141, PS-154, PS-173, PS-176, PS-177, PT-003, PT-007, PT-008, PT-013, PT-014
Lokman Başboğa	EP-010
Lütfi Akyol	PS-164, PS-167
M	
M. Elaine Husni	PS-003
Mahinur Cerit	SS-025
Marcus Ngantcha	PS-004, PS-005
Marjan Jabbarli	PS-142
Mehmet Akif Baltacı	PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, EP-028
Mehmet Akif Ötegeçeli	PS-084, PS-137
Mehmet Akif Öztürk	SS-025, PS-015, PS-020, PS-027, PS-029, PS-068, PS-070, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-083, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-151, PS-160, PS-175, PS-180
Mehmet Ali Balcı	PS-167
Mehmet Ali Enlice	PT-009
Mehmet Cengiz Altınsoy	SS-011
Mehmet Emin Çakar	PS-080
Mehmet Engin Tezcan	PS-013, PS-014, PS-025, PS-038, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-069, PS-083, PS-148
Mehmet Güven Günver	PS-078
Mehmet Hüseyin Elik	EP-010
Mehmet Pamir Atagündüz	PS-163
Mehmet Rasih Sonsöz	PS-022
Mehmet Soy	PS-133
Mehmet Şahin	PS-182, EP-017, EP-025, EP-036
Mehmet Şakir Altuner	PS-167
Mehmet Tuncay Duruöz	PS-163
Melek Günindi Korkut	PS-119, PT-014
Melek Yaman	PS-085, PS-099
Melek Yaman	Melek Yaman
Melih Kızıltepe	PS-018, PS-019, PS-098, EP-005, EP-008, EP-021
Melih Pamukçu	EP-039
Melih Tütüncü	EP-043
Melike Doğan Ünlü	PS-182
Melike Ersoy	PS-047
Melike Melikoğlu	PS-076, PS-115, PS-126, PS-158, PS-174, EP-043
Melis Dilbil	PT-015, EP-041
Meltem Güzin Altınel	EP-037
Meltem Kurşu	PS-163
Menice Güler Şen	PS-055
Meral Yay	PS-129
Merih Oray	SS-007
Mert Ali Kaya	PS-010
Mert Ünal	SS-017, SS-023, PT-012
Merve Tanrıku	PS-088
Meryem Can	PS-028, PS-117
Meryem Özoglu	PS-107
Meryem Özogul	PS-024
Mestan Şahin	PS-182
Mesude Seda Aydoğdu	PS-164
Mesut Ajder	SS-024
Mesut Özgün Özdal	PS-041
Mete Pekdiker	PS-086

Mevlüt Kaçar	PS-062, PS-168	N	
Mine Adaş	PS-090	Nagehan Dik Kutlu	SS-019, PS-036, PS-055
Mine Nokay	PT-015, EP-015	Naim Ata	SS-008, PS-058, PS-060, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007
Mine Özşen	PS-137	Nalan Gülşen Ünal	EP-034
Muhammed Emin Kutu	SS-019, EP-012	Narmin Shirinli	SS-002
Muhammed Mirhan Olgaç	EP-028	Nasser Khan	PS-006
Muhammed Ömer Ezen	EP-033	Nazife Şule Yaşar Bilge	SS-018, SS-024, PS-023, PS-124, PS-144, PS-152, PS-181
Muhammet Çınar	EP-007	Nazime Karadamar	PS-022
Muhammet Emin Kutu	SS-016, PS-052, PS-144, PS-152	Nazlı Tatlıbaş	PS-100
Murat Baloğlu	EP-010	Nazlıcan Avcı	PS-003, PS-004, PS-005
Murat Bektaş	SS-028, PS-118	Necati Çakır	PS-171
Murat Bezer	PS-163		Nefise Sena Gökhan PS-087
Murat İnanç	SS-012, SS-021, SS-022, SS-028, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-127, PS-142, PS-148, PS-150, PS-152, PS-159, PT-006, PT-010		Nemat İbrahimkhanlı SS-025
Murat Karabacak	PS-138	Neslihan Gökçen	PS-024, PS-034, PS-107, PS-108, PS-125, PS-155
Murat Kekilli	PS-015	Nesrin Şen	PS-013, PS-014
Murat Taner Gülşen	PS-172	Nezvat Koca	SS-028, PS-118
Murat Turgay	PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-068, PS-070, PS-116, PS-148, PS-157	Nicola Gullick	PS-005
Murat Yeniçeri	EP-012	Nihal Lermi	PS-137
Mustafa Berhuni	PS-056	Nihan Neval Uzun	PS-013, PS-014, PS-025
Mustafa Çağrı Ergün	PS-179	Nihan Oruklu	PS-085, PS-099
Mustafa Ekici	SS-004, SS-006, SS-014, SS-015, PS-031, PS-035, PS-043, PS-053, PS-067, PS-082, PS-121, PS-139, PS-173, PS-176, PS-177, PT-008, PT-013	Nilay Erdik	EP-033
Mustafa Ender Terzioğlu	SS-023, PS-156, PT-012, PT-015, EP-015	Nilgün Demirci Yılmaz	PS-160
Mustafa Erdoğan	PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, EP-006	Nilgün Göveç Gıynaş	PS-049, PS-116, PS-123, PS-157, EP-046
Mustafa Ferhat Öksüz	EP-013, EP-031	Nilgün Kaşifoğlu	SS-024
Mustafa Gür	PS-055	Nilüfer Alpay Kanitez	SS-019, PS-052, PS-144, PS-152, PT-009
Mustafa Kaan Erener	SS-027	Nilüfer Zeynep Tekin	PS-081
Mustafa Mahir Ülgü	SS-008, PS-058, PS-060, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007	Nuh Filizoğlu	PS-054
Mustafa Necmi İlhan	PS-180	Nur Banu Karaca	PS-031
Mustafa Okan Ayvalı	SS-008, PS-058, PS-060, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007	Nur Şişman Kitapçı	PS-129, PS-130
Mustafa Özmen	PS-100, EP-011	Nuran Çetin	PS-181
Mücteba Enes Yayla	PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-049, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-068, PS-070, PS-116, PS-123, PS-140, PS-157, PS-148, EP-046	Nurhan Atilla	PS-102
Müge Gencer Tuluy	PS-062	Nurullah Akkoç	PS-168
		O-Ö	
		Oğuzhan Kırdök	PS-095
		Oğuzhan Sertkaya	PS-093
		Olivier Manches	SS-007

Onur Buğdaycı	PS-163	Özlem Özdemir Işık	PS-024, PS-152
Onur Erdem Şahin	SS-020	Özlem Unay Demirel	PS-161, PS-162
Onur Şahin	PS-028, PS-117	Öznur Kutluk	PS-113
	Orhan Küçükşahin	Özün Bayındır	PS-152
Orhan Küçükşahin	SS-008, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-058, PS-060, PS-063, PS-064, PS-075, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-148, PS-154, PT-007	P	
Orhan Zengin	PS-055, PS-080, PS-164, PS-167, PS-172	Pamir Atagündüz	SS-003
Orkun Tüfekçi	PS-031	Peter A. Merkel	PS-061
Osman Cüre	PS-164, PS-167	Peter C. Taylor	PS-002
	Osman Çebi PS-125	Peter Nash	PS-002
Osman Sağlam	PS-012	Peter Wung	PS-007
Oya Altun	PS-104	Pınar Akyüz Dağlı	SS-019, PS-075, PT-009
Oya Köker	EP-027	Pınar Ay	PS-163
Ömer Doğan	PS-128	Pınar Talu Erten	PS-153
Ömer Faruk Sarıahmetoğlu	PS-174	Priscila Nakasato	PS-006
Ömer Karadağ	SS-014, SS-015, PS-035, PS-053, PS-067, PS-121, PS-173, PS-176, PT-008, PT-013	R	
Ömer Uludağ	SS-012, SS-021, PS-127, PS-142, PS-150, PS-159, PT-006	Rabia Deniz	SS-016, SS-018, SS-027, PS-022, PS-069, PS-088, PS-103, PS-104, PS-109, PS-112, PS-169, PT-006, PT-009
Önay Gerçik	PS-120	Rabia Ergelen	PS-026, PT-002
Öykü Tomay Aksoy	PS-045, PS-100, EP-011	Rabia Gökçen Umurca Aydemir	PS-021, PS-038
Özge Altunok	PS-026	Rabia Pişkin Sağı	PS-167
Özge Başaran	PS-033	Rahime Duran	SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-151, PS-160, PS-180
Özge Kara Avcı	PS-158	Ramazan Eren	SS-027
Özge Karakök	PS-048, PS-069, PT-002	Rebecca Bolce	PS-003
Özge Sönmez	PS-115	Reike Alten	PS-004
Özgül Öztürk	PS-025	Resul Karakuş	PS-085, PS-099
Özgül Soysal Gündüz	PS-062, PS-168		Reşit Yıldırım
Özgür Çakır	PS-155	Reşit Yıldırım	SS-024, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-124, PS-148, PS-181
Özgür Erkal	PS-113	Reyhan Bilici	PS-015, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148
Özgür Kasapçopur	PS-131, PS-132, PS-135, PS-136	Reyhan Salman	PS-037
Özgür Kılıçkesmez	PS-103	Rezan Koçak Uluköy	PS-075
Özkan Urak	PS-048, EP-018	Rıdvan Mercan	PS-083, PS-096, EP-001
Özlem Doğan Ağbuga	PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, PS-164	Rıza Can Karadağ	SS-011, SS-025, PS-020, PS-027, PS-029, PS-068, PS-070, PS-071, PS-074, PS-077, PS-079, PS-083, PS-085, PS-087, PS-097, PS-099, PS-101, PS-151, PS-160, PS-175, PS-180, EP-045
Özlem Feyzioğlu	PS-025	Rieke Alten	PS-001, PS-002
Özlem Gülbahar	SS-011		
Özlem Karakaş	PS-152		
Özlem Kılıç	EP-007		
Özlem Kudaş	PS-055, PS-164, PS-167		

Robert Davies Inman	PS-007	Senar Şan	SS-012, PS-052, PS-144
Robin Christensen	PS-061	Serap Baş	PS-104
Ruhi Onur	PS-176	Sercan Gücenmez	PS-100, EP-011
Ruken Alçın	PS-076	Serdal Uğurlu	Serdal Uğurlu EP-023
S-Ş		Serdal Uğurlu	PS-115, PS-126, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136
Sabriye Güner	PS-170	Serdar Can Güven	PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148
Sadettin Uslu	PS-062, PS-168	Serdar Esmer	EP-038
Safiye Bakkal	PS-144, EP-042	Serdar Sezer	PS-049, PS-068, PS-070, PS-116, PS-123, PS-140, PS-157, PS-175, EP-046
Sait Sağer	SS-020	Serpil Şener	PS-182
Salih Özgüven	PS-054	Serra Duygulu	PS-012
Saliha Sunkak	PS-137	Serra Duygulu	PS-160
Salim Mısırcı	SS-005, PS-093, PS-094, PS-102, PT-018	Servet Akar	Servet Akar
Samuel Ogwu	PS-001, PS-002	Servet Akar	SS-012, PS-045, PS-052, PS-100, PS-120, PS-144, PS-145, PS-146, PS-147, PS-152, EP-011
Sarah Sacoor	PS-129	Servet Yolbaş	PS-012
Sarvan Aghamuradov	PS-142	Sevgi Kalayoğlu Beşışık	PS-150
Sebastian Meerwein	PS-006	Sevil Yiğit	EP-014
Seçil Sarı	PS-062	Sevilay Batıbay	PS-081, EP-026
Seda Çolak	EP-007	Sevtap Acer Kasman	PS-013, PS-014
Seda Günay	PS-130	Seydi Erözcan	PS-172
Seda Kutluğ Ağaçkırın	PT-002, EP-040	Seydehtina Safaei	PT-005
Seda Nur Göksu	PS-095	Seyfullah Halit Karagöz	PS-174
Sedat Kiraz	SS-001, SS-014, SS-015, PS-031, PS-035, PS-053, PS-067, PS-121, PT-008, PT-013	Seyithan Taysı	PS-080
Sedat Yılmaz	PS-030, PS-143, EP-007	Seza Özen	PS-033, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136
Sehbal Arslankoz	EP-028	Sezgi Karabulut Gök	PS-104
Selami Arslan	PS-012	Sezgin Barutçu	PS-172
Selcan Demir	PS-181	Shirkhan Amikishiyev	SS-022, PS-037, PS-039, PS-040, PS-043, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-078, PS-148
Selda Çelik	PS-052	Sıla Ay	PS-026
Selime Ermura	PS-137	Sibel Bakırcı	PS-113, EP-016
Selin Ardalı	PS-173	Sibel Kadayıfçılar	PS-176
Selin Gürleyen	PS-045, PS-145, PS-146, PS-147	Sibel Ösken	PS-013, PS-014
Selin İldemir Ekizoğlu	PS-111	Sibel Varelci	PS-159
Sema Işık	PS-052, PS-144	Sibel Yılmaz Öner	PS-013, PS-014
Sema Kaymaz Tahra	SS-012, PS-054, PS-152	Sidar Çöpür	SS-019
Sema Yaşar Aytekin	PS-073	Sinan Buran	PS-031
Semiha Köroğlu	EP-020	Sinem Burcu Kocaer	PS-059, PS-065, PS-153
Semin Ünlü Kahraman	PS-077		
Semra Aktaş	PS-162		
Sena Fidan	PS-126		

Sinem Nihal Esatoğlu	SS-007, PS-061, PS-076, PS-115, PS-126, PS-158, PS-170, PT-017	Tarık Kani	EP-027
Sinem Sağ	EP-037	Tayfun Hilmi Akbaba	SS-009
Sinem Yalçın-tepe	PS-021	Taylan Kaplan	SS-013
Soner Altın	SS-021, PS-150, PT-010	Taylan Metin	PS-172
Stanley Bruce Cohen	PS-006	Tevfik Güzelbey	PS-088, PS-103
Suade Özlem Badak	PS-164	Timuçin Kaşifoğlu	SS-018, SS-024, PS-023, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-069, PS-124, PS-148, PS-152, PS-181
Süleyman Serdar Koca	PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-050, PS-051, PS-055, PS-057, PS-063, PS-064, PS-092, PS-102, PS-137, PS-148, PS-164, PS-167	Timur Pırıldar	PS-062, PS-168
Sümeyra Öteleş	PS-082	Tuba Demirci Yıldırım	PS-152
Sümeyye Merve Türk	EP-033	Tuğba Kahraman Denizhan	PS-018, PS-019, EP-005, EP-008, EP-021
Şaziye Şule Apraş Bilgen	PT-008	Tuğba Ocak	PS-052, PS-111, PS-134, PS-144, PT-009
Şebnem Durmaz	SS-020	Tuğçe Bozkurt	SS-018, PS-081, EP-026
Şefik Evren Erdener	SS-009	Tuğçe Şahin Özdemirel	SS-026
Şeref Sülükçü	PS-062, PS-168	Tuncay Hazırolan	PS-173
Şerife Asya Germe	SS-015, PS-033, PS-044, PS-053, PS-141, PT-008	Tunç Öneş	PS-054
Şerife Coşkun Sağırkaya	PS-048	Tunjay Mammadov	PS-101
Şeyma Çolakoğlu Özkaya	SS-003, PS-163	Turgay Dalkara	SS-009
Şeyma Yılmaz	PS-155, PT-011	Tülin Ergun	SS-018, PS-026, PS-129, PS-149, PS-166, PT-002
Şuayip Birinci	SS-008, PS-058, PS-060, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-154, PT-007	Tümay Ak	PS-072, PS-170, PS-174
Şule Apraş Bilgen	SS-014, SS-015, PS-031, PS-033, PS-035, PS-053, PS-067, PS-121, PS-173, PS-176, PT-013	U-Ü	
Şule Ketenci Ertaş	PS-137, PS-055	Ufuk İlgen	PS-021
Şule Yaşar Bilge	PS-048, PS-052	Uğur Karasu	PS-164, PS-167
Şükran Erdem Nurcan	PS-072	Uğur Uygunoğlu	PS-115, PS-158, PS-170
Şükran Erten	SS-019, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-048, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-069, PS-075, PS-148, PT-009	Umut Kalyoncu	SS-001, SS-002, SS-006, SS-008, SS-009, SS-014, SS-015, SS-026, PS-031, PS-033, PS-035, PS-053, PS-058, PS-060, PS-067, PS-082, PS-119, PS-121, PS-131, PS-132, PS-135, PS-136, PS-139, PS-154, PS-177, PT-003, PT-007, PT-008, PT-013, PT-014
Şükran Sevede Sağlam	PS-171	Umut Yılmaz Koreli	PS-090
Şükrü Can Akmansoy	PS-129	Ülkü Uçar	PS-113
T		Ümit Karaçaylı	PS-129
Tahir Saygın Ögüt	SS-017, SS-023, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-128, PS-148, PT-012, EP-041	Ümmügülsüm Karayıldız	PS-166
Tahsin Murat Turgay	PS-037, PS-049, PS-123, PS-140, PS-175, EP-046	Üstün Aydınöz	PT-003
Tamer Acat	EP-033	V	
Taner Danışman	PT-012	Veli Yazısız	SS-017, SS-023, PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-128, PS-148, PS-156, PT-012, PT-015, EP-015
Tanju Yusuf Erdil	PS-054	Veysel Çam	PT-001

Vinod Chandran	PS-003, PS-004	Yeter Mahmutoğlu	PS-068, PS-070, PS-116, PS-123, PS-157
Visar Shehu	SS-020	Yıldız Akbal Engin	PT-006
Vural Taner Yılmaz	SS-017	Yıldız Akbal	SS-022
W			
Walid Fakhouri	PS-002, PS-005	Yiğit Berk Şahin	SS-006
Walter Maksymowych	PS-007	Yoshiya Tanaka	PS-006
William Tillett	PS-004	Yuko Kaneko	PS-001
X			
Xenofon Baraliakos	PS-007	Yunus Durmaz	EP-002
Xianwei Bu	PS-007	Yunus Emre Dalkılıç	PS-033
Y			
Yağmur Çakır	PS-114	Yunus Emre Dilek	SS-003
Yalkın Çalık	SS-016	Yunus Erdem	SS-001
Yasemin Kabasakal	EP-020	Yusuf Altıntaş	PS-155
Yasemin Kayadibi	PS-076	Yusuf Doğan	PS-092
Yasemin Özden Eldemir	EP-004	Yücel Genç	EP-003
Yasemin Özlük	PS-159, PT-010	Yüksel Maraş	PS-075, EP-038
Yasemin Sağlan	PS-124	Z	
Yasemin Ünsal	PS-180	Zehra Karaman Ongun	PS-049, PS-116, PS-123, PS-157, EP-046
Yasemin Yalçınkaya	SS-021, SS-022, SS-028, PS-037, PS-039, PS-040, PS-042, PS-043, PS-046, PS-051, PS-063, PS-064, PS-127, PS-142, PS-148, PS-150, PS-159, PT-006, PT-010	Zehra Özge Çandereli	PS-129
Yasin Yaraşır	PT-003	Zehra Özsoy	SS-004, SS-015, SS-026, PS-033, PS-044, PS-053, PS-141, PT-008
Yasir Furkan Çağın	PS-012	Zekayi Kutlubay	PS-115, PS-126
Yavuz Pehlivan	SS-005, SS-019, PS-016, PS-036, PS-052, PS-055, PS-084, PS-093, PS-094, PS-102, PS-111, PS-114, PS-134, PS-137, PS-144, PS-164, PS-167, PS-178, PT-009, PT-018	Zekeriya Doğan	PS-165
Yelda Bilginer	PS-033	Zeki Soypaçacı	PS-120
Yelin Koçak Ünsal	PS-021, PS-038, PS-138	Zeliha Ademoğlu	SS-012, PS-021, PS-038, PS-138, PS-152
Yeliz Akkaya Ulum	SS-009	Zeynel Abidin Akar	PS-055
Yeliz Zahiroğlu	EP-044	Zeynep Balık	PS-033
Yeşim Erez	PS-059, PS-065	Zeynep Eylül Özmen	PS-001, PS-002
Yeşim Özgüler	SS-007, SS-010, PS-061, PS-076, PS-115, PS-126, PT-004, EP-006, EP-043	Zeynep Öztürk	SS-026
Yeşim Parman	EP-043	Zeynep Serra Tüzün	SS-013
		Zeynep Toker Dinçer	EP-006
		Zeynep Tuysu Çakır	PS-149
		Zeynep Yağbasan	PS-164, PS-167, PS-178
		Ziyan Lin	SS-007
		Zübeyde Aslan	PS-037
		Zübeyde Uğurlu	PS-039, PS-040, PS-042, PS-046, PS-050, PS-051, PS-063, PS-064, PS-148, EP-017, EP-024, EP-025, EP-036

Ulusal
ROMATOLOJİ Dergisi
Journal of Turkish Society for Rheumatology