

# 12. Anadolu Romatoloji

Günleri

1-5

Mayıs

2019

Concorde  
Deluxe Hotel,  
Bafra, KKTC

Bildiri Özetleri Kitabı

## BİLİMSEL SEKRETERYA



## TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

Dr. Umut KALYONCU  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Abd. Romatoloji Bilim Dalı, Ankara  
E-mail : bilimsel@arg2019.org

## ORGANİZASYON SEKRETERYASI



## SERENAS ULUSLARARASI TURİZM KONGRE ORG. A.Ş.

Turan Güneş Bulvarı 5. Cad. No:13  
Yıldız, Çankaya / Ankara  
Tel : +90 312 440 50 11  
Faks : +90 312 441 45 63  
URL : www.serenas.com.tr  
E-mail : info@arg2019.org

# İÇİNDEKİLER

HOŞGELDİNİZ .....	iv
KOMİTE VE KURULLAR .....	v
KURS PROGRAMI .....	vi
BİLİMSEL PROGRAM.....	viii
SÖZEL BİLDİRİLER.....	1
SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ.....	3
POSTER BİLDİRİLER .....	35
POSTER BİLDİRİ LİSTESİ .....	37
YAZAR DİZİNİ.....	125

# HOŞGELDİNİZ

Değerli meslektaŐlarımız,

Türkiye Romatoloji Derneği ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Romatoloji Bilim Dalı tarafından bu yıl onbirincisini düzenlediğimiz Anadolu Romatoloji Günleri toplantısına hoşgeldiniz.

Kapsadığı konular ağıısından her yıl ülkemizde Romatoloji alanında en çok tercih edilen toplantılardan biri olma özelliğindeki toplantımızda bu yıl da Türkiye'nin her yöresinden çok sayıda romatoloji uzmanı, hemŐire ile sektör temsilcisi katılmaktadır.

Toplantımız her zaman olduğu gibi siz değerli meslektaŐlarımızın katılımıyla başarıya ulaŐacak ve bilimsel ve sosyal bir őölen olma őansını yakalayacaktır.

Toplantımızda sizleri aramızda görmekten büyük memnuniyet duyduğumuzu belirtir, saygılarımızı sunarız.

Düzenleme Kurulu adına,

**Dr. İhsan ERTENLİ, Dr. Sedat KİRAZ**  
*Kongre Başkanları*

## KOMİTE VE KURULLAR

### BAŞKANLAR

Dr. İhsan ERTENLİ, Dr. Sedat KİRAZ

### GENEL SEKRETER

Dr. Ömer KARADAĞ

### SAYMAN

Dr. Umut KALYONCU

### DÜZENLEME KURULU

Dr. Şule APRAŞ BİLGİN

Dr. Veli ÇOBANKARA

Dr. Ayhan DİNÇ

Dr. Umut KALYONCU

Dr. Yüksel MARAŞ

Dr. Ömer KARADAĞ

Dr. Levent KILIÇ

Dr. Zeynep ÖZBALKAN AŞLAR

Dr. M. Akif ÖZTÜRK

Dr. Salih PAY

Dr. Murat TURGAY

Dr. Kemal ÜRETEK

Dr. Eftal YÜCEL

Dr. Abdüsamet ERDEN

# KURS PROGRAMI

ATUAR ARTRİT AYIRICI TANISINDA GÖRÜNTÜLEME: TRİA

Koordinatör / Eğitmen: Salih PAY, Umut KALYONCU, Ömer KARADAĞ, Üstün AYDINGÖZ (Radyoloji)

1 Mayıs 2019, Çarşamba

Saat	Salon 1
09:15-10:30	<b>GİRİŞ VE AMAÇLAR</b> <i>Dr. Umut KALYONCU, Dr. Ömer KARADAĞ</i> <b>ROMATOİD ARTRİTE KARŞI PSÖRİATİK ARTRİT</b> <b>Direkt grafi</b> <i>Dr. Umut KALYONCU</i> <b>Ultrasonografi</b> <i>Dr. Salih PAY, Dr. Ömer KARADAĞ</i> <b>MRG</b> <i>Dr. Üstün AYDINGÖZ</i>
10:30-10:45	<b>Kahve Arası</b>
10:45-12:00	<b>ROMATOİD ARTRİTE KARŞI PERİFERİK SPONDİLARTRİT</b> <b>Direkt grafi</b> <i>Dr. Umut Kalyoncu</i> <b>Ultrasonografi</b> <i>Dr. Salih PAY, Dr. Ömer KARADAĞ</i> <b>MRG</b> <i>Dr. Üstün AYDINGÖZ</i> <b>ROMATOİD ARTRİTE KARŞI KRİSTAL ARTRİTLERİ</b> <b>Direkt grafi</b> <i>Dr. Umut KALYONCU</i> <b>Ultrasonografi</b> <i>Dr. Salih PAY, Dr. Ömer KARADAĞ</i> <b>MRG</b> <i>Dr. Üstün AYDINGÖZ</i>

Kursa katılım kontenjanlarla sınırlıdır. Kurs kaydının yapılması gerekmektedir.

# KURS PROGRAMI

SPONDİLOARTRİTLERDE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME EĞİTİMİ  
Koordinatör: Servet AKAR



1 Mayıs 2019, Çarşamba

Saat	Salon 2
13:30-13:40	<b>Açılış ve hedefler</b> <i>Dr. Servet AKAR</i>
13:40-13:50	<b>Güncel kılavuzlar eşliğinde spondiloartritlerde MRG endikasyonları</b> <i>Dr. Pamir ATAGÜNDÜZ</i>
13:50-14:00	<b>Radyolojik anatomi</b> <i>Dr. Gazanfer EKİNCİ</i>
14:00-14:30	<b>Spondiloartritlerde sakroiliak eklem MRG'de saptanabilecek akut lezyonların tanımlanması</b> <i>Dr. Servet AKAR</i>
14:30-14:40	<b>Spondiloartritlerde sakroiliak eklem MRG'da saptanabilecek kronik lezyonların tanımlanması</b> <i>Dr. Ömer KARADAĞ</i>
14:40-15:00	<b>Hipax tanıtım</b>
15:00-15:10	<b>Pre test</b>
15:10-16:30	<b>Vakalarla sakroiliak eklem MRG'de sakroiliit tanısı ve ayırıcı tanıdaki hastalıkların değerlendirilmesi</b> <i>Dr. Pamir ATAGÜNDÜZ</i> <i>Dr. Servet AKAR</i> <i>Dr. Gazanfer EKİNCİ</i> <i>Dr. Ömer KARADAĞ</i>
16:30-17:00	<b>Post test</b>
17:00-17:15	<b>Kapanış</b>

Kursa katılım kontenjanlarla sınırlıdır. Daha önce kursa katılmış olan hekimlerin kurs talepleri onaylanmayacaktır

# BİLİMSEL PROGRAM



1 Mayıs 2019, Çarşamba

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
17:30-17:45	<b>AÇILIŞ OTURUMU</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Dr. Sedat KİRAZ</i> <i>Dr. İhsan ERTENLİ</i>		
17:45-19:00	<b>ANTROPOLOJİ &amp; ROMATOLOJİ: ANTİK DNA'DAN NELER ÖĞRENEBİLİRİZ?</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Ayhan DİNÇ</i> <i>Dr. Umut KALYONCU</i> <b>Anadolu'da Paleopatolojik araştırmalar ve antik DNA</b> <i>Dr. Yılmaz Selim Erdal</i> <b>Dejeneratif eklem hastalıklarının dünü, bugünü: Paleopatolojik bir değerlendirme</b> <i>Dr. Ömür Dilek Erdal</i>		




# BİLİMSEL PROGRAM

2 Mayıs 2019, Perşembe

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
09:00-10:30	<p><b>PANEL</b>  <b>ROMATOİD ARTRİT</b>  <b>Oturum Başkanları:</b>  <i>Dr. İhsan ERTENLİ</i>  <i>Dr. Ahmet GÜL</i></p> <p><b>RA tedavisinde hedef olarak lenfositler/lenfatik fonksiyonlar</b>  <i>Dr. Ediz DALKILIÇ</i></p> <p><b>RA'da komorbidite tedaviyi nasıl etkiler?</b>  <i>Dr. Timuçin KAŞİFOĞLU</i></p> <p><b>RA'da tedaviyi ne zaman ve nasıl keselim?</b>  <i>Dr. Gökhan KESER</i></p> <p><b>RA tedavisinde yakın gelecekteki ilaçlar</b>  <i>Dr. Nevsun İNANÇ</i></p>	<p><b>PANEL</b>  <b>SAĞLIKTA VE ROMATOLOJİDE GÜNCEL PATOGENETİK MEKANİZMALAR (1)</b>  <b>Oturum Başkanları:</b>  <i>Dr. Şeminur HAZNEDAROĞLU</i>  <i>Dr. Vedat GERDAN</i></p> <p><b>Mikroplastikler ve insan sağlığı</b>  <i>Dr. Uğur KARASU</i></p> <p><b>İmmün yanıtta ve otoimmün hastalıklarda semaforinler</b>  <i>Dr. Ahmet OMMA</i></p> <p><b>Nötrofil nükleus</b>  <i>Dr. Gezmiş KİMYON</i></p> <p><b>Sirkadien ritm ve immünite/kronoterapi</b>  <i>Dr. Duygu ERSÖZLÜ</i></p>	
10:30-11:00	<b>Kahve Arası</b>		
11:00-11:45	<p><b>UYDU SEMPOZYUM</b>  <b>PSA'DA YENİ TEDAVİLERİN YERİ: TOFASİTİNİB PSA VERİLERİ UYDU SEMPOZYUMU</b>  <i>Dr. Sedat KİRAZ</i>  <i>Dr. Umut KALYONCU</i></p> 		
11:45-12:30	<p><b>KONFERANS</b>  <b>HİPERÜRİSEMİ, GUT, KARDİYOVASKÜLER RISK: DOĞRULAR, YANLIŞLAR</b>  <b>Oturum Başkanları:</b>  <i>Dr. Süleyman ÖZBEK</i>  <i>Dr. Ayşen AKINCI</i></p> <p><b>Hiperürisemi ve kardiyovasküler risk</b>  <i>Dr. Mustafa ÖZMEN</i></p> <p><b>Gut tedavisinde doğrular, yanlışlar</b>  <i>Dr. İhsan ERTENLİ</i></p>	<p><b>KONFERANS</b>  <b>TIPTA EFSANELER VE GERÇEKLER: SON YILLARDAKİ ÇALIŞMALARDA NELER ÖĞRENDİK?</b>  <b>Oturum Başkanları:</b>  <i>Dr. Yusuf KARABULUT</i>  <i>Dr. Adem KÜÇÜK</i></p> <p><b>Aspirin, Omega 3</b>  <i>Dr. Şule YAŞAR BİLGE</i></p> <p><b>D vitamini, besin yatkınlık testleri</b>  <i>Dr. Nilüfer KANİTEZ</i></p>	<p><b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-1</b>  <b>Oturum Başkanları:</b>  <i>Dr. Mehmet ŞAHİN</i>  <i>Dr. Gözde YILDIRIM ÇETİN</i></p>
12:30-13:30	<b>Öğle Yemeği</b>		
13:30-14:15	<p><b>UYDU SEMPOZYUM</b>  <b>SECUKİNOMAB İLE ANKİLOZAN SPONDİLİTTE DÜN, BUGÜN YARIN: 5 YIL VERİLERİNE BAKIŞ</b>  <b>Oturum Başkanları:</b>  <i>Dr. İhsan ERTENLİ, Dr. Gökhan KESER</i></p> <p><b>Patogeneze Klinik Pratiğe: Secukinumab ve IL-17a İnhibisyonu</b>  <i>Dr. Ender TERZİOĞLU</i></p> <p><b>5 Yıl Verileri Işığında Ankilozan Spondilit Tedavisinde Secukinumab</b>  <i>Dr. Servet AKAR</i></p> 		
14:15-14:30	<b>Ara</b>		

# BİLİMSEL PROGRAM

2 Mayıs 2019, Perşembe

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
14:30-15:15	<b>UYDU SEMPOZYUM</b> <b>ROMATOİD ARTRİT'TE VE DEV HÜCRELİ ARTRİT'TE ALIŞILMIŞIN DIŞINDA TEDAVİ</b> <b>Konuşmacılar:</b> Dr. İhsan ERTENLİ Dr. Sedat KİRAZ, Dr. Ömer KARADAĞ 		
15:15-15:30	<b>Kahve Arası</b>		
15:30-17:00	<b>PANEL</b> <b>SİSTEMİK SKLEROZ: İMMÜN AKTİVASYON</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Dr. Sabahattin YURDAKUL Dr. Mehmet SOY <b>Genetik/Epigenetik</b> Dr. Merih BİRLİK <b>T ve B Lenfositler</b> Dr. Süleyman Serdar KOCA <b>Makrofaj</b> Dr. Yasemin YALÇINKAYA <b>İmmünomodülatör tedavi yeterli mi?</b> Dr. Murat İNANÇ	<b>PANEL</b> <b>OLGULAR İLE SPONDİLİT DIŞI OMURGA HASTALIKLARI RADYOLOJİSİ &amp; OSTEOPOROZ</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Dr. Merih SARIDOĞAN Dr. Cem ÖZİŞLER <b>Radyolojik olgu örnekleri ile seyrek görülen omurga hastalıkları</b> Dr. İsmail Sarı <b>Olgu Örnekleri ile akılcı DEXA kullanımı</b> Dr. Alp ÇETİN <b>Olgular ile steroidle bağlı osteoporoz tedavisi</b> Dr. Eftal YÜCEL	
17:00-17:15	<b>Kahve Arası</b>		
17:15-18:00	<b>KONFERANS</b> <b>SKLERODERMA: ÖNEMLİ TUTULUMLARA YAKLAŞIM</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Dr. Şule APRAŞ BİLGEN Dr. Yüksel MARAŞ <b>GIS tutulumuna yaklaşım</b> Dr. Alper SARI <b>PAH tedavisinde güncel yaklaşım</b> Dr. Ali AKDOĞAN	<b>KONFERANS</b> <b>ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA AŞIRI TANI VE AŞIRI TEDAVİ (OVER DIAGNOSIS/OVER TREATMENT): NERELERDE HATA YAPIYORUZ?</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Dr. Melike MELİKOĞLU Dr. Murat BİRTANE <b>Konuşmacı:</b> Dr. Veli YAZISIZ	<b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-2</b> <b>Oturum Başkanları:</b> Dr. Mehmet SAYARLIOĞLU Dr. Metin ÖZGEN
18:00-19:00	<b>HADİ BAKALIM-3</b> <b>"BİLGİ YARIŞMASI"</b> Dr. Berna YURTTAŞ Dr. Murat KARABACAK Dr. Aydan KÖKER AVŞAR Dr. Sinem KOCAER		



# BİLİMSEL PROGRAM

3 Mayıs 2019, Cuma

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
09:00-10:30	<p><b>PANEL:</b> <b>SPONDİLOARTRİTLER</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Sedat KIRAZ</i> <i>Dr. Pamir ATAGÜNDÜZ</i></p> <p><b>AS patogenezinde yenilikler</b> <i>Dr. Servet AKAR</i></p> <p><b>Spondilartirit alt gruplarında aksiyel tutulum: Benzerlikler, farklılıklar</b> <i>Dr. Umut KALYONCU</i></p> <p><b>AS tedavisinde güncelleme ve yakın gelecekteki tedaviler</b> <i>Dr. Fatoş ÖNEN</i></p>	<p><b>PANEL</b> <b>ROMATOLOJİDE GÜNCEL</b> <b>PATOGENETİK MEKANİZMALAR (2)</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Taşkın ŞENTÜRK</i> <i>Dr. Mehmet Derya DEMİRAĞ</i></p> <p><b>Otoimmün romatolojik hastalıkların moleküler taksonomisi</b> <i>Dr. Fulya ÇOŞAN</i></p> <p><b>Romatizmal hastalıklarda interferonlar</b> <i>Dr. Engin TEZCAN</i></p> <p><b>Mikrobiyaya: Romatolojik hastalıklarda tedavi yakın gelecekte değişecek mi?</b> <i>Dr. Zevcet YILMAZ</i></p> <p><b>İnflamatuar miyopatilerde otoantikorların akılcı kullanımı</b> <i>Dr. Zeynep ÖZBALKAN AŞLAR</i></p>	
10:30-11:00	<b>Kahve Arası</b>		
11:00-11:45	<p><b>UYDU SEMPOZYUM</b> <b>PSORIATİK ARTRİT TEDAVİSİNE BÜTÜNSEL YAKLAŞIM</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Sedat KırAZ,</i> <i>Dr. Kenan Aksu, Dr. Süleyman Özbek</i> <b>Secukinumab İle Psoriatik Artrit Tedavisinde Neler Değişti ?</b> <i>Dr. Timuçin Kaşifoğlu</i></p> <p><b>Kapsamlı Tedavi Yanıtları İçin Hedef II-17a: 5 Yıl Verileri</b> <i>Dr. Ömer Karadağ</i> </p>		
11:45-12:30	<p><b>KONFERANS</b> <b>BEHÇET SENDROMUNDA VASKÜLER VE NADİR TUTULUMLAR</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Vedat HAMURYUDAN</i> <i>Dr. Didem ARSLAN</i></p> <p><b>Vasküler tutulum yaklaşım</b> <i>Dr. Yeşim ÖZGÜLER</i></p> <p><b>Behçet sendromunun nadir bulgularına yaklaşım</b> <i>Dr. Gülen HATEMİ</i></p>	<p><b>KONFERANS</b> <b>ROMATOLOJİDE PLASEBO/ NOSEBO ETKİLERİ</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Göksal KESKİN</i> <i>Dr. İsmail DOĞAN</i></p> <p><b>Plasebo Etkisi</b> <i>Dr. Nuran TÜRKÇAPAR</i></p> <p><b>Nosebo Etkisi</b> <i>Dr. Hakan EMMÜNGİL</i></p>	<p><b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-3</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Yavuz PEHLİVAN</i> <i>Dr. Gerçek CAN</i></p>
12:30-13:30	<b>Öğle Yemeği</b>		

# BİLİMSEL PROGRAM

3 Mayıs 2019, Cuma

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
13:30-14:15	<b>UYDU SEMPOZYUM</b> <b>GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE</b> <b>NSAII'LERDEN BİYOLOJİK</b> <b>İLAÇLARA</b> <i>Dr. İhsan ERTENLİ</i> <i>Dr. Fatoş ÖNEN</i> <i>Dr. Süleyman ÖZBEK</i> 		
14:15-14:30	<b>Ara</b>		
14:30-15:15	<b>UYDU SEMPOZYUM</b> <b>KLİNİK DÜZEYDE HASTALIK</b> <b>KONTROLÜ: İNFLAMATUAR</b> <b>ARTRİT (RA VE AKSSPA)</b> <b>TEDAVİSİNDE ÖNEMLİ</b> <b>NOKTALAR</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Kenan AKSU, Dr. Figen TARHAN</i> <b>Konuşmacılar:</b> <i>Dr. Zevcet YILMAZ</i> <i>Dr. Atalay DOĞRU, Dr. Fatih SARITAŞ,</i> <i>Dr. Sibel BAKIRCI,</i> <i>Dr. Abdülşamet ERDEN</i> 		
15:15-15:30	<b>Kahve Arası</b>		
15:30-17:00	<b>PANEL</b> <b>ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT</b> <b>ALT TİPLERİ, KLİNİK-TEDAVİ</b> <b>FARKLILIKLARI</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Ayşe CEFLE</i> <i>Dr. Barış YILMAZER</i> <b>Patogeneizde yeni ne var? Dr.</b> <i>Fatma ALİBAZ ÖNER</i> <b>Pulmoner tutulum</b> <i>Dr. Cemal BES</i> <b>Renal tutulumda prognoz</b> <i>Dr. Mustafa ARICI</i> <b>Güncel Tedavi</b> <i>Dr. Ömer KARADAĞ</i>	<b>PANEL</b> <b>OSTEOARTRİT: GÜNCEL VE YAKIN</b> <b>GELECEKTEKİ TEDAVİLER</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Berna GÖKER</i> <i>Dr. Ömer KURU</i> <b>Analjezik/anti inflamatuar</b> <b>tedaviler ve egzersiz</b> <i>Dr. Lale ALTAN İNCEOĞLU</i> <b>Rejeneratif ve senolitik tedaviler</b> <i>Dr. Berivan BİTİK</i> <b>PRP ve intra-artiküler</b> <b>injeksiyonlar</b> <i>Dr. Önder ÖZERBİL</i>	<b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-4</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Selda ÖKTEM</i> <i>Dr. Timur PIRILDAR</i>
17:00-17:15	<b>Kahve Arası</b>		

# BİLİMSEL PROGRAM

3 Mayıs 2019, Cuma

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
17:15-18:00	<p><b>OTOPSİ İLE BİR KLİNİKOPATOLOJİK OLGU TARTIŞMASI</b></p> <p><b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Sedat KIRAZ</i> <i>Dr. İbrahim KİYİCİ</i></p> <p><b>Olgu Sunumu</b> <i>Dr. Emre BİLGİN</i></p> <p><b>Tartışmacılar:</b> <i>Dr. Kemal KÖSEMEHMETOĞLU</i> <i>Dr. Bora PEYNİRCİOĞLU</i> <i>Dr. Haner DİRESKENELİ</i> <i>Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA</i></p>		<p><b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-4</b></p> <p><b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Selda ÖKTEM</i> <i>Dr. Timur PIRILDAR</i></p>
18.00-1830	<p><b>HADİ BAKALIM-3</b></p> <p><b>"BİLGİ YARIŞMASI"</b></p> <p><b>YARI FİNAL</b></p> <p><i>Dr. Ozan Cemal İÇAÇAN</i> <i>Dr. Murat BEKTAŞ</i> <i>Dr. Enes YAYLA</i> <i>Dr. Ertuğrul Çağrı BÖLEK</i></p>		

# BİLİMSEL PROGRAM

4 Mayıs 2019, Cumartesi

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
09:00-10:30	<p><b>PANEL</b> <b>SLE 2019</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Lale ÖCAL</i> <i>Dr. Gülay KINIKLI</i></p> <p><b>Patogeneizde yenilikler</b> <i>Dr. Bahar ARITIM ESEN</i></p> <p><b>Sonlanım ölçütleri</b> <i>Dr. Abdülsamet ERDEN</i></p> <p><b>Tedavide yenilikler</b> <i>Dr. Neslihan YILMAZ</i></p>	<p><b>PANEL</b> <b>ROMATOLOJİDE AYIRICI TANISI ZOR DURUMLAR</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. İzzet FRESKO</i> <i>Dr. Kemal ÜRETEN</i></p> <p><b>İnflamatuvar orbita hastalıkları</b> <i>Dr. Levent KILIÇ</i></p> <p><b>Perikardiyal hastalıklar</b> <i>Dr. Hakan ERDEM</i></p> <p><b>Periferik nöropati</b> <i>Dr. Kenan AKSU</i></p>	
10:30-11:00	<b>Kahve Arası</b>		
11:00-11:45	<p><b>UYDU SEMPOZYUM</b> <b>BİR KADIN, BİR ERKEK VE HUMİRA</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Vedat HAMURYUDAN</i></p> <p><b>Konuşmacılar:</b> <i>Dr. İhsan ERTENLİ</i> <i>Dr. Sedat KIRAZ</i> <i>Dr. Eylem Şahin CANKURTARAN</i></p> <p>abbvie</p>		
11:45-12:30	<p><b>KONFERANS</b> <b>FMF DIŞI OTOİNFLAMATUAR HASTALIKLAR KİMDE DÜŞÜNELİM? NASIL ARAŞTIRALIM? NASIL TEDAVİ EDELİM?</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Ender TERZİOĞLU</i> <i>Dr. Serdal UĞURLU</i></p> <p><b>Konuşmacı:</b> <i>Dr. Özgür KASAPÇOPUR</i></p>	<p><b>KONFREANS</b> <b>FİBROMYALJİ 2019</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Akın ERDAL</i> <i>Dr. Şükran Erten</i></p> <p><b>Fibromiyalji patogenezinde yeni yollar</b> <i>Dr. Simin HEPGÜLER</i></p> <p><b>Fibromiyalji tedavisinde akılcı ilaç kullanımı</b> <i>Dr. Ayşegül KETENCİ</i></p>	<p><b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-5</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Hasan YAZICI</i> <i>Dr. Kubilay ŞAHİN</i></p>
12:30-13:30	<b>Öğle Yemeği</b>		
13:30-14:15	<p><b>UYDU SEMPOZYUM</b> <b>GERÇEK YAŞAMDA USTEKİNUMAB DENEYİMİ</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Ali İhsan ERTENLİ</i> <i>Dr. Sedat KIRAZ</i></p> <p><b>Konuşmacılar:</b> <i>Dr. Murat TÖRÜNER</i> <i>Dr. Umut KALYONCU</i></p> <p></p>		
14:15-14:30	<b>Ara</b>		

# BİLİMSEL PROGRAM

4 Mayıs 2019, Cumartesi

Saat	Salon A	Salon B	Salon C
14:30-15:15	<b>UYDU SEMPOZYUM RA VE AS'YE DERİN BAKIŞ</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Vedat HAMURYUDAN Dr. Süleyman ÖZBEK</i> <b>Konuşmacılar:</b> <i>Dr. Servet AKAR Dr. Ender TERZİOĞLU</i> 		
15:15-15:30	<b>Kahve Arası</b>		
15:30-17:00	<b>PANEL BACAK ÜLSERLERİNE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Murat TURGAY Dr. Oğuz GÜRLER</i> <b>Dermatolog gözüyle</b> <i>Dr. Sibel DOĞAN</i> <b>Romatolog gözüyle</b> <i>Dr. Abdurrahman TUFAN</i> <b>Plastik cerrah gözüyle</b> <i>Dr. Ersoy KONAŞ</i>	<b>PANEL ROMATOLOJİDE 3S (Streptokok, Still, Sjögren)</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Yasemin KABASAKAL Dr. Meltem ALKAN</i> <b>Streptokok ilişkili romatizmal hastalıklar</b> <i>Dr. Sedat YILMAZ</i> <b>Still hastalığı ve MAS</b> <i>Dr. Salih PAY</i> <b>Sjögren sendromu doğru tedavi ediliyor mu?</b> <i>Dr. Figen TARHAN</i>	
17:00-17:15	<b>Kahve Arası</b>		
17:15-18:00	<b>KONFERANS AFS VE YENİ ORAL ANTİKOAGÜLANLAR</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Aşkın ATEŞ Dr. Cem ÖZİŞLER</i> <b>Yeni oral antikoagülanlar ve romatizmal hastalıklarda kullanımı</b> <i>Dr. Müfide OKAY</i> <b>Dirençli/katastrofik AFS'de tedavi</b> <i>Dr. Ayten YAZICI</i>	<b>KONFERANS HİSTİYOSİTOZLAR: ROMATOLOJİK PERSPEKTİF</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Sema YILMAZ</i> <b>Konuşmacılar:</b> <b>Langerhans hücreli histiyositoz</b> <i>Dr. Soner ŞENEL</i> <b>Non Langerhans hücreli histiyositozlar (Erdheim Chester, Rosai Dorfman)</b> <i>Dr. Şenol KOBAK</i>	<b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-6</b> <b>Oturum Başkanları:</b> <i>Dr. Ali TAYLAN Dr. Selda ÇELİK</i>
18.00-18.30	<b>HADİ BAKALIM-3 "BİLGİ YARIŞMASI" FİNAL</b>		

# BİLİMSEL PROGRAM

5 Mayıs 2019, Pazar

Saat	Salon 3	Salon B	Salon C
09:00-09:45	<b>KONFERANS</b> <b>AKILCI İLAÇ KULLANIMI</b> <b>NSAİ İlaçların akılcı kullanımı</b> <b>Oturum Başkanı:</b> <i>Dr. M. Akif ÖZTÜRK</i> <b>Konuşmacılar:</b> <i>Dr. Mustafa CANKURTARAN</i> <i>Dr. Derya KAŞKARI</i>		
09:45-10:30	<b>KONFERANS</b> <b>ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA</b> <b>KAPİLLEROSKOPI KULLANIMI</b> <b>Oturum Başkanları</b> <i>Dr. Servet YOLBAŞ</i> <i>Dr. Sibel BAKIRCI</i> <b>Konuşmacı:</b> <i>Dr. Levent KILIÇ</i>		
11:00-11:45	<b>KAPANIŞ OTURUMU</b> <b>Konuşmacılar:</b> <i>Dr. İhsan ERTENLİ</i> <i>Dr. Sedat KIRAZ</i>		



## Sözel Bildiriler



# Sözel Bildiri Listesi

SS-001

**RİTÜXİMAB İLE REMİSYONDA OLAN ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN ULTRASONOGRAFİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Selime Ermurat<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkis Nihan Coşkun<sup>3</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sbü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>3</sup>Bursa İlker Çelikkın Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi

SS-002

**ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE TEK MERKEZ TOSİLİZUMAB DENEYİMİ: TÜRKİYE GERÇEK YAŞAM VERİLERİ**

**Alper Yıldırım<sup>1</sup>, Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Özlem Şen<sup>1</sup>, Abdurrahman Soner Şenel<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı,

Romatoloji Bd, Kayseri

SS-003

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALMAKTA OLAN SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA SPONDİLOARTROPATİ SIKLIĞI ÜÇÜR ÖZDEMİR<sup>1</sup>, Derya Kaşkari<sup>2</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Ankara;

<sup>2</sup>İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul Hastanesi, İstanbul;

<sup>3</sup>İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

SS-004

**KONVOLUSYONAL SİNİR AĞLARI KULLANILARAK NORMAL, ROMATOİD ARTRİT VE OSTEOARTRİT'Lİ DİREKT EL GRAFİLERİNİN AYRIMI**

**Kemal Üreten<sup>1</sup>, Hasan Erbay<sup>2</sup>, Hadi Hakan Maraş<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği; Çankaya Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği, Msc

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği

<sup>3</sup>Çankaya Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği

SS-005

**ROMATOLOJİK HASTALARDA GÖRÜLEN İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARININ KLİNİK, RADYOLOJİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

**Hasan Satış<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

SS-006

**KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA DÜŞÜK SEVİYELİ LAZER VE KORTİKOSTEROİD TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Serap Tomruk Sütbeyaz<sup>1</sup>, Nurdan Sedefoğlu<sup>2</sup>, Mehtap Aykaç Çebiççi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>T.c.sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi Ftr Kliniği, kayseri

<sup>2</sup>T.c. Sağlık Bakanlığı Sorgun Devlet Hastanesi Ftr Bölümü, Yozgat

SS-007

**ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SERUM PAPP-A DÜZEYLERİ İLE HASTALIK AKTİVİTE PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Mücteba Enes Yayla<sup>1</sup>, Askin Ates<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

SS-008

**RADYOGRAFIK VE KLİNİK OLARAK TANI KONULAN APIKAL PERİDONTİTİS İLE ANKİLOZAN SPONDİLİT İLİŞKİSİ: KESİTSEL ÇALIŞMA**

**Ertuğrul Karataş<sup>1</sup>, Ayhan Kul<sup>2</sup>, Ebru Tepecik<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

SS-009

**SJÖGREN HASTALARINDAKİ TÜKRÜK BEZİ TUTULUMUNUN VE DERESESİNİN PROGNOZ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

SS-010

**PEDİATRİK AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ SAKROİLİTLERİYLE JUVENİL SPONDİLOARTROPATİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Semanur Özdel<sup>1</sup>, Esra Bağlan<sup>1</sup>, Mehmet Bülbül<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği

SS-011

**AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANILI ÇOCUKLARDA EŞLİK EDEN HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Mehmet Yıldız<sup>1</sup>, Amra Adroviç<sup>1</sup>, Emre Taşdemir<sup>2</sup>, Khanim Baba-zada<sup>2</sup>, Muhammed Aydın<sup>2</sup>, Oya Koker<sup>1</sup>, Sezgin Şahin<sup>1</sup>, Kenan Barut<sup>1</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatolojisi*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Abd*

SS-012

**SERTOLİZUMAB PEGOL'UN İLAÇTA KALIMINI VE TEDAVİ YANITINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: HÜR-BİO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ**

**Emre Bilgin<sup>1</sup>, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Esra Bilgin<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>2</sup>*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

SS-013

**NON RADYOLOJİK AKSİYAL SPA'NIN AS'YE İLERLEMESİNDE ABO KAN GRUBU DAĞILIMININ RİSK FAKTÖRÜ OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hasan Gögebakan<sup>1</sup>, Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Nurten Seringeç Akkeçecet<sup>2</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Ad/romatoloji Bd*

<sup>2</sup>*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Fizyoloji Ad*

SS-014

**PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA UYKU DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

**Koray Ayar<sup>1</sup>, Burcu Metin Ökmen<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü*

<sup>2</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

SS-015

**TAKAYASU ARTERİTİNDE VASKÜLİT HASAR İNDEKSİ(VDI) VE TAKAYASU ARTERİTİ HASAR SKORU(TADS) İLE HASAR DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Sema Kaymaz Tahra<sup>1</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

SS-016

**GUT İNTERNET ARAMALARINDA SEZONSAL DEĞİŞİM**

**Sinan Kardeş<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Tıbbi Ekoloji Ve Hidroklimatoloji A.b.d. İstanbul Tıp Fakültesi*

SS-018

**TEDAVİYE DİRENÇLİ ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STİLL HASTALIĞI'NDA TOCİLİZUMAB İLE TEDAVİ: TEK MERKEZ SONUÇLARI**

**Seher Kır<sup>1</sup>, Metin Özgen<sup>2</sup>, Sezgin Zontul<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

<sup>2</sup>*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>3</sup>*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon, Romatoloji Bilim Dalı*

SS-019

**BEHÇET SENDROMUNDA ORGAN TUTULUMUNA GÖRE KLİNİK ÖZELLİKLER VE SAĞLIK İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ**

**Nuh Atas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

SS-020

**NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI VASKÜLER BEHÇET HASTALIĞI İÇİN YENİ BİR BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?**

**Nazife Sule Yasar Bilge<sup>1</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ad, Romatoloji Bd*

SS-021

**GELENEKSEL TEDAVİLERE DİRENÇLİ LUPUS NEFRİTİ HASTALARINDA RİTUKSİMAB TEDAVİSİ- TEK MERKEZ DENEYİMİ**

**Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç*

*Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

## RİTUXİMAB İLE REMİSYONDA OLAN ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN ULTRASONOGRAFİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Selime Ermurat<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>3</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sbü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>3</sup>Bursa İlker Çelikkın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi

**Amaç:** Rituximab (RTX), aktif Romatoid artrit (RA) tedavisinde kullanılan anti-CD 20 monoklonal antikorudur. B hücre depleksiyonuna neden olarak klinik iyileşme sağlar. Tedavi yanıtı ve hastalık aktivitesi DAS28 (Disease Activity Score), HAQ (Health Assessment, CDAI, ACR/EULAR remisyon kriterlerine göre değerlendirilmektedir. Son yıllarda eklem ultrasonografisi (USG) de RA hastalık aktivitesini değerlendirmek için kullanılan en önemli araçlardan biridir. Çalışmamızda RTX tedavisi altında en az 6 aydır remisyonunda olan RA hastalarında hastalık aktivitesinin ultrasonografik olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmaya RTX tedavisi altında olan, hassas ve şiş eklemi olmayan, DAS28, CDAI, HAQ ve VAS göre en az 6 aydır klinik remisyonunda olan 28 hasta dahil edildi. Klinik remisyonunda olan hastaların poliklinik vizitinde hastalara eklem USG yapıldı. Bilateral el bileği, 2-3. Metakarpofalangeal (MKF) eklem, 2-3. Proksimal interfalangeal (PIF) eklem, 2-5. Metatarsofalangeal (MTF) eklemi içeren 14 eklem USG ile Gri skala (GS) ve Power doppler (PD) sinyaline göre değerlendirildi. USG sinoviti GS ve PD sinyallerine göre semi-kantitatif olarak skorlandı (Grade0= yok, Grade1 =ılımlı, Grade2=ciddi, Grade3=ileri). GS ve/veya PD sinyali  $\geq 2$  olanlar sinovit olarak kabul edildi. Ultrasonografik olarak sinoviti olan hasta ve eklem sayısı belirtildi.

**Bulgular:** Hastaların % 89'u kadındı. Yaş ortalaması (ort.)  $56.4 \pm 14.5$  yıl idi. Ort. Hastalık süresi  $15.3 \pm 9.7$  yıldır. RF titresi median düzeyi 63.5 IU, Anti-CCP titresi median düzeyi 29.3 IU idi. Ort. DAS28 düzeyi  $1.9 \pm 0.5$  olup, ort. CDAI düzeyi  $3.0 \pm 1.5$  idi. HAQ median düzeyi 0.25 idi. Ultrasonografik olarak  $\geq 2$  GS sinyali saptanan eklem sayısı 23 (% 5.86), hasta sayısı 5 (% 17.8) idi;  $\geq 2$  PD sinyali saptanan eklem sayısı 28 (% 7.14), hasta sayısı 6 (% 21.4) idi.

**Sonuç:** RA hastalık aktivitesini değerlendirmede DAS28, CDAI, SDAI, HAQ, ACR-EULAR remisyon kriterleri gibi kompozit skorlar kullanılmaktadır. Buna ek olarak son yıllarda hastalık aktivitesini değerlendirmek üzere USG de kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda, klinik ve laboratuvar olarak hastalık aktivitesi saptanmayan hastaların % 21.4'ünde (n=6) USG ile sinovit saptanmıştır. USG'nin remisyon kriterlerinden üstün olduğunu söylemek için ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** romatoid artrit, ultrason, DAS28

**Tablo 1.** Remisyonda olan hastaların özellikleri (n=28)

<b>PARAMETRELER</b>	<b>REMİSYONDA OLAN HASTALAR (n=28)</b>
<b>Cinsiyet, n (%)</b>	<b>K/E= 25/3 (%89/11)</b>
Yaş (yıl)	56.4 ± 14.5
Hastalık süresi (yıl)	15.3 ± 9.7
RF titresi (IU) (median)(25-75p)	63.5 (9.5-302.7)
Anti-CCP titresi (IU) (median)(25-75p)	29.3 (0.5-197.8)
DAS28	1.9 ± 0.5
HAQ (median)(25-75p)	0.25 (0-0.75)
CDAI	3.0 ± 1.5
USG ile GS (+) eklem sayısı (0-392) n, %	23 (% 5.86)
USG ile PD (+) eklem sayısı (0-392) n, %	28 (% 7.14)
USG ile GS (+) hasta sayısı (0-28) n, %	5 (%17.8)
USG ile PD (+) hasta sayısı (0-28) n, %	6 (%21.4)

## ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE TEK MERKEZ TOSİLİZUMAB DENEYİMİ: TÜRKİYO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

Alper Yıldırım<sup>1</sup>, Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Özlem Şen<sup>1</sup>, Abdurrahman Soner Şenel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Kayseri

**Amaç:** Romatoid Artrit (RA) kronik, sistemik bulgularında eşlik edebildiği, enfalamatuar poliartrit ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. İL-6 , RA patogenezinde önemli rol oynar. Tosilizumab; insan İL-6R'ye karşı oluşturulmuş monoklonal antikordur. Bu çalışmada 2013 yılından itibaren Erciyes Üniversitesi Romatoloji Bölümünde tosilizumab kullanan RA hastalarında ilaç kullanım ve etkinliğini- gerçek yaşam verileri araştırılmıştır.

**Yöntem:** Erciyes Üniversitesi Romatoloji bölümünde Türk Romatoloji Veri Tabanı olan TÜRKİYO'ya 2013 yılından 22 Mart 2019 tarihine kadar kayıtlı RA hastalarından tosilizumab kullanmış ve kullanmaya devam eden 53 hastanın; demografik ve klinik özellikleri; tedavi öncesi/sonrası akut faz yanıtları, şiş ve hassas eklem sayıları , vizüel analog skala(VAS)- ağrı, halsizlik, global, DAS28, HAQ (health assessment questionnaire); izlemede bDMARD kesimi ve değişim sebebi araştırılmıştır. İstatistik olarak SPSS v23 kullanılmıştır. parametrelerin dağılım durumuna göre ilgili testler yapılmıştır ve  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** TÜRKİYO'ya kayıtlı toplam 856 hastadan; romatoid artrit tanısı olan ve tosilizumab kullanmış ve halen kullanan 53 hasta verileri toplandı. Biyolojik naif hastalar 29/53 ve monoterapi 11/53; Hastaların cinsiyet dağılımı E/K:10/43; hastalığın tanı yaşı 37,2; hastaların serolojik durumları RF veya CCP 21/41; tosilizumab takip süresi (ay/medyan)12.1; Tosilizumab başlanmadan önce ve ilaç başlandıktan sonra (sırasıyla) sedimantasyon(mm/saat) 33,85/10,66; CRP(mg/L) 16,81/5,98; şiş eklemler 3,7/1,9, hassas eklemler 8,1/3,4; VAS -ağrı 71,12/42,89; VAS-halsizlik 70,56/46,92; VAS-global 72,74/45,39; HAQ 1,36/0,81; DAS 28 5,95/2,74 CDAİ 47,24/9,87 şeklindedir. Bütün parametrelerde ilaç başlama sonrasında öncesine göre klinik ve laboratuvar verileri istatistiksel olarak anlamlıydı( $p < 0,05$ ). 14 hasta tosilizumab kullanırken ilaçları kesilmiş. Beş hasta primer yanıtsızlık , sekiz hasta sekonder yanıtsızlık ve bir hasta malignite nedeni ile ilacı kesilmiştir. Tosilizumab kullanan hastaların hematolojik olarak bir hastada nötropeni ve bir hastada da trombositopeni gelişmiştir (iki hastada ilaç almaya devam etmektedir). Bir hastada karın ağrısı ve diyare olması üzerine kolonoskopi yapıldı, hiperplastik polip çıkması üzerine divertikülit düşünülmeydi. Bir hasta ilaç kullanımı sırasında zona zoster enfeksiyonu geçirdi ve ilaca ara verilerek antiviral tedavi sonrası tekrar başladı.

**Sonuç:** Tosilizumab biyolojik naif ve biyolojik dirençli RA tedavisinde güvenilir ve etkin bir biyolojik DMARD tedavi seçeneğidir. Hastaların yaklaşık %75'i ilaçta kalım izlenmiştir. Bazı hastalarda hematolojik, enfeksiyon, lipid profili üzerine yan etkiler görülse de mortal bir vaka olmamıştır.

**Anahtar kelimeler:** Romatoid Artrit, Tosilizumab, Biyolojik tedavi

## HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALMAKTA OLAN SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA SPONDİLOARTROPATİ SIKLIĞI

Uğur Özdemir<sup>1</sup>, Derya Kaşkari<sup>2</sup>, Ahmet Eftal Yücel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İç Hastalıkları ABD, Yoğun Bakım BD, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara;

<sup>2</sup>İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul Hastanesi, İstanbul;

<sup>3</sup>İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

**Giriş:** Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastaların hemodiyaliz (HD) tedavisi ile birlikte beklenen yaşam süresi uzamıştır. Bu artan süre ile birlikte amilod depolanması ve sekonder hiperparatiroidizme bağlı olarak spondiloartropati (SpA) gelişebildiği bilinmektedir Bizim bilimize göre HD tedavisi alan hasta grubunda Amor ve ESSG (European Spondyloarthropathy Study Group) kriter setine göre daha önce SpA sıklığı araştırılmamıştır.

**Amaç:** Hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastalarda Amor ve ESSG kriter setleri kullanarak SpA sıklığını ve olası risk faktörlerini araştırmak.

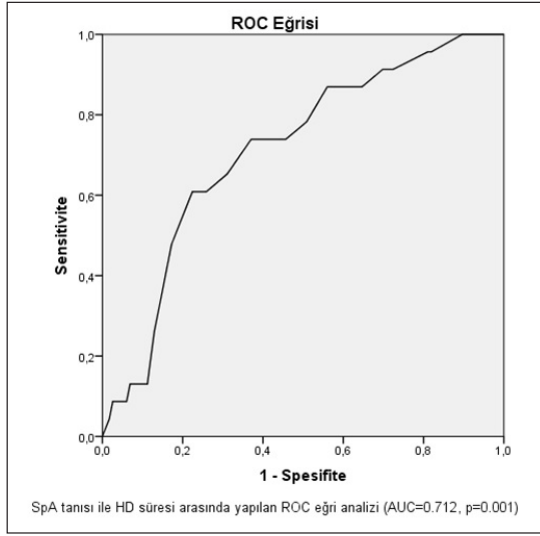
**Materyal ve Metod:** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz programında olan 140 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik bilgileri ve rutin kan tetkikleri kayıt altına alınmıştır. Tüm hastalar SpA ile ilişkili aksiyal enflamatuvar eklem ağrısı (EEA) yönünden araştırılmıştır. EEA olan hastalara sakroiliyak ve bilateral karşılaştırmalı lateral ayak grafisi çekilmiştir. Direkt radyografide şüpheli sakroiliyiti olan hastalarda sakroiliyak bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yaptırılmıştır. Grafiler farklı iki romatolog tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Takiben tüm hastalarda Amor ve ESSG kriter setleri kullanılarak SpA araştırılmıştır.

**Sonuçlar:** Hastaların yaş ortancası 54 (41-62) yıl, 52 tanesi kadın ve ortanca HD süresi 8 (2,5-13,0) yıldır. Hastaların 42 tanesinde SpA ilişkili EEA tespit edildi. Enflamatuvar ağrı en sık lumbosakral bölgede tespit edildi (%73,8). Sakroiliyak ve lateral ayak grafisi 42 hastanın tamamına çekildi, 5 tanesine sakroiliyak BT çekilmesi gerekti. Sakroiliyit 27 (%19,2) hastada (10 hastada evre 1, 10 hastada evre 2 ve 7 hastada evre 3), Epin kalkaneı 15 (%10,7) hastada (12 hastada evre 1, 3 hastada evre 2), aşil tendon entezopatisi 13 (%9,2) hastada (4 hastada evre 1, 9 hastada evre 2) tespit edilmiştir. Amor ve ESSG kriter setlerine göre sırasıyla 23 (%16,4) ve 24 (%17,1) hasta SpA tanısı almıştır. Her iki kriter seti arasında orta düzeyli uyum tespit edilmiştir (Kappa=0,469, p=0,002). İki romatolog arasındaki güvenilirlik testine göre yüksek dereceli korelasyon tespit edilmiştir (Sakroiliyit kararı açısından ICC 'intraclass correlation' (ICC)=0,852, p=0,001, Epin kalkaneı kararı açısından ICC=0,705, p=0,0001). Amor kriter seti açısından SDBY süresi, Nefrolitiaz ve SLE etyolojisinin olması, HD süresi ve serum PTH düzeyleri SpA tanısı alan ve almayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahipti (sırasıyla, p değerleri 0,004, 0,003, 0,024, 0,001, 0,025). ESSG kriter setine göre Nefrolitiaz ve SLE etyolojisinin olması ve HD süresi istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahipti (sırasıyla p değerleri 0,004, 0,028, 0,038). Logistik regresyon analizine göre HD süresi (p=0,015, OR=1,094, CI=1,018-1,176) ve nefrolitiaz etyolojisine sahip olunması (p=0,034, OR=5,908, CI=1,141-30,594) SpA açısından bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur. ROC analizi yapıldığında 10,5 yıldan daha fazla HD'e giren hastalarda %65 sensitivite ve %69 spesifisite ile SpA geliştiği tespit edilmiştir (AUC=0,712, p=0,001, like hood ratio=2,1).

**Tartışma:** HD'e giren hastalarda SpA prevalansı normal sağlıklı popülasyona göre oldukça fazladır. Nefrolitiaz etyolojisine bağlı böbrek yetmezliği olanlarda SpA gelişme riski yaklaşık 5 kat fazla olurken, özellikle 10,5 yıldan daha fazla HD'e girenlerde SpA kriterlerini karşılayan hastalar daha fazla saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Son Dönem böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, spondiloartropati, sakroiliyit





## KONVOLUSYONAL SİNİR AĞLARI KULLANILARAK NORMAL, ROMATOİD ARTRİT VE OSTEOARTRİT'Lİ DİREKT EL GRAFİLERİNİN AYRIMI

**Kemal Üreten<sup>1</sup>, Hasan Erbay<sup>2</sup>, Hadi Hakan Maraş<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği ; Çankaya Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği, MSC

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği ;

<sup>3</sup>Çankaya Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği

**Giriş:** Romatoid artrit ve Osteoartrit el eklemlerinde kendine özgü radyolojik değişikliklere yol açan hastalıklardır. Tedavi ve seyri farklı bu hastalıkların erken tanısı hasta yaşam kalitesini olumlu etkiler. Bu hastalıkların tanı, ayırıcı tanı ve monitorizasyonunda direkt grafiler sıklıkla kullanılır. Direkt grafiler kolay ulaşılabilen, ucuz bir görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada el grafilerinden Romatoid Artrit, Osteoartrit ve Normal ayrımı için Konvolusyonel Sinir Ağları (CNN) kullanılmış, transfer learning ile Alexnet %70, GoogLeNet %73, ResNet-50 %71 doğruluk oranı elde edilmiştir.

**Materiyal ve Metod:** CNN yapay sinir ağlarının kullanıldığı bir makine öğrenmesi uygulamasıdır. CNN ile görüntü üzerine çeşitli filtreler uygulanarak bu hastalıklara özgü yapısal değişiklikler (kemik, yumuşak doku) tespit edilebilir. Transfer learning için önceden eğitilmiş AlexNet, GoogLeNet ve ResNet-50 ağları seçilmiştir.

Bu çalışmada Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji kliniğinde tedavi gören hastaların el radyografilerinden sağ ve sol el ayrılarak 222 Romatoid Artritli el grafisi, 202 Osteoartritli el grafisi, 206 Normal el grafisi kullanılmıştır. CNN yöntemi ve transfer learning uygulanmış, MATLAB® ortamında çalışılmıştır.

**Tartışma:** Makine öğrenmesi yöntemleri ile 2000'li yıllardan bu yana deri lezyonları, meme Ca, beyin tümörleri, diyabetik retinopati tanısı için yapılan başarılı çok sayıda çalışma vardır ve dinamik bir araştırma sahasıdır.

Günümüzde hekimlerin görüntüleme yöntemlerine başvuru sayısı çok fazla, dolayısıyla radyologların iş yükü çok artmıştır. Bu nedenle direkt grafiler pek çok merkezde rapor edilmemektedir, ayrıca direkt grafi alınabilen her merkezde radyolog yoktur. Direkt el grafileri ile daha önce Normal-OA ve Normal-RA ayrımı için yazarlar çalışma yapmıştır. Bu çalışmada Romatoid Artrit, Osteoartrit ve Normal ayrımı yapılmıştır. Böyle bir çalışma için veri sayısı çok olmalıdır. Görüntü kalitesi ve veri sayısı arttıkça CNN başarısı artmaktadır. Veri sayısı sınırlı olduğunda daha önce eğitilmiş modeller kullanılabilir (transfer learning). Bu çalışmada AlexNet, GoogLeNet ve ResNet-50 ile transfer learning uygulanmış, beşer kez çalışılmış, benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tablo-1 Önceden eğitilmiş ağ özellikleri ve doğruluk oranlarını göstermektedir

Bilgisayar destekli tanı (BDT) yöntemleri tıbbi görüntülerin (direkt grafiler, MR, digital patoloji görüntüleri) yorumlanmasında doktorlara yardımcı olan sistemlerdir. Düz el grafilerinin değerlendirilmesinde hekimin deneyimi yanısıra iş yoğunluğu, yorgunluk gibi nedenlerle bazı bulgular gözden kaçabilmektedir, BDT yöntemleri tanıda doktorlara yardımcı olabilir. Ek olarak el grafilerinin değerlendirilmesinde yeterli deneyimi olmayan hekimler bu hastalıkların tedavisinde aktif rol alabilir, RA'lı hastaları erken dönemde uygun hekime yönlendirebilirler.

Üreten K., Erbay H., Maraş H. H., Detection of rheumatoid arthritis from hand radiographs using a convolutional neural network. Clin. Rheumatol. 2019 Mar 8, doi: 10.1007/s10067-019-04487-4.

**Anahtar kelimeler:** Romatoid Artrit, Osteoartrit, Makine öğrenmesi, Konvolusyonel Sinir Ağları, Transfer Learning

**Tablo 1.** Önceden eğitilmiş ağ özellikleri ve doğruluk oranları (OA; Osteoartrit, RA; Romatoid artrit, N; Normal)

					<i>Doğruluk</i>		
	<i>Yıl</i>	<i>Derinlik</i>	<i>Katman sayısı</i>	<i>Ağ yapısı</i>	<i>OA-N %</i>	<i>RA-N %</i>	<i>RA-OA-N %</i>
Alexnet	2012	8	25	Geleneksel sıralı ağ	94	82	70
GoogLeNet	2014	22	144	Inception modulu	94	81	73
ResNet-50	2015	50	177	Network in Network	94	85	71

## ROMATOLOJİK HASTALARDA GÖRÜLEN İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARININ KLİNİK, RADYOLOJİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Hasan Satış<sup>1</sup>, Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji BD

**Giriş:** Romatizmal hastalık ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RHİ-İAH) romatizmal hastalıklarda önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Bu çalışmayla tek merkezli bir kohortta takip edilen RHİ-İAH hastalarının klinik radyolojik ve demografik özellikleri, hastalık alt tiplerine göre kıyaslanması amaçlanmıştır

**Metot:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümünde RHİ-İAH tanısı ile en az altı aydır takip edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların romatolojik tanıları, genel demografik verileri, hastalık ve solunum semptomlarının süresi, radyolojik tutulum tipleri ve solunum fonksiyon testleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir

**Sonuç:** RHİ-İAH ilişkili 189 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %74,6 sı kadın ortalama yaşı 57,81( $\pm$ 13,61) idi. Ortalama solunum fonksiyonlarının süresi, 4,3 yıl ( $\pm$ 3,1), ortalama romatolojik hastalığı süresi ise 6,7 yıldır ( $\pm$ 6,1). Kohortun %20,6 sı sigara içmekteydi En sık karşılaşılan hastalık alt grupları yüzdeleriyle beraber olmak üzere 27,5 skleroderma, %26,5 romatoid artrit and %17 sjögren sendromu bu şekildeydi. Non spesifik usual interstisyel pnömoni (NSIP) en sık karşılaşılan radyolojik tutulum iken(%57), usual interstisyel pnömoni (UIP) en sık ikinci patterndi. Hasta alt gruplarını hepsinde NSIP en sık görülen tutulum şekli olmasına rağmen UIP en sık romatoid artrit hastalarında görülmekteydi. Ortalama 1.saniye zorlu ekspiratuvar kapasite yüzdesi %74,2 iken, zorlu vital kapasite yüzdesi %75,1 idi. Ortalama diffüzyon karbonmonoksit testi yüzdesi %50,4 olarak bulundu. Başlangıç solunum fonksiyon testleri arasında gruplar arasında fark bulunmadı

**Sonuç:** İnterstisyel akciğer hastalığına günlük romatoloji pratiğinde yaygın olarak karşılaşılmaktadır. Sadece skleroderma hastaları değil romatoid artrit ve sjögren hastaları başta olmak üzere diğer romatolojik hastalarında İAH gelişimine yatkınlık açısından dikkatli olmak gerekir

**Anahtar kelimeler:** İnterstisyel Akciğer Hastalıkları, Romatolojik Hastalıkları, Skleroderma, Romatoid artrit, Sjögren sendromu

## KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA DÜŞÜK SEVİYELİ LAZER VE KORTİKOSTEROİD TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Serap Tomruk Sütbeyaz<sup>1</sup>, Nurdan Sedefoğlu<sup>2</sup>, Mehtap Aykaç Çebicçi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C.Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi Ftr Kliniği, Kayseri

<sup>2</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Sorgun Devlet Hastanesi Ftr Bölümü, Yozgat

**Amaç:** Karpal tünel sendromu (KTS), median sinirin karpal kemiklerle fleksör retinakulum arasında sıkışması sonucu meydana gelen ve en sık görülen periferik sinir tuzak nöropatisidir. KTS'de kortikosteroid enjeksiyonu ve düşük seviyeli lazer tedavisinin etkinliğinin ağrı, semptom şiddeti, fonksiyonel durum, elektrofizyolojik ve ultrasonografik parametreler üzerine etkilerini araştırmak amacıyla randomize, tek kör, kontrollü bir çalışma planladık.

**Metod:** KTS tanısı alan 75 olgu (25 enjeksiyon, 25 lazer, 25 kontrol) çalışmaya dahil edildi. Hastalar randomize olarak üç gruba ayrıldı. Enjeksiyon grubundaki hastalara karpal tünel içerisine 40 mg metilprednizolon asetat enjeksiyonu uygulandı. Lazer grubundaki hastalara, karpal tünel bölgesi üzerine üç ayrı noktaya 830 nm dalga boyunda ve 50 mw gücünde, her bir noktaya 5 J/cm<sup>2</sup>, 10 Hz frekansta, %80 görev faktörü ile yaklaşık 6 dakika süreyle iki hafta boyunca haftada beş seans düşük seviyeli lazer tedavisi uygulandı. Kontrol grubu da dahil olmak üzere tüm hastalara tendon ve sinir kaydırma egzersizlerinden oluşan ev programı ve volar destekli nötral pozisyonlu el bileği istirahat splinti verildi. Hastalar tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ve 3. aylarda; el ve parmak kavrama kuvvetleri, vizüel aktivite skoru (VAS) ve hızlı kol-omuz-el disabilite anketi (Quick DASH), elektrofizyolojik çalışmalar ve ultrasonografik ölçümler ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Tüm gruplarda VAS gece, VAS parestezi, Quick DASH skorları ve analjezik kullanımında tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma tespit edildi ( $p<0,05$ ). Quick DASH skorlarındaki azalmanın enjeksiyon ve kontrol grubunda daha belirgin olduğu izlendi ( $p=0,009$ ). 3. ay takiplerinde mDDL (median sinir duyuşal distal latans) düzeylerinde enjeksiyon grubunda, tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanırken ( $p=0,001$ ), mDİH (median sinir duyuşal iletim hızı) ölçümlerinde 3. ay takiplerinde enjeksiyon ve kontrol gruplarında, tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gözlemlendi ( $p=0,002$ ; Tablo 1). Ultrasonografik değerlendirmelerde, karpometakarpal eklemler ve pisiform kemik seviyelerinden ölçülen median sinir kesitsel alanında tüm gruplarda tedavi sonrası 3. ayda tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptandı ( $p<0,05$ ). Bu azalmanın enjeksiyon grubunda daha belirgin olduğu izlendi ( $p=0,043$ ).

**Sonuç:** KTS tedavisinde lokal enjeksiyon, düşük seviyeli lazer, egzersiz tedavisi ve splint uygulamalarının semptom şiddeti ve fonksiyonel durum üzerine etkili olduğunu saptadık ve bu etkilerin 3 ay boyunca devam ettiğini gördük. Kortikosteroid enjeksiyonunun elektrofizyolojik ve ultrasonografik parametreler de göz önüne alındığında, düşük seviyeli lazer ve tek başına uygulanan egzersiz ile splint tedavisine oranla daha üstün olduğunu saptadık.

**Anahtar kelimeler:** Karpal tünel sendromu, kortikosteroid enjeksiyonu, düşük seviyeli lazer, splint, elektromiyografi, ultrasonografi

**Tablo 1.** Grupların 3. ay takiplerinin tedavi öncesine göre elektrofizyolojik değerlendirme parametreleri değerlerindeki değişimlerin karşılaştırması

	<i>Enjeksiyon (n=25)</i>	<i>Lazer (n=25)</i>	<i>Kontrol (n=25)</i>	
	<i>ortalama ± SD</i>	<i>ortalama ± SD</i>	<i>ortalama ± SD</i>	<i>p*</i>
mDDL (ms) Δ KO-TÖ	-0,59 ± 0,84	0,30 ± 1,19	-0,16 ± 0,78	0,011
mDDA (μV) Δ KO-TÖ	2,15 ± 7,30	0,56 ± 10,84	3,16 ± 13,22	0,922
mDİH (m/s) Δ KO-TÖ	4,81 ± 7,34	-0,11 ± 6,17	4,57 ± 6,87	0,047
mMDL (ms) Δ KO-TÖ	-0,25 ± 0,71	0,15 ± 0,56	-0,06 ± 0,43	0,135
mMDA (mV) Δ KO-TÖ	-0,16 ± 4,36	-0,51 ± 3,76	-0,68 ± 2,79	0,627

# ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SERUM PAPP-A DÜZEYLERİ İLE HASTALIK AKTİVİTE PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Murat Torgutalp<sup>1</sup>, Mücteba Enes Yayla<sup>1</sup>, Aşkın Ateş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD

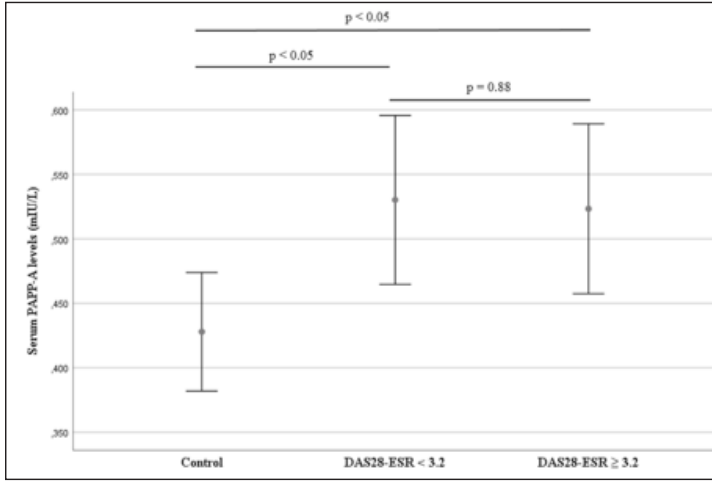
**Amaç:** Romatoid artrit (RA), enflamatuar artrit ile karakterize kronik, sistemik bir hastalıktır. Uygun bir değerlendirme yapılarak hastalık aktivitesinin kontrol edilmesi, RA hastalarında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olan koroner arter hastalığı (KAH) gibi komorbiditeleri önlemek için çok önemlidir. Gebelikle ilişkili plazma proteini-A (Pregnancy-associated plasma protein-A / PAPP-A), KAH hastalarında kardiyovasküler olayları bağımsız olarak öngördüren çinko bağlayıcı bir metaloproteinazdır. Literatürde PAPP-A düzeyinin inflamatuvar hastalıklarda, hastalık aktivitesinin duyarlı bir biyolojik belirleyicisi olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada RA'lı hastalarda serum PAPP-A düzeylerini ve hastalık aktivite parametreleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Toplam 55 RA hastasının klinik (hastalık aktivite skoru-DAS28), laboratuvar (ESR-eritrosit sedimentasyon hızı, CRP-C reaktif Protein) ve ultrason (US7) değerlendirmesi yapıldı. Klinik, laboratuvar ve ultrason ölçümleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi kullanılarak analiz edildi. RA hastaları DAS28-ESR düzeylerine göre iki alt gruba ayrıldı; grup 1 (DAS-28 <3.2-remisyon ve düşük aktivite), grup 2 (DAS28 ≥ 3.2-orta ve yüksek aktivite). Kırk dört sağlıklı kontrolden alınan serum örnekleri es zamanlı olarak çalışıldı.

**Sonuçlar:** RA hastalarının serum PAPP-A düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla  $0.53 \pm 0.17$  mIU / L,  $0.43 \pm 0.15$  mIU / L;  $p = 0.003$ ). Bu gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı benzerdi (Tablo 1). Grup 1 ( $n = 26$ ) ve grup 2'nin ( $n = 29$ ) PAPP-A düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı, sırasıyla  $0.53 \pm 0.16$  ve  $0.52 \pm 0.17$ ,  $p = 0.88$  (Şekil). Serum PAPP-A düzeyleri ve hastalık aktivite parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (Tablo 2).

**Tartışma:** Sonuç olarak, RA'lı hastalarda PAPP-A düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğunu bulduk. Hastalık aktivite parametreleri ile anlamlı bir ilişki bulamadık. RA'da artmış PAPP-A düzeylerinin patofizyolojik yolları halen belirsizliğini korumaktadır. PAPP-A seviyesinin, özellikle birlikte KAH olan RA hastalarında, hastalığın ilerlemesindeki rolünü daha iyi aydınlatmak için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Romatoid artrit, Aktivite, PAPP-A



Şekil 1. Hasta ve kontrol grupları için PAPP-A değerlerinin karşılaştırılması.

Tablo 1. Hasta ve kontrollerin temel demografik özellikleri.

	RA (n=55)	Kontrol (n=44)	P değeri
Yas, yıl	57.8 ± 9.1	54.9 ± 10.1	0.14
Cinsiyet, Kadın n (%)	40 (72.7)	30 (68.2)	0.62
VKI, kg/m <sup>2</sup>	29.7 ± 6.1	27.4 ± 7.4	0.11
PAPP-A, mIU/L	0.53 ± 0.17	0.43 ± 0.15	<b>0.003</b>
PAPP-A: pregnancy-associated plasma protein-A, VKI: vücut kitle indeksi			

Tablo 2. PAPP-A, hastalık aktivite parametreleri ve US7 skoru arasındaki spearman korelasyon katsayıları

		ESR	CRP	DAS28-ESR	DAS28-CRP	US7
PAPP-A	r	-0.062	-0.120	0.045	0.030	0.111
	p	0.652	0.384	0.742	0.828	0.419



## RADYOGRAFİK VE KLİNİK OLARAK TANI KONULAN APİKAL PERİDONTİTİS İLE ANKİLOZAN SPONDİLİT İLİŞKİSİ: KESİTSEL ÇALIŞMA

Ertuğrul Karataş<sup>1</sup>, Ayhan Kul<sup>2</sup>, Ebru Tepecik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti ABD

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

**Giriş ve Amaç:** Apikal periodontitis (AP), kök kanal sisteminin bakteriyel invazyonu sonrası ortaya çıkan apikal periodontiumun inflamasyonudur. AP'de ankilozan spondilit>e (AS) benzer olarak artmış sitokin ve inflamatuvar mediatörlerin seviyeleri gözlenmektedir. Ayrıca AP'nin şiddeti ile CRP seviyesi arasında bir ilişki olduğunda bildirilmiştir. Dolayısıyla AS ve AP'nin patogenezindeki birçok benzerlik, aralarında bir ilişki olduğunu ortaya koyabilir. Bu kesitsel çalışmada AS ile AP arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya romatoloji kliniğince takip edilen AS tanısı almış 50 hasta dahil edildi. Yaşı ve cinsiyeti eşleştirilmiş olan, anamnezinde herhangi bir sistemik inflamatuvar hastalık öyküsü bulunmayan 50 kişi kontrol grubu olarak alındı. AP varlığını teşhis etmek için klinik ve radyolojik olarak tüm hastalar incelendi. Tüm hastalarda AP'li diş sayısı, kök kanal tedavisi görmüş hasta sayısı (RCT) ve RCT + AP'li hasta sayısı değerlendirildi.

**Bulgular:** AS grubunda 1283 diş incelendi ve bunların 37'inde (%2,9) AP tanısı konulurken, kontrol grubunda ise 1305 diş incelendi ve 17 dişte (% 1,3) AP tanısı konuldu. Apli diş prevalansının AS grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. Lojistik regresyon analizi sonucunda AS'nin AP ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu görüldü (odds ratio [OR] = 2.25, P = 0.005). AS grubu ile kontrol grubu arasında RCT'li ve RCT + AP diş sayıları açısından anlamlı bir farklılık bulunamadı (P> 0,05).

**Sonuç:** AS, artmış AP prevalansı ile anlamlı şekilde ilişkilidir. AS'li hastaların AP geliştirmeye daha yatkın olduğu sonucuna varılabilir. Bununla birlikte, AS endodontik tedavinin başarı oranını azaltmaz, çünkü AS ile kontrol grupları arasında RCT + AP'li dişler açısından anlamlı bir fark yoktur.

**Anahtar kelimeler:** Ankilozan spondilit, Apikal periodontitis, ilişki

## SJÖGREN HASTALARINDAKİ TÜKRÜK BEZİ TUTULUMUNUN VE DERECESİNİN PROGNOZ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

**Reyhan Bilici Salman<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş:** Primer Sjögren Sendromu(PSS); lakrimal ve tükrük bezlerinin inflamasyonuna bağlı ağız, göz kuruluğu gibi semptomların ve /veya artrit, nefrit, intestinal akciğer hastalığı, vaskülit, lenfoma gibi ekstaglandüler tutulumların birlikte görülebildiği kronik, otoimmün bir hastalıktır. Anti-SS A/SS B ve lenfositik focus skoru (LFS) 2016 ACR/EULAR sjögren sendromu tanı kriterlerinde mevcut olup tanı için her ikisinden birinin varlığı mutlak gereklidir. ESSDAI (EULAR Sjögren Syndrome Disease Activity Index) ise Sjögren Sendromunda hastalık aktivite indeksi olarak kullanılmaktadır.

**Yöntem:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümünde, 2016 ACR/EULAR kriterlerine göre Primer Sjögren Sendromu tanısı almış olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, hastalık süreleri, antikor pozitifliği, LFS ve ESSDAI değerlendirilmiştir.

Hastalar üç gruba ayrılmıştır. Sicca semptomlarına ek olarak LFS varlığı 1.grup, antikor varlığı 2. grup, her üçünün bir arada olması 3. Grup olarak kategorize edilmiştir. Her bir grubun demografik özellikleri ve ESSDAI skorları karşılaştırılmıştır. Ayrıca tüm gruptaki LFS ile ESSDAI ilişkisine bakılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 137 hastanın 129 (%93.4) kadındı. Yaş ortancası 58 (22-88) ve hastalık süresi ortancası 6 (1-25) yıl idi. LFS ile ESSDAI arasında bir korelasyon görülmedi ( $p = 0.29$ ). Grup 1 ESSDAI ortancası 2 (0-17), grup 2 ESSDAI ortancası 2 (0-11) ve grup 3 ortancası 3.5 (0-29) idi. Gruplar ESSDAI açısından kıyaslandığında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0.08$ ). İkili gruplar olarak kıyaslandığında da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

**Sonuç:** Bizim çalışmamıza göre sjögren sendromunda ESSDAI ile LFS arasında ilişki saptanmamıştır. Antikor ve LFS'nin birarada olması ESSDAI 'yi diğer gruplara kıyasla bir miktar artırsada istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir.

**Anahtar kelimeler:** sjögren, prognoz, tükrük bezi

## PEDİATRİK AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ SAKROİLİİTLERİYLE JUVENİL SPONDİLOARTROPATİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Semanur Özdel<sup>1</sup>, Esra Bağlan<sup>1</sup>, Mehmet Bülbül<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği

**Giriş:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tekrarlayan karın ağrısı, ateş, artrit ve göğüs ağrısı atakları yapar. AAA artritli sıklıkla geçici, tekrarlayan, daha çok alt ekstremiteleri tutan akut monoartrit şeklindedir. Daha nadir olarak %5 oranında sakroiliiti de içeren kronik artrit yapabilir. AAA'da görülen sakroiliit AAA'ya bağlı bir kas-iskelet sistemi tutulumu mu yoksa spondiloartropati ile AAA'nın birlikteliği mi bunun ayrımı oldukça zordur. Erişkinlerde bu konuyla ilgili çalışmalar mevcutken çocuklarda bununla ilgili veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada pediatrik AAA ve sakroiliiti olan hastalarla sakroiliiti olan juvenil spondiloartropati (JSpA) hastalarını karşılaştırmayı amaçladık.

**Materyal-Metod:** 2017 ile 2019 yılları arasında Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk romatoloji polikliniğinde takipli olan 18 pediatrik AAA ve sakroiliitli hasta ile 38 JSpA hastasının dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Çalışmaya inflamatuvar bel ağrısı olup sakroiliak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sakroiliit saptanan hastalar alındı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** AAA'lı hastalarda sakroiliit tanı yaşı ortalama 12,1 iken JSpA'lı hastalarda 13,1 bulundu. Her iki grupta ortalama yaş ve hastalık başlangıç yaşı arasında fark yoktu. Bütün AAA'lı hastalar sakroiliit saptandığında uygun dozda ve düzenli kolşisin tedavisi almaktaydı. AAA'lı hastaların 14'ünde M694V homozigot, 4'ünde M694V/M680I varken 2'sinde ise M694V/E148Q vardı. Juvenil SpA tanısı alan hastaların hiçbirine sonradan AAA tanısı konmadı. Hiçbir JSpA hastasında AAA'yı düşündürecek klinik yakınma yoktu. JSpA grubunda 14 hastaya MEFV mutasyonu bakılmıştı. 9 tanesinde mutasyon negatif, 4'ünde heterozigot mutasyon, 1'inde ise birleşik heterozigot mutasyon saptanmıştı. Her iki grupta tanı anında ve son vizitte bakılan laboratuvar değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yine her iki grupta HLA-B27 pozitifliği, ailede ankilozan spondilit öyküsü, başvuru yakınması, artrit ve entezit görülmesi karşılaştırıldığında iki grupta anlamlı fark saptanmamıştır. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tartışma:** AAA'lı hastalara sakroiliit eşlik edebileceği bilinmektedir. Bu hastalarda inflamatuvar bel ağrısı ve kalça ağrısı görülmektedir. Bizim çalışmamızda her iki grupta da yakınma başlama yaşı ve tanı yaşı ortalama benzer olarak bulunmuştu. AAA'ya bağlı sakroiliitte inflamatuvar markerların JSpA'ya göre daha yüksek olarak bulunduğu çalışmalar mevcuttur. Fakat bizim çalışmamızda inflamatuvar markerlar her iki grupta da benzer olarak bulundu. Ayrıca tüm sakroiliit gelişen AAA hastalarımız uygun ve yeterli dozda kolşisin tedavisi almaktaydı. Sık atak geçiren, kolşisin dirençli denen hastalık grubunda değildi. Bu hastalara izlemde bel ağrısı olması nedeniyle sakroiliak MRG çekilmişti. Her iki grupta verilen tedavi ve tedaviye yanıt arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bütün bu bulgularla AAA'da görülen sakroiliit acaba AAA'ya bağlı bir kronik artrit değil de JSpA ile AAA'nın birlikte görülmesi mi acaba diye tekrar sorgulanması ve bununla ilgili daha geniş ve prospektif çalışma yapma gerekliliğini göstermiştir.

**Anahtar kelimeler:** Ateş, sakroiliit, artrit

## AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANILI ÇOCUKLARDA EŞLİK EDEN HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Mehmet Yıldız<sup>1</sup>, Amra Adroviç<sup>1</sup>, Emre Taşdemir<sup>2</sup>, Khanim Baba-zada<sup>2</sup>, Muhammed Aydın<sup>2</sup>, Oya Koker<sup>1</sup>, Sezgin Şahin<sup>1</sup>, Kenan Barut<sup>1</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatolojisi*

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

**Giriş:** Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), çocukluk çağında en sık görülen periyodik ateş sendromudur. Ateş atakları, 6-72 saat arasında süren karın ağrısı, serozit ve erizipel benzeri döküntü ile karakterizedir. Otozomal resesif geçiş ile kalıtıldığı için, akraba evliliği yüksek olan toplumlarda daha sık görülmektedir. Hayat boyu süren, kronik bir hastalık olduğu için, hastalığın seyrinin anlaşılması, koruyucu hekimlik açısından büyük önem taşımaktadır. Çocukluk çağında FMF hastalığına eşlik eden hastalıkların değerlendirildiği kısıtlı sayıda çalışma vardır.

**Amaç:** Çalışmamızın amacı, büyük bir çocukluk çağı FMF>li hasta grubunda eşlik eden hastalıkların değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Ekim 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında çocuk romatoloji polikliniğimize başvuran FMF tanılı 686 hasta, aynı hekim tarafından değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri ve MEVF gen analizi sonuçları hasta dosyalarından alındı. Hastalara ve/veya ebeveynlerine hastalık ataklarının karakteri ve süresi, atak esnasında artralji, artrit, karın ağrısı ve göğüs ağrısının olup olmadığı ve hastaların hekim tarafından tanılandırılmış başka bir hastalığının olup olmadığı soruldu ve edinilen bilgiler çalışma formlarına kaydedildi.

**Sonuçlar:** Hastalarımızın 317 (%46,2)'si kadındı. Hasta grubunun yaş ortalaması  $12,8 \pm 7,4$  yıl idi. Ortalama hastalık yaşı ve tanı yaşı sırası ile  $4,38 \pm 3,46$  yıl ve  $6,55 \pm 3,67$  yıl idi. Hastaların %62,5'inde FMF aile öyküsü mevcuttu ve akraba evliliği oranı %29,8 idi. Hastalarda saptanan en sık MEVF mutasyonları sırası ile; M694V heterozigot (%19,9), M694V homozigot (%18,5), R202Q heterozigot (%14,1), R202Q homozigot (%5,7) ve V726A homozigot (%5,3) idi. Hastaların %6,2'sinde kolşisin tedavisine direnç vardı. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastalarda saptanan eşlik eden hastalıklar Tablo 2'de özetlenmiştir.

**Tartışma:** Çalışmamızda, geniş bir çocukluk çağı FMF hasta grubunda artmış juvenil idiyopatik artrit, astım/reaktif havayolu hastalığı, Henoch-Schönlein purpurası, üveit, inflamatuvar barsak hastalığı, üveit, PFAPA sendromu ve akut romatizmal ateş sıklığı bildirmektediriz. Bulgularımız literatürdeki sınırlı veri ile uyumlu görülmektedir. FMF tanılı çocukların takiplerinin düzenli yapılması ve bu hastalıklar açısından dikkatli izlenmeleri oluşabilecek morbidite ve mortalitelerin engellemesi açısından önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, FMF, Familial Mediterranean Fever

	n(%)
Jüvenil İdiyopatik Artrit	40(5,8)
• Sistemik	4 (0,5)
• Oligoartikuler	17(2,4)
• Poliartikuler	5(0,7)
• Entezit İlişkili Artrit	1(0,1)
• Jüvenil İdiyopatik Artrit	13(1,8)
Astım/ Reaktif Havayolu Hastalığı	26(3,7)
Henoch Schönlein Purpurası	18(2,6)
Üveit	10(1,4)
İnflamatuvar Barsak Hastalığı	9(1,3)
Periyodik ateş, aftöz stomatit, faranjit, servikal adenit (PFAPA)	7(1)
Akut Romatizmal Ateş	7(1)
Migren	7(1)
Alerjik Rinit	6(0,8)
Hipotiroidi	4(0,5)
Glomerülonefrit	4(0,5)
Skolyoz	4(0,5)
Hipertansiyon	4(0,5)
Sistemik Lupus Eritromatozus	3(0,4)
Epilepsi	3(0,4)
Gastroözefageal Reflü	3(0,4)
Egzema	3(0,4)
Amiloidoz	2(0,29)
Erken Ergenlik	2(0,29)
Tip 2 Diyabet	2(0,29)
Poliarteritis Nodosa	2(0,29)
Lenfoma	2(0,29)
Febril Konvülsiyon	2(0,29)
Atopik Dermatit	2(0,29)
İnek Sütü Alerjisi	2(0,29)
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	2(0,29)

**Tablo 1.** Hastaların Demografik Özellikleri

	<i>n: 686 (%) ortalama +/- SD</i>
Kadın	317 (46,2)
Yaş (Yıl)	12,8 +- 7,4
Hastalık Başlangıç Yaşı	4,38 +- 3,46
Tanı Yaşı	6,55 +- 3,67
Akraba Evliliği	205 (29,8)
Kolşisin Direnci	43(6,2)
Apendektomi Öyküsü	9(1,3)
Tonsillektomi Öyküsü	11(1,6)

## SERTOLİZUMAB PEGOL'UN İLAÇTA KALIMINI VE TEDAVİ YANITINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: HÜR-BİO GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

**Emre Bilgin<sup>1</sup>**, Bayram Farisoğulları<sup>1</sup>, Gözde Kübra Yardımcı<sup>1</sup>, Ertuğrul Çağrı Bölek<sup>1</sup>, Alper Sarı<sup>1</sup>, Berkan Armağan<sup>1</sup>, Esra Bilgin<sup>2</sup>, Levent Kılıç<sup>1</sup>, Ali Akdoğan<sup>1</sup>, Ömer Karadağ<sup>1</sup>, Şule Apraş Bilgen<sup>1</sup>, Ali İhsan Ertenli<sup>1</sup>, Sedat Kiraz<sup>1</sup>, Umut Kalyoncu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

**Amaç:** Sertolizumab pegol'ün gerçek yaşamda ilaçta kalım oranının saptanması, ilaçta kalımı etkileyen faktörlerin tespit edilmesi

**Metot:** HÜR-BİO veritabanına kayıtlı, en az bir doz sertolizumab pegol almış olan hastalar çalışmaya dahil edildi. İlaçta kalım oranları Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak hesaplandı. İlaçta kalımı ve ilk vizitteki BASDAI50 yanıtını predikte eden faktörler sırasıyla Cox ve lojistik regresyon analizi kullanılarak saptandı. Ayrıca ilaç değişim ve kesilme nedenleri kaydedildi.

**Sonuçlar:** Toplam 325 hasta ( AS %76, kadın %55) çalışmaya dahil edildi. Sertolizumab tedavisi altında medyan takip 13 (4,7-22,7) ay idi. Birinci yılda ilaçta kalım oranı %72.5 olarak saptandı. İlaçta kalımı kötüleştiren faktörler şu şekilde sıralandı: Sigara kullanımı veya öyküsü [HR 1.11 (0.70 – 1.76), p=0.65], yüksek bazal CRP düzeyi [HR 0.72 (0.45 – 1.16), p=0.18], biyolojik-naif [HR 0.81 (0.49 – 1.32), p=0.39] ve ilk vizitte iyi BASDAI50 yanıtı [HR 0.54 (0.30 – 0.96), p=0.04]. Sertolizumab başlangıcından ilk vizite kadar geçen medyan süre 3 (3-6) ay olarak hesaplandı. Kötü BASDAI50 yanıtını ön gören faktörler şu şekilde sıralandı: Nr-axSpa varlığı [RR 2.12 (1.01 – 4.51), p=0.05], kadın cinsiyet [RR 2.14 (1.20 – 3.82), p=0.01] ve biyolojik-naif olmamak [RR 3.52 (1.95 – 6.33), p<0.001]. Biyolojik öyküsü olan gruptan ilaç değişimi anlamlı olarak daha sık saptandı (p=0.021, log-rank). İlaç değişiminin en sık nedenleri primer etkisizlik ve ilaç yan etkileri idi. Her iki grupta en sık yan etki alerjik reaksiyonlar olarak saptandı.

**Tartışma:** Bu çalışmada, ilk vizitte iyi BASDAI50 yanıtı sertolizumab pegol ilaçta kalımını en kuvvetli predikte edecek faktör olarak saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** sertolizumab pegol, ilaçta kalım, BASDAI50

## NON RADYOLOJİK AKSİYAL SPA'NIN AS'YE İLERLEMESİNDE ABO KAN GRUBU DAĞILIMININ RİSK FAKTÖRÜ OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

**Hasan Göğebakan<sup>1</sup>, Fatih Yıldız<sup>1</sup>, Nurten Seringeç Akkeçeci<sup>2</sup>, Gözde Yıldırım Çetin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları ABD/Romatoloji BD

<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Fizyoloji ABD

**Amaç:** ABO kan grubu dağılımı çeşitli hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Non-radyografik aksiyal spondiloartrit (nr-axSpA) Ankilozan spondilitin (AS) erken dönemi olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, ABO kan grubu dağılımını her iki hastalık grubunda inceleyerek, nr-axSpA'nın AS'ye ilerlemesinde ABO kan grubu dağılımının risk faktörü olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğini araştırmak amacıyla planlandı.

**Metod:** Çalışmaya kan grupları bilinen 2009 yılında yayınlanan Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) kriterlerine göre axSpA tanısı konmuş (modifiye New York (mNY) kriterlerini karşılayan 108 AS, ASAS axSpA sınıflama kriterlerini karşılayan 100 nr-axSpA'lı hasta) 208 hasta ve 500 sağlıklı kontrol dahil edildi.

**Bulgular:** AxSpA'lı (AS ve nr-axSpA) hastalar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında fark vardı ( $p < 0.05$ ). AS'li hastaların hastalık süresi daha uzun, HLA-B27 pozitiflik oranı, BASDAI ve BASFI skorları, CRP ve ESH değerleri nr-axSpA'lı hastalara göre daha yüksekti ( $p < 0,05$ ). AS'li hastaların ABO kan grubu dağılımı A (50.0%), B (14.8%), AB (8.3%) ve O (26.9%), nr-axSpA'lı hastaların ise A (44.0%), B (20.0%), AB (2.0%) ve O (34.0%) idi. AS'li hastalarda A kan grubu nr-axSpA'lı hastalara göre daha sık gözlenmesine rağmen, gruplar arasında ABO kan grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $P > 0.05$ ). Kontrol grubunun ABO kan grubu dağılımı A (42.0%), B (16.0%), AB (8.0%) ve O (34.0%) idi. AS'li ve nr-axSpA'lı hastalarda A kan grubu kontrol grubuna göre daha sık gözlenmesine rağmen, gruplar arasında ABO kan grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $P > 0.05$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak, çalışmamız ABO kan grubu dağılımının nr-axSpA'nın AS'ye progresyonunda yeni bir risk faktörü olmadığını düşündürmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aksiyal spondiloartrit, ABO kan grubu, ankilozan spondilit

## PRİMER SJÖGREN SENDROMUNDA UYKU DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ

**Koray Ayar<sup>1</sup>, Burcu Metin Ökmen<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bölümü

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon ABD

**Amaç:** Primer Sjögren sendromu (PSS) uyku kalitesinin düşük olduğu hastalıklar içerisinde. Literatürde PSS'de hastalık aktivitesi ile uyku kalitesinin ilişkisine yönelik yeterli veri yoktur. Bu çalışmada PSS tanısı konmuş olan katılımcılarda uyku kalitesi düşük olanların sıklığının araştırılması ve uyku kalitesi düşük olan ve olmayan katılımcıları gruplandırarak hastalık aktivitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya PSS tanısı konmuş 48 (46 kadın 2 erkek) katılımcı dahil edildi. Sjögren sendromu hastalık aktivitesi; hastaların kendi kendine tanımladıkları kuruluk (ESSPRI 1), yorgunluk (ESSPRI 2), eklem ağrısı (ESSPRI 3) bulgularının ortalamaları alınarak hesaplanan ESSPRI (Sjögren sendromu hasta rapor endeksi) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ile değerlendirildi. Uyku kalitesi; Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKİ) ile değerlendirildi. Katılımcılar, uyku kalitesi zayıf olanlar (PUKİ > 5) ve iyi olanlar ( $5 \geq$  PUKİ) olacak şekilde gruplandırıldı ve hastalık aktiviteleri gruplar arasında karşılaştırıldı.

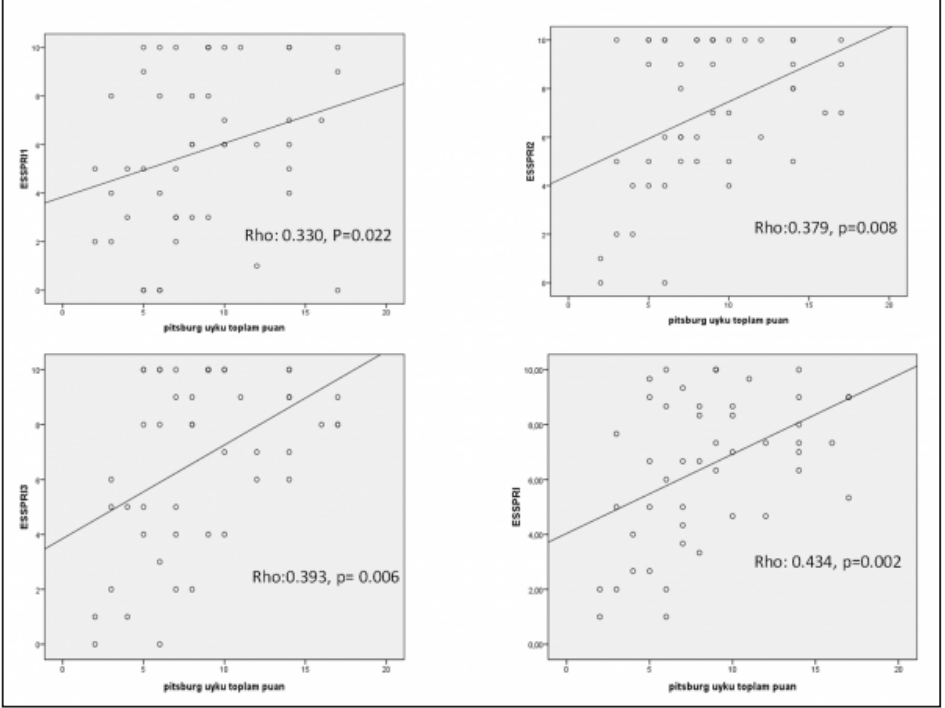
**Bulgular:** Katılımcıların ortanca yaşı 53.0 (29-76), kadın katılımcıların sıklığı %95.8 bulundu. Otoantikör tetkiklerinde; 1/320 titrede ANA pozitifliği %77.1, SSA ve SSB pozitifliği sırasıyla %56.2 ve %31.2 ve RF >20 IU/mL sıklığı %35.4 bulundu. Otuz altı katılımcıda  $5 \geq$  PUKİ (%75.0) bulundu. Uyku kalitesi iyi ve zayıf olanların demografik verilerinin ve hastalık aktivitelerinin (ESSPRI 1, ESSPRI 2, ESSPRI 3, ESSPRI, ESR) karşılaştırması tablo-1'de görülmektedir. Sjögren sendromunda hastalık aktivasyonunun değerlendirildiği ESSPRI, ESSPRI 1, ESSPRI 2, ESSPRI 3 değerlerinin PUKİ ile korelasyonlarına bakıldığında tüm ESSPRI değerlerinin PUKİ ile anlamlı düzeyde korele olduğu görüldü (şekil-1).

**Tartışma ve Sonuç:** Sınırlı sayıdaki çalışma verilerine göre PSS'de uyku kalitesi zayıf olanların sıklığı %85'lere varmaktadır. Çalışmamızda PSS hastalarında uyku kalitesi zayıf olanların sıklığını %75.0 bulduk ve uyku kalitesi zayıf olanlarda hastaların kendi kendine tanımladığı hastalık aktivitesinin daha yüksek ancak ESR değerlerinin farklı olmadığını bulduk. Primer Sjögren sendromunda uyku kalitesi zayıf olanlar siktir ve uyku kalitesi düşük olanlarda hastaların kendi kendine tanımladığı yorgunluk ve eklem ağrısı daha fazladır. Primer Sjögren sendromunda uyku kalitesinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olup olmadığının tespit edilmesi için ESSDAİ gibi klinisyenin muayene bulgularını, laboratuvar verilerini, radyolojik bulguları da içine alan daha kapsamlı aktivite ölçümleri ile yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Primer Sjögren Sendromu, Uyku durumu, Hastalık aktivitesi

**Resim Açıklaması:** Şekil-1:Sjögren sendromunda hastalık aktivitesinin değerlendirildiği ESSPRI, ESSPRI 1, ESSPRI 2, ESSPRI 3 değerlerinin PUKİ ile korelasyonları





**Tablo 1.** Uyku kalitesi iyi ve bozuk olanların demografik verilerinin ve hastalık aktivitelerinin karşılaştırılması

	<i>Uyku kalitesi iyi 5 ≥ PUKİ (n=12)</i>	<i>Uyku kalitesi zayıf PUKİ &gt; 5 (n=36)</i>	<i>P</i>
Yaş, ay	39.50 (29-64)	58.00 (34-76)	0.003
Kadın, n (%)	12 (100)	34 (94.4)	0.404
Hastalık süresi, ay	41.50 (0-96)	15.0 (0-240)	0.107
ESSPRI (Sjögren sendromu hasta rapor endeksi)	4.78±2.90	7.11±2.36	0.007
ESSPRI 1 (kuruluk)	4.50 (0-10)	6.00 (0-10)	0.088
ESSPRI 2 (yorgunluk)	4.50 (0-10)	8.00 (0-10)	0.030
ESSPRI 3 (ağrı)	5.00 (0-10)	8.00 (0-10)	0.019
Eritrosit sedimentasyon hızı, mm/saat	38.83 ± 21.11	40.05 ± 21.61	0.817
PUKİ: Pittsburgh uyku kalite Endeksi			

## TAKAYASU ARTERİTİNDE VASKÜLİT HASAR İNDEKSİ(VDI) VE TAKAYASU ARTERİTİ HASAR SKORU(TADS) İLE HASAR DEĞERLENDİRMESİ

**Sema Kaymaz Tahra<sup>1</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

**Giriş:** Takayasu arteriti hastalarında artmış morbidite ve mortalite yükü nedeniyle hasarın değerlendirilmesi önem teşkil etmektedir. Hasar hastalığın kendisi ile ilişkili olabileceği gibi tedavi ilişkili de olabilmektedir. Bu çalışmada Takayasu arteriti tanılı hastalarda VDI ve TADS skorları kullanılarak hasarın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Takayasu arteriti ACR 1990 tanı kriterlerini karşılayan ve 6 ayın üzerinde takip süresi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. TADS ve VDI skorları bazal ziyaret ve son ziyarette değerlendirildi. Başlangıç ve son ziyaret hasar skorları ve TADS ve VDI skorlarının hasar parametreleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Toplam 114 hasta (101/13) çalışmaya dahil edildi. Ortalama tanı yaşı, tanı gecikmesi ve izlem süresi sırasıyla  $35.3 \pm 13.3$  (yıl),  $12(0-360)$  (ay),  $76.9 \pm 51.4$  (ay) idi. Bazal ziyarette mean VDI  $3.9 \pm 1.6$ , mean TADS  $6.7 \pm 2.9$  iken izlem sonunda VDI  $5.1 \pm 2.5$  ve TADS  $7.9 \pm 3.5$  saptandı. Son ziyarette en az bir hastalık ilişkili parametre hem TADS hem VDI skorlamasında tüm hastalarda mevcuttu. Ancak  $\geq 1$  tedavi ilişkili hasar parametresi VDI skorlamasında hastaların  $69\%$ ’unda ( $\%66$ ), TADS skorlamasında hastaların  $46\%$ ’ında ( $\%40.7$ ) izlendi. Hastaların ortalama hastalık ilişkili hasar parametre sayısı TADS’da VDI’den daha yüksek (8 parametre vs 4 parametre) bulundu. Median tedavi ilişkili hasar parametresi VDI da 1 (0-6) TADS’da 0 (0-3) saptandı.

Relaps olan ve olmayan hastalar arasında TADS ve VDI skorunda anlamlı fark yoktu. VDI ve kümülatif steroid dozu arasında ( $p=0.002$ ,  $r=0.32$ ) ve VDI hastalık süresi arasında ( $p=0.001$ ,  $r=0.29$ ) zayıf bir korelasyon izlendi. TADS da hastalık süresi ile zayıf olarak korele iken ( $p=0.04$   $r=0.19$ ), kümülatif steroid dozu ile anlamlı korelasyon yoktu.

**Sonuç:** Takayasu arteritinde hasarın değerlendirilmesi izlemin bir parçası olmalıdır. Bu amaçla kullanılan hasar skorlarından olan TADS’da vasküler girişim, nabız kaybı, üfürüm gibi vasküler hasar parametreleri daha detaylı yer alırken, çoğunlukla steroid tedavisi ilişkili olarak karşımıza çıkan osteoporoz, katarakt, sekonder diyabet, avasküler nekroz gibi parametreler yalnızca VDI’de yer almaktadır. Yani VDI tedavi ilişkili hasarı daha iyi gösterirken TADS hastalık ilişkili hasar ile ilgili daha detaylı bilgi sağlamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Takayasu arteriti, hasar, VDI, TADS

Tablo 1. VDI ve TADS skorlama sistemlerindeki parametrelerin karşılaştırılması ve bu parametrelere dağılan hasta sayısı

Kategori	VDI n (%)	TADS n (%)
<b>Kas-iskelet</b>	23 (20)	-
Osteoporoz	15 (13,6)	
<b>A</b> sküler nekroz	6 (5,4)	
<b>Cilt</b>	14 (12,5)	-
<b>Oküler</b>	37 (33,3)	8 (7,1)
Katarakt	11 (9,9)	-
Retinal değişiklik	19 (17,1)	-
<b>Vizüel</b> bozulma/ <b>diplopi</b>	14 (12,6)	8 (7,1)
<b>KBB</b>	1 (0,8)	-
<b>Pulmoner</b>	20 (18)	16 (14,2)
<b>Kardiyovasküler</b>	79 (71,2)	114 (100)
Üfürüm	-	92 (81,4)
Nabız kaybı	---	79 (69,9)
Kapak hastalığı	44 (39,6)	-
<b>İskemik</b> kardiyak ağrı	-	18 (15,9)
<b>Miyokard</b> infarktüsü	8 (7,2)	-
<b>Aortik</b> yetersizlik	---	27 (23,9)
<b>Diastolic</b> KB > 95mmHg	46 (40,7)	---
<b>Periferik vasküler</b> hastalık	110 (99,1)	---
Bir <b>ekstremitede</b> nabız kaybı	78 (70,3)	---
3 aydan fazla süreli <b>klodikasyon</b>	89 (80,2)	---
<b>Major</b> /minör doku kaybı	1 (0,9)	-
<b>Venöz</b> tromboz	1 (0,9)	-
<b>Gastrointestinal</b>	3 (2,7)	-
<b>Renal</b>	4 (3,6)	47 (41,6)
<b>Diastolic</b> KB > 95mmHg	---	46 (40,7)
<b>Nöropsikiyatrik</b>	18 (16,2)	14 (12,4)
<b>Vasküler</b> girişim	---	45 (39,6)
<b>Diğer</b>	13 (11,7)	14 (12,4)
<b>Malignite</b>	2 (1,8)	2 (1,8)
<b>İnfertilite</b>	1 (0,9)	1 (0,9)
Diyabet	8 (8,1)	-

'/' bu parametre mevcut skorlama sisteminde yer almamaktadır

'---' bu parametre mevcut skorlama sisteminde başka bir kategoride değerlendirilmektedir.

## GUT İNTERNET ARAMALARINDA SEZONSAL DEĞİŞİM

Sinan Kardeş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji A.b.d. İstanbul Tıp Fakültesi

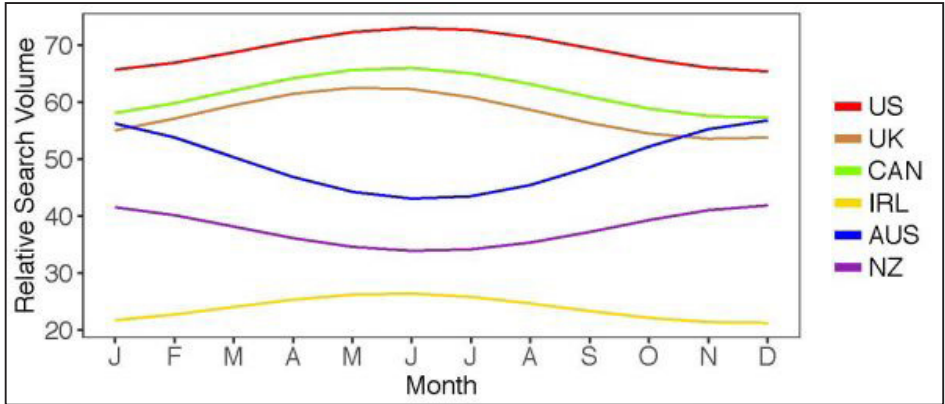
**Amaç:** Gutun sezonsallığını inceleyen bazı çalışmalar yayınlanmasına rağmen internet verileri kullanarak gutun sezonsallığı incelenmemiştir. İnternet verileri sağlık sorunlarında son yıllarda artan bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Google Trends verilerini kullanarak internet gut aramalarında sezonsal bir değişiklik olup olmadığını test etmektir.

**Metot:** Bu gözlemsel ekolojik çalışmada, Google Trends gut için Amerika, İngiltere, Kanada, İrlanda, Avustralya, ve Yeni Zelanda'da Ocak 2004'ten Aralık 2017'ye kadar arandı. Sezonsallık R programında sezon paketi kullanılarak test edildi.

**Bulgular:** Kosinor analizleri, Amerika, İngiltere, Kanada, İrlanda, Avustralya, ve Yeni Zelanda'da, gut internet aramalarında geç ilkbahar/erken yaz aylarda zirve ve geç sonbahar/erken kış aylarda dip yapan istatistiksel olarak anlamlı bir sezonsal değişim olduğunu ortaya koydu (tüm ülkeler için  $p < 0.001$ ). Geç ilkbahar/erken yaz aylardaki zirve ve geç sonbahar/erken kış aylardaki dip kuzey ve güney yarım küre ülkelerinde yaklaşık 6 ay faz dışıydı.

**Sonuç:** İnternet arama sorgusu verileri gut internet aramalarında geç ilkbahar/erken yaz aylarda zirve ve geç sonbahar/erken kış aylarda dip yapan bir sezonsal değişim olduğunu gösterdi.

**Anahtar kelimeler:** Gut, Sezon, Sezonsallık



Resim 1. Kosinor modellerin plotları

## TEDAVİYE DİRENÇLİ ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI STILL HASTALIĞI'NDA TOCILİZUMAB İLE TEDAVİ: TEK MERKEZ SONUÇLARI

Seher Kır<sup>1</sup>, Metin Özgen<sup>2</sup>, Sezgin Zontul<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

<sup>3</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Romatoloji BD

**Amaç:** Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı (ESBH) sebebi bilinmeyen, aralıklı ateş, cilt döküntüsü, artirit ya da artralji ve boğaz ağrısı gibi klinik belirtileri olan bir sendromdur. Kanda lökosit sayısında artma, CRP, ferritin ve sedimentasyon gibi inflamatuvar göstergelerde yükselme, hepatik disfonksiyon ve çoklu sistem tutulumu klinik bulgulara eşlik eder. ESBH'nin görülme sıklığı az olduğu için tedavisi konusunda yapılmış randomize kontrollü bir çalışma yoktur. Kortikosteroidler tedavinin ana basamağı olup yetersiz kaldıklarında ya da doz azaltımı yapılmak istendiğinde immünsüpresan tedavilere gerek duyulmaktadır. Bu tedavilerin de yetersiz kaldığı dirençli vakalar da karşımıza çıkmaktadır. ESBH'de IL-6 ve diğer pro-inflamatuvar sitokinlerin artışı gösterilmiştir. Bu nedenle IL-6 antagonisti bir monoklonal antikor olan tocilizumab tedavisi hastalarda denenmiştir ve bildirilen başarılı sonuçlar vardır. Tocilizumab ile tedavi yanıtını bildiren yayınların büyük bir kısmı vaka sunumu ya da çok sayıda farklı biyolojik ajan kullanımını içeren genel biyolojik ajan tedavileri şeklindedir. Amacımız tedaviye dirençli ESBH tanısı ile tocilizumab tedavisi verilen hastalarda tedavi yanıtını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji bölümü tarafından son 5 yıl içinde tedaviye dirençli ESBH tanısı ile takip edilen ve en az 3 ay süre ile tocilizumab ile tedavi edilen hastalar dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri geriye dönük olarak hastane sisteminden incelendi.

**Bulgular:** ESBH tanılı 33 hasta içerisinde tocilizumab ile tedavi edilen 13 hasta (9 K/4 E) çalışmaya dahil edildi. Tocilizumab tedavisi hastalara her 4 haftada bir 4-8 mg/kg dozunda verildi. Hastaların yaş ortalaması 37.5 (17-79), merkezimizde toplam takip süresi ortalama 21,5 ay (4-57), tocilizumab tedavisine kadar geçen süre ortalama 3,6 ay (1-9), tocilizumab tedavisi altındaki süre ortalama 14,4 ay (4-36) olarak bulundu (Tablo 1). Hastaların tocilizumab tedavisi öncesi semptom ve bulguları Tablo 2'de, tedavi öncesi ve 4-6 ay sonrası laboratuvar değerleri Tablo 3'de verilmiştir. Tedavi öncesi ve sonrasında Wilcoxon testi ile yapılan analizde sedimentasyon hızı, lökosit sayısı, CRP ve ferritin değerlerinde anlamlı düşme saptandı. Hastaların klinik şikayetleri belirgin olarak düzeldi.

**Sonuç:** ESBH tanılı hastalarda tocilizumab ile tedaviyi değerlendiren 3 vaka serisi ve 3 gözlemsel çalışma şeklinde toplamda 6 çalışma olup bu çalışmalarda hasta sayıları 15 ve altındadır. Bildirilen ortak sonuç tocilizumab ile tedavinin etkin olduğu yönündedir. Çalışmamızda da tedaviye dirençli ESBH tanısı ile takip edilen hastalarda tocilizumab tedavisi kısa sürede tedavi yanıtı sağlayan etkin bir tedavi seçeneği olarak bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı, tocilizumab, tedavi direnci

**Tablo 1.** Hastaların takip süreleri.

	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Toplam takip süresi (ay)	21,5±15,6	4	57
Tocilizumab öncesi takip süresi (ay)	3,6±2,7	1	9
Tocilizumab tedavisi altında takip süresi (ay)	14,4±10,5	4	36

SD: Standart deviasyon.

**Tablo 2.** Hastaların ilk başvuru sırasındaki semptom ve bulguları.

	Sayı	%
Ateş	11	84,6
Döküntü	11	84,6
Miyalji	11	84,6
Bogaz ağrısı	9	69,2
Artrit	6	46,2
Serozit	2	15,4
Hepatomegali; Splenomegali	2	15,4

**Tablo 3.** Hastaların tocilizumab tedavisi sonrasındaki laboratuvar değerleri.

	Tedavi öncesi Medyan (IQR)	Tedavi sonrası Medyan (IQR)	P
Lökosit sayısı (mm <sup>3</sup> )	10,680 (6,790)	7,780 (4,390)	<b>0,011</b>
CRP (mg/dl)	3,61 (6,24)	0,19 (1,62)	<b>0,028</b>
ESH (mm/saat)	73 (53,5)	8 (12)	<b>0,001</b>
Ferritin (ng/ml)	1535 (1597)	116 (240)	<b>0,012</b>

CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, IQR: Interquartile range.

## BEHÇET SENDROMUNDA ORGAN TUTULUMUNA GÖRE KLİNİK ÖZELLİKLER VE SAĞLIK İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ

**Nuh Ataş<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş:** Behçet sendromu (BS), kronik, multisistemik bir vaskülit olup, oral aft ve çoklu organ tutulumu ile karakterizedir. Tutulan organ'a göre tedavi yaklaşımında, morbidite ve mortalitede farklılıklar gözlenmektedir. Aynı zamanda hastalardaki sağlık ilişkili yaşam kalitesi farklılık göstermektedir. Bu çalışmada BS'li hastalarda organ tutulumuna göre klinik özellikleri ve yaşam kalitesini araştırmayı amaçladık.

**Materyal ve Metod:** Çalışmaya 97 BS'li hasta dahil edildi. BS tanısı International Study Group (ISG) kriterlerine göre konuldu. Hastaların demografik özellikleri, tanı yaşı, tanıda gecikme süresi ve aldıkları tedavi belirlendi. Hastalar dominant organ tutulumuna göre, mukokütanöz-artiküler, oküler, vasküler ve nörolojik olarak dört gruba ayrıldı. Dominant tutulum, hastanın yaşamını en fazla etkileyen ve tedaviyi en fazla belirleyen tutulum şekli olarak tanımlandı. Hastalardaki yaşam kalitesi, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile belirlendi ve gruplar arasında farkın olup olmadığı değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 59 (%60.8)'ü erkek, 38(%31.2)'i kadındı. Hastalarda 100% oral aft, %33 genital ülser, %54.6 cilt tutulumu, %23.7 artrit, %51.5 göz tutulumu, %24.7 vasküler ve %14.4 oranında nörolojik tutulum mevcuttu. Dominant tutulumu göre; 34 mukokütanöz-artiküler, 34 oküler, 16 vasküler, 13 nörolojik tutulumlu hasta vardı. Gruplar arasında ortalama yaş, tanı yaşı ve tanıda gecikme süresi açısından fark yoktu ( $p:0.39, 0.97$  ve  $0.6$ , sırasıyla). Mukokütanöz-artiküler grup kadın ağırlıklı iken, diğer gruplar erkek ağırlıklıydı ( $p:0.002$ ). Mukokütanöz grupta biyolojik tedavi alan hasta yokken, diğer gruplarda birbirine benzer oranda biyolojik ilaç kullanımı mevcuttu ( $p:0.004$ ). Gruplar arasında SF-36'nın fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık alt parametreleri arasında fark yokken ( $p>0.05$ ), fiziksel fonksiyon vasküler ve göz tutulumunda ( $p:0.015$ ), vitalite ise mukokütanöz-artiküler ve vasküler tutulumda ( $p:0.006$ ) anlamlı olarak farklıydı.

**Sonuç:** BS'de vasküler tutulum genellikle derin ven trombozu olarak görüldüğünden, bacaklardaki şişlik ve ağrı fiziksel fonksiyondaki düşüklüğün nedeni olabilir. Mukokütanöz tutulumunda ise oral aftlara bağlı gelişen konuşma güçlüğü, iletişim bozukluğu vitalite ile ilişkili olabilir. BS'li hastalar organ tutulumlarına göre morbidite ve mortalite açısından belirgin farklılık göstermelerine karşın, sağlık ilişkili yaşam kalitesi açısından benzer özellikler göstermektedir. Bu nedenle bütün hastalara organ tutulumundan bağımsız olarak, ilaç tedavisine ek olarak uygun psikososyal destek de verilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Behçet sendromu; sağlık ilişkili yaşam kalitesi

## NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI VASKÜLER BEHÇET HASTALIĞI İÇİN YENİ BİR BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

**Nazife Şule Yaşar Bilge<sup>1</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ad, Romatoloji BD

**Giriş:** Behçet hastalığı, tekrarlayan oral ve genital ülserler, üveit ve tipik cilt lezyonları ile bilinen sistemik bir vaskülitir. Ancak derin ven trombozu, serebral sinüs trombozu ve pulmoner arter anevrizması gibi vasküler tutulum şekilleri de mortalite ve morbiditeye katkısı olan önemli bulgulardır.

Son yıllarda nötrofil-lenfosit oranı (NLO) inflamasyonun göstergesi olarak kullanılan bir markerdir. Genellikle sub-klinik inflamasyonun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda nötrofil lenfosit oranının morbidite ve mortalitenin hesaplanmasında kullanılabileceği yönünde bulgulara ulaşılmıştır. NLO diyabet, hipertansiyon, otoinflamatuvar hastalık ve malignitelerde inflamasyonun şiddetini göstermede kullanılmaya başlanmıştır.

**Amaç:** Bu çalışmada amacımız vasküler ve mukokutanöz tutulumu olan Behçet hastalarında NLO'nun değerlendirilmesi ve sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

**Metod:** Çalışmaya tromboz öyküsü olan 20 Behçet hastası (Grup 1), mukokutanöz tutulumu olan 20 Behçet hastası (Grup 2) ve 20 sağlıklı gönüllü (Grup 3) dahil edildi.

Hastaların tam kan testindeki nötrofil ve lenfosit değerleri kullanılarak NLO değerleri hesaplandı.

**Sonuçlar:** Hastaların ortalama yaş, cinsiyet dağılımı ve hastalık süreleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Grupların NLO değerlendirildiğinde Grup 1'de diğer iki gruba göre yüksek olduğu, Grup 2 ve 3 arasında fark olmadığı saptandı. (p:0.016) (Tablo 2)

Trombozu olan hasta grubunda NLO ile hastalık aktivitesi ve şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde korelasyon saptanmadı (p: 0.370 ve p: 0.344, sırasıyla)

**Tartışma:** Çalışmamızda NLO'nun trombozu olan Behçet hastalarında mukokutanöz tutulumlu veya sağlıklı kontrollere göre artmış olduğunu gösterdik. Ancak NLO ile hastalık aktivite ve şiddeti arasında bir ilişki saptamadık. Bunun önemli bir nedeni hasta sayısının az olması olabilir.

NLO, kolay hesaplanabilir bir inflamatuvar belirteçtir ancak hangi durumlarda nasıl kullanılacağı konusunda hala soru işaretleri vardır. Behçet hastalığı gibi spesifik bir laboratuvar göstergesi olmayan durumlarda artmış inflamasyon veya hastalık aktivitesi değerlendirmede faydalı olabilir. Asemptomatik Behçet hastalarında hesaplanıp yüksek çıkması halinde vasküler sorunlar açısından değerlendirme yapılabilir ancak klinik pratikte kullanımı için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Behçet hastalığı, nötrofil/lenfosit oranı, tromboz



**Tablo 1.** Hastaların ortalama yaş, cinsiyet dağılımı ve hastalık süreleri

		Grup 1	Grup 2	Grup 3
		41.11 ± 0.70	40.83 ± 0.43	41.65 ± 0.34
Hastalık süresi (ortalama)		34.80 ± 0.89	31.80 ± 0.88	-
Cinsiyet	Erkek (n (%))	4 (76.92%)	12 (76.92%)	14 (76.92%)
	Kadın (n (%))	11 (76.92%)	8 (76.92%)	8 (76.92%)

**Tablo 2.** Grupların NLO'nun karşılaştırılması

	Grup			p	Mann-Whitney U testi
	Grup 1	Grup 2	Grup 3		
	Hastalık süresi (ortalama) (G1-G2)				
PNLO	1-4 (n=2.00) (2.00)(1.00-4.00)	1-10 (n=10) (1.00)(1.00-2.00)	1-10 (n=10) (1.00)(1.00-2.00)	0.048	U=20; 0.000 U=20; 0.000 U=20; 0.000

## GELENEKSEL TEDAVİLERE DİRENÇLİ LUPUS NEFRİTİ HASTALARINDA RİTUKSİMAB TEDAVİSİ- TEK MERKEZ DENEYİMİ

Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

**Amaç:** Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) hastalarında böbrek tutulumu önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Etkili immunsupresif ajanlara rağmen bir kısım hasta bu tedavilere yanıt vermemektedir. Ritüksimab bir anti CD20 monoklonal antikor olup dirençli LN hastalarında umut vadeden bir ajandır. Biz de kliniğimizde geleneksel immunsupresif tedavilere dirençli LN hastalarında ritüksimab tedavisinin etkinliğini değerlendirdik.

**Yöntem:** Kliniğimizde 2013-2018 yılları arasında LN tanısıyla en az bir kurs Ritüksimab alan hastaları değerlendirdik. Hastaların yanıt oranları, ilaçta kalım süreleri, yanıt süreleri ve yan etkileri değerlendirildi. Remisyon günlük proteinürinin 500 miligram altında olması olarak kabul edildi.

**Sonuç:**Ritüksimab tedavisi alan 33 hasta (20 kadın,13 erkek) vardı. Tedavi başında tüm hastalar LN açısından aktifti. Ortalama hastalık süresi 6.7 yıldır. İki hasta hariç tüm hastalarda renal biyopsi yapılmıştı, biyopsi yapılamayan bir hastanın tek böbreği diğer hastanın ciddi trombositopenisi vardı. Tüm hastalar yüksek doz steroid almıştı. Diğer tedaviler; Siklofosfamid (n=26), Azatioprin (n=7), Mikofenolat mofetil (n=17) idi. Ayrıca bir hastada trombotik trombositopenik purpura nedeniyle plazmaferez uygulanmıştı. İki hasta takipten çıkmıştı. Onüç (%39) hasta halen Ritüksimab tedavisi altındaydı. Bu hastalardan 6'sında halen aktif lupus nefriti vardı. Ritüksimab tedavisi kesilen 18 hastada kesilme sebepleri; 3 hastada yetersiz yanıt, 2 hastada ciddi enfeksiyon (selülit, pnömoni), 1 hastada ritüksimab ilişkili serum hastalığı, 1 hastada gebelik istemiydi. Onbir hasta ise remisyondaydı için ritüksimab kesilmişti. Takipte remisyondayken hastalarda 1 hasta hariç hiçbirinde nöks görülmedi. Ortalama proteinüri 3356±2478 mg/gün'den 1025±925 mg/gün'e düşmüştü (p<0,001). Ortalama Eritrosit Sedimentasyon Hızı 28,62 ± 22,95 mg/gün'den 14,97±12,32 mm/h'e düşmüştü (p<0,005). Ortalama steroid dozu ise 24±19,3 mg/gün'den 7,84±6,13 mg/gün'e düşmüştü(p<0,0001). Tedavi esnasında hiçbir hastada yeni organ tutulumu görülmedi. Tedavi esnasında 7 hastada enfeksiyon görüldü; 2 hastada herpes zoster, 1 hastada selülit, 3 hastada pnömoni ve 1 hastada sık üst solunum yolu enfeksiyonu şeklindeydi.

**Tartışma:** Konvansiyonel tedavilere dirençli LN hastalarında ritüksimab alternatif bir tedavi olabilir. Kliniğimizdeki hastalarda yan etkiler kabul edilebilir düzeydedir. Ritüksimab bu hasta grubunda steroid dozu azaltılmasını sağlayabilir.

**Anahtar kelimeler:** sistemik lupus eritematozus, ritüksimab, lupus nefriti

## Poster Bildiriler



# Poster Bildiri Listesi

PS-001

## NADİR GÖRÜLEN GENİTOÜRİNER SİSTEM TUTULUMU OLAN ZOR BİR GRANULOMATOZİS POLİANJİTİS OLGUSU

Emrah Koc<sup>1</sup>, Esra Kayacan Erdoğan<sup>1</sup>, Burcu Arslan<sup>1</sup>, Hakan Aktan<sup>1</sup>, Didem Arslan Taş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi*

PS-002

## İDYOPATİK TEKRARLAYICI SERONEGATİF PİTTİNG ÖDEMLİ SİMETRİK SİNOVİT SENDROMLU (RS3PE) BİR OLGU SUNUMU

Dilek Tezcan<sup>1</sup>, Muhammet Limon<sup>1</sup>, Semral Gülcemal<sup>1</sup>, Sema Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi*

PS-003

## MEKANİK KARAKTERDE BEL AĞRISI ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN HASTADA ANKİLOZAN SPONDİLİT

Esra Gizem Koyuncu<sup>1</sup>, Ayşen Akıncı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

PS-004

## ANKİLOZAN SPONDİLİTTE NADİR BİR RENAL TUTULUM: FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ

Abdulkaki Gaydan<sup>1</sup>, Cemil Güner<sup>2</sup>, Egemen Konak<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>2</sup>, Murat Karkucak<sup>3</sup>, Erhan Çapkın<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*KTÜ Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı*

<sup>2</sup>*KTÜ Tıp Fakültesi İmmunoloji Bilim Dalı*

<sup>3</sup>*KTÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

PS-005

## ROMATOİD ARTRİTE EŞLİK EDEN NOTALGİA PARESTETİKA: BİR OLGU SUNUMU

Özge Gülsüm İllez<sup>1</sup>, Feyza Ünlü Özkan<sup>1</sup>, Nurdan Yurt<sup>2</sup>, İlknur Aktaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul*

<sup>2</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

PS-006

## ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE TOSİLİZUMAB'A BAĞLI NADİR BİR YAN ETKİ: AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Cemil Güner<sup>1</sup>, Abdulkaki Gaydan<sup>2</sup>, Murat Karkucak<sup>1</sup>, Erhan Çapkın<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>2</sup>, Egemen Konak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*KTÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

<sup>2</sup>*KTÜ Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı*

<sup>3</sup>*KTÜ Tıp Fakültesi İmmunoloji Bilim Dalı*

PS-007

## MASİF HEMOPTİZİ İLE BAŞVURAN PULMONER ARTER ANEVRİZMALI HASTA

Önay Gerçik<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

PS-008

## ORAL ÜLSER İLE PREZENTE OLAN SINIRLI GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS: OLGU SUNUMU

Özlem Kudaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

PS-009

## SEMER BURUN DEFORMİTESİ İLE BAŞLAYAN RELAPSİNG POLİKONDİRİT: BİR OLGU SUNUMU

Ayşe Ünal Enginar<sup>1</sup>, Cahit Kaçar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

PS-010

## DİYABETİK OLMAYAN PRİMER SİJÖGREN SENDROMU TANILI HASTADA HİDROKSİKLOROKİN KULLANIMINA BAĞLI HİPOGLİSEMİ GELİŞİMİ

Adem Ertürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Yozgat Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yozgat*

PS-011

## HSP'DE LABORATUVAR DEĞERLERİNİN VE ORTALAMA PLATELET HACMİNİN (OPH) KLİNİK SEYİRLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Ceyhan Açar<sup>1</sup>, Alper Soylu<sup>1</sup>, Salih Kavukçu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı*

PS-012

## DERİN ANEMİ İLE BAŞVURAN ROMATOİD ARTRİTLİ OLGUDA ADENOKARSİNOM

Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Mermin Keni Begendi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Konya*

<sup>2</sup>*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji, Konya*

PS-013

## İNTRAARTİKÜLER STERÖİD ENJEKSİYONU VE FİZİK TEDAVİ UYGULAMALARI İLE TEDAVİ EDİLEN DAKTİLİT OLGUSU

Gamze Gül Güleç<sup>1</sup>, İlknur Aktaş<sup>1</sup>, Feyza Ünlü Özkan<sup>1</sup>, Pınar Akpınar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği*

PS-014

**NADİR BİR DEV HÜCRELİ ARTERİT (DHA) VAKASI: BARSAK İSKEMİSİ VE ENFARKÜTÜSÜ İLE BAŞLAYAN GASTROİNTESTİNAL TUTULUMU**

Tuğrul Mert Kıvanç, Nurten Küçükçakar

Özel Bursa Romatem Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri

PS-015

**DEBİGATRAN ETEKSİLAT TEDAVİSİ ALTINDA TROMBUS GELİŞEN ANTİFOSFOLİPİD ANTIKOR SENDROM TANILI HASTA**

Serdar Emin Kaymaz<sup>1</sup>, Firdevs Ulutaş<sup>1</sup>, Uğur Karasu<sup>1</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

PS-016

**NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU; RETROPERİTONEAL FİBROZİS**  
Atalay Doğru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

PS-017

**POLİMYOZİTLE KARIŞABİLEN LİMB-GİRDLE MUSKÜLER DİSTROFİ OLGUSU**

Umut Bakay<sup>1</sup>, Nedim Kaban<sup>1</sup>, Gülcan Güler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi

PS-018

**AKCİĞERDE APİKAL FİBROZİS SAPTANMASI SONRASI TANI ALAN ANKİLOZAN SPONDİLİT OLGUSU**

Sinem Burcu Kocacı<sup>1</sup>, Aydan Köken Avşar<sup>1</sup>, Ali Karakaş<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

PS-019

**FİBROMİYALJİ SENDROMU TANILI OLGUDA DULOKSETİN TEDAVİSİNE BAĞLI KLİNİKTE NADİR GÖRDÜĞÜMÜZ BİR YAN ETKİ:GÖRME BULANIKLIĞI**

Gizem Olgu Korkmaz<sup>1</sup>, Ayşen Akıncı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

PS-020

**YAYGIN LENFADENOPATİ VE KRANİAL SİNİR TUTULUMU İLE PREZENTE OLAN BİR PRİMER SJOGREN SENDROMU OLGUSU**

Seda Kutluğ Ağaçkiran<sup>1</sup>, Aysun Aksoy<sup>1</sup>, Ümmügülüm Gazel<sup>1</sup>, Sema Kaymaz Tahra<sup>1</sup>, Murat Karabacak<sup>1</sup>, Kerem Yiğit Abacı<sup>1</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Mehmet Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Güzide Nevsun İnanc<sup>1</sup>, Rafi Haner Direkeneli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

PS-021

**MONOARTRİT İLE GELEN HASTADA AYIRICI TANIDA TENDON KILIFININ DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜ**

Özgül Soysal Gündüz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı

PS-022

**AYAKTA CİLT ENFEKSİYONU, SEONEGATİF ARTRİT VE DÜŞÜK AYAK BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**

Seide Karasel<sup>1</sup>, Dua Cebeci<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mağusa Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

<sup>2</sup>Mağusa Devlet Hastanesi, Dermatoloji

PS-023

**ROMATİZMAL HASTALIKLARI NEDENİYLE ANTI-TNF İLAÇ KULLANANLARDA TEDAVİDE KALIM ORANLARI**

Nilay Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

PS-024

**BEHÇET HASTALARINDA ÜVEİT VE EKLEM TUTULUMU İLİŞKİSİNİN ULTRASONOGRAFI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emre Ata<sup>1</sup>, Murat Kösem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisi

<sup>2</sup>Yüksekova Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisi

PS-025

**AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ NEDENİYLE IL-1 RESEPTÖR ANTAGONİSTİ KULLANAN HASTADA GELİŞEN CİDDİ ENJEKSİYON BÖLGESİ REAKSİYONU**

İsmail Uçar<sup>1</sup>, Bengisu Aslan<sup>1</sup>, Veli Yazıcı<sup>1</sup>, Funda Erbasan<sup>1</sup>, Mustafa Ender Terzioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

PS-026

**SİSTEMİK JUVENİL İDYOPATİK ARTRİT: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

Esra Bağlan<sup>1</sup>, Semanur Özdel<sup>1</sup>, Mehmet Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği

PS-027

**NADİR GÖRÜLEN BİR MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU NEDENİ: KAWASAKİ HASTALIĞI**

Esra Bağlan<sup>1</sup>, Semanur Özdel<sup>1</sup>, Tülin Güngör<sup>1</sup>, Evra Çelikaya<sup>1</sup>, Deniz Karakaya<sup>1</sup>, Mehmet Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji-Romatoloji Kliniği

PS-028

### TÜBERKÜLOZA SEKONDER MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU

Mert Öztas<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Romatoloji

PS-029

### ANKİLOZAN SPONDİLİTTE NADİR GÖRÜLEN GÖZ TUTULUM ŞEKLİ: TEDAVİYE DİRENÇLİ BİLATERAL KRONİK POSTERİOR ÜVEİT RETİNİT OLGUSU

Ali Nail Demir<sup>1</sup>, İlhan Sezer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ftr Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

PS-030

### SARKİDOZ TANILI HASTADA DİFFÜZ SİSTEMİK SKLEROZ GELİŞİMİ: OLGU SUNUMU

Emine Figen Tarhan<sup>1</sup>, Utku Tapan<sup>2</sup>, Deniz Kayış<sup>3</sup>, Özge Tapan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı/ Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

PS-031

### "MAKİNİST ELİ" GÖRÜNÜMÜ OLAN BİR ANTİ TENETAZ SENDROM OLGUSU

Mehmet Levent Yüksel<sup>1</sup>, Serdar Sezer<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

PS-032

### DEV HÜCRELİ ARTERİTİN NADİR KOMPLİKASYONU: DEV DİL ÜLSERİ

Mustafa Erdoğan<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

PS-033

### SEKÜKİNUMAB SONRASI BEHÇET SENDROMU ALEVLENMESİ: İKİ OLGU BİLDİRİMİ

Elif Dinçses<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

PS-034

### ERİŞKİN HSP'DE NÖTROFİL/LENFOSİT, PLATELET/LENFOSİT VE ORTALAMA PLATELET HACMİ/ PLATELET ORANLARI VE HASTALIK ŞİDDETİ

Emre Tekgöz<sup>1</sup>, Seda Çolak<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

PS-035

### İDİYOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA İLE PREZENTE OLAN

### SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

Süleyman Baş<sup>1</sup>, Fatih Sartaş<sup>2</sup>, Duygu Kurtuluş<sup>3</sup>, Funda Müşerref Türkmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

<sup>3</sup>SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

PS-036

### PULMORENAL SENDROMLU SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

Osman Elçin<sup>1</sup>, Alper Yıldırım<sup>1</sup>, Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Özlem Şen<sup>1</sup>, Abdurrahman Soner Şenel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

PS-037

### ANKİLOZAN SPONDİLİT TANISIYLA ADALİMUMAB KULLANAN HASTADA GELİŞEN PİTRİAZİS LİKENOİDES KRONİKA

Pınar Talu<sup>1</sup>, Ceylan Emir<sup>1</sup>, Semih Tatlıcan<sup>1</sup>, Ayşe Aktaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zmir Medicalpark Hastanesi

PS-038

### ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA ÇOKLU BİYOLOJİK AJAN KULLANIMINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

Belkıs Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İlker Çelikkaya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

PS-039

### KUTANÖZ SELÜLİT İLE PREZENTE OLAN EOZİNOFİLİK GRANÜLAMATÖZ POLİANJİTİS HASTASINDA DİSSEMİNE KRİPTOKOK ENFEKSİYONU

Burcu Yağız<sup>1</sup>, Tuğba Ocak<sup>1</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>İlker Çelikkaya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa

PS-040

### SİKLOFOSFAMİD İLİŞKİLİ UYGUNSUZ ANTİDİÜRETİK HORMON SALINIM SENDROMU

Orhan Zengin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji

## PS-041

### GEÇ BAŞLANGIÇLI BEHÇET HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Gül Güzelant Özköse<sup>1</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>2</sup>, Cem Mat<sup>3</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı*

<sup>3</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı*

## PS-042

### ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA OKSİDATİF STRESİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Sinan Kardeş<sup>1</sup>, Mine Karagülle<sup>1</sup>, İlker Durak<sup>2</sup>, Aslihan Avcı<sup>2</sup>, Müfit Zeki Karagülle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Anabilim Dalı İstanbul Tıp Fakültesi*

<sup>2</sup>*Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara Tıp Fakültesi*

## PS-043

### PSİKOZ VE TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA İLE BAŞVURAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Mustafa Erdoğan<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

## PS-044

### NADİR BİR BİRLİKTELİK: AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ İLE İLİŞKİLİ AMİLOİDOZ VE ANLAMI BELİRLENEMEYEN MONOKLONAL GAMOPATİ

Zeynep Tokar Dinçer<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Ayşe Salihoğlu<sup>2</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı*

## PS-045

### MAKRAFOJ AKTİVASYON SENDROMU İLE PREZENTE OLAN ERİŞKİN STİLL HASTALIĞI OLGUSU

Neslihan Gökçen<sup>1</sup>, Fatma Tuncer<sup>1</sup>, Elvin Jalilif, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çeşle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>2</sup>*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

## PS-046

### ANKİLOZAN SPONDİLİTİ TAKLİT EDEN POTT HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Merve Denizli<sup>1</sup>, Pınar Borman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

## PS-047

### SİSTEMİK SKLEROZ VE SARKOİDOZ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Kevsir Gök<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

## PS-048

### RİTÜXİMAB İLE BAŞARIYLA TEDAVİ EDİLEN KATASTROFİK ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU OLGUSU

Zeynep Ertürk<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

## PS-049

### GUT MU?, ROMATOİD ARTRİT Mİ?

Mehtap Tınazlı<sup>1</sup>, Hülya Vahedi<sup>1</sup>, Özgür Sirkeci<sup>1</sup>, Gönül Işık Şahlı<sup>1</sup>, Sena İlin<sup>1</sup>, Turgay Ulaş<sup>1</sup>, Yasemin Özden Eldemir<sup>1</sup>, Gaukhar Bakhtiyarova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi*

## PS-050

### TÜBERKÜLOZ SPONDİLODİSKİT: OLGU SUNUMU

Savaş Özdemir<sup>1</sup>, Alp Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

## PS-052

### SJÖGREN'Lİ BİR OLGUDA AKUT GÖĞÜS AĞRISI: EPİPERİKARDİYAL YAĞ NEKROZU

Mustafa Ekiçi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hacettepe Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

## PS-053

### KLİNİKTE "FISH VERTEBRA"

Mehmet Ali Culha<sup>1</sup>, Alp Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

## PS-054

### ATİPİK EKLEM TUTULUMU İLE SEYREDEN BİR ANKİLOZAN SPONDİLİT OLGUSU

Altuğ Güner<sup>1</sup>, Alev Alp<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi*

## PS-055

### DİZ OSTEOARTRİTİ OLAN HASTALARDA LAZER TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Emin Ekiz<sup>1</sup>, Kazım Çapacı<sup>1</sup>, Murat Korkmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*

<sup>2</sup>*Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*

## PS-056

### KLİNİKOPATOLOJİK KONFERANS: VAKA SUNUMU

Emre Bilgin

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*



## NADİR GÖRÜLEN GENİTOÜRİNER SİSTEM TUTULUMU OLAN ZOR BİR GRANULOMATOZİS POLİANJİTİS OLGUSU

**Emrah Koç<sup>1</sup>, Esra Kayacan Erdoğan<sup>1</sup>, Burcu Arslan<sup>1</sup>, Hakan Aktan<sup>1</sup>, Didem Arslan Taş<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

**Giriş:** Granülomatöz polianjiitis (GPA) sıklıkla solunum yolu ve renal tutulumla seyreden nekrotizan granülomatöz bir vaskülitir. Bununla birlikte daha nadir olarak ürogenital tutulumu da görülebilmektedir.

**Olgu:** Nefes darlığı, kilo kaybı ve ateş şikayeti ile dış merkezde göğüs hastalıkları kliniğine başvuran 42 yaşındaki erkek hastanın çekilen akciğer tomografisinde her iki plevral boşlukta efüzyon, alt loblarda ampiyem ile uyumlu odaklar saptanmış. Yapılan plevral sıvı örnekleme sonucu T-hücreli lösemi/lenfoma ön tanısı ile hematoloji kliniğine yönlendirilmiş. Hastaya yapılan kemik iliği sonucu normoselüler olarak sonuçlanmış. Sol ayak ikinci parmakta nekrotik lezyon gelişmesi üzerine yapılan Doppler USG de anlamlı patoloji saptanmamış, takiplerinde testislerde ağrısı olan hastaya yapılan doppler USG de her iki testiste yer yer kanlanmayan, nekrotik alanlar şeklinde raporlanmış. Üroloji tarafından opere edilen hastanın perop anlamlı patoloji saptanmayan hastaya işlem erken sonlandırılmış. Takiplerinde hastadan ANCA testi çalışıldı, (PR3) cANCA pozitif saptanması üzerine hasta GPA olarak kabul edildi. Renal değerlendirme sonucu hastanın 3 gr/gün proteinürisi ve aktif idrar sedimi saptandı. Klinik takiplerinde kreatinin değerleri progrese olan hastanın bu dönemde sol gözde episklerit gelişti. Gün aşırı 5 kez plazmaferez planlanan hastaya enfeksiyon kliniği olması üzerine puls steroid verilemedi, 100 mg/gün iv metilprednizolon başlandı. Bilateral alt ekstremitte ciddi derece nöropatik ağrısı olan hastanın 5. Plazmaferezden sonra nöropatik yakınmaları tamamen geçti, sol gözdeki episklerit tablosu geriledi. Çekilen toraks bt de plevral efüzyonunda anlamlı bir regresyon sağlandı. başlangıçta mevcut olan trombositozu (1,2 milyon), CRP (41 mg/dl) sedimentasyon (85) değerleri normale geriledi. Hastaya yapılan renal biyopsi sonucu fokal segmental glomerüloskleroz (Pauci-immün) olarak sonuçlandı. Enfeksiyon tablosu gerileyen hastaya 1. kür; İV siklofosamid tedavisi verildi.

**Tartışma:** Ürogenital sistem tutulumu Granülomatöz Polianjiitis hastalarında nadir görülmekle birlikte literatürde özellikle prostat, testis tutulumu ile seyreden vaka bildirimleri mevcuttur. Bizim hastamızda olduğu gibi çoklu organ tutulumu olan hastalarda (akciğer, renal, cilt, testis, göz, periferik sinir sistemi) prognozun kötü gideceği akılda tutulmalı, agresif tedavi vermekten kaçınılmamalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Granülomatöz polianjiitis, ürogenital sistem

## İDYOPATİK TEKRARLAYICI SERONEGATİF PİTTİNG ÖDEMLİ SİMETRİK SİNOVİT SENDROMLU (RS3PE) BİR OLGU SUNUMU

**Dilek Tezcan<sup>1</sup>, Muhammet Limon<sup>1</sup>, Semral Gülcemal<sup>1</sup>, Sema Yılmaz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş:** Akut başlangıçlı poliartrit alt kümesi olan Pitting ödemi (RS3PE) sendromlu Remiter Seronegatif Simetrik Sinovit, esas olarak yaşlı erkekleri etkiler ve ağırlıklı olarak elleri tutar. RS3PE erkeklerde 2 kat daha sık görülür ve özellikle yaşlıları etkiler. Bu olgu, başka sistemik etyolojisi olmayan, elin tek taraflı gode bırakan ödemi ile başlayan bir RS3PE sendromu olması nedeniyle sunulmuştur.

**Olgu:** 77 yaşında bir bayan hasta, 10 gün önce başlayan sol el bileğinde şişlik, el bileği ve el eklemlerinde ağrı ve tutukluk şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Sabah tutukluğu bir saatten fazla süren hastanın özgeçmişinde bilinen sistemik ve romatolojik bir hastalığı yoktu. Son 10 gündür ağrı için steroid olmayan bir iltihap önleyici ilaç (NSAİİ) kullanıyordu, onun dışında düzenli kullandığı ilaç öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenede kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal ve genitoüriner sistem muayeneleri normaldi. Romatolojik muayenesinde sol elin dorsumunda gode bırakan ödemi mevcuttu (Şekil-1). El bileği, proksimal interfalangial ve metakarpofalangial eklemlerinde şişlik, sıcaklık, hareket kısıtlılığı ve hassasiyet kaydedildi. Üst ekstremit motor kuvveti ve alt ekstremit motor kuvveti normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:7400 K/ul, Hg:12.8 g/dl, PLT:302000 K/ul, kreatinin:0.75 mg/dl(0.51-0.95), ALT:16 u/l(N:0-55), CRP:2 mg/dl(N:0-0.8), ESR:29 mm / s . Tiroid, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve tümör göstergeleri normal sınırlar içinde bulundu. Total protein, albümin ve serum elektrolit seviyeleri normaldi. RF , anti CCP ve ANA: negatif idi. Radyolojik incelemede eklemlerde eroziv değişiklikler gözlenmedi. Hastaya 15 mg / gün prednizolon başlandı, izlemede aylık %20 doz azaltılarak kesildi. Ellerin dorsumunda şişlik, tedavinin 10. gününde belirgin bir şekilde iyileşti (Şekil-2). Hastanın akut faz reaksiyonları geriledi, kliniği rahatladı. Hastanın poliklinik takipleri sırasında herhangi bir aktivasyon gözlenmedi.

**Tartışma:** RS3PE, gode bırakan ödem ile akut bir poliartrit başlangıcı, negatif romatoid faktörü, radyografilerde eklem erozyonu olmaması, USG / MRI tarafından önerilen sinovit ve düşük doz steroidlere uzun süredir devam eden bir yanıtla iyi bir cevap vermesi ile karakterize bir hastalık / sendromdur. Etiyoloji ve patojenik mekanizmalar açık değildir. Son zamanlarda, vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) hipervaskülarite (sinovit) ve vasküler geçirgenlik (deri altı ödem) hem de sorumlu patolojik değişiklikler için bir faktör olarak sorumlu tutulmuştur. El bileğinde fleksör ve ekstansör tendonlarının tenosinoviti ve ayakların ekstansör tendonları RS3PE'nin belirleyici özelliğidir. RS3PE sendromu, hematolojik maligniteler ve solid tümörler ile ilişkili olabilir . İdiyopatik RS3PE'li hastalar, neoplaziye ilişkili olarak RS3PE'ye göre düşük doz kortikosteroidlere karşı mükemmel bir yanıt göstermiştir . Hastaların çoğu düşük doz steroidlere (10-15 mg prednisolon) çok iyi yanıt verir ve bu hastalar steroidlerin kesilmesinden sonra bile sürekli ve tam remisyon gösterir. Sonuç olarak, tanı kriterleri açık olmasna rağmen, RS3PE ayırıcı tanısı çok zor olan benign bir seyirli bir sendromdur ve romatolojik ve neoplastik hastalıklarla ilişkilidir. Bu olguların doğru tanınması ve tanı sonrası hasta takibi önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Anahtar kelimeler: Gode bırakan ödem, Artrit,



**Resim 1.** Tedavi Öncesi



**Resim 2.** Tedavi sonrası

## MEKANİK KARAKTERDE BEL AĞRISI ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN HASTADA ANKİLOZAN SPONDİLİT

Esra Gizem Koyuncu<sup>1</sup>, Ayşen Akıncı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**Giriş:** Bel ağrısının tahmini yıllık görülme sıklığı Anabilim Dalı'nda %5-20 ve Avrupa'da ise %25-45 olarak bildirilmektedir. Bel ağrılarının büyük çoğunluğu mekanik kaynaklı olup omurga ile etrafındaki yapıların aşırı kullanılması, zorlanması ya da travmatize olması neticesinde gelişen klinik tablo, mekanik bel ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Mekanik kaynaklı bel ağrılarında ağrı genellikle hareketle artıp, istirahatle azalır ve gece ağrısı şikâyeti bulunmaz. İnflamatuar bel ağrısı tanısı ise Calin Kriterlerine göre konulabilmektedir. 3 aydan daha uzun süredir var olma, 40 yaş altında başlama, sinisi başlangıç öyküsü, sabah tutukluğu ve egzersiz ile rahatlama kriterlerinden 4'ünü karşılıyorsa inflamatuvar bel ağrısının bulunduğu düşünülmelidir. Ağrının ayrıntı tanısında genellikle hasta öyküsü ve fizik muayene bize yardımcı olsa dahi görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar tetkikleri kesin tanıya yol gösterici olabilmektedir.

**Olgu Sunumu:** 31 yaşında erkek hasta polikliniğimize 10 yıldır var olan bel ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Ağrının şiddetinin son 2 haftada arttığını belirtti. Hastanın ağrısı hareketle artıp istirahatle azalan mekanik karakterdeydi. Belden sağ bacağı yayılma, sağ bacakta uyuşma şikâyetleri mevcuttu. Non steroid antiinflamatuar ilaçlardan fayda görüyor, sıcak uygulamayla ağrıları gerilemiyordu. Ailede romatizmal hastalık, aft, sabah tutukluğu, üveit, ciltte döküntü, ishal ya da kabızlık öyküsü mevcut değildi.

Fizik muayenesinde, bilateral paravertebral adale spazmı mevcuttu ve sağda düz bacak germe testi pozitif. FABER testi ise bilateral negatif. Lomber grafide, açıklığı sola bakan 7 derece koronal eğrilik ve L3'te sağ superolateralda spondilolitik değişiklik mevcuttu. Ağrısı daha çok mekanik karakterde olan hastadan Lomber MRG istendi.

Hastanın lomber MRG'sinde; L1-S1 arasındaki tüm intervertebral disklerde yaygın dejeneratif intensite kaybı saptanmakla birlikte fokal disk herniasyonu, sinir basısı yapan foraminal kanal darlığı görülmemiş; T12,L1 ve L2 vertebralarında inflamatuvar köşe lezyonları, L2-L3-L4-L5 ve S1 vertebralarında düzensizlik ve kemik iliği ödemi ile karakterize inflamatuvar Anderson lezyonları, L3-4 düzeyinde eklem sinoviyumu ve çevresindeki yumuşak dokularda ödem, incelemeye kısmen dahil olan her iki sakroilyak eklemden sağda daha fazla olmak üzere iliak ve sakral taraflarda subkondral erozyon, skleroz artışı ve geniş iliak/sakral taraf osteitlerinin izlendiği kronik zeminde aktif sakroileit görülmesi üzerine hastadan romatolojik kanları istedik. Akut faz reaktanlarında yükseklik ve HLA B27 pozitifliği olan hastaya ankilozan spondilit tanısı konuldu. İndometazin tedavisi başladığımız hastanın kontrollerde şikâyetlerinde belirgin gerileme oldu.

**Sonuç:** Hastamızın ağrısını karakteri ve fizik muayene bulgularıyla lomber disk hernisine bağlı radikülopati ayrıntı tanıya öne çıkmıştır. Bu doğrultuda istenen lomber MRG'de lomber disk herniasyonu ya da sinir basısı bulgusu tespit edilmemiştir. Görüntüleme öncesi değerlendirilmede romatolojik hastalığı ve infalamatuvar bir süreci düşündüren bulgu olmamasına rağmen lomber MRG kesitlerine giren sakroilyak ve lomber vertebrada ankilozan spondilit ile uyumlu infalamatuvar tutulum tespit edilmesi ve tedavi sonrası fayda görmesi bel ağrısı ile başvuran özellikle genç erkek hastalarda ağrı karakteri mekanik olsa dahi görüntüleme ve laboratuvar tetkikleriyle inflamatuvar hastalıkların ekartasyonun önemi göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** lumbalji, mekanik bel ağrısı, inflamatuvar bel ağrısı

## ANKILOZAN SPONDİLİTTE NADİR BİR RENAL TUTULUM: FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ

**Abdulkaki Gaydan<sup>1</sup>, Cemil Güner<sup>3</sup>, Egemen Konak<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>2</sup>, Murat Karkucak<sup>3</sup>, Erhan Çapkın<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>KTÜ Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı

<sup>2</sup>KTÜ Tıp Fakültesi İmmunoloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>KTÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**Giriş:** Ankilozan spondilit genellikle 45 yaşından önce başlayan, esas olarak sakroiliak eklemi ve diğer aksiyel eklemleri tutan kronik inflamatuvar artrittr. Ankilozan spondilit erkekleri daha çok etkilemekte olup prevalansı %0.5 ila %1 arasında değişmektedir. Ankilozan spondilit genellikle 45 yaşından önce başlayan, esas olarak sakroiliak eklemi ve diğer aksiyel eklemleri tutan kronik inflamatuvar artrittr. Ankilozan spondilit erkekleri daha çok etkilemekte olup prevalansı %0.5 ila %1 arasında değişmektedir. Fokal segmental glomeruloskleroz ile ankilozan spondilit birlikteliği nadir olup biz bu çalışmada, fokal segmental glomeruloskleroz ile ankilozan spondilit birlikteliği saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 8 yıldır ankilozan spondilit tanısı ile takip edilen, 1 yıl süre ile infliksimab tedavisi alan ve son 7 yıldır ilaçsız takipte olan 24 yaşında kadın hastada 2 aydır giderek artan bacaklarda şişlik, karında şişlik, bulantı, kusma, oral alım azlığı şikayetleri olması üzerine etyoloji araştırılması ve ileri tetkik ve tedavi amaçlı romatoloji servisine yatırıldı. Kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 65/dak, Boy 161 cm, kilo 54 kg, Vücut Kitle İndeksi 20.8 kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı. Fizik muayenede batında grade 2 asit, pretiabial ödem: +++/+++ olup diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

Laboratuvar tetkikleri; kreatinin 0.67 mg/dL, kan üre azotu 21 mg/dL, potasyum 4.6 mg/dL, sodyum 141 mEq/L, total kalsiyum 9.7 mg/dL, inorganik fosfat 3.9 mg/dL, LDH 186 U/L, ALT 11 U/L, AST 22 U/L, albümin 1.5 g/dL, total protein 3.7 g/dL, Ürik Asit 4.3 mg/dL, Lökosit 8.300, nötrofil: 4.800, hemoglobin 10.7 g/dl, tombsosit 498.000, MCV 78.9 fl, hematokrit %32.5, sedimentasyon 97, crp 0.08 mg/dL, Tam idrar tetkiki; Dansite 1.025, pH 6, Protein: 600 mg/dl, Glukoz (-), Keton (-), Bilirübin (-), Nitrit (-), Ürobilinojen (-), Eritrosit 0 / Her Sahada, Lökosit 0/ Her Sahada, 24 saatlik idrarda GFR: 114 ml/dk, protein atılımı: 29.8 gr/gün olarak saptandı. RF (-), Anti CCP (-), ANCA'lar (-), ANA (-), ENA paneli (-), Brucella (-), PPD (-) olup idrar sedimentinde aktif bulgu saptanmadı.

Hastanın göz dibi muayenesi normaldi. Hastaya yapılan endoskopide H.pylori (-) kronik gastrit ve rektoskopide herhangi bir patoloji saptanmadı. Rektal biyopside amiloidoz (-) olarak geldi. Hastaya çekilen batin USG'de karaciğer ve dalakta herhangi bir patoloji saptanmadı, batında asit saptandı, asit mayiden örnekleme yapıldı, nonportal asit (transuda vasfında) saptandı, alınan hemogram, toma, kültür ve sitolojide patolojik bir bulgu saptanmadı ve EKO ise normal saptandı.

Hastada glomerulonefrit ön tanısı ile renal biyopsi yapıldı. Hastada Difüz mezengial hiperselüler Fokal Segmental Glomerulonefroskleroz saptandı. Hastaya metilprednizolon 60 mg/gün olarak başlanıp metilprednizolon azaltılarak 4 mg/gün idame dozunda hastanın mevcut nefrolojik bulgularında gerileme saptandı.

Hasta nefroloji ve romatoloji bölümleri tarafından takibine devam etmektedir.

**Sonuç:** Ankilozan spondiliti ekstraartiküler olarak böbrek tutulumu, hastalığa bağlı olabileceği gibi kullanılmakta olunan ilaçlara bağlı da olabilir. Bu açıdan proteinüri gelişen hastalarda etyolojik çalışmalar yapıp bu duruma yol açabilecek ilaçlar kesilmelidir.

Bu açıdan proteinüri gelişen ankilozan spondilitli hastalarda etyolojide, sık olarak görülen Amiloidoz, IgA Nefropatisi dışında, daha nadir görülen FSGS de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Ankilozan Spondilit, Proteinüri; Nefrotik Sendrom; FSGS; Fokal Segmental Glomeruloskleroz

## ROMATOİD ARTRİTE EŞLİK EDEN NOTALGİA PARESTETİKA: BİR OLGU SUNUMU

Özge Gülsüm İllez<sup>1</sup>, Feyza Ünlü Özkan<sup>1</sup>, Nurdan Yurt<sup>2</sup>, İlknur Aktaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Notalgia parestetika (NP); etyopatogenezi tam olarak anlaşılamamakla birlikte spinal sinirlerin dorsal dalının kompresyonuna bağlı meydana geldiği düşünülen, cilt ve kas-iskelet sistemi bulguları ile seyreden bir hastalıktır. Hastalarda sıklıkla skapula üzerinde ve/veya kenarındaki deride kaşıntı, yanma, ağrı gibi semptomlar, hiperpigmentasyon ve parestezi gibi bulgular görülmektedir. İnflamatuvar artrit tanısıyla takip ettiğimiz bir olguda saptadığımız NP'yi günlük pratiğimizde mevcut hastalığa odaklanıp çoğu zaman gözden kaçırdığımız diğer kas-iskelet sistemi şikayetlerine örnek olması amacıyla sunmak istedik.

**Olgu:** 60 yaşında, seronegatif romatoid artrit (RA) tanısı sebebiyle metotreksat 15 mg/hafta s.c kullanan kadın hasta son 2 aydır sol omuz arkasında yanma, kaşıntı ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde romatoid artrit dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol skapula üstünde 5x5 cm çapında, sınırları net belli olmayan hiperpigmente cilt lezyonu görüldü (Şekil 1). Lezyonun orta kesiminde hipoestezi mevcuttu. Boyun hareketleri her yöne hafif ağrılı-açıktı. Nörolojik muayene ve eklem muayeneleri normaldi. Rutin laboratuvar testleri normaldi. Hastaya servikal magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Servikal MRG'de servikal lordozda azalma ve C4-5, C5-6 seviyelerinde protrüzyon, C6 köküne hafif bası mevcuttu. NP düşünülen olgudan tinea versicolor, kontakt dermatit, parapsöriazis ve nörodermatit gibi diğer cilt lezyonlarından ayırıcı tanı için dermatoloji görüşü istendi. Hastaya topikal steroid ve karbamid başlandı. Hastanın nöropatik ağrısı içinse tarafımızdan pregabalın 75 mg/gün başlanıp kademeli artırıldı ve ağrı, kaşıntı ve yanma şikayetleri 15. günde %60, 1. ayda %80 düzelme gösterdi. Servikal şikayetleri için ev egzersiz programı düzenlendi.

**Sonuç:** NP sıklıkla gözden kaçırdığımız, tanı konulması geciken ve süreç içerisinde kronikleşen bir hastalıktır. Spinal patolojiler açısından ileri görüntüleme tetkiklerinin uygulanması etyolojinin belirlenmesi ve tedavi planı açısından önemlidir. Ayırıcı tanı için dermatolojik değerlendirmenin gerekli olduğu unutulmamalıdır. Nöropatik ağrı tedavisi ve multidisipliner yaklaşımla NP tedavisinde yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Nöropatik ağrı, romatoid artrit, spinal sinir



**Resim 1.** Sol skapula üstünde 5x5 cm çapında, hiperpigmente cilt lezyonu

## ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE TOSİLİZUMAB'A BAĞLI NADİR BİR YAN ETKİ: AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Cemil Güner<sup>1</sup>, Abdulkaki Gaydan<sup>2</sup>, Murat Karkucak<sup>1</sup>, Erhan Çapkın<sup>1</sup>, Refik Ali Sarı<sup>3</sup>, Egemen Konak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KTÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

<sup>2</sup>KTÜ Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı

<sup>3</sup>KTÜ Tıp Fakültesi İmmünoloji Bilim Dalı

**Giriş:** RA etyolojisi bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. RA patogenezinde TNF alfa, IL-1 ve IL-6'nın içinde yer aldığı bir sitokin ağı önemli rol oynamaktadır. Tosilizumab; IL-6 reseptörüne karşı geliştirilen humanize bir antikordur. Tosilizumab'ın sık görülen yan etkileri; serum kolesterol artışı (%19-20), serum ALT yüksekliği (<%36), enjeksiyon yeri reaksiyonu (%4-10) ve infüzyon ilişkili reaksiyonlar (%4-20) yer alırken, renal yan etkiler (nefrolitiazis, <%2) nadir görülür. Biz romatoid artrit tanısıyla takip edilen ve tosilizumab tedavisi altındayken ABY gelişen bir hastayı sunduk.

**Olgu:** 20 aydır takipli 64 yaşında kadın hastanın 16 ay önce tosilizumab ilk doz sonrasında 2.dozu almak için yaptığı başvuruda kreatininde artış saptanıyor. Özgeçmişinde 6 yıldır hipertansiyonu ve KOAH'ı olan hastada DM ve KAH öyküsü yoktu. FM'de genel durumu iyi, oryante, koopere, kb:120/80 mm/hg, nabız:95/dk, olup diğer muayene bulgularında anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Serum kreatinin seyri; 15/05/2017: 0,67 , 18/07/2017: 0,69 , 14/09/2017: 1,06 , 18/10/2017: 2,26 şeklindeydi. 1 ay önce kontrastlı toraks BT çekilmişti. Geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. İdrar çıkarımı uyumlu, noktüri 2-3 kez olup idrar yaparken yanma, bulantı kusma, ishal, kaşıntı yoktu, iştah durumu iyi, NSAİD kullanımı yoktu. Hastanın evde kb takibi 130/80, 120/70 civarında ve tansiyonu yükselince dilaltı ilaç kullandığı öğrenildi. Kullanmakta olduğu prednizolon, tosilizumab ve INH kesildi.

Hasta nefroloji servise yatırıldı. 2000 cc IV hidrasyon verildi. Yatışındaki tetkiklerinde kreatinin: 2.45, kalsiyum: 12.3 ve parathormon baskılanmış idi. Batın USG ve EKO yapıldı. Periferik yayma gönderildi. Periferik yaymada rulo formasyonları görüldü ve hematoloji ile konsulte edilerek hastadan serum protein elektroforezi, serum immunglobulinleri, kanda ve 24 saatlik idrarda immünfiksasyon tetkikleri çalışıldı. Serum immunglobulinlerinden kappa hafif zincir yüksek saptandı. Kreatinin klerensi: 16.4 ml/dk, protein atılımı 1.11 gr/gün, albumin atılımı 0.06 gr/gün, Sodyum atılımı 17.11 gr/gün olarak değerlendirildi. İdrar sedimentinde aktif bulgu rastlanmadı. Hiperkalsemi etyolojisini araştırmak amacıyla hastaya batın ve pelvik USG ve mamografi çekildi. Batın USG, pelvik USG, tiroid doppler USG, mamografi, endoskopi, kolonoskopi, kontrastsız batın ve toraks BT'de anlamlı patoloji saptanmadı.

Kemik iliği Asp/Biyopside malignite lehine bulgu saptanmadı.

Göğüs hastalıklarına danışıldı, Pulmoner nodülün romatoid nodül olabileceği düşünüldü. Takiple- rinde kalsiyum düzeyi 10.7'ye, kreatinin düzeyi 1.7'ye kadar geriledi. Hasta endokrinolojiye danışıldığın- da idiopatik hipoparatiroidi olarak değerlendirildi. Hastada mevcut bulgularla tosilizumaba bağlı ABY düşünüldü. Hidrasyon ile kreatinin düzeyi bazal değerine gerileyen ve idrar çıkışı uyumlu olan hastaya renal biyopsi planlanmadı. Hasta nefroloji takiplerine devam etmekte olup stabil seyretmektedir.

**Sonuç:** RA tedavisinde kullanılan ilaçlara sekonder gelişen böbrek yetmezliği sıklığı giderek artmaktadır. Fakat izole tosilizumab ilişkili akut böbrek yetmezliği daha önce saptanmamıştır. Bu vakada belirtilen husus; bu tür biyolojik ilaçların prospektüsünde yazılması bile kısa ve uzun vadede yan etkileri ve et- kinliği hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmasıdır. Bu çalışmamız da göstermiştir ki tosilizumab verilen hastalarda asemptomatik olsa da kontrolde böbrek fonksiyon testleri ile takip edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Romatoid Artrit; Tosilizumab; Akut Böbrek Yetmezliği



## MASİF HEMOPTİZİ İLE BAŞVURAN PULMONER ARTER ANEVRİZMALI HASTA

Önay Gerçik<sup>1</sup>, Servet Akar<sup>1</sup>

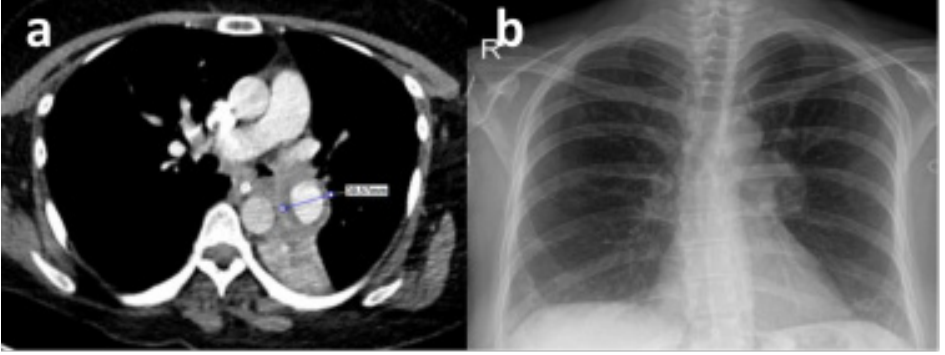
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş:** Hughes-Stovin Sendromu, ilk olarak multipl pulmoner arter anevrizması ve derin ven trombozunun birlikte görüldüğü bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Oral aft, genital ülser, üveit, cilt bulguları gibi Behçet Sendromunda görülen bulguların eşlik etmemesi ancak benzer klinik, radyolojik ve patolojik bulgular nedeni ile inkomplet Behçet Sendromu olarak kabul edilmektedir. Her ne kadar lezyonlar sıklıkla arter ve venleri aynı anda etkilese de (vakaların %68'inde), sırasıyla %25 ve %7 oranında izole arter veya venöz tutulum bildirilmektedir.

**Olgu sunumu:** 29 yaşında, 14 haftalık gebe, kadın hasta nefes darlığı ile başvurduğu acil serviste masif hemoptizi ve solunum yetmezliği gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı olarak izlenmeye başlandı. Acil servise başvurusundan yaklaşık bir buçuk yıl önce nefes darlığı nedeni ile çekilen toraks bt anjiosunda 'bilateral pulmoner arter dallarında trombotik anevrizmatik dilatasyon' saptanıp 1mg/kg/gün metilprednizolon başlanan hasta son olarak idame 16 mg metilprednizolon ve apiksaban tedavileri almaktaydı. Hastanın bunların dışında bilinen sürekli ilaç kullanımı ve ek hastalığı yoktu. Sistem sorgusunda oral aft, genital ülser, eritema nodosum, geçirilmiş üveit, tromboflebit gibi Behçet Sendromunu düşündürecek semptomların olmadığı öğrenildi. Göz, orofarenks ve genital muayenesinde aft, skar ve geçirilmiş üveite ait olabilecek bulgu saptanmadı. Kadın doğum tarafınca değerlendirilen ve gebelik muayenesi haftası ile uyumlu olarak normal saptanan hastaya ilk etapta görüntüleme işlemi yapılamadı. Fizik muayenesinde sol bazalde solunum sesleri alınamayan ve endotrakeal aspirasyonunda masif hemoptizisi devam eden hastanın ekokardiyografisinde pulmoner arter basıncı 50 mm/Hg olarak ölçülürken intrakardiyak trombüs izlenmedi. Hastaya 3 doz pulse (1 gr) metilprednizolon tedavisi başlanıp apiksaban kesildikten sonra ikinci günden itibaren hemoptizisi azalarak kesildi. Pulmoner hipertansiyon nedeni ile anne sağlığı göz önünde bulundurularak gebelik terminasyonu yapılan hastanın çekilen toraks bt anjiosunda 'sol pulmoner arterde yaklaşık 30 mm çapa ulaşan anevrizma ile uyumlu görünüm ve bunun basisına sekonder sol akciğer alt lob bronşlarında kollabe görünüm' izlendi (şekil 1b). Hastanın tedavisine infliksimab 5 mg/kg eklendi ve tedavinin birinci haftasında ekstübe olan hasta idame metilprednizolon ve infliksimab tedavileri ile takibe alındı.

**Tartışma:** Pulmoner arter anevrizması olan hastada diğer nedenler ekarte edildikten sonra vaskülitler içerisinde pulmoner arter anevrizmaları ile seyreden tek hastalık olarak Behçet Sendromu öne çıkmaktadır. Hastamızda öyküsünde ve fizik muayenesinde Behçet Sendromunun diğer komponentlerinin eşlik etmemesi nedeni ile inkomplet Behçet olarak da kabul edilen Hughes-Stovin Sendromu düşünülmüştür. Bu hastalarda immunsupresif ilaçlar tedavinin temelini oluşturmaktadır. Antikoagülan ilaçlar ile masif hemoptizi gelişebileceği için, ancak seçili olgularda dikkatli şekilde kullanılması önerilebilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Behçet Syndrome, hemoptysis



**Resim 1.** Sol pulmoner arterde yaklaşık 30 mm çapa ulaşan anevrizma ile uyumlu görünüm (a). PA akciğer grafisinde hiler nodüler opasite artışı (b).

## ORAL ÜLSER İLE PREZENTE OLAN SINIRLI GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS: OLGU SUNUMU

### Özlem Kudaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Granüloamatöz polianjitis (GPA) izole oral ülser ve ciltte kızarıklıktan fulminant multisistem tutulumuna kadar çok çeşitli klinik bulgular yapabilen, birçok sistemi etkileyen küçük damar vaskülitidir. Hastaların %90'ından fazlasında uzun süredir devam eden üst solunum yolu enfeksiyonları veya nefes darlığı gibi üst veya alt hava yolu semptomları görülür. GPA'nın oral tutulumu hastaların yaklaşık %6-13'ünde gözlenmiştir ve oral mukozal ülserasyonları ve nodülleri içermektedir. En karakteristik oral lezyon "çilek benzeri" görünümde ortaya çıkan hiperplastik dişeti iltihabıdır. Ağız lezyonları hastaların %5 ila %6'sında ilk klinik bulgudur ve organ tutulumu oluşmadan önce gözlenebilir. Hızlı ilerlemesi ve potansiyel ölümcül sonucu nedeniyle GPA'da erken tanı önemlidir. Bu nedenle, GPA'nın güçlü bir göstergesi olarak kabul edilen lezyonlar hakkında bilgi, teşhisi kolaylaştırmak için değerli olacaktır.

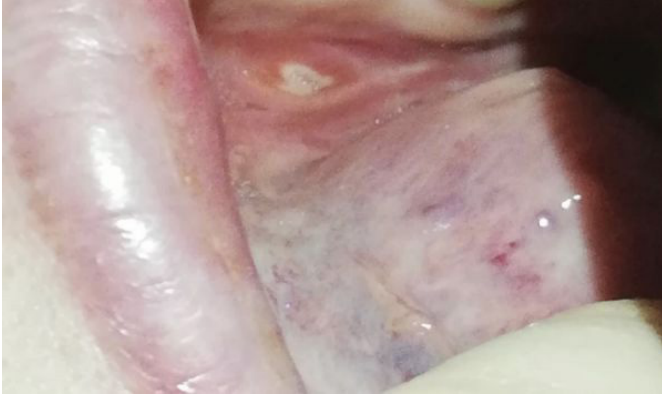
Burada tekrarlayıcı, ağrılı, oral ülser şikayetiyle başvuran ve sınırlı GPA tanısı konulan 28 yaşında kadın olguyu sunduk.

**Olgu:** 28 yaşında kadın hasta, 2 yıldır olan tekrarlayan oral aftöz ülserler ve diz eklemde artrit yakınmaları nedeniyle Behçet Hastalığı tanısı konularak kolşisin tedavisi ile takip edilmiş. Kolşisin ve aralıklı aldığı antibiyotik tedavilerinden yarar görmeyen hasta derin, ağrılı oral aft şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Behçet Hastalığı açısından oral aft dışında bulgu yoktu ve paterji testi negatifti. Soygeçmişinde özellik saptanmadı, herhangi bir alışkanlığı yoktu, çevresel veya ilaç maruziyeti anamnezi yoktu. Oral aftlar için tavsiye üzerine aralıklı steroid kullanıyormuş ve şikayetleri geriliyormuş. Özgeçmişinde; tekrarlayan sinüzit atakları ve 2010 yılında sol kulakta dolgunluk, ağrı atakları ve işitmede ciddi azalma nedeniyle kulak burun boğaz bölümünde takip edilmiş. İşitme kaybına neden bulunamayan hastaya hiperbarik oksijen tedavisi ve yüksek doz steroid tedavisi uygulanmış. Steroid tedavisi sonrası hastanın kulak şikayeti gerilemiş. Fizik muayenede oral aftöz ülser (Resim1) dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde PR3-ANCA düşük titrede pozitif olması dışında normaldi. Kulak burun boğaz muayenesi derin oral aftöz ülserler ve nazal kurutlanma dışında normaldi. Paranasal sinüs BT ve daha önce çekilen beyin MR'da; bilateral maksiller ve sfenoid sinüslerde, ethmoid hava hücrelerinde enflamatuvar mukozal değişiklikler, solda mastoidit mevcuttu. PA-AC grafisi normaldi. Hasta paranasal sinüs biopsisini kabul etmedi.

Hastaya mevcut bulgularla sınırlı GPA tanısı konularak metilprednisolon 1 mg/kg/gün, metotreksat 20 mg/hf/po, folik asit 5 mg/hf/po ve trimetoprim sülfometaksazol profilaksi tedavisi başlandı. Takiplerinde hastanın oral aft şikayetleri geriledi.

**Tartışma:** Sistemik vaskülitlerin tanımlanması klinik tıpta en zorlayıcı tanı bulmacalarından biridir. GPA tanısı çeşitli izole belirtileri (dermatolojik, solunum, oftalmolojik, gastrointestinal, orofaringeal) nedeniyle özellikle zordur; bu mortal seyirli sistemik hastalık izole bir şikayetle prezente olabilir. GPA teşhisinde çeşitli klinik bulgulara dair farkındalığın artması, erken GPA teşhisi ve uygun, hızlı tedavi yoluyla hastalığın morbidite / mortalitesini önemli ölçüde azaltır.

**Anahtar kelimeler:** Granüloamatöz Polianjitis, Oral Lezyon, Erken Tanı



**Resim 1.** Hastada başvuru sırasında oral aftöz ülser  
Granümatöz polianjitis. Oral mukozal ülserasyonları

## SEMER BURUN DEFORMİTESİ İLE BAŞLAYAN RELAPSİNG POLİKONDRİT: BİR OLGU SUNUMU

Ayşe Ünal Enginar<sup>1</sup>, Cahit Kaçar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Relapsing polikondrit (RP) kırkırdak dokularda tekrarlayan ve progresif inflamasyonla karakterize nadir otoimmün bir hastalıktır. Özellikle kulak, burun, respiratuar trakt ve proteoglikandan zengin göz, kalp ve kan damarlarını etkiler. Yıllık insidansı 3.5 vaka/milyon. Genellikle 4. ve 5. dekada ve her iki cinsiyette eşit görülür. Hastalığın en sık başlangıç tutulumu kulak kırıkdağı, ikinci olarak poliartrit veya oligoartrit şeklinde eklem tutulumu ve daha sonra burun ve göz tutulumu izler. Hastaların üçte birinde sistemik vaskülit, myelodisplastik sendrom, lenfoma ve diğer romatolojik hastalıklar eşlik edebilir.

**Olgu:** 38 yaşında kadın hastada 1,5 yıl önce başlayan burunda toplam 3 kez tekrarlayan ağrı ve şişlik olmuş. Kulak burun boğaz kliniği tarafından değerlendirilen ve antibiyotik tedavisi başlanan hastada yanıt alınamamış. Daha sonra burun kökünde çökme olmuş ve semer burun deformitesi gelişmiş. O dönemde granülomatöz polianjit, tüberküloz, sifiliz açısından tetkik edilmiş. Kültürleri alınmış ancak sonuçları negatif gelmiş. Hastaya rinoplasti uygulanmış. Operasyon sonrasında tekrar burnunda şişlik, ağrı ve kızarıklık gelişmiş. Hastanın yaklaşık 4 ay önce de sol kulağında kulak memesinin korunduğu kızarıklık, ağrı ve şişlik başlamış. Bunun üzerine kliniğimize başvuran hastanın laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 79 mm/saat, C-reaktif protein: 15 mg/dl, ANA-, tarama-, ANCA-, AMA, ASMA, LKM-, VDRL- RF- Anti CCP- TBC kültürleri -viral markerları -, periferik yayma normaldi. Hastaya relapsing polikondrit tanısı konularak 32 mg metiprednizolon (MP) ve kolşisin başlandı. Yanıt alınamaması üzerine 250 mg/gün MP ile 5 gün pulse tedavi başlandı. 64 mg MP ile devam edildi. MP azaltma şeması verildi. Hastanın şikayetleri, akut faz yanıtları düzeldi ve tedavisine 15 mg/hafta metotreksat (MTX) eklendi. 4 mg/gün MP ve 15 mg/hafta MTX olarak halen tedavisine devam etmektedir.

**Sonuç:** Relapsing polikondrit progresif, ölümcül komplikasyonlara yol açabilen nadir otoimmün hastalıktır. Bizim hastamızda olduğu gibi özellikle de kadınlarda semer burun ile prezente olabileceğini ve ayırıcı tanıda akıld tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar kelimeler:** Kondrit, relapsing polikondrit, semer burun Resim Açıklaması: Aurikular kondrit



Resim 1. Aurikular kondrit

## DİYABETİK OLMAYAN PRİMER SJÖGREN SENDROMU TANILI HASTADA HİDROKSİKLOROKİN KULLANIMINA BAĞLI HİPOGLİSEMİ GELİŞİMİ

Adem Ertürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Yozgat

**Giriş:** Hidroksiklorokin romatolojik hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan sentetik antimalaryal bir ilaçtır. Antimalaryaller birçok yan etkiye neden olmaktadır; oküler, nörolojik ve kutanöz yan etkiler en sık tanımlanan problemlerdir. Hipoglisemi, antimalarial ajanların nadir görülen bir yan etkisidir. Burada, hidroksiklorokin tedavisi altında hipoglisemi gelişen diyabetik olmayan primer sjögren sendromu tanılı hasta sunulmaktadır.

**Olgu:** 40 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır olan ellerinde ağrı, ağız ve göz kuruluğu şikayetleriyle romatoloji polikliniğine başvurdu. Romatolojik sorgulamasında ve tıbbi özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde her iki el bileğinde artralji dışında pozitif bulgusu yoktu. Göz muayenesinde göz kuruluğu vardı. Hastanın laboratuvar incelemelerinde sedimantasyon ve C-reaktif protein düzeyleri normaldi. ANA ince granüler +2, antidsDNA, ENA paneli, direk coombs negatifti, proteinürisi yoktu, C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Tiroid fonksiyon testleri ve hemogram normaldi, biyokimyasal tetkiklerinde patoloji yoktu. Minör tükrük bezi biyopsisi yapıldı, biyopsi sonucu evre 2 Chisholm-Mason olarak raporlandı. Hasta primer sjögren sendromu olarak değerlendirildi ve hidroksiklorokin 1x200 mg başlandı. Tedavinin başlangıcından 15 gün sonra terleme, titreme, çarpıntı, solukluk, huzursuzluk gibi semptomları olmuş. Evde bulunan eşinin şeker ölçüm cihazıyla bakılan kan şekerinin 45 mg/dl çıkması üzerine hasta karbonhidrat (basit şeker) tüketmiş, 15 dakika sonra bakılan kan şekeri düzeyi 120 mg/dl çıkmış ve semptomları tamamen düzelmiş. Hasta hipoglisemi nedeniyle hidroksikloronini bir daha kullanmamış ve hipoglisemi semptomları olmamış. Polikliniğe geldiğinde ölçülen açlık kan glukozu 110 mg/dl, insülin, C-peptid, Kortizol ve büyüme hormonu seviyeleri normal sınırlardaydı. Oral glukoz tolerans testi normaldi. HbA1c ve BMI sırasıyla % 5.4 ve 25 idi. Hidroksiklorokin tekrar başlanılmadı ve hasta takibe alındı.

**Tartışma:** Antimalaryaller romatoloji pratiğinde iyi tolere edilen ve güvenle kullanılan ilaçlardandır. Hipoglisemi, antimalaryallerin nadir görülen bir yan etkisidir. Mekanizması henüz açıklığa kavuşturulmamasına rağmen, artmış insülin duyarlılığının yanı sıra azalmış insülin degradasyonunun serum glukoz seviyelerinde azalmaya katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Hidroksiklorokin kullanımı sırasında hipoglisemi açısından dikkat edilmelidir ve ilk aşamada glukoz seviyeleri düzenli olarak kontrol edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Hidroksiklorokin, hipoglisemi

## HSP'DE LABORATUVAR DEĞERLERİNİN VE ORTALAMA PLATELET HACMİNİN (OPH) KLİNİK SEYİRLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

**Ceyhan Açarı<sup>1</sup>, Alper Soylu<sup>1</sup>, Salih Kavukçu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı

**Giriş:** Henoch Schonlein purpura çocukluk çağının en yaygın vaskülit sendromudur. Ayrıca, anafilaktoid purpura, alerjik vaskülit ve nadiren romatoid purpura olarak bilinir. İnflamatuvar hastalıklarda düşük MPV bildirilmiştir ve bu düşüş esas olarak aktif hastalık ile ilişkilidir.

**Amaç:** Ortalama platelet volümü ile HSP ve klinik seyri arasındaki ilişkinin araştırılması.

**Materyal ve Metod:** 52 HSP tanısı konmuş olgunun klinik ve laboratuvar sonuçları kaydedildi gastrointestinal ve renal tutulum olan hastaların laboratuvar karşılaştırıldı ve veriler IBM SPSS 21.0 programı kullanılarak olarak analiz edildi.

**Bulgular:** HSP tanısı ile izlenen 52 hastanın 23'ü kız 29'u erkek, ortalama tanı yaşı  $7.6 \pm 3.5$  idi. Hastaların 32'sinde (61.5%) GİS tutulumu, 23'ünde (44.2%) renal tutulum, 26'sında (50%) eklem tutulumu mevcuttu. GİS tutulumu olan olguların, olmayanlarla karşılaştırıldığında tanı anında lökosit ve platelet değerleri anlamlı olarak yüksek bulundu. ( $p < 0.05$ ). Yaş, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ortalama platelet hacmi (OPH), nötrofil/lenfosit oranı (NLO) plazma IgA düzeylerinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Renal tutulum olan grubun yaş ortalaması diğer gruba göre anlamlı olarak yüksekti. Ancak akut faz reaktanları, lökosit, platelet sayısı, OPH, plazma IgA düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı. Artrit olan grupta OPH, olmayan gruba göre düşük saptandı. Bunun dışında diğer bulgularda eklem tutulumu olan grup ile olmayan arasında anlamlı fark yoktu. Bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir. (Tablo I)

**Tartışma:** HSP çocukluk çağında daha yaygın görülen, purpura yanı sıra eklem, GİS ve renal tutulumla giden bir vaskülitir. Hastalar klinik bulgular yanı sıra akut faz değerlerinde yükseklik, lökosit, trombositoz ve periferik kanda sola kayma gözlenir. Yapılan çalışmalarda özellikle GİS tutulumlu olgularda inflamasyonla ilişkili olarak OPH düşük, NLO oranını yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Biz GİS tutulumu ve renal tutulumu olan olgularda bu ilişkiye rastlamadık. Eklem tutulumu olan grupta ise OPH daha düşük bulundu. Renal tutulumu olan olguların yaşı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. GİS tutulumu gelişen olgularda lökosit ve platelet sayıları diğer organ tutulumu olan olgulara göre yüksekti.

**Anahtar kelimeler:** Henoch-Schönlein purpura, ortalama platelet hacmi

**Tablo 1.** HSP hastalarının klinik tutulumlarının demografik ve laboratuvar sonuçları ile karşılaştırılması

<i>Parametreler</i>	<i>Tüm</i>	<i>GİS tutulum</i>	<i>p</i>	<i>Renal Tutulum</i>	<i>p</i>	<i>Eklemler tutulumu</i>	<i>p</i>
N (%)	52	32 (61.5)		23 (44.2)		26 (50.0)	
Cinsiyet (K/E)	23 / 29	13 / 19	0.508	9 /14	0.510	11/15	0.506
Yaş	7.6+3,5	7.5+2.6	0.723	8.8+3.4	0.014	7.03	0.197
Hemoglobin	12.2+1.2	12.1+1.2	0.336	12.1+1.4	0.411	12.3+1.1	0.864
hematokrit	36.7+3.7	36.25+3.9	0.231	36.19+4.5	0.363	36.7+3.2	0.944
Lökosit (x10 <sup>3</sup> )	12.4+5.3	14.0+5.7	0.002	11.6+4.7	0.343	12.0+4.5	0.606
Platelet (x10 <sup>3</sup> )	375.2+134.7	405.0+150.0	0.024	377.2+142.0	0.923	398.3+140.3	0.218
CRP	29.1+48	29.2+45.2	0.971	26.91+52	0.773	41.1+54.8	0.070
ESH	29.6+24	28.2+21.4	0.896	31.4+28.7	0.475	30.5+26.9	0.564
OPH	7.50+1.0	7.44+1.0	0.463	7.56+1.0	0.879	7.2+1.1	0.042
NLO	3.37+2.47	3.83+2.6	0.090	3.93+2.8	0.143	3.36+2.1	0.992
BUN	12.8+6.3	12.5+6.0	0.706	13.5+8.5	0.448	14.2+7.8	0.094
Kreatinin	0.48+0.18	0.42+0.1	0.088	0.47+0.24	0.440	0.45+0.12	0.951
Plazma IgA	179.5+95.6	181.2+106.5	0.888	197.2+110.8	0.296	158.1+62.5	0.203
Spot idrar protein/ kreatinin	0.78+0.98	0.73+0.80	0.697	1.14+1.16	0.000	0.89+1.15	0.449
24 saatlik idrar protein	24.9+32.8	20.5+26.9	0.190	37.0+36.5	0.002	33.6+42.2	0.154
GFR	166.7+39.9	174.8+27.2	0.02	159.2+43.0	0.278	151.0+47.8	0.145



## DERİN ANEMİ İLE BAŞVURAN ROMATOİD ARTRİTLİ OLGUDA ADENOKARSİNOM

**Serpil Ergülü Eşmen<sup>1</sup>, Nermin Keni Begendi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Konya

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji, Konya

**Giriş:** Bazı sistemik inflamatuvar hastalıklar, malignite riskinde artışla birlikte görülür. Romatoid artritli hastalarda lenfoma riski orta derecede artarken mide kanseri riskinde belirgin bir artış bildirilmemiştir. Derin anemi ile başvuran romatoid artritli olguda mide adenokarsinomu sunuldu.

**Olgu:** Yaklaşık iki yıldır romatoid artrit tanısı ile takip edilmekte olan, yetmiş beş yaşında erkek hasta acil servise halsizlik, solukluk, çarpıntı, çabuk yorulma şikayeti ile başvurdu. Koroner arter hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği öyküsü olan hasta, leflunomid 20 mg/gün ve sülfasalazin 2000 mg/gün kullanmakta idi. Son altı ay içinde dokuz ünite eritrosit replasmanı öyküsü olan hastanın tetkiklerinde hemoglobin 5,4 g/dl idi. Hiperbilirubinemi yoktu. Coombs negatifti. Genel durumunun kötü olması nedeniyle eritrosit replasmanı yapıldı. Etiyolojiye yönelik yapılan üst endoskopide antrumda bir adet yaklaşık bir cm boyutunda, üzerinde siyah pıhtı olan ülser izlendi. Ülserden alınan biyopside adenokarsinom ile uyumlu bulgular görüldü. İmmünohistokimyasal Pan-CK tümör hücreleri ve gland epitelinde pozitif. Synaptofizin ve kromogranin-A negatif. Ki67 proliferasyon indeksi yüksek saptandı. PET-Bt’de metastatik lezyon izlenmedi. Neoadjuvan kemoterapi ardından gastrektomi hazırlığı yapıldı.

**Tartışma:** Üst gastrointestinal kanama (ÜGK) tüm gastrointestinal sistem kanamalarının %80-85’ni oluşturur. Tüm GIS kanamaların %60’ından peptik ülser sorumludur. Mide kanseri ülkemizde ikinci sıklıkta görülen kanserlerdir. Ancak agresif tümörlerden biri olması nedeniyle hastaların çoğu genellikle ileri evrede tanı almaktadır. Yaşlı hastalarda zayıf immünite, malnutrisyon ve saptanamayan mikrometastazlar nedeniyle sağkalımın kısa olduğu bildirilmiştir. Distal mide kanseri oranı proksimal mide kanserine oranla daha fazla izlenmektedir. Tanı endoskopi ve endoskopik biyopsi ile konulmaktadır. Son altı ay içinde dokuz ünite eritrosit replasman öyküsü olan hastada üst endoskopi ile tanı konulabilmiştir. İnvaziv bir işlem olmasına karşın tedaviye dirençli anemisi olan olgularda endoskopi işlemi geciktirilmemelidir.

**Sonuç:** Tedaviye dirençli anemisi olan, ileri yaş romatoid artritli olgular GIS malignitesi yönünden incelenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Adenokarsinom, Romatoid artrit

## İNTRAARTİKÜLER STEROİD ENJEKSİYONU VE FİZİK TEDAVİ UYGULAMALARI İLE TEDAVİ EDİLEN DAKTİLİT OLGUSU

Gamze Gül Güleç<sup>1</sup>, İlknur Aktaş<sup>1</sup>, Feyza Ünlü Özkan<sup>1</sup>, Pınar Akpınar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

**Giriş:** Daktilit; altta yatan inflamatuvar ya da infiltratif bir hastalığa bağlı olarak görülen diffüz parmak şişliğidir. Caspar kriterleri arasındadır. Psoriyatik artritte %48'e varan sıklıkta bildirilmiştir ve hastalığın tek bulgusu olabilir (1). Subkutan dokuda ödem ve kalınlaşma, fleksörtenosinovit, intraartiküler effüzyon ve sinovit daktilitle ilişkili lezyonlardır. Bu bulgular tanısal ultrason ile gözlenir, tendon ve eklem içinde doppler sinyalinde artış olması daktilit tanısında önemlidir (2). Tedavide NSAİİ'ler, eklem içi glukokortikoid enjeksiyonları ve biyolojik hastalık modifiye edici ilaç (DMARD)' lar önerilmektedir (3).

**Olgu:** 18 yaşında kadın hasta döküntü ve parmaklarda 6 aydır devam eden şişlik şikayetiyle dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Metotreksat (MTX) 15 mg/hafta dozunda başlanmış, döküntü azalmış ancak daktilit de düzelmeye olmaması üzerinde kliniğimize yönlendirilmişti. Fizik muayenede sağ el 3. parmakta diffüz şişlik, hassasiyet, eklem hareketleriyle ağrı ve ekstansiyon kısıtlılığı mevcuttu. Laboratuvarında akut faz reaktanları negatif, tam kan ve biyokimya normal sınırlardaydı. Ultrasonla değerlendirildiğinde parmakta eklem komşu yumuşak dokularda, tendonlarda ve peritendinöz alanda efüzyon, doppler sinyalinde artış ve eklem erozyonları mevcuttu. Psoriyatik artritte bağlı daktilit olarak değerlendirilerek proksimal interfalangiyal eklem US eşliğinde intraartiküler steroid enjeksiyonu yapıldı, enjeksiyon sonrası soğuk uygulama, splint kullanımı ve parmaklara teröpatik su içi ultrason uygulandı. Uygulamadan 15 gün sonra daktilitte belirgin iyileşme gözlemlendi.

**Sonuç:** Psoriyatik artritte daktilit, intraartiküler glukokortikoid enjeksiyonu ve fizik tedavi uygulamaları ile kontrol altına alınabilir. Ultrason inflamasyona dahil olan doku kompartimanını göstermesi, vaskülariteyi değerlendirmesi, eş zamanlı enjeksiyon yapılmasına olanak sağlaması ve kost-efektif olması ile tanı ve tedavide kullanışlı bir görüntüleme yöntemidir.

### Kaynaklar

- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006;54:2665-73
- Girolimetto N, Costa L, Mancarella L, et al. Symptomatic psoriatic dactylitis is associated with ultrasound determined extra-synovial inflammatory features and shorter disease duration. *Clin Rheumatol* 2019; 38: 903-911.
- Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update *Annals of the Rheumatic Diseases* 2016;75:499-510.

**Anahtar kelimeler:** synovitis, diagnostic ultrasound, intraarticular injections, psoriatic arthritis



**Resim 1.** Sağ el 3. parmakta diffüz şişlik ve PIF eklemdede sinovit



**Resim 2.** Periartiküler alanda dopplerde sinyal artışı



**Resim 3.** Tedavi sonrası sinovit ve daktilitte düzelme

## NADİR BİR DEV HÜCRELİ ARTERİT (DHA) VAKASI: BARSAK İSKEMİSİ VE ENFARKTÜSÜ İLE BAŞLAYAN GASTROİNTESTİNAL TUTULUMU

**Tuğrul Mert Kıvanç, Nurten Küçükçakır**

*Özel Bursa Romatem Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri*

**Amaç:** Granüloamatöz bir arterit olan Dev Hücreli Vaskülit (DHA), başlıca 50 yaş üzerini etkileyen, özellikle aorta ve proksimal dalları ile eksternal karotid arter dallarını tutma eğilimini gösteren bir vaskülitir. DHA'de gastrointestinal tutulumu nadir de olsa medikal literatürde rapor edilmiştir. Gastrointestinal arterit; ülser, submukozal ödem, hemoraji, paralitik ileus, barsak iskemisi / enfarktüsü ve perforasyon şeklinde kendini gösterebilir. Burada, DHA tanısı konmadan, 2 ay önceden barsak enfarktüsü olarak gastrointestinal tutulumu ile başlayan bir Temporal Arterit vakası sunulmaktadır.

**Olgu:** 65 yaşında bayan 1 haftadır süren, önce intermitan başlayıp ardından daha şiddetli ve aralıksız abdominal ağrısı için özel bir hastaneye başvurur . Üst-Alt Batın BT'sinde kuşku barsak ödemi ve CRP seviyesinin 231 mg/L saptanması üzerine teşhis amaçlı laparotomi uygulanır. Abdominal ensizyon ile açıldığında her iki cerrahi sınıra 2cm mesafeden itibaren bütün mukozayı tutan kanama ve nekroz alanları izlenir ve hastaya 20cm uzunluğunda ince barsak segmenter rezeksiyonu yapılır. Mikroskopik Patoloji raporunda yaygın nekroz ve inflamasyon görünür. Postoperatif süreçte abdominal ağrıları nüks etmez ve CRP seviyesi 2 hafta ardından normal seviyelere düşer. Hastaneden taburcu olduktan 2 ay sonra, yine postoperatif abdominal ağrısı olmaksızın, hastada inatçı baş ağrıları başlar ve bir Algoloji uzmanına başvurur, sedimantasyon seviyesi 120 mm/saat çıkınca Romatoloji görüşü istenir. Değerlendirilen hastada, aşırı halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı (2 ayda 13 kilo), ateş, üst ve alt ekstremitelerinde kas ağrıları ve katılık, saç diplerinde hassasiyet , sol çene klodikasyonu ve temporal / oksipital bölgelerinde baş ağrısı yakınmaları da mevcuttur. Fizik Muayenede temporal wasting'in yanı sıra sol temporal arterinde aşırı duyarlılık saptanmıştır. Temporal nabızları da zayıf olarak saptanmıştır. Laboratuvar ; sedimantasyon 120 mm/saat, CRP 55 mg/dl, lökosit 12,300 10/ml, Hgb 9.1 g/dl, trombosit 367,000 10/ml., kretinin 1.0 mg/dl, ANCA, ANA, RF otoantikörleri ve HBsAg negatif görünmüştür. Temporal arter biyopsisi yapılan hastanın, DHA tanısı histopatolojik olarak gösterilmiştir. Hastaya 1 gün 1000mg IV ve takibinde 1mg/kg/gün metil prednizolon ve parenteral Metotreksat haftada 15mg uygulanır ve ikinci günde baş ağrıları %90 azalır. 1 ay sonrasında da , kortizonu daha efektif azaltmak için de Tosilizumab haftada 162 mg subkütan başlanır. 4 aylık tedavi altında, baş ağrıları, Sistemik ve Polimiyalji Romatika benzeri semptomları ve akut faz reaktanları kontrol altında olan hastada klinik progresyon veya nüks görülmemiştir.

**Sonuç:** DHA'de mezenterik vaskülit insidansı tam bilinmese de, bu komplikasyon çoğu zaman klinik açısından gizli olduğundan dolayı rapor edileninden daha sık olduğu düşünülür postmortem otopsi analizi çalışmalarına göre. Dolayısıyla, önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan mezenterik iske-mi/enfarktüs ile prezantasyon yapan hastalarda, Gastrointestinal Vaskülit düşünüldüğünde Dev Hücreli Arterit'in mezenterik tutulumu nadir görülse de, Vaskülitler arasında , özellikle "ANCA negatif" olan hastalarda, ayrıntı tanı içersinde düşünülmesi gerekir.

**Anahtar kelimeler:** Dev Hücreli Arterit, Mezenterik iske-mi, Gastrointestinal Vaskülit

## DEBIGATRAN ETEKSİLAT TEDAVİSİ ALTINDA TROMBUS GELİŞEN ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROM TANILI HASTA

**Serdar Emin Kaymaz<sup>1</sup>, Firdevs Ulutaş<sup>1</sup>, Uğur Karasu<sup>1</sup>, Veli Çobankara<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş:** Antifosfolipid antikor sendromu (APS), otoimmün bir hastalıktır ve klasik olarak; venöz ve arteriyel trombozlar, multipl ve tekrarlayıcı fetal kayıplar, ısrarlı antifosfolipid antikorların (APA) varlığı ile karakterizedir. Sıklıkla "venöz trombozlar" görülüp sıklıkla alt ekstremitelerde derin ven trombozları şeklinde presente olur.

**Olgu:** Kırkiki yaşında kadın hasta bacak ön yüzde iyileşmeyen yara ve parmaklarda nekrotik doku şikayeti nedeni ile başvurdu. Yaklaşık 4 yıl önce bacağın ön yüzünde ve parmaklarda morarma, kızarma ve iyileşmeyen yara yakınması nedenleri ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan doppler usg'sinde sol popliteal vende kalsifik trombus saptanmış. Hastaya aynı merkezde balon anjioplasti yapılmış. Ancak sonraki takiplerinde damar tıkanıklığının % 50 oranında sebat ettiği belirlenmiş. Hastanın dış merkezindeki takiplerinde şikayetleri devam etmiş ve sol ayak 2 ile 3. parmağı ampute edilmiş. Özgeçmişinde iskemik serebrovasküler oklüzyon (SVO) ve bir düşük hikayesi varmış. SVO sonrası coumadin tedavisi ve debigatran tedavisi almış ancak yaklaşık 1 yıl sonra debigatran eteksilat kesilmiş. Fizik muayenesinde solda tibia ön yüzde 2\*3 cm büyüklüğünde dekübit ülser ve 2 ile 3. parmakta nekrotik doku saptandı (şekil 1). Doppler usg'sinde solda popliteal vende akut trombus saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde anti-nükleer testi (ANA) ve Anti-SM pozitif idi. Anti beta-2 glikoprotein 1 IgG 16,4, anti-kardiolipin IgG 26,43 U/ml ve anti-fosfolipid IgG 13,54 u/ml idi. Hasta AFAS tanısı ile interne edilerek aylık siklofosamid ve steroid tedavisine başlandı. Hastanın takiplerinde tibia ön yüzdeki ülserin ve parmaklardaki nekrotik dokunun dramatik bir şekilde küçüldüğü gözlemlendi (şekil 2). Altı doz siklofosamid tedavisi sonrası yakınmaları azalan hasta düşük doz steroid ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Tekrarlayan trombozlu hastalarda (yüksek risk) özellikle yüksek titrede APS varlığında INR 3-4 arasında olmalıdır. Tedaviye dirençli trombozlu olgularda antikoagülan, kortikosteroid ve/veya plazma değişimi kombinasyonu önerilmektedir. Klinik duruma göre siklofosamid gibi ajanlar eklenebilir.

**Anahtar kelimeler:** Anti-Phospholipid Antibody Syndrome, thrombosis,



**Resim 1.** Tedavi öncesi



**Resim 2.** Tedavi sonrası

## NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU; RETROPERİTONEAL FİBROZİS

**Atalay Doğru<sup>1</sup>**

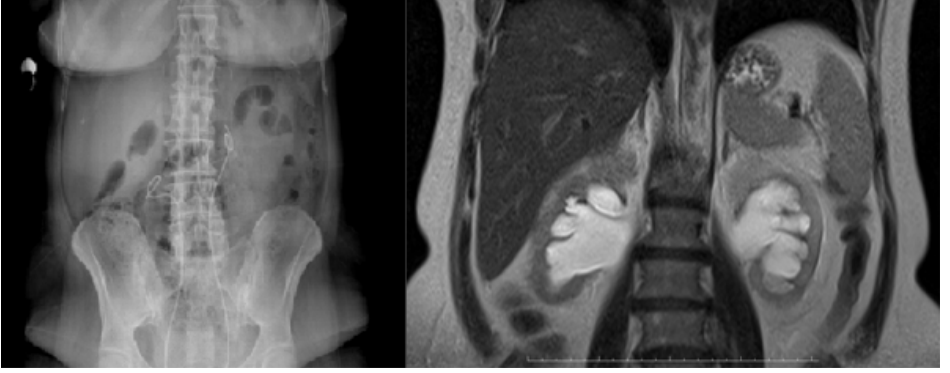
<sup>1</sup>Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Retroperitoneal fibrozis, sıklıkla üreter veya abdominal organları saran inflamatuvar ve fibröz retroperitoneal dokunun varlığı ile karakterize nadir bir durumdur. Obstrüktif üropati en sık görülen komplikasyondur, ancak renal arter ve venlerin darlığı, renal atrofi gibi diğer renal tutulum türleri ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla 40-60 yaş arasında görülür. Vakaların %75 i idiyopatik formdur. Malignite, enfeksiyon, ilaçlar, radyoterapi ve diğer durumlara ikincil retroperitoneal fibrozis görülebilir.

**Olgu sunumu:** 52 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 aydır devam eden halsizlik, yaygın vücut ağrısı ve idrar yaparken zorluk şikayeti ile hastaneye başvurmuş. Hastanın yapılan tetkiklerinde akut faz reaktanlarında yükseklik ve bilateral grade 3 hidronefroz tespit edilmiş. Üroloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın hidronefroz nedeni araştırılmış fakat bir neden bulunamamış. Bilateral pigtail kateter takılarak takibe alınmış. Ateş, genel durum bozukluğu, yan ağrısı şikayeti olması üzerine Enfeksiyon hastalıkları tarafından ürosepsis tanısı ile Enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmış. Bu dönemde eritrosit sedimentasyon oranı (ESR) 110 mm/s, C-reaktif protein (CRP) 14.8 mg/dl (N:0-0.5), kreatinin 2.6 mg/dl olarak saptanmış. İntravenöz antibiyotik tedavi başlanmış. Pigtail kateterler çıkarılmış. 20 gündür antibiyotik tedavi kullanan hastanın ateş, yan ağrısı, genel durum bozukluğu ve idrar kültürü bulguları düzelmesine rağmen akut faz reaktanlarında yükseklik (CRP:7 mg/dl, ESR: 80 mm/s, kreatinin: 2.4 mg/dl) devam etmiş. Hastanın devam eden akut faz yanıtı yüksekliği olması üzerine Romatoloji konsültasyonu istendi. Değerlendirilen hastanın retroperitoneal fibrozis olabileceği düşünüldü Batın MR istendi. Batın MR da ileri hidronefrozun açıklayacak bulgu saptanmadı. Abdominal aorta önünde minimal kalınlaşma görüldü. Mevcut durumu açıklayacak başka bir hastalık olmaması nedeniyle radyoloji tarafından da retroperitoneal fibrozis olabileceği vurgulandı. IgG4 düzeyi normal olarak saptandı. Hasta Romatoloji servisine alınarak 3 gün pulse sonrasında 1 mg/kg dozunda steroid tedavi başlandı. Steroid tedavi sonrası hastanın genel durumunda ve akut faz yanıtında hızlı bir düzelmeye izlendi. Tedaviye siklofosfamid ilave edildi. Tedavinin 1. ayında steroid azaltılmaya başlandı. 20 mg/gün altında şikayetleri tekrar etmesi nedeniyle hastaya PET BT çekildi. PET BT ile tedavi sonrası rezidüel hastalığın metabolik aktivitesinin tespit edilmesi ve böylece sonraki tedaviye karar verilmesi planlandı. PET BT de retroperitoneal alanda tutulum görülmedi. 6 aylık takipte steroid 20 mg/gün altına inilemeyen hastaya ritüksimab tedavisi verildi. Hastanın ritüksimab yanıtı takip ediliyor.

**Sonuç:** İdiyopatik retroperitoneal fibrozis, fibroinflamatuvar hastalıklar içerisinde yer alan ve potansiyel olarak sistemik bir durum olarak görülmesi gereken nadir bir hastalıktır. Bilateral hidronefroz vakalarında retroperitoneal fibrozis akılda bulundurulmalı ve hastalar bu açıdan değerlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Hidronefroz, retroperitoneal fibrozis, ritüksimab



**Resim1.** Grade 3 hidronefroz, bilateral pigtail kateter



## POLİMİYOZİTLE KARIŞABİLEN LİMB-GİRDLE MUSKÜLER DİSTROFİ OLGUSU

**Umut Bakay<sup>1</sup>, Nedim Kaban<sup>1</sup>, Gülcan Güner<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi

**Giriş:** Limb-girdle musküler distrofi (LGMD), kalça ve omuz kuşağı kaslarında güçsüzlük ve atrofi ile seyreden bir grup herediter progresif kas hastalığıdır. Hastalığın prevalansı yaklaşık bir milyonda 40 doğumdur. Üst kol kaslarında, omuzlarda, kalçalarda ve üst bacaklarda güçsüzlük hissediler. İlk görülen belirtiler; sık aralıklarla düşmeler ve merdiven çıkmada, koşmada ve yerden kalkmada zorlanmadır. Polimiyozit, proksimal kas güçsüzlüğü, kas enzimlerinde yükseklik, elektromiyografide ve kas biyopsisinde miyopatik değişiklikler ile karakterize, inflamatuvar bir miyopatidir. Her kas hastalığı inflamatuvar değildir. Polimiyozit tanısı teknik sorunlar ve deneyim eksikliği nedeniyle patoloji yetersiz kalabilir ve klinisyeni yanıltabilir. Tanıda Klinik bulgular ve tedaviye yanıtın iyi değerlendirilmesi esastır. Ayırıcı tanıda non inflamatuvar miyopatileri unutmamak gerekir. Biz de bu olguda bunu göstermeye çalıştık.

**Olgu:** 38 yaşında erkek hasta 6 yıldır bel ağrısı şikayeti olan hasta, son iki yıldırda her iki üst ve alt ekstremitede proksimal kasları başta olmak üzere yaygın simetrik kas güçsüzlüğü, egzersizden sonra kramplar ve kas ağrıları şikayetleriyle nöroloji polikliniğine başvuruyor. Fizik muayenede, lomber fleksiyonda azalma, lomber paravertebral spazm, SLRT 60 derecede +/+ ,artrit yok , artralji yok ,romatolojik sorgulama doğal , Nörolojik muayenesinde kas gücü bilateral sol üst ekstremitede proksimalde 3/5, bilateral her iki üst ekstremitede distali 5/5, bilateral alt ekstremitede proksimalde 2/5 ,bilateral alt ekstremitede distali 4/5 ,derin tendon reflekslerinden bilateral biceps ve aşıl alınmadı, diğerleri hipoaktif, taban cildi refleksleri fleksör, duyu muayenesi normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar değerleri; AST=145 U L, ALT=143 U L, LDH=358 U L, CK=2887 U L, CK-MB=230,3 U L, lökosit=5,94 mKrrL , GFR: 124, HGB: 15.6 gr/dL , Trombosit: 182, sedimantasyon :31 mm/sa , CRP:32 mg/L ,ANA: negatif, ANA profil(-) RF 6 IU/mL , CCP- 0,5(0-5) idi. EMG : Sağda L5-S1 düzeyinde inaktif parsiyel aksonal hasar ve reinnervasyonla seyreden radiküler etkilemeyi düşündürmüştür. KAS BİYOPSİSİ: tibialis anterior; atrofi , nekroz ve enflamasyon bulguları gösteren çizgili kas dokuları . Tedavi : Nöroloji tarafından polimiyozit tanısıyla hastaya 80 mg/gün metilprednisolon tedavisi başlanıyor tedavi sonrası hastanın hareketlerinde azda olsa düzelme olmakla birlikte, CK, AST ve ALT düzeyleri sürekli yüksek seyrettiğinden hasta polikliniğimize yönlendiriliyor. Kliniğimizde EMG si yenilenen hastanın miyopati ile uyumlu bulgular geldikten sonra istenilen gen analizi sonucunda Limb-Girdle Musküler Distrofi tanısı konulup miyopati rehabilitasyonu başlandı.

**Sonuç:** Olgumuzda da gösterdiğimiz gibi biyopsi sonucu polimiyozit tanısı alan tedaviye dirençli hastalarda, teknik sorunlar ve deneyim eksikliği nedeniyle patoloji yetersiz kalabileceğinden tanı tekrar sorgulanmalı ve non inflamatuvar miyopatiler ayırıcı tanıda düşünülmez.

**Anahtar kelimeler:** polimiyozit , Limb-girdle musküler distrofi (LGMD)

## AKCİĞERDE APİKAL FİBROZİS SAPTANMASI SONRASI TANI ALAN ANKİLOZAN SPONDİLİT OLGUSU

**Sinem Burcu Kocaer<sup>1</sup>, Aydan Köken Avşar<sup>1</sup>, Ali Karakaş<sup>1</sup>, Fatoş Önen<sup>1</sup>**

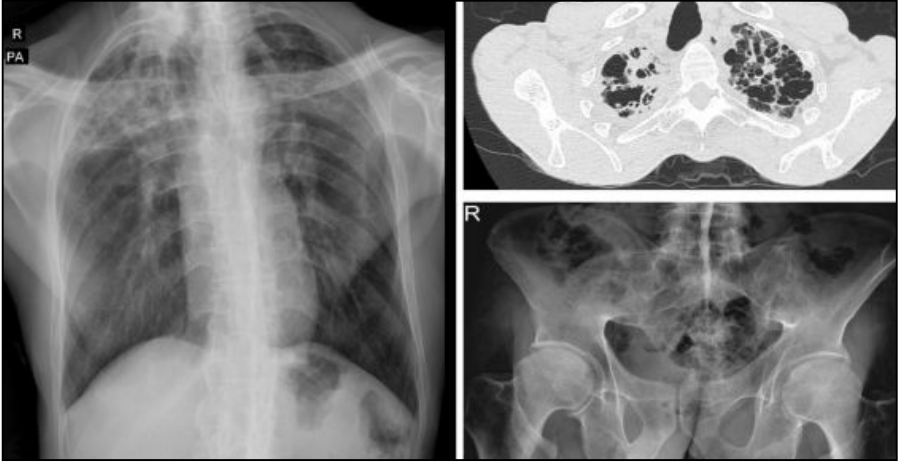
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş:** 54 yaş erkek hasta, tetkiklerinde bilateral apikal fibrozis saptanması üzerine hasta romatolojik açıdan tetkik edildi. Ankilozan spondilit tanısı konulan hastamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu sunumu:** 54 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 ay önce göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurusunda kardiyak ve pulmoner etyolojiler açısından tetkik edilmiş olup yapılan tetkiklerinde acil patoloji saptanmayarak hasta kontrol amaçlı göğüs hastalıkları bölümüne yönlendirilmiş. Bilinen ritm bozukluğu dışında komorbid hastalığı olmayan hastanın göğüs hastalıkları tarafından yapılan değerlendirmesinde akciğer tomografisinde bilateral akciğer üst zonlarda bal peteği görünümü, apikal fibrozis olması nedeniyle hasta romatoloji kliniğine yönlendirilmiş. Kliniğimize başvuran hastanın romatolojik sorulması yapıldığında yaklaşık 5 yıldır inflamatuvar karakterde bel ağrısı yakınması olduğu öğrenildi. Romatolojik açıdan sistem sorgulamasında ek özellik bulunmamaktaydı. Hastanın sigara kullanım öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik bulunmamaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde dorsal kifozda artış olduğu görüldü, sakroiliak kompresyon testi ve fabere testi pozitif. Lomber omurga hareketlerinde tutukluk mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal; CRP: 1,1 mg/L, ESH: 7 mm/h , Rf: negatif , HLA-B27: pozitif olarak sonuçlandı. Radyolojik tetkiklerinde akciğerde bilateral apikal bölgede fibrotik görünüm, pelvis ferguson grafisinde bilateral grade 4 sakroiliit, lomber grafide bambu kamışı görünümü mevcuttu. Hastanın BASFİ :2,5 BASDAİ:2,7 olarak hesaplandı. Ankilozan spondilit tanısı alan hastaya non-steroid anti enflamatuvar tedavi başlandı.

**Sonuç:** Ankilozan spondilit hastalarının yaklaşık %1,3-15 'inde pulmoner bulgular saptanmakta olup apikal fibrozis genellikle asemptomatik seyretmektedir ve uzun hastalık süresi ile ilişkilidir. Apikal fibrozis saptanması sonrası ankilozan spondilit tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** apikal fibrozis, ankilozan spondilit



**Resim 1.** Hastanın radyolojik görüntüleri

## FİBROMİYALJİ SENDROMU TANILI OLGUDA DULOKSETİN TEDAVİSİNE BAĞLI KLİNİKTE NADİR GÖRDÜĞÜMÜZ BİR YAN ETKİ:GÖRME BULANIKLIĞI

Gizem Olgu Korkmaz<sup>1</sup>, Ayşen Akıncı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Fibromiyalji sendromu kas iskelet sisteminde yaygın ağrı ve spesifik anatomik noktalarda hassasiyet ile karakterize beraberinde yorgunluk, uyku bozukluğu, kognitif işlevlerde bozulma, iritabl kolon sendromu gibi farklı sistemleri içeren semptomların görüldüğü ,nedeni kesin olarak bilinmeyen kronik bir hastalıktır. Hastalığın patofizyolojisinde genetik faktörler, psikososyal değişkenler, çevresel stres faktörler, nöroendokrin ve otonomik sinir sistemindeki bozukluklar rol almaktadır. Hastalığın farmakolojik tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilaçlar trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin- nöradrenalin geri alım inhibitörleri ve antikonvulzanlar olmakla beraber;bu grup ilaçlar içinde amitriptilin, duloksetin, milnasipran ve pregabalın preparatları klinik kullanımda etkinliği kanıtlanmış, yaygın olarak kullanılan ilaçlardır.

32 yaşında kadın hasta yaklaşık 1,5 yıldır olan yaygın vücut ağrısı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ayrıntılı sorgulamasında sabah yorgun uyanığı, bitkinlik, unutkanlık ve dikkat bozukluğu şikayetlerinin olduğu ,stres faktörünün, isteksizlik ve mutsuzluğunun olduğu öğrenildi. Dönem dönem ishal atakları olan hastanın kabızlık ,sık idrar çıkma, dismenore şikayetinin olmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde yaygın hassas noktaları mevcuttu. Ayrıntılı kas iskelet sistemi muayenesinde ek patoloji saptanmadı. Hastanın bakılan tam kan sayımı,BFT,KCFT,TSH,25-OH-vitamin-D, sedimentasyon ve CRP değerleri normal görüldü. Hastanın mevcut şikayetleri doğrultusunda hastaya fibromiyalji sendromu tanısı konuldu. Hastaya 30 mg/gün duloksetin tedavisi başlandı. Takipte şikayetlerinde kısmi azalma tarifleyen hastanın ilaç dozu 60 mg/gün olarak tekrar düzenlendi.

1 ay sonra kontrolde görülen hastanın mevcut şikayetlerinin gerilediği ancak doz artımından bir hafta sonra her iki gözde görme bulanıklığı şikayetinin başladığı öğrenildi. Hasta göz hastalıkları polikliniğine yönlendirildi ; yapılan muayenesinde şikayetlerini açıklayacak patolojik bulguya rastlanmayan hastanın görme bulanıklığı şikayetinin ilaç yan etkisine bağlı olabileceği düşünüldü mevcut ilaç dozu 30 mg /gün olarak tekrar düzenlendi. Kontrolde tekrar görülen hastanın ilaç doz azaltımı ile görme bulanıklığı şikayetinin tamamen geçtiği öğrenildi. Doz azaltımı sonrası hastanın fibromiyalji sendromu ile ilişkili şikayetlerinde artış olmadığı öğrenildi. Hastanın takibine 30 mg/gün duloksetin tedavisi ile devam edildi.

Santral sinir sisteminde serotonin ve nöradrenalin geri alım inhibisyonu mekanizması ile etki gösteren duloksetin, fibromiyalji sendromu tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve hastaların şikayetlerinde anlamlı azalmaya sebep olan farmakolojik bir tedavi olmakla beraber bulantı, ağız kuruluğu, terleme, baş dönmesi, konstipasyon, uyuma güçlüğü klinikte en sık görülen yan etkilerindedir. Hastamızda ilaç doz artımı sonrası ortaya çıkan görme bulanıklığı ilacın nöradrenerjik etkileri ile ilişkilendirilen hastaların %1-3 ünde görülebilen bir yan etkidir. Fibromiyalji nedeni ile duloksetin tedavisi başlanan hastalarda nadir de olsa görme ile ilgili yan etkilerin gelişebileceği göz önünde bulundurularak, doz azaltımı ya da ilaç kesimi ile hasta takibi yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** fibromiyalji, duloksetin, görme bulanıklığı

## YAYGIN LENFADENOPATİ VE KRANİAL SİNİR TUTULUMU İLE PREZENTE OLAN BİR PRİMER SJÖGREN SENDROMU OLGUSU

**Seda Kutluğ Ağaçkiran<sup>1</sup>, Aysun Aksoy<sup>1</sup>, Ümmügülsüm Gazel<sup>1</sup>, Sema Kaymaz Tahra<sup>1</sup>, Murat Karabacak<sup>1</sup>, Kerem Yiğit Abacar<sup>1</sup>, Fatma Alibaz Öner<sup>1</sup>, Mehmet Pamir Atagündüz<sup>1</sup>, Güzide Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Rafi Haner Direskeneli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

2015'te hipopotasemi ve metabolik asidoz nedeniyle tip 1 renal tübüler asidoz tanısı konulan, oral potasyum ve sodyum bikarbonat tedavisi altında takipli, 28 yaşında kadın hasta, Şubat 2019'da ağız kuruluğu, sağ-sol el 2.ve 3.metakarpofalangial ve proksimal interfalangial eklemlerde ve sol parotis bezinde şişlik, ateş ve gece terlemesi yakınması ile başvurdu. Tetkiklerinde ANA 1/1000-1/3200 ince benekli, Anti Ro-La, nükleozom ve anti histon pozitif saptandı. Sjögren sendromu ön tanısıyla servise yatırılan hastanın sekonder patolojiler açısından sorgusunda ağız kuruluğu dışında özellik saptanmadı. Tetkiklerinde lökosit/nötrofil:6800/3900 lenfosit:2500 hgb:9.3 g/dl MCV:82 trombosit:272000, renal ve karaciğer fonksiyonları, elektrolit ve venöz kan gazı normal, total protein/albumin:9.6/3.8 g/dl tespit edildi. Transferrin saturasyonu % 31, vitamin B12 ,folat normal, RF:85 IU/ml, Anti CCP 2.5 RU/ml, hepatit markerları negatif, antifosfolipid antikorları, LDH, total-indirekt bilirubin, haptoglobulin, retikülosit, kryoglobulin normal sınırlarda saptandı. Direkt Coombs pozitif bulunan hastanın periferik yaymasında hemoliz bulgusuna rastlanmadı. Schirmer testi sağ gözde 8 mm, sol gözde 14 mm tespit edildi. Tam idrar tetkikinde 1+ protein olması üzerine gönderilen C3:0.7 g/dl(düşük), C4:0.13 g/dl olan hastanın idrar sedimentinde özellik saptanmadı. 24 saatlik idrarda saptanan 300 mg /gün proteinüri ön planda interstisyel nefrite sekonder tübülöpati ile ilişkilendirildi. Transtorasik EKO normal tespit edildi. ESR:111 mm/s, CRP:9 mg/L saptanması üzerine çekilen toraks ve batin BT'de mediastende, bilateral aksiller bölgede en büyüğü 1.5 cm çapında multiple, paraaortakaval, mezenterik ve inguinal 13 mm ölçülen LAP ve lenf nodları izlendi. Boyun USG'de parotis bezi heterojen görünümde, sağ submandibular bölgede 16 mm'lik lenf nodları olduğu görüldü. Protein elektroforezinde M piki görülmeyen, β2-mikroglobülin normal saptanan, submandibular lenf nodu biyopsisinde lenfoma lehine bulgu olmayan hastaya primer Sjögren sendromu tanısıyla hidroksiklorokin 100 mg/gün, metilprednisolon 16 mg/gün başlandı. Takiplerinde eklem yakınmaları ve konstitusyonel semptomları gerileyen hastanın steroid dozu kademeli azaltılarak kesildi. Takibi sırasında yukarı ve sağa bakışta diplopi gelişen, ek nörolojik semptomu olmayan hastanın kranial ve orbital MR, oftalmolojik muayene ve lomber ponksiyonunda patoloji saptanmaması üzerine Sjögren sendromuna bağlı parsiyal 3. kranial sinir tutulumu tanısıyla 60 mg/gün metilprednisolon ve azatiopürin 100 mg/gün başlandı. Diplopi, eklem bulguları ve konstitusyonel semptomları gerileyen hastanın takip ve tedavisi tarafımızca devam etmektedir.

Sjögren sendromlu hastalarda çoğunlukla periferik nöropati bulunduğu düşünülse de, santral sinir sistemi tutulumu sıklığı %0-30 aralığında bildirilmiştir. Primer Sjögren sendromunda sağlıklı popülasyona göre lenfoma riskinin 44 kat arttığı bilinmektedir. Gelişen lenfomaların büyük çoğunluğu 50 yaş sonrası, yavaş seyirli, B lenfosit kökenlidir. Hastaların takiplerinde inme, kranial nöropati gibi atipik prezentasyonlara, lenfoma gelişimi açısından ise tükürük bezlerinde ani büyüme, organomegali, monoklonal gammopati, yeni başlayan sitopeni, romatoid faktör negatifliği, kryoglobülinemi, hipergamaglobülinemi, yüksek β2-mikroglobülin, düşük kompleman düzeylerine dikkat edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** sjögren sendromu, lenfadenopati, kranial sinir tutulumu

## MONOARTRİT İLE GELEN HASTADA AYIRICI TANIDA TENDON KILIFININ DEV HÜCRELİ TÜMÖRÜ

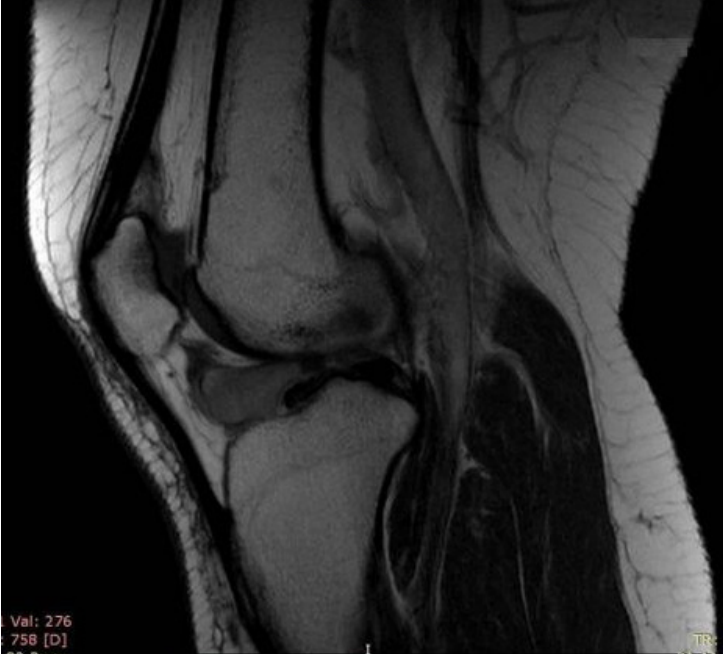
**Özgül Soysal Gündüz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı

**Vaka:** 32 yaşında bayan hasta, sağ dizde ağrı ve şişlik, bel ağrısı, şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Şikayetleri bir ay önce başlayan hasta ek olarak bel ve ayaklarda yarım saat kadar süren sabah tutukluluğu tarifliyordu. Eklem şikayetleri öncesinde enfeksiyon öyküsü, karın ağrısı, plöretik göğüs ağrısı ve ateş yüksekliği atakları tariflemedi. Oral aft, genital aft, üveit, kendisinde yada ailesinde psöriazis ve inflamatuvar barsak hastalığı ve aile öyküsü yoktu. Fizik muayenede sağ diz şiş, hassas ve sağda FABERE pozitif, sağda aşil tendon hassasiyeti saptandı. Diğer eklemlerde şişlik, hassasiyet yoktu. Hastadan öncelikle septik artriti ekarte etmek için 3 cc kadar sinoviyal sıvı örneği alınabildi. Sıvının incelemesinde lökosit sayısı 8 bin/ mm<sup>3</sup> bulundu, kültürde üreme olmadı. Diğer laboratuvar parametrelerinden Eritrosit Sedimentasyon Hızı: 33 mm/saat (0-30) Hemogram ve biyokimya tetkikleri normaldi. Serolojik testlerinden CRP: 5.8 mg/L (0-5), RF, antiCCP, Brucella aglütinasyon testi, ANA negatif saptandı. Hastanın çekilen grafilerinde sakroiliit saptanmadı. Lateral topuk grafisinde sağda kalkaneus posteriorunda hiperosteotik değişiklikler mevcuttu, diz grafileri normaldi. Ancak kronik inflamatuvar bel ağrısı tarif etmesi nedeniyle sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılan hastada MR sakroiliit görülmedi. Artrit, entezit ve inflamatuvar bel ağrısı nedeni ile periferik spondilortrit tanısı düşünülen hastaya önce intraartiküler steroid enjeksiyonu yapıldı. Şikayetleri gerilemeyen hastaya diklofenak sodyum ve sülfasalazin başlandı. 2 ay sonra yapılan kontrolünde bel ağrısı azalmış ancak diz ağrısı ve dizdeki şişlik devam etmekteydi. Bunun üzerine çekilen diz MRG görüntülerinde anterior çapraz bağ anterior komşuluğundan başlayıp patellofemoral eklem mesafesinde anteriora uzanım gösteren T1 A hipointens, T2 A hipointens 3.0 X 1.5 cm boyutunda solid lezyon görüldü. (Şekil 1) Ortopedi tarafından kitle eksize edildi. Yapılan immunohistokimyasal boyamalar sonucunda kitle tendon kılıfının dev hücreli tümörü olarak raporlandı.

**Tartışma:** Tendon kılıfının dev hücreli tümörü tendon kılıfının sinoviyal hücrelerinden köken alan, yavaş ve sıklıkla semptomsuz olan benign bir lezyondur. İntraartiküler yumuşak doku kitlesi oluşturana kadar semptomlar nonspesifiktir. Sonuç olarak özellikle tek eklemden şişlik şikayeti ile gelen ve artrit tedavisine cevap vermeyen vakalarda kas iskelet sistemi tümörleri de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** monoartrit, Tendon kılıfının dev hücreli tümörü



**Resim 1.** Sağ diz MRG kontrastlı sagital kesitlerde eklem aralığında post kontrast incelemelerde homojen ılımlı kontrastlanma gösteren solid lezyon

## AYAKTA CİLT ENFEKSİYONU, SEONEGATİF ARTRİT VE DÜŞÜK AYAK BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Seide Karasel<sup>1</sup>, Dua Cebeci<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mağusa Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

<sup>2</sup>Mağusa Devlet Hastanesi, Dermatoloji

**Giriş:** Artrit ve cilt enfeksiyonları şişlik, kızarıklık, ısı artışı, hareket kısıtlılığı ve ağrı semptomları ile klinik benzerlik ve akut faz bulgularında yükselme ile labaratuvar olarak da benzerlik göstermekte ve ayırıcı tanıda önemlidir.Hastada eklem hareket kısıtlılığı ile birlikte kas güçsüzlüğü ve hipoestezisi olması sinir hasarını düşündürür.Bu olguda, cilt enfeksiyonu ,artrit ve düşük ayak olan hasta sunulmakta; tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 65 yaşında erkek hasta, sağ ayak sırtında şişlik, kızarıklık nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurmuş.Tinea pedise bağlı cilt enfeksiyonu düşünülerek antibiyoterapi ve lokal antimikotik başlanmış.Hastanın 5.gün kontrolünde yakınmaları kısmen azalmış, ayakbilek ve ayak metatarslarında şişlik ve hastanın ayağına basamaması nedeniyle fizik tedavi polikliniğine yönlendirilmiş.Hastanın muayenesinde sağ ayakbilek hareketleri ağrılı, kısıtlıydı. Metatarslarda palpasyonla hassasiyet mevcuttu.Ayakbilek çevresi sağda (sola göre) 4cm fazla, metatars çevresi de 3 cm fazla idi. Kas gücü muayenesinde ayakbilek dorsifleksiyonu: 2/5 iken diğer kas güçlerinde defisit yoktu. Duyu değerlendirmesinde L 5 dermatomuna uyan alanda hem yüzeysel dokunma hem de sıcaklık hissi olarak bakıldığında hipoestezisi mevcuttu. Hastada artrit ve düşük ayak ön tanıları ile diklofenak 75mg 2x1 başlandı, soğuk uygulama 3x10 dakika ve ayak elevasyonu önerildi. Hastanın ESR, CRP değerleri yüksek, RF ve hemogram değerleri normal sınırlardaydı. Lomber vertebra MRI nda L5 kök basısı mevcuttu. Hasta beyin cerrahisi ile konsülte edildi ,artrit tablosu gerileyene dek kas gücü takibi ve ACTH depot ampül gınaşırı 3 gün önerildi. Acil cerrahi girişim düşünülmedi.Dermatolji ile konsülte edilerek antibiyoterapisi 7.gün kesildi.Hastaya eklem hareket açıklığı egzersizleri pasif, aktif asistif başlandı. Artrit tablosu gerileyince rehabilitasyon programına başlandı, germe ve güçlendirme egzersizleri eklendi.Ayak bilek dorsifleksörlerine elektrik stimülasyonu uygulandı.İzleminde hastanın ağrısı geriledi, ödemi geriledi, kas gücü 4/5 olarak değerlendirildi. Hasta beyin cerrahisi ile de konuşularak ilerleyen kas gücü kaybı olmadığından konservatif takibe alındı.Hastanın ayağında yanma, uyuşma gibi nöropatik komponentli ağrısı başlaması üzerine pregabalin 75mg 1x1 başlanıp 2X1e çıkıldı. Hastanın yürümesi düzeldi, şikayetleri geriledi, takibi devam etmektedir.

**Sonuç:**Bu olgu artrit, enfeksiyon ve kas güçsüzlüğü birlikte olan bir hastada tanı ve tedavide multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** artrit, muskuloskeletal bozukluk



## ROMATİZMAL HASTALIKLARI NEDENİYLE ANTI-TNF İLAÇ KULLANANLARDA TEDAVİDE KALIM ORANLARI

Nilay Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balikesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**Giriş:** Romatizmal hastalıkları nedeniyle anti-TNF inhibitör ilaçlar kullananlarda tedavide kalıcılık, uzun dönem tedavi başarısı için önemli bir noktadır.

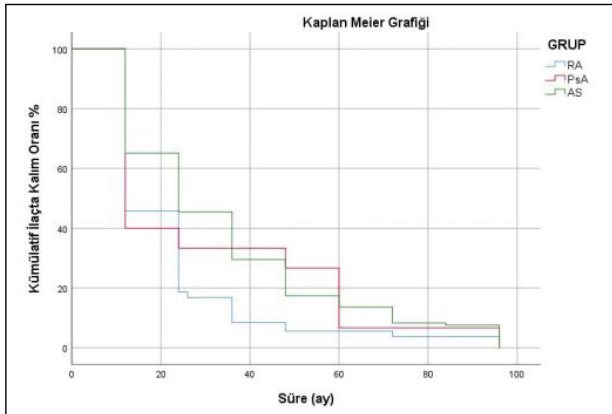
**Amaç:** Romatizmal hastalıkları nedeniyle anti-TNF inhibitör tedavisi alan hastalarda tedavide kalım oranları değerlendirilmiştir.

**Metod:** Balikesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriyatik artrit (PsA) tanıları ile takip edilen ve anti-TNF inhibitör ilaç tedavisi alan 255 hastanın veri analizi yapılarak bu ilaçlara olan devamlılıkları değerlendirilmiştir. İlaça devamlılık oranları Kaplan-Meier testi ile hesaplandı.

**Sonuç:** Takip edilen 255 hastanın 107'si RA, 132'si AS ve 15'i PsA idi. Bu hastaların 142'si (%55.7) kadın ve 113'ü (%44.3) erkek hastaydı. Hastaların yaş ortalaması ise 36.11 yıl idi. Tüm hastalıkların ortalama görülme süresi 14.65 yıldır. İlk bir yıl anti-TNF ilaç devamlılığı RA hastalarında %48.9, AS hastalarında %67.1 ve PsA hastalarında ise %40 idi. Bu oranlar takiplerin beşinci yılında ise RA hastalarında %21.8, AS hastalarında %32.4 ve PsA hastalarında ise %30.3 olarak elde edilmiştir (Şekil 1). İlaç devamlılığındaki median ortalamalar ise RA ve PsA için 12, AS için 24 olarak tespit edilmiştir (LogRank  $p < 0.001$ ). Toplam gözlem süreleri ele alındığında AS grubunun şu anki durumda diğer gruplara göre daha uzun süredir ilaç kullandığı görülmektedir. Ancak bu veri kliniğimizde yer alan hastaların şu anki takip süreleri kullanılarak elde edilmiştir.

**Tartışma:** RA, aksiyal SpA veya PsA hastalarında, başlangıçtan sonra anti-TNF inhibitör ilaçlarda kalıcılık olasılığı yüksekti. Daha detaylı bir gözlem sonrasında ilaçta kalım süreleri daha etkin bir şekilde elde edilecektir.

**Anahtar kelimeler:** anti-TNF, devamlılık, biyolojik ajanlar



Şekil 1. Anti-TNF inhibitör ilaç kullanımında devamlılık

## BEHÇET HASTALARINDA ÜVEİT VE EKLEM TUTULUMU İLİŞKİSİNİN ULTRASONOGRAFİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre Ata<sup>1</sup>, Murat Kösem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisi

<sup>2</sup>Yüksekova Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Servisi

**Giriş:** Behçet Hastalığı, genital ve oral aft, cilt lezyonları, eklem bulguları, oftalmik ve nörolojik tutulum ile karakterize, kronik, inflamatuvar, etyolojisi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Klinik belirtilerin çoğu vaskülit kaynaklıdır. En sık 20-40 yaşlarda görülmekte ve genç erkeklerde daha morbid seyretmektedir. Hastalığın patogenezi karışık ve hala tam olarak anlaşılamamıştır. Behçet hastalarında göz tutulumu %50-70 oranında görülür. En sık panüveit şeklinde görülür ve erkek cinsiyet, eklem tutulumunun varlığı, cilt lezyonları kötü vizüel prognoz ile ilişkili bulunmuştur. Eklem tutulumu prevalansı ise %40-70 arasında değişmektedir. Genellikle oligoartiküler, eroziv ve deforme edici olmayan türdedir. En sık diz eklemi, daha sonra ayak bileği ve el bileği gibi orta büyüklükteki eklemleri tutar. Bu çalışmada Behçet hastalarında; üveit varlığı ile femoral kartilaj kalınlığı arasındaki olası ilişki araştırılmıştır.

**Metodoloji:** Üveiti olan 20 hasta ve üveiti olmayan 20 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş, kilo ve klinik özellikler kayıt altına alınmış; femoral kartilaj kalınlığı ölçümleri hasta supin pozisyonda yatarak ve diz maksimum fleksiyonda iken lineer ultrasonografi probu ile aynı klinisyen tarafından yapılmıştır. Kartilaj kalınlıkları her iki diz için de yapılmıştır ve medial kondil, lateral kondil ve interkoniler alan olmak üzere her bir dizi için 3 bölgeden yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $P < 0.05$  kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Gruplar yaş, cinsiyet ve vücut ağırlığı açısından benzer özellikte idi. Üveit (+) grubunda her iki diz için medial ve lateral kondil kartilaj kalınlıkları üveit (-) grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha ince olarak belirlendi ( $p < 0.05$ ). İnterkondiler alan kartilaj kalınlığı sol diz için üveit (+) grubunda daha ince olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bununla birlikte sağ diz için interkondiler alan kartilaj kalınlığı üveit (+) grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha ince olarak belirlendi ( $p < 0.05$ ).

**Tartışma:** Bu çalışmada Behçet hastalarında üveit ile femoral kartilaj kalınlığı arasındaki olası ilişki ultrasonografi ile değerlendirilmiştir. Bu konuda daha önce çeşitli çalışmalar olmakla birlikte söz konusu çalışmalarda üveitin varlığı irdelenmemiştir. Uvea ve kartilaj dokunun kollajen dokudan zengin yapıda olması etkilenimin benzer bir patofizyoloji neticesinde olabileceğini düşündürülebilir. Bu çalışmada üveiti olan Behçet Hastalarında femoral kartilaj kalınlığının daha ince olduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle Behçet hastalarında üveit varlığının eklem tutulumuna yakınlık açısından bir risk faktörü olabileceği değerlendirilebilir. Bu veriden hareketle Behçet hastalarında diz osteoartriti açısından gerekli önlemler erken dönemde alınabilir. Behçet hastalarında eklem tutulumu değerlendirmesinde ultrasonografi ucuz, non-invaziv, güvenli bir yöntem olarak kullanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Behcet Syndrome, uveitis, knee, cartilage, ultrasonography

## AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ NEDENİYLE IL-1 RESEPTÖR ANTAGONİSTİ KULLANAN HASTADA GELİŞEN CİDDİ ENJEKSİYON BÖLGESİ REAKSİYONU

İsmail Uçar<sup>1</sup>, Bengisu Aslan<sup>1</sup>, Veli Yazısız<sup>1</sup>, Funda Erbasan<sup>1</sup>, Mustafa Ender Terzioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

**Giriş:** Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) otozomal resesif olarak geçen, tekrarlayan ateş, peritonit, plörit ve serözit ve artrit karakterize kalıtsal bir hastalıktır. Hastalığın prognozunu belirleyen en temel özellik amiloidozun varlığıdır. Kontrolsüz hastalıkta amiloidoza bağlı olarak, hastalarda proteinüriden son dönem böbrek yetmezliğine kadar klinik bulgular gelişebilir. Kolşisin tedavisinin yaygın kullanımı nedeniyle AAA hastalarının sadece az bir kısmında amiloidoz oluşmaktadır. Kolşisine yanıtız hastalarda ise tedavide interlökin-1(IL-1) antagonistleri kullanılmaktadır. Bu vakada anakinra tedavisi kullanan ve takipte enjeksiyon yerinde ciddi reaksiyon gelişen hastamızı sunmaktayız.

**Olgu:** 42 yaş, erkek hasta. Ataklar halinde olan eklemlerde şişlik ve ateş şikayeti ile hastada 2000 yılında proteinüri, kreatinin değerlerinde yükseklik saptanmış. Böbrek biopsisinde renal amiloidoz pozitif ve MEFV gen analizinde M694V homozigot pozitif saptanan hastaya AAA tanısı ile Kolşisin tedavisi başlanmış. Takipte son dönem böbrek yetmezliği gelişen ve 2 yıl hemodiyaliz tedavisi ile izlenen hastaya 2012 yılında canlıdan renal transplantasyon yapılmış. Takrolimus, Everolimus, Prednizolon ve Kolşisin tedavisi ile takip edilen hastada tekrarlayan artrit şikayetleri devam etmesi üzerine, 2016 yılında ilk defa polikliniğimize başvurdu. Tetkiklerinde akut faz değerleri yüksek seyreden (CRP:2,48 mg/dl, Serum Amiloid A: 62,2 mg/l, ESH:20 mm/h) hastada IL-1 reseptör antagonisti olan Anakinra tedavisine geçilmesi planlandı. Anakinra tedavisi başlanan hastada tedavinin 26. gününde karında enjeksiyon yapılan bölgelerde ciltten kabarık, altı sert ve eritemli lezyonlar (resim 1.) gelişmesi üzerine tedavi kesildi. Antihistaminik tedavi verilerek takip edildi. İlaç kesildikten bir ay sonra lezyonlarda tamamen gerileme olması üzerine hastada tedaviye kanakinumab ile devam edilmesi planlandı. Mart 2017'den bu yana Kanakinumab tedavisi ile hastada artrit atakları son 2 yıldır tekrarlamadı ve akut faz değerleri normal olarak seyretti.

**Tartışma:** Ailesel Akdeniz Ateşi, periton, plevra ve sinovyum gibi seröz zarların akut infl amasyonu, ateş yüksekliği ve genelde 12–72 saat içinde kendi kendini sınırlayan ataklarla seyreden bir hastalıktır. Atak döneminde C-Reaktif Protein (CRP) ve serum amiloid A (SAA) gibi akut faz reaktanlarının arttığı gösterilmiştir.

AAA'nin en ciddi komplikasyonu amiloidozdur. Amiloidoz ile atakların tipi, şiddeti ve sayısı arasında bir ilişki yoktur. Serum Amiloid A'nın (SAA) başta böbrekler olmak üzere, adrenal, bağırsaklar, karaciğer ve testisler gibi alanlarda birikmesine bağlı olarak amiloidoz gelişir. Yeterli tedavi edilmeyen hastalarda nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliği gelişebilir. AAA'de tedavide başlıca ilaç kolşisindir. Günlük önerilen profilaktik kolşisin dozu 1-1,5 mg'dır. Kolşisin ile hastaların %80'e yakınında tam remisyon sağlanır. Atakları önleme dışında amiloidoz gelişimini de önler. Kolşisin ile hastalık kontrolü sağlanamayan veya kolşisini tolere edemeyen hastalarda IL-1 inhibisyonu ikinci sıra tedavi olarak günümüzde kullanılmaktadır.

Bizim vakamızda da kolşisine rağmen atakları devam ettiği için IL-1 reseptör antagonisti olan 'Anakinra' tedavisi geçildi. Tedavi ile enjeksiyon bölgesinde ciddi reaksiyon gelişmesi üzerine tedaviye devam edilemedi. Kanakinumab, IL-1-beta'ya karşı insan immunglobulin G antikorunu, tedavisine başlanan hasta iki yıldır ataksız takip edilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Ailesel Akdeniz Ateşi, Amiloidoz, Anakinra, İnterlökin-1



**Resim 1.** Hastanın enjeksiyon bölgesinde gelişen ciltten kabark, altı sert, ağrılı ve eritemli lezyonların görünümü

## SİSTEMİK JÜVENİL İDYOPATİK ARTRİT: TEK MERKEZ DENEYİMİ

**Esra Bağlan<sup>1</sup>, Semanur Özdel<sup>1</sup>, Mehmet Bülbül<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Romatoloji Kliniği

**Giriş:** Jüvenil idyopatik artrit (JİA) çocukluk çağında en sık görülen kronik romatolojik hastalıktır. Sistemik JİA (sJİA), JİA alt tiplerinden biri olup, sistemik özelliklerin baskın olması ve ölümcül komplikasyon riskinin olması nedeniyle diğer alt tiplerinden ayrılır.

**Amaç:** Dr Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde 2017-2019 yılları arasında takip edilen 33 sistemik JİA hastasının klinik ve laboratuvar özellikleri ile tedavi yanıtları değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler::** Sistemik JİA hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar verilerine geriye dönük olarak bilgi işlem sisteminden ulaşılmıştır. Tüm olgular için hastalık tanı alma yaşı, tanı alma süresi, toplam izlem süresi, ilk tanı anındaki klinik bulguları, laboratuvar değerleri ,uygulanan tedavilerin dozu, kullanım süresi ve kesilme zamanı, hastalık seyri değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan toplam 33 sJİA olgusunun 19( % 58)' u kız, 14( % 42)'ü erkek cinsiyette idi. Ortalama hastalık başlangıç yaşı 5.2+ 4.7 yıldır.Hastaların hepsinde ateş (%100), 17 (% 51.5) hastada döküntü, 9 (% 27.3) hastada artralji, 12 (% 36.4) hastada artrit mevcuttu. Sistemik JİA tanısı öncesi 4 hasta Kawasaki hastalığı, 1 hasta sepsis, 1 hasta PAN, 2 hasta ürtiker tanısı almıştı. Yedi hastada izlemde yoğun bakım desteği gerekti. On hastada makrofaj aktivasyon sendromu tanı sırasında saptandı. Olguların tümü steroid tedavisi aldı. 16 (% 48.5) olgu 2 mg/ kg/ gün dozunda ,daha ağır kliniği olan 17(% 51.5) olgu ise 30 mg/kg/gün pulse steroid tedavisi aldı. İki hastaya plazmaferez yapıldı.İki hastada İVİG, 5 hastada anakinra, 16 hastada metotreksat,3 hastada tosilizumab kullanıldı.İlaçsız remisyonda olan 11(%33.3) olgu, ilaç altında remisyonda olan 22(%66.7) olgu saptanmıştır. Olguların 20(%60.6)' si monosiklik, 7(%21.2)'si polisiklik, 6(%18.2)'sı poliartiküler seyir gösterdi.

**Sonuç:** Sistemik JİA morbiditesinin ve mortalitesinin diğer JIA tiplerine göre daha yüksek olması nedeniyle özel bir önem taşır. Makrofaaj aktivasyon sendromu sJİA'nın en önemli komplikasyonudur. Sistemik JIA tedavisinde halen en önemli ilaç grubu steroidlerdir. Steroide yanıtız olgularda,uzun dönem eklem komplikasyonlarını ve steroidlerle ilgili komplikasyonları engellemek amaçlı biyolojik ilaçlar da etkin olarak kullanılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Arthritis, Juvenile Idiopathic

## NADİR GÖRÜLEN BİR MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU NEDENİ: KAWASAKI HASTALIĞI

**Esra Bağlan<sup>1</sup>, Semanur Özdel<sup>1</sup>, Tülin Güngör<sup>1</sup>, Evra Çelikkaya<sup>1</sup>, Deniz Karakaya<sup>1</sup>, Mehmet Bülbül<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji-Romatoloji Kliniği

**Giriş:** Kawasaki hastalığı; 5 günden uzun süren ateş, konjonktivit, polimorfik döküntü, çatlak dudaklar, ekstremitelerdeki değişiklikler ve servikal lenfadenopati ile karakterize 6 ay ile 5 yaş arasındaki çocuklarda görülen, koroner arterleri tutmaya yatkınlık gösteren, özellikle orta ve büyük çaplı damarları tutan akut bir vaskülitir. Makrofaq Aktivasyon Sendromu (MAS) ise sekonder hemofagositik lenfohistiyozis olarak da bilinir ve romatolojik hastalıklara ikincil olarak görülür. En sık sistemik juvenil idyopatik artrit (JIA)'de görülmekle birlikte nadir olarak Kawasaki hastalığı seyrinde de ortaya çıkabilir. Nadir ve potansiyel olarak ölümcül bir komplikasyondur.

**Olgu:** Daha öncesinde tamamen sağlıklı ve herhangi bir bilinen hastalığı olmayan 3,5 yaşında erkek hasta 1 haftadır devam eden dirençli ateş nedeniyle dış merkezde yatırılarak tedavi edilmisti. Bir hafta süren çoklu antibiyotik kullanılmasına rağmen ateşi düşmeyen hasta ateş etyolojisi araştırılması için hastanemize sevk edilmisti. Başvuru sırasındaki fizik muayenesinde genel durumu halsiz ve düşküdü. Her iki gözünde konjunktivalarda kızarıklık ile bilateral servikal-submandibuler lenfadenopatisi mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde; hemogloblin: 8,2 gr/dl , beyaz küre sayısı:7600/mm<sup>3</sup> , trombosit sayısı: 168,000/mm<sup>3</sup> sedimentasyon:15 mm/saat CRP:167 mg/dl; karaciğer enzimleri ALT:67 AST:337 gelmişti. Ferritin:31,000 ng/mL idi. Boyun ultrasonografisinde (USG) submandibuler, ön-arka servikal lenfadenopati (LAP); abdomen USG'sinde hepatosplenomegali saptandı. Kemik iliği aspirasyonu normaldi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde 35 hücre görüldü. BOS kültüründe üreme olmadı. Ekokardiyografisinde minimal mitral yetmezlik, sol koroner arterde dilatasyon saptandı. Hastaya dirençli ateş, servikal LAP, bilateral pürülan olmayan konjonktivit, aseptik menenjit ve EKO'sunda koroner arterlerde dilatasyon saptanması nedeniyle Kawasaki hastalığı tanısı konuldu. Genel durumunda bozulma, dirençli ateş, karaciğer enzimlerinde yükselme, pansitopeniye gidiş ve ferritin değerlerindeki yükseklik nedeniyle de Kawasaki hastalığına sekonder MAS düşünüldü. Beş gün süreyle 30 mg/kg/gün pulse metilprednizolon ve 2 gr/kg İVİG tedavisi verildi. 50 mg/kg aspirin tedavisi başlandı. İlk steroid tedavisi sonrası ateşi düştü. Kontrol EKO'da da (1.hafta) sol koroner arterde genişleme devam etmekteydi. Yatışının 7. gününde dirençli ateşi başladı. 1 kez disürisi oldu ve steril piyürisi saptandı. Kontrol kültürlerinde üreme olmadı. Ateşinin tekrarlama, eşlik eden enfeksiyon odağı olmaması, steril piyüri, akut faz reaktanları ve ferritin artışıyla Kawasaki-relaps olarak değerlendirildi. Steroid idame tedavisine ek olarak 50 mg/gün anakinra tedavisi başlandı. İlk 48 saat içinde ateşi düştü. Anakinra tedavisi 14.gününde kesildi. Steroid tedavis 3.ayında kesildi. Hasta şu an ilaçsız izlenmektedir. Üç ay sonraki kontrol EKO'su normal olarak değerlendirildi.

**Tartışma:** Romatolojik hastalıklar seyrindeki MAS için standardize edilmiş bir tedavi yoktur. Çoğunlukla kortikosteroidlere iyi yanıt verir. Yanıtsızlık durumunda immün baskılayıcı ilaçlar, anti-IL1 anti-korları gibi diğer tedavilerle kombinasyon halinde kullanılır. Mortalitesi % 8- 22 arasında değişmektedir. Kawasaki hastağında da MAS gelişebileceği akla gelmez. Erken tanı prognozda iyileşme sağlayacağı için önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Kawasaki Disease, Mucocutaneous Lymph Node Syndrome, Macrophage Activation Syndrome

## TÜBERKÜLOZA SEKONDER MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU

**Mert Öztaş<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Romatoloji*

46 yaşında hasta; 1996 yılından beri Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), 1997 yılından beri Ankilozan Spondilit tanılı. AAA için kolşisin 1,5 gr/gün ile tanı tarihinden itibaren stabil seyretmekte. AS için 4 yıl etanercept almış olan hasta yanıt kaybı nedeniyle 2012 yılından itibaren adalimumab ile izlenmekte. Hastanın anti-TNF tedavisi öncesi PPD' si 11 mm olup, 9 ay izoniazid kullanım öyküsü mevcut.

Hasta 28 Eylül 2018'de nefes darlığı, son 1 ayda 10 kg kayıp, gece terlemesi ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvurdu. EKG' sinde özellik saptanmayan ve PAAC grafisinde bilateral minimal plevral efüzyon harici bulgu saptanmayan hastanın ekokardiyografi' de sol ventrikül arkasında 1 cm efüzyon alanı izlendi, tamponat izlenmedi. Hemogram ve biyokimyasasında lökosit: 2.000/mm<sup>3</sup>, nötrofil: 1.000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 10 gr/dl, trombosit: 156.000/mm<sup>3</sup>, CRP: 68 mg/L, ALT: 130 IU/L, AST: 123 IU/L, Na: 139 mmol/L, potasyum: 4.6 mmol/L, üre: 60 mg/dl, kreatinin: 1,78 mg/dl, fibrinojen: 352 mg/dl, INR: 1.2 olarak saptandı. Hastada ön tanı olarak makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) düşünülerek 60 mg intravenöz prednizolon başlandı. Malignite ekartasyonu açısından hastaya PET-BT çekildi. PET-BT' de perikard iç zarında ve bilateral sürrenal bezlerde SUVMAX sırasıyla 10 ve 12 olarak raporlandı, bu bulgulara haricinde patolojik bir FDG tutulum alanı izlenmedi. Yapılan kemik iliği aspiratında hemofagositoz gösterildi. Patolojik FDG tutulumu olan sürrenal glanddan tru-cut biyopsi yapıldı. Altmış mg/gün prednizolon tedavisinin altında lökosit sayısının normal aralığa ulaşmasına ve akut faz değerlerindeki gerilemeye rağmen transaminazlarda yükselme ve fibrinojen düşüklüğünün derinleşmesi nedeni ile 3 gün 1 gram/gün pulse prednizolon uygulandı. Takibinde hektik ateşi olan ve genel durumu kötüleşen hastanın çekilen toraks BT'sinde her iki akciğer üst loblarda miliyer tüberküloz ile uyumlu olabilecek nodüler lezyonlar görüldü. Bronkoalveolar lavaj (BAL) ve bronkoskopik biyopsi yapılan hastada, BAL' da asite rezistan boyanan bakteri (ARB+) görülmesi üzerine dördümlü anti-tüberküloz tedavisi başlandı.

**Anahtar kelimeler:** Ankilozan Spondilit, Makrofaj Aktivasyon Sendromu, Tüberküloz

## ANKILOZAN SPONDİLİTTE NADİR GÖRÜLEN GÖZ TUTULUM ŞEKLİ: TEDAVİYE DİRENÇLİ BİLATERAL KRONİK POSTERİOR ÜVEİT RETİNİT OLGUSU

Ali Nail Demir<sup>1</sup>, İlhan Sezer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ftr Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Ankilozan spondilit (AS) primer olarak sakroiliak eklemleri, omurga ve tendonları etkileyen kronik inflamatuvar sistemik romatizmal bir hastalıktır.en sık görülen eklem dışı tutulum akut anterior üveit (AAÜ) şeklindedir. Üvea gözün damar ve pigmentten zengin orta tabakası olup anatomik tutulum yerine göre ön, orta, arka ve panüveit olarak isimlendirilir. Bu olgu sunumunda, AS'li bir olguda en sık görülen göz tutulumu olan tedaviye iyi yanıt veren unilateral AAÜ'den farklı olarak bilateral kronik rekürren üveit ve retinal tutulum gösteren tedaviye dirençli göz tutulumu olabileceğini akılda bulundurmak gerektiğini vurgulamak istedik.

**Olgu:** 37 yaşında kadın hasta 2013 yılında 3 aydan uzun süredir inflamatuvar bel kalça ağrısı topuk ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın HLA B27 pozitifliği sakroiliak grafide bilateral sakroileit ile uyumlu grafi bulguları akut faz yüksekliği fizik muayene sakroiliak kompresyon schober 3.5 cm öyküde erkek kardeşte AS olan hastaya Ankilozan spondilit teşhisiyle indometazin 25 mg 3\*1sülfasalazin 500 mg 2\*2 başlanmış. Takiplerinde hastalık aktivitesinin devamı nedeni ile çekilen manyetik rezonans görüntüleme bilateral sakroileit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptanması nedeni ile nsaid değişikliği yapıp biyolojik tedavi hazırlığı yapılmış. Nisan 2014'te adalimumab 40 mg/ 2hafta başlanmış. Etkisizlik ve ek nsaid ihtiyacı nedeni ile Ağustos 2015'te etanercept 50 mg/ hafta başlanmış. Ocak 2017'de sağ gözde hiperemi,fotofobi,ağrı şikayeti sonrası göz birimine konsülte edilen hastada fundusta bilateral vitrit vaskülitik değişiklikler nedeni ile topikal tedavisi düzenlenmiş olup sistemik tedavi olarak metilprednizolon 48 mg /gün azatiopürin 100 mg başlandı. Gastrointestinal intolerans nedeni ile azatiopürini kesen hastaya göz ile konsülte edilip etanerceptten infliksimaba geçilmiş. İnfliksimaba bağlı kcft yüksekliği ve anaflaktik reaksiyon gelişen hastanın bu süreçte posterior üveit atakları devam ettiğinden çekilen OCT(optik koherens tomografi) görüntüleme bilateral vasküler sızdırma saptandı. Kronik rekürren posterior üveit ve sekel vaskülitik değişiklikler nedeni ile sertolizumab 200 mg\*2 yükleme dozu subkutan başlandı. Hasta bu süreçte metilprednizolon tedavisine devam etti sertolizumab pegol ile eklem yakınmaları olmayan hastaya göz tutulumunun devam etmesi nedeni ile ek immünsüpresan tedavi planlandı.

Özellikle HLA b27 pozitifliği olan Ankilozan Spondilitte göz tutulumu en sık AAÜ şeklinde olup genelde tedaviye iyi yanıt vermektedir. Tedavi sonrası sekel değişiklikler beklenmemektedir. Olgumuzda olduğu gibi nadiren literatürde bildirilmiş biyolojik tedavi ve immünsüpresif tedaviye rağmen görme kaybına yol açabilecek kronik rekürren gözün posterior segmentini etkileyen tutulum şekilleri olabilmektedir. Bu durumda sistemik tutulum ile ilgili branşlarla konsültasyon istenmeli gerekirse tedavi seyri değiştirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Ankilozan spondilit, posterior üveit, retinit



## SARKOİDOZ TANILI HASTADA DİFFÜZ SİSTEMİK SKLEROZ GELİŞİMİ: OLGU SUNUMU

Emine Figen Tarhan<sup>1</sup>, Utku Tapan<sup>2</sup>, Deniz Kayış<sup>3</sup>, Özge Tapan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı/Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sarkoidoz başta akciğerler olmak üzere( %90) deri, göz, lenf bezleri, visseral organlar gibi birçok sistemi tutabilen, etiyojisi kesin olarak bilinmeyen, histopatolojik olarak nonkazeifiye granülomlar ile karakterize otoimmün bir hastalıktır(1). Skleroderma deri ve visseral organların fibrozisi ve vaskülopati ile karakterize otoimmün romatizmal hastalıktır (2). Sarkoidoz ve skleroderma birlikteliği oldukça nadir görülür.(3)

Biz sarkoidoz hastalığı nedeniyle tedavi alan hastada diffüz sistemik sklerozis tanısı koyduk.

**Olgu:** 44 yaşında erkek hasta, mermer ocağında çalışıyor. Hiçbir semptomu olmayan hasta yıllık iş-yeri kontrolleri esnasında akciğer hastalığı olduğu söylenerek göğüs hastalıkları uzmanına sevk ediliyor. Fizik muayenesinde akciğer orta ve bazallerde ince krepital ral tespit edilen hastanın Torakoabdominal tomografisinde; mediastende, her iki hilusta en büyüğü subkarinal alanda 32x21 mm boyutunda, paragastrik alanda ve mezenterik yağlı planlarda büyüğü 18x10 mm boyutunda olmak üzere multipl lenf nodları, sağ akciğer orta lobda, sol akciğer lingulada ve her iki akciğer alt lobda yaygın buzlu cam alanları ve özafagusta dilatasyon görülüyor. ACE 117,01 U/L (8-52). Solunum fonksiyon testi (SFT):FVC:%50 FEV1/FVC:%86. Mediastinoskopi ile lenf nodu biyopsisi non kazeifiye granulomatöz lenfadenit olarak raporlanıyor. 4 yıldır mermer ocağında çalışıyor, öncesinde 26 yıl plastik sanayide çalışmış. 23 paket/yıl sigara kullanmış. Sarkoidoz tanısı ile metilprednizolon 32 mgr/gün başlanmış ve doz azaltılmış. Hastada deri sertliği tespit edilmesi üzerine romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Sorgulamada raynaud fenomeni mevcuttu. Fizik muayenesinde sklerodaktili ağız açıklığında azalma, telenjektaziler, göğüs ön duvarında deri sertliği tespit edildi. Antinükleer antikor(ANA) 1/320 granüler ve nükleolar pozitif geldi. Kapilleroskopi dev kapiller ve kanama alanları mevcuttu. Pulmonar arter basıncı normal. Diffüz Sistemik skleroz tanısı konulan hastaya metilprednizolon 4 mg/gün, nifedipin 30 mg/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, hidrosiklorokin 400 mg/gün ile tedaviye devam edildi.

Sonuç olarak akciğer tutulumu gibi ortak klinik, fibroz gelişimi gibi ortak patolojik bulguları olan fakat Th1(sarkoidoz) ve Th2(sistemik skleroz) gibi iki farklı yolların hakim olduğu hastalıkların birlikteliğini gösterdik.

**Anahtar kelimeler:** Sarkoidoz, Sistemik Skleroz, Mediastinal Lenfadenopati

## “MAKİNİST ELİ” GÖRÜNÜMÜ OLAN BİR ANTİ SENTETAZ SENDROM OLGUSU

**Mehmet Levent Yüksel<sup>1</sup>, Serdar Sezer<sup>1</sup>, Gülay Kınıklı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

**Giriş:** Anti sentetaz sendromu, dermatomyozit ya da polimiyozit hastalarının çeşitli klinik bulgularını bir arada bulunduran bir durumdur. Anti sentetaz antikorlarına ek olarak interstisyel akciğer hastalığı, inflamatuvar myopati ve inflamatuvar poliartrit üçlüsünden en az ikisinin birlikteliğinde düşünülmelidir. Vakamız “makiniist eli görünümü” ile karakterize bir anti sentetaz sendromu olgusudur.

**Olgu:** 24 yaşında kadın hastanın Mart 2018’de proksimal kas güçsüzlüğü, Kasım 2018’de nefes darlığı şikayeti başlıyor. Hem kas güçsüzlüğü hem de nefes darlığı şikayetleri giderek artan, parmak palmar ve lateral yüzlerinde soyulmalar oluşan hastanın Aralık 2018’de çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) her iki akciğerde buzlu cam tarzında dansite artışı izleniyor ve pnömoni tedavisi başlanıyor. Antibiyoterapiye rağmen şikayetleri gerilemeyen, ALT ve AST düzeylerinde artış olan hasta göğüs hastalıkları bölümüne yatırılıyor. Tetkiklerinde kreatin kinaz(CK) yüksekliği de saptanması üzerine tarafımıza danışılıyor. Hastanın ENA profilinde Anti Jo1 ve Anti Ro52 3+, myozit ilişkili antikor panelinde Anti MI2 Alfa antikor 2+ saptanırken Şubat 2019’da çekilen toraks BT’sinde bilateral akciğer alt lob ve periferik zonlarda konsolidasyon ve buzlu cam alanları izleniyor. EMG’de patolojik bulgu izlenmeyen hastaya önerimizle 60 mg/gün metilprednizolon, steroid tedavisinin 3. gününde ise azatiyopürin tedavisi başlanıyor ve ardından hasta kliniğimize devralınıyor. Tedavi sonrası parmaklardaki hiperkeratotik döküntüleri ve nefes darlığı şikayeti gerilerken proksimal kas güçsüzlüğünde kısmi yanıt oluyor. Yatışının 3. haftasında CK düzeyi yükselme eğiliminde olan hastaya IV immunoglobulin tedavisi başlanıyor ve tedavi ile birlikte proksimal kas güçsüzlüğünde belirgin düzelleme, CK düzeyinde %50’den fazla gerileme oluyor. Hasta IV immunoglobulin tedavisi öncesi, 38.4 C ateş yüksekliği sonrası başlanan piperasilin-tazobaktam antibiyoterapisini almakta olup, halen kliniğimizde yatmaktadır.

**Tartışma:** Anti sentetaz sendromu, ateş ve kilo kaybı gibi yapısal semptomlar, myozit, Raynaud fenomeni, makiniist eli, artrit ve interstisyel akciğer hastalığı gibi klinik bulguları içerebilen bir sendromdur. Bu bulgular anti sentetaz antikorlarına spesifik olmamakla birlikte, anti sentetaz antikorları bulunan hastalar bulunmayanlara göre daha belirgin veya şiddetli myozit ve interstisyel akciğer hastalığına sahiptirler. Bizim olgumuzda anti Jo1 pozitifliği, akciğer tutulumu, myoziti ve makiniist eli görünümü birlikteliği olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** anti sentetaz sendromu, makiniist eli



**Resim 1.** Makinist eli görünüm

## DEV HÜCRELİ ARTERİTİN NADİR KOMPLİKASYONU: DEV DİL ÜLSERİ

**Mustafa Erdoğan<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>**

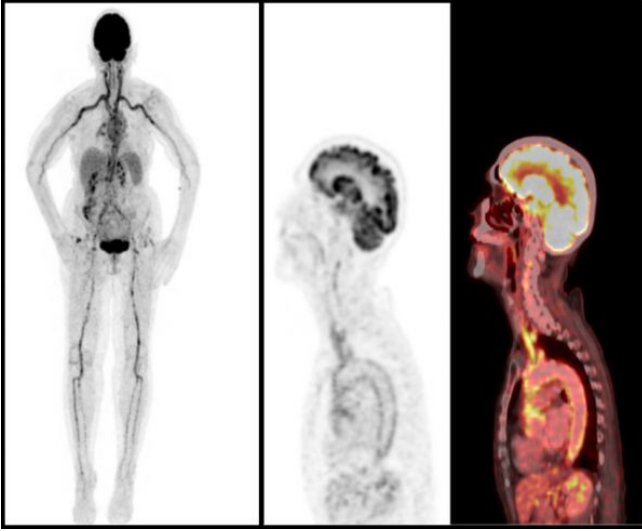
<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

**Giriş/Amaç:** Dev dil ülser dev hücreli arteritin nadir görülen bir komplikasyonudur. Kliniğimize dev dil ülseri ve akut faz yüksekliği nedeni ile başvuran dev hücreli arterit vakasını sunuyoruz.

**Olgu:** 85 yaş kadın hasta akut faz reaktan yüksekliği nedeni ile Romatoloji polikliniğimize yönlendirildi. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın 4 ay önce başlayan halsizlik iştahsızlık yakınmasının 2. Haftasında başlayan ve 3 hafta süren sol hemikraniyal ağrı öyküsü vardı. Ağrıya eşlik eden nörolojik yakınma, görme kaybı yok. O dönemde yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 80mm/saat saptanmış. Çekilen kraniyal MRI , temporal arter doppler USG'de özellik saptanmamış, bilateral karotis arterlerde ise %50 darlığa neden olan kalsifik plaklar saptanmış. Ağrı şikayeti gerileyen hastanın 3 hafta sonra sağ hemikraniyal ağrı ve bilateral çene kladikasyo yakınması başlamış ve takip eden 2. günde dil sağ yarımında üzeri pürülan görünümde ~3x2 cm boyutunda ülser ve ateş yakınması başlamış. Dil ülseri (Resim 1) nedeni ile tetkik edilen hastanın yara yeri kültüründe Pseudomona Aeruginosa üremesi ve alınan punch biyopside non-spesifik iltihabi reaksiyon ve granülasyon görülmesi üzerine travmatik ülseratif granüloma (TUG) zemininde enfeksiyon düşünülerek antibiyoterapi başlanmıştır. Hasta taburculuk sonrası 4. haftada akut faz yüksekliğinin devam etmesi nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hasta değerlendirildiğinde asemptomatikti. Fizik muayenesinde dilde atrofik lezyonu mevcuttu. (Resim 2) Temporal arter iz düşümünde hassasiyet veya tortiozite artışı ve büyük arter iz düşümlerinde ve kardiyak odaklarda üfürüm saptanmadı. Tüm sistemik muayeneleri doğaldı. Göz dibi muayenesinde makülalar hafif soluk görüldü. Laboratuvar değerlendirmesinde ESH:46mm/saat, CRP:43mg/dL ve mikrositer anemi saptandı. Temporal arter doppler USG'de sol temporal arterde hafif azalmış akım hızı dışında özellik saptanmadı. Çekilen PET-CT'de asendan ve arkus aortada en yüksek olmak üzere tüm büyük damar traseslerinde vaskülit ile uyumlu FDG tutulumu saptandı. (Resim 3)Hastaya dev hücreli arterit tanısıyla pulse steroid tedavisini takiben 4mg/kg/ay dozu ile Tocilizumab tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında aktif klinik yakınması olmayan hastada ESH:22mm/saat, CRP: 3mg/dL saptandı.

**Sonuç/Tartışma:** Dil ülseri nedeni ile tetkik edilen hastalarda dilin primer maligniteleri ihtimali göz ardı edilmeden, ayırıcı tanıda vaskülit düşünülmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Dev hücreli arterit, Dil Ülseri, Temporal arterit, Vaskülit



**Resim 1.** PET-CT Yaygın Vasküler FDG Tutulum



**Resim 2.** Dil Ülseri - Atrofik İyileşme Görüntüsü

**Tablo 1. Büyük Damar Vaskülitleri Önerilen Aktivite İndeks Parametreleri- Tedavi Öncesi**

<b>Kategori/ organ sistemi</b>	<b>Aydın SZ ve ark.</b>	<b>AGATA</b>
Konstitusyonel	Ateş > 38 °C Halsizlik Kilo kaybı*	Uzamış ateş (>38 °C, >1 hafta)
Laboratuvar anormallikler	Eritrosit sedimentasyon hızı C Reaktif Protein Hemoglobin/Hematokrit	ESR > 40 mm/st Anormal CRP Çene/dil ağrısı:kladikasyon Yeni başlayan ekstremiteler kladikasyonu Gezici olmayan vasküler duyarlılık
Vasküler parametreler	Yeni üfürüm(ler) Yeni gelişen nabız kaybı Yeni gelişen zayıf nabız(lar) Asimetrik kan basıncı ölçümü Nabız eşitsizliği Ekstremiteler kladikasyonu	
Gastrointestinal	Abdominal ağrı ( vaskülitik)	
Kutanöz	Saçlı deride nekroz/hassasiyet*	
Muskuloskeletal	Artralji Miyalji Sabah tutukluğu*	
Hasta kökenli sonlanımlar	Genel sağlık ilişkili sonlanım ölçütleri SF-36 (tüm komponentleri) Hasta ağrı değerlendirme Hasta global değerlendirme Yorgunluk ölçüm aracı	
Görüntüleme	BT anjiyografi PET-BT MR anjiyografi USG	
Kardiyovasküler	Karotidini Ekstremiteler hipoperfüzyonu Göğüs ağrısı: perikardiyal veya anjina Yeni gelişen hipertansiyon Vasküler yetmezliğe bağlı diğer semptomlar	
Renal	Kan basıncında artış (sistolik/diastolik)	
Oküler	Geçici görme kaybı(amarozis fugax) Bulanık görme Retinal vaskülit (tromboz veya anevrizma) Yeni kalıcı görme kaybı Skotom/Diplopi*	İskemik retinopati
Nörolojik	Geçici iskemik epizodlar Senkop İnme Yeni/kötüleşmiş baş ağrısı Hemiparezi/paraparezi	Geçici iskemik atak İnme Baş ağrısı
Klinisyen kökenli değerlendirmeler	Klinisyenin global değerlendirme(?) Relaps (genel tanımlama) Vaskülit Hasar İndeksi (VDI) Glukokortikoid dozunda artış Yeni/artırılmış immunsupresif tedavi DEI-Tak	Steroid başlanmasını veya doz artışı gerektiren DHA ilişkili her türlü semptom/bulgu

## SEKUKINUMAB SONRASI BEHÇET SENDROMU ALEVLENMESİ: İKİ OLGU BİLDİRİMİ

Elif Dinçses<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

**Giriş:** Sekukinumab psöriazis, psöriatik artrit ve ankilozan spondilitte (AS) etkinliği onaylanmış olan İnterlökin- 17A monoklonal antikorudur. Crohn hastalarında yapılan kontrollü çalışmada etkisizlik ve AS hastalarında ortaya çıkan inflamatuvar barsak hastalığı olguları bildirilmiştir. Behçet Sendromuna (BS) bağlı üveit çalışmasında ise etkisizlik ile BS alevlenmeleri bildirilmiştir. AS tanılı iki hastada sekukinumab tedavisi sonrası BS alevlenmesi ve yeni ortaya çıkan BS olgusu sunmayı amaçladık.

### Olgu Sunumu

**Olgu 1:** 34 yaşında erkek, 2008'de bilateral evre 4 sakroileit ve periferik artrit ile AS tanısı almıştı (Resim 1). Oral aft (OA) ve genital ülser (GÜ), paterji pozitifliği, papülopüstüler lezyon ve 2 kere femoral ve popliteal ven trombozu atağı ile 2010 da BS tanısı eklenmişti. HLA B27 ve HLA B51 pozitif. İnflamatuvar ağrıları için infliksimab, adalimumab ile yetersiz yanıt görüldükten sonra yaklaşık 4 yıl etanersept kullanmıştı. Nükseden bel kalça ağrısı ve diz artrit, eşlik eden CRP (70 mg/dl) yüksekliği olması üzerine sekukinumab 150 mg/hafta başlandı. Dördüncü yükleme dozu sonrasında OA, GÜ, diz artrit, ateş ve CRP:95 mg/dl Sedimentasyon:44 mm/sa olması üzerine ilaç kesildi. Sistemik inflamasyon olması nedeniyle gönderilen gaytada lökosit ve eritrosit görüldü. Asemptomatik olmasına rağmen kolonoskopi yapılan hastada; ileumda 3 adet 1 cm çaplı derin ülserler ve inen kolondan rektuma kadar çok sayıda aftöz ülserler görüldü. Patolojik incelemede villusların korunmuş, ödem, lenfoid folliküllerin eşlik ettiği fokal aktif kolit saptandı (granülom yoktu). Prednizolon 10 mg/gün ve yükleme dozu ile sertolizumab başlandı. Bir hafta sonra akut faz yüksekliği ve ateş geriledi; şikâyetlerinin geçmesi nedeniyle kolonoskopi kontrolünü kabul etmedi. Sağ koksofemoral eklem osteoartritine bağlı ağrısı dışında şikâyeti olmayan hasta sertolizumab ile 10 aydır remisyonunda takip edilmektedir.

**Olgu 2:** 29 yaşında erkek, bilateral evre 3 sakroileit ve periferik artrit ile 2010'da başka bir merkezde AS tanısı almış (Resim 2). Adalimumab, etanersept ile sekonder yanıtızlık sonrası sertolizumab başlanmış ancak ön üveit atakları olmuş ve ağrıları nüksetmiş. Bunun üzerine başlanan sekukinumab 150 mg/hafta 3. yükleme dozundan sonra ateş, bacaklarda bilateral yüzeysel tromboflebit, OA, GÜ gelişmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. CRP: 96 mg/dl Sedimentasyon:45 mm/sa ve göz muayenesinde bilateral panüveit saptandı. HLA B27 pozitif, HLA B51 negatif. BS tanısı ile metilprednizolon 1 gr/gün (3 gün) ve azatiyopurin ve infliksimab 5 mg/kg başlandı. Tedaviden 1 hafta sonra şikâyetleri geriledi ve CRP:5 mg/dl idi. Azatiyopurin ve infliksimab ile 9 aydır remisyonunda takip edilmektedir.

**Tartışma:** İnterlökin- 17A proinflamatuvar etkisinin yanısıra mukozal bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara karşı koruyucu rolü olan bir sitokindir. BS üveiti olan hastaların periferik kanında da yüksek seviyede olması BS patogenezinde rol alabileceğini düşündürmüştür ancak BS- üveit çalışması bunu desteklememiştir. Ayrıca iki olgumuzda sekukinumab sonrası mukozal ve sistemik inflamasyon tetiklenmiştir. Sonuçlar düşünüldüğünde BS tanılı hastalarda sekukinumab kullanımında dikkatli olunması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sekukinumab, Behçet, Ankilozan spondilit



**Resim 1.** Tedavi Öncesi



**Resim 2.** Tedavi Sonrası



## ERİŞKİN HSP'DE NÖTROFİL/LENFOSİT, PLATELET/LENFOSİT VE ORTALAMA PLATELET HACMİ/ PLATELET ORANLARI VE HASTALIK ŞİDDETİ

Emre Tekgöz<sup>1</sup>, Seda Çolak<sup>1</sup>, Muhammet Çınar<sup>1</sup>, Sedat Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

**Giriş:** Henoch-Schönlein Purpurası (HSP) diğer adı ile immünglobulin A vaskülit (IgAV) sıklıkla çocuklarda olmakla birlikte her yaşta görülebilen, erişkinlerde daha ciddi seyreden bir küçük damar vaskülitidir. Hastalık seyrinde cilt tutulumu başta olmak üzere kas-iskelet, gastrointestinal ve renal tutulum da görülebilmektedir. Sistemik inflamatuvar hastalıklarda hematolojik parametrelerden elde edilen indeksler olan nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve platelet lenfosit oranı (PLO) artarken, ortalama platelet hacminin platelet sayısına oranı (OPH/P) azalabilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada erişkin HSP hastalarında hastalık ciddiyeti ile NLO, PLO ve OPH/P arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bir üçüncü basamak romatoloji merkezinde 2016-2018 yılları arasında IgAV tanısı ile tedavi uygulanan 25 (14 Kadın/11 Erkek) hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Romatoloji polikliniğine başvurup herhangi bir hastalık saptanmamış olan kişiler sağlıklı kontrol grubu olarak alındı. Hasta ve kontrol grubunun demografik ve klinik verileri ile tedavi özellikleri dosya verilerinden elde edildi. Hastalık aktivite ve ciddiyetinin değerlendirilmesi için Fessatou ve ark.'nın geliştirdiği eklem, gastrointestinal ve renal tutulum derecelerine göre üç ayrı skorun toplanarak elde edildiği klinik skorlama, Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru (BVAS) ve beş faktör skoru kullanıldı. Fessatou ve ark.'nın klinik skorlama sistemine göre 4 puan ve altı hafif hastalığı, 4 puan üstü ise ciddi hastalığı göstermekteydi. Gruplar arasındaki fark Independent-Samples T Test ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların ortanca yaşı 36 (18-74), kontrol grubunun 41 (18-62) idi. Hastaların klinik bulguları değerlendirildiğinde, cilt tutulumu tüm hastalarda, eklem tutulumu 10 (%40), gastrointestinal tutulum 7 (%28), renal tutulum 6 (%24) hastada saptandı. Onüç (%52) hastada sistemik tutulum saptanırken, 12'sinde (%48) sistemik tutulum saptanmadı. Hastalık şiddet skorlamasına göre 20 hastada (%80) hafif hastalık, 5 hastada (%20) ciddi hastalık mevcuttu. Dört (%7,2) hasta herhangi bir tedavi almadan remisyona girdi. Remisyon indüksiyon tedavisinde hastaların 12'si (%21,4) yalnızca glukokortikoid (GK), 8'i (%14,3) GK ve azatiyopürin (AZA), 1'i (%1,8) ise GK, siklofosamid ve plazmaferez tedavisi aldı. Dört (%16) hastaya indüksiyon tedavisinde pulse GK verildi. Remisyona giren 20 hastadan 11'i (%19,6) tedavisiz izleniyorken, 6'sı (%10,7) AZA, 1'i (%1,8) GK, 1'i (%1,8) AZA ve GK, 1'i (%1,8) AZA ve kolşisin tedavisi ile izlenmekte idi. Lökosit, nötrofil, platelet sayıları ile NLO ve PLO IgAV olan hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ). OPH/P oranı her iki grupta benzer saptandı (Tablo 1). Beş faktör skoru, hastalık şiddet skoru ve BVAS ile lökosit, nötrofil, hemoglobin, platelet, ortalama platelet hacmi, NLO, PLO, OPH/P, eritrosit sedimentasyon hızı ve C reaktif protein değerleri arasında ilişki saptanmadı.

**Tartışma:** Literatürde IgAV olan hastaların tanı, takip ve prognozunda kullanılacak parametrelerle ilgili yeterli veri yoktur. NLO ve PLO indekslerinin HSP tanısında akut faz yanıtı olarak kullanılması faydalı olabilir. Ucuz ve kolay ulaşılabilir bir tetkik olan tam kan sayımındaki hematolojik parametrelerden elde edilen bu indeksler tanı aşamasında kullanışlı olabilirler. Daha çok hasta sayısının dahil edildiği çalışmalar ile bu indekslerin hastalık ciddiyeti ile ilişkisi daha net anlaşılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Henoch Schönlein purpura, hastalık aktivitesi, nötrofil lenfosit oranı, platelet lenfosit oranı, ortalama platelet hacmi platelet oranı

**Tablo 1.** Grupların biyokimyasal parametrelerinin karşılaştırılması

<b>Parametre</b>	<b>IgA vaskülitli grup (n=25)</b>	<b>Kontrol (n=25)</b>	<b>p*</b>
Lökosit, 103xhücre/UL	10,97±4,12	7,54±1,65	0,001
Nötrofil, 103xhücre/UL	7,70±3,86	4,37±1,02	0,001
Lenfosit, 103xhücre/UL	2,41±0,92	2,49±0,83	0,740
Hemoglobin, g/dl	12,94±2,03	13,82±1,78	0,110
Platelet, 103xhücre/UL	347,28±113,91	267,44±58,84	0,004
Ortalama platelet hacmi, fL	9,03±1,09	9,57±1,29	0,120
Nötrofil/lenfosit oranı	3,72±3,18	1,89±0,64	0,009
Platelet/lenfosit oranı	159,15±64,00	117,25±44,32	0,010
Ortalama platelet hacmi/platelet oranı	0,31±0,19	0,38±0,13	0,120

## İDİOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA İLE PREZENTE OLAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

**Süleyman Baş<sup>1</sup>, Fatih Sarıtaş<sup>2</sup>, Duygu Kurtuluş<sup>3</sup>, Funda Müşerref Türkmen<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul

<sup>3</sup>SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Sistemik lupus eritematozus(SLE), sıklıkla genç bayanlarda görülen ve birçok organı etkileyebilen otoimmün bir hastalıktır. SLE genellikle ateş, artrit ve döküntü ile şeklinde prezente olmaktadır.Ya-zımızda ciddi trombositopeni nedeniyle tetkik edilirken SLE tanısı konulan olguyu irdelemeyi amaçladık.

**Olgu:** 45 yaş kadın hasta,bir haftadır olan alt ekstremitelerdeki döküntüler nedeniyle tarafımıza başvuruyor. Özgeçmişinde Tip-2 diyabetes mellitus, hipertansiyon ve 1.trimestrda bir düşük öyküsü olan hasta ramipril 2,5 mg, metformin 2x1000 mg ve zaman zaman olan el eklemlerindeki şişlik ve ağrı nedeniyle diklofenak ve metilprednisolon kullanmaktaymış. Genel durum orta, bilinç açık. Kan basıncı 130/85 mmHg, nabız:98 /dakika, ritmik, ateş:36,9 C, solunum sayısı:12/dakika.Fizik muayenede yüz bölgesinde malar raş, alopesi, alt ekstremitelerde palpabl purpurik döküntüler dışında sistemik muayene doğaldı. Akciğer grafisi ve EKG'sinde özellik saptanmadı. Hastanın laboratuvar parametreleri Tablo 1'dedir. Trombositopeni etyolojisine yönelik tetkiklerinde splenomegali ve malignite bulgusuna rastlanmadı. Enfeksiyon açısından serolojiler negatif.Periferik yaymada eritrositlerde anizositoz, yer yer hipokromi ve mikrositoz,trombosit her alanda 1-2 adet azalmış, lökosit dağılımı normal, atipik hücre ve şistosit saptanmadı.Hematoloji tarafından idiopatik trombositopenik purpura (İTP) olarak değerlendirilen hastaya metilprednisolon (MP) 1 mg/kg/gün başlandı. Akut böbrek hasarı (ABH) ve proteinüri açısından hasta nefroloji tarafından değerlendirilmiş olup takip önerildi. Otoimmün parametrelerden ANA 4+ olup Anti-dsDNA ve ENA profili negatif saptandı. İlk trimester gebelik kaybı olan hastada antifosfolid antikor sendromu (AFAS) parametreleri negatifti. C3, C4 normal,direkt Coombs negatif saptandı.Hasta klinik ve laboratuvar bulgular ile değerlendirildiğinde SLE düşünüldü, ABH nedeniyle hidroksiklorokin başlanmadı.Periferik yayma ve otoimmün parametreleri sonucunda hastaya SLE'ye sekonder İTP tanısı kondu.

**Tartışma:** Hastaya malar raş,alopesi,artrit,trombositopeni, ANA pozitifliği ile SLE tanısı kondu (Tablo-2). Zaman zaman artrit tablosu ile dış merkezlere başvurusu olan hasta bize alt ekstremitelerde purpurik lezyonlar ile başvuruyor.Hastanın trombosit sayısı 3000/µL saptanıyor. SLE'ye eşlik eden AFAS,İTP,trombotik trombositopenik purpura (TTP) gibi hastalıklara bağlı olarak trombositopeni gelişebilir. İTP etyolojisine göre primer ve sekonder olarak ayrılmıştır. Primer İTP bir dışlama tanısı olup diğer trombositopeni nedenlerinin ekarte edilmelidir. Hastada malignite, splenomegali,enfeksiyon ve sepsis bulgularına rastlanmadı. ANA 4+ saptanan hastaya klinik bulgularda göz önüne alınarak SLE tanısı kondu. AFAS tetkikleri negatif saptandı. Şistosit ve hemolitik anemi bulguları olmayan hastada TTP dışlandı. Purpurik döküntüleri ve trombositopenisi olan hastaya SLE'ye sekonder İTP tanısı konuldu.

Primer İTP veya SLE'ye sekonder İTP tedavisinde ilk tercih kortikosteroidlerdir (KS). 0,5-2 mg/kg/gün dozundan MP tedavisine dört haftaya kadar yanıt alınır. Dört hafta KS kullanıldığı halde cevap yok ise, tedavi kesilir. KS dirençli durumlarda IVIG,rituksimab,azatioprin gibi ilaçlar kullanılmaktadır. MP tedavisinin 1. haftasında trombosit sayısı 100000/µL üzerine çıkan hasta poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi.

**Sonuç:** Ciddi trombositopeni ile başvuran hastalarda hematolojik hastalıklar dışında romatolojik hastalıklar da düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** ciddi trombositopeni, idiopatik trombositopenik purpura, sistemik lupus eritematozus

**Tablo 1.** Olgunun laboratuvar parametreleri

Glukoz (mg/dL)*	168
BUN ( N<19 mg/dL)/	27
Kreatinin (mg/dL)*	1,21
ALT (U/L) (N<37)	10
AST (U/L) (N<31)	13
LDH (U/L)(N<200)	150
Direk Bilirübin (mg/dL) (N<0,5)	0,12
Total Bilirübin (mg/dL) (0,2 -1,2)	0,3
Albümin (3,5-5,2 g/dL)	3,5
Total Protein (6,4-8,3 g/dL)	6,8
Kalsiyum (mg/dL, 8,4-10,2)	9,3
Sodyum (mEq/L)(134-145)	137
Potasyum (mEq/L)(3,3-5,2)	4,9
Lökosit (1000/ $\mu$ L)*	10,29
Nötrofil (1000/ $\mu$ L)	6,63
Lenfosit (1000/ $\mu$ L)	2,7
Trombosit (1000/ $\mu$ L)*	3
Hemoglobin (gr/dL)*	10,4
Hematokrit (%)*	31,7
MCV (fL)	80,2
CRP (N: 0-0,5 mg/dL)	0,3
Sedimentasyon (mm/saat)	23
Vitamin B12 (pg/mL)	202
Ferritin (22-275 ng/mL)	51
Demir (50-170 $\mu$ g/dL)	52
Demir Bağlama Kapasitesi (120- 370 $\mu$ g/dL)	209
Folat (ng/mL)	4,7
Direkt Coombs Testi	Negatif
Haptoglobulin (mg/dL)(14-258)	120
Protein (gr/gün, 24 saatlik idrar)	2,67

**Tablo 2. Sistemik Lupus Eritematozus Sınıflandırma Kriterleri( SLICC 2012)**

<b>İMMÜNOLojİK KRİTERLER</b>	<b>KLİNİK KRİTERLER</b>
ANA pozitifliği	Akut deri lupusu
Anti-dsDNA pozitifliği(*2 referans lab)	Kronik deri lupusu
Antifosfolipid antikor; LAK pozitifliği, Yalancı RPR pozitifliği, Antikardiyolipin pozitifliği, Anti-beta 2 glikoprotein pozitifliği	Oral veya nazal ülser
Düşük kompleman (C3, C4, CH50)	Alopesi
Direkt Coombs pozitifliği (hemolitik anemi olmadan)	Sinovit (şişlik veya hassasiyet)
Anti-Sm pozitifliği	Serozit (plörit, perikardit)
	Böbrek tutulumu (proteinüri, hematüri)
	Nörolojik tutulum
	Hemolitik anemi
	Lökopeni veya lenfopeni
	Trombositopeni
*4 kriter (en az 1 immünolojik, 1 klinik kriter) / Biyopsi ile kanıtlanmış lupus nefriti + ANA veya anti-dsDNA pozitifliği	

## PULMORENAL SENDROMLU SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

**Osman Elçin<sup>1</sup>, Alper Yıldırım<sup>1</sup>, Şule Ketenci Ertaş<sup>1</sup>, Özlem Şen<sup>1</sup>, Abdurrahman Soner Şenel<sup>1</sup>**

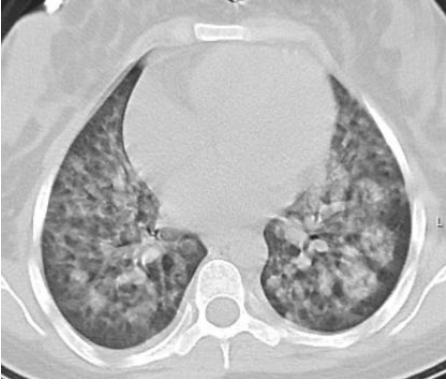
<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

**Giriş:** Diffüz alveolar hemoraji; sistemik lupus eritematozus(SLE)'un nadir görülen komplikasyonlarından. Alveolar hasar ve hemorajinin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber histopatolojik olarak kapillerit tanımlanmıştır.

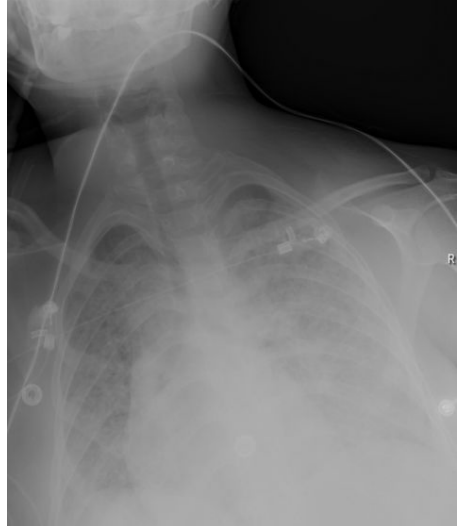
**Vaka sunumu:** 18 yaşında kadın hasta, 5 yıl önce, immün hemolitik anemi, ANA(antinükleer antikor) pozitifliği ve kompleman düşüklüğü olması üzerine pediatri bölümünde SLE tanısı koyulmuş. Hastaya hidroklorokin, azatiopurin ve steroid tedavisi başlanmış . Gebelik planı olması üzerine hasta ilaçları kendi kesmiş. Sağ bacakta şişlik ve vücutta yaygın ekimotik lezyonlar olması böbrek fonksiyon testlerinin yüksekliği ve INR: 3.85 gelmesi üzerine akut böbrek yetmezliği (ABY) ile yatırıldı. Sağ bacak ultrasonu hematoma ile uyumlu olarak değerlendirilmiş. Hastada gelişen ABY'nin sebebi lupus nefriti ve glomerülonefrit düşünülerek metilprednisolon tedavisi verildi. ESR:40 mm/saat, proteinüri:2,5 gr/gün, dsDNA:797 IU/ml ve hipokomplementemisi mevcuttu. Anemisi olan hastaya eritrosit replasmanı ve taze donmuş plazma verildi. Takiplerinde hemoptizi ve öksürük şikayeti üzerine çekilen Toraks BT'de yaygın alveolar hemoraji düşünülmesi üzerine hastaya siklofosfamid 1000 mg ve 1000 mg metilprednisolon tedavisi verildi. Böbrek yetmezliği için hasta hemodiyalize alındı. Solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine mekanik ventilatör ihtiyacı açısından hasta yoğun bakıma alınarak hemodiyaliz ve plazmaferez yapıldı. Tekrar alveolar hemoraji gelişmesi üzerine hasta entübe edilerek pulse steroid tedavisi verildi. Hemoptizisi gerileyen şuuru açık olan hasta ekstübe edilerek plazmafereze devam edildi. Beraberinde hastaya fırsatçı enfeksiyon için meropenem antibiyoterapisi başlandı. Yoğun bakım yatışının 11.gününde 6. plazmaferez işlemi sırasında hemoptizi, solunum sıkıntısı, hipoksemi olması üzerine tekrar entübe edilerek pulse steroid ve IVIG tedavisi verildi. Yoğun bakım yatışının 15. gününde hasta tekrar ekstübe edilerek metilprednisolon dozu azaltıldı. Hastanın mekanik ventilatör ihtiyacı kalmaması ve genel durumu stabil seyretmesi üzerine hasta servise alındı. Siklofosfamid , metilprednisolon ve hidroklorokin devamı önerildi. Böbrek fonksiyonları gerileyen hastanın hemodiyaliz ihtiyacı kalmaması üzerine taburcu edildi.

**Tartışma:** SLE tanısı olan böbrek fonksiyonları bozulan ve beraberinde alveolar hemoraji gelişen hastada öncelikle pulmorenal sendrom düşünüldü. Pulmorenal sendrom gelişen hastalarda fırsatçı enfeksiyonları ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. SLE hastalığı pulmorenal sendrom sebeplerinden olmasının hatırlatılması amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** sistemik lupus eritematozus, alveolar hemoraji, pulmorenal sendrom



**Pulmoner hemorajini görüldüğü toraks tomografisi**



**Pulmoner hemorajini görüldüğü PAAG**

## ANKİLOZAN SPONDİLİT TANISIYLA ADALİMUMAB KULLANAN HASTADA GELİŞEN PİTRIAZİS LİKENOİDES KRONİKA

Pınar Talu<sup>1</sup>, Ceylan Emir<sup>1</sup>, Semih Tatlıcan<sup>1</sup>, Ayşe Aktaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Medicalpark Hastanesi

Ankilozan Spondilit (AS) özellikle omurgayı etkileyen kronik, ilerleyici, sebebi bilinmeyen romatizmal bir hastalıktır. AS'de kas iskelet sisteminin yanı sıra göz, böbrek, aort gibi eklem dışı tutulumlar da olabilir. Hastaların 1/3 ünde ömründe en az bir defa akut üveit atağı olur. Pitriyazis likenoides kronika (PLK), remisyon ve alevlenmelerle seyreden, nadir rastlanan papüloskuamöz bir dermatozdur. PLK genellikle gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşen, tekrarlayan eritematöz-kahverengi papüllerle karakterizedir. PLK'nın antijenik bir uyararla tetiklenen klonal T- hücre kaynaklı lenfoproliferatif bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar enfeksiyöz ajanlar ve ilaçlar muhtemel etiopatolojik faktörler olsa da, PLK'nın etiyojisi henüz tüm yönleriyle aydınlatılamamıştır.

**Vaka:** 40 yaşında kadın hasta gövdede yaygın eritemli, skuamli lezyonlar nedeniyle başvurduğu alerji polikliniğinden tetkik için yatırıldığında konsülte edildi. Öyküsünde 5 yıl önce Ankilozan spondilit tanısı aldığı, tekrarlayan üveitleri nedeniyle sulfasalazin, metotreksat ve 2 yıl kadar da golimumab tedavileri kullandığı öğrenildi. Üveit ataklarının sıklaşması nedeniyle son 2 aydır adalimumab tedavisine başlanmış ve döküntülerden 1 hafta önce de boğaz enfeksiyonu nedeniyle sefalosporin kullanmıştı. Hastanın ilaçlarına ara verildi, dermatoloji ile konsülte edilerek deri biyopsisi alındı. Patolojinin sonucu beklenirken üveit atağı nüks edince prednol 24mg başlandı. Hastanın hem üveiti hem de gövdedeki yaygın cilt lezyonları geriledi. Patoloji sonucu pitriyazis likenoides kronika saptandı. Hastanın tedavisine metotreksat eklendi ve lezyonları tamamen geçen hastanın steroidi 3 hafta içinde kesildi. Üveitleri için tedavisine infliximab ile devam edilen hastanın takibinde bir daha cilt lezyonları görülmedi.

**Tartışma:** Pitriyazis likenoides kronika (PLK), nadir rastlanan papüloskuamöz bir dermatoz olup etiolojisinde enfeksiyon ve ilaçlar bildirilmekle beraber nedeni tam olarak bilinmemektedir. Enfeksiyöz ajanlardan en sık HIV, CMV, EBV, toxoplazma ve HSV ile ilişkisi bildirilmiş olup literatürde adalimumab ilişkili 2 adet vaka rapor edilmiştir. Bu vakalarda lezyonlar metotreksat ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Bizim vakamızda da deri lezyonları AS tedavisinde yeni başlanan adalimumab tedavisi sırasında ortaya çıkmış olup, tedavinin kesilmesine ek olarak steroid ve metotreksat ile tedaviye kısa sürede yanıt vermiştir.

**Anahtar kelimeler:** ankilozan spondilit, adalimumab, pitriyazis likenoides kronika





**Resim 1.** Pitriazis likenoides kronika lezyonları



**Resim 2.** Pitriazis likenoides kronika lezyonları

## ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA ÇOKLU BİYOLOJİK AJAN KULLANIMINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

**Belkıs Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>2</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş-amaç:** Romatoid artrit (RA) öncelikle sinoviyal eklemleri hedef alan, eklem hasarına ve önemli işlevsel bozukluğa neden olan kronik sistemik bir otoimmün hastalıktır. RA tedavisi son 30 yılda dramatik bir şekilde değişmiştir ancak yine de metotrexat (MTX) tedavi stratejisinin ilk elemanıdır. Hedeflenen son noktaya hızlı ulaşılması kritiktir. Bu nedenle TNF inhibitörleri (TNFi) MTX yanıtı olmayan olgularda tedavide yerini almıştır. İlk kez TNFi başlanan hastaların % 30-50'si tedaviye yanıt vermez, dahası tüm hastaların % 20-45'i bir yıl içinde tedaviyi bırakır. Biz burada üç ve üzerinde TNFi kullananlar ile tek TNFi kullananları karşılaştırarak çoklu biyolojik kullanımını etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Hastaların kayıtlı olduğu veri tabanından geriye dönük olarak üç ve üzerinde TNFi kullanan RA hastaları çıkarıldı. Tek TNFi kullanan hastalar kontrol grubu olarak alındı. Hasta sayılarının benzer olmasına özen gösterildi. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri kaydedildi.

**Bulgular:** Üç ve üzerinde TNFi kullanan 32 hasta çalışmaya alındı, hastaların tamamı (% 100) kadın olup hiç erkek yoktu. Yaş ortalaması 53,41 yıldır. Kontrol grubunu oluşturan 31 hastanın 5'i (%16,1) erkek olup, 26'sı (%83,9) kadındır. Yaş ortalaması 53,23 yıldır. Her iki grup arasında anlamlı cinsiyet farkı bulunmaktaydı ( $p=0,018$ ). Kötü prognostik faktörlerden biri olan kadın cinsiyet, üçten fazla TNFi kullanan grupta anlamlı olarak daha yüksekti. Her iki grup arasında yaş ( $p=0,954$ ), sedimantasyon ( $p=0,481$ ), CRP ( $p=0,803$ ) ve anti-CCP ( $p=0,397$ ) değerlerinde anlamlı farklılık yoktu. Üçten fazla TNFi kullananlarda RF anlamlı düşük ( $p=0,026$ ) bulundu (Tablo-1)

**Tartışma ve Sonuç:** RA tedavisinde ilk üç ayda en az %50 klinik iyileşme ve altı ayda remisyon ya da en azından düşük hastalık aktivitesi ana hedeflerdir. TNFi tedavi başarısızlığından sonra, farklı bir TNFi ya da etki mekanizması farklı diğer biyolojik ajanlar kullanılabilir. Biz burada çoklu ilaç kullanımında etkili olan faktörleri inceleyerek tedavi seçimlerinde önceliği belirlemeyi ve daha az ilaçla daha erken hedefe ulaşabilmeyi amaçladık. Bu konuda daha geniş hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Biyolojik ajan, çoklu tedavi, Romatoid Artrit

**Tablo 1.** Hastaların yaş ve laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

	> 3 Anti-TNF kullanan hastalar	1 Anti-TNF kullanan hastalar	
Yaş	53,41 ± 13,3	53,23 ± 11,6	$p=0,954$
Sedimantasyon (mm/h)	46,1 ± 23,7	41,84 ± 24,3	$p=0,481$
CRP (mg/dl)	1,2 (0,3-10,7)	2,3 (0,3-8,5)	$p=0,803$
RF (iu/ml)	10,7 (9,8-1050)	67 (7,2-1260)	$p=0,026$
Anti-CCP (iu/ml)	25 (0,4-1868)	35,5 (0,4-1224)	$p=0,397$

## KUTANÖZ SELÜLİT İLE PREZENTE OLAN EOZİNOFİLİK GRANÜLAMATÖZ POLİANJİTİS HASTASINDA DİSSEMİNE KRİPTOKOK ENFEKSİYONU

**Burcu Yağız<sup>1</sup>, Tuğba Ocak<sup>1</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>2</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

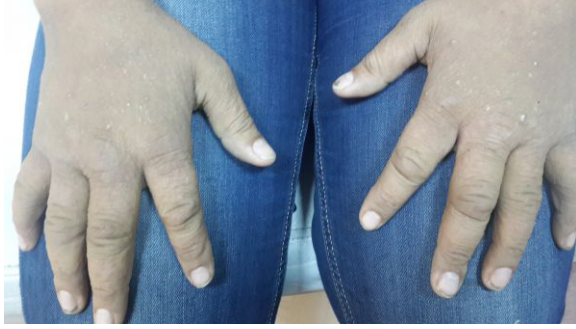
<sup>2</sup>İlker Çelikcan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Romatoloji Servisi, Bursa

**Giriş:** Eozinofilik granülamatozis polianjitis (EGPA), cildi, periferik sinirleri, akciğeri tutan periferik eozinofili ile ilişkili, küçük-orta çaplı damarların granülamatöz vaskülitidir. Cryptococcus neoformans immunsupresif bireylerde fırsatçı enfeksiyonların önemli bir nedenidir. Kriptokokal meningoensefalit, immunsupresif hastalarda iyi bilinirken, yaygın kriptokokoz HIV enfeksiyonu dışında nadir görülür. Biz burada kriptokok sepsisi ile komplike olan EGPA'lı bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 32 yaş kadın hasta. Şubat 2017' de vücutta yaygın döküntü, kaşıntı ve halsizlik şikayeti başlayan hasta Mart 2017' de tarafımıza başvurdu. Sinüzit, yeni başlangıçlı astım, akciğerde nodüler infiltrasyonlar, ciltte subkutan nodüller bulunan, EMG'de polinöropati saptanan ve eozinofilisi olan hastaya EGPA tanısı konuldu. Azatioprin ve prednizolon başlandı. İzleminde kaşıntısı devam eden hastaya aylık siklofosamid uygulandı. 5. kür sonrası istenmeyen gebelik olması nedeni siklofosamid tedavisine ara verildi. Gebelik süresince azatioprin ve prednizolon ile izlendi. Hasta, doğumundan 2 ay sonra Temmuz 2018'de, halsizlik, iştahsızlık, sol kolda ödem, sol memede ve sol uylukta kızarıklık ve sertlik olması; Doppler USG'de sol juguler vende trombüs bulunması ve hipereozinofili (eozinofil:6200) saptanması nedeni hastalık aktivasyonu ve eşlik eden selülit ön tanılarıyla yatırıldı. Yaygın lenfadenomegali ve hepatosplenomegalisi olan hastanın hipereozinofilik sendrom ön tanısıyla yapılan kemik iliği biyopsisi normosellüler geldi. Çoklu antibiyotik altında ateş yüksekliği ve cilt lezyonları devam eden, ense sertliği gelişen hastanın inguinal lenf nodundan, alt dudaktan ve sol anterior uyluktan yapılan biyopsi sonucu fungal enfeksiyon uyumlu ksantogranülamatöz enflamasyon olarak sonuçlandı. Kan ve bos kültürlerinde de Cryptococcus neoformans üremeleri olan hastaya dissemine kriptokokoz kabul edilerek amfoterisin B başlandı. Ancak dirençli hipopotasemi nedeniyle flukonazole geçildi. Kardiyak arrest sonrası entübe olan hasta kriptokokal sepsis kabul edildi ve reanimasyonda izlendi. Extübe olması üzerine devir aldığımız hastada prednizolon 40 mg alırken düşük ayak gelişti. EMG ve kranial MR ile EGPA nörolojik tutulum düşünülen hastaya 5 gün IVIG verildi. Hastalığı aktifleşen, kontrol kan ve bos kültürlerinde üreme saptanmayan hastaya enfeksiyon hastalıklarının da görüşü alınarak siklofosamid yapıldı. İzleminde genel durumu düzelen hasta oral flukonazol ve prednizolon ile taburcu edildi.

**Tartışma:** Meningoensefalit, kriptokokozun en sık klinik belirtisidir, akciğer ve cilt tutulumu görülebilir. İki bölge tutulumu ile giden dissemine hastalık nadir (% 10-30) olup HIV enfeksiyonu dışında görülmesi pek beklenmez. Kriptokokal selülit, cilt tutulumunun spesifik bir çeşidi olup vakamızda olduğu gibi özellikle alt ekstremitede görülür ve hemen her zaman dissemine hastalık belirtisi olup mortalite oranları yüksektir. Primer tedavide flusitozin ve amfoterisin B kombinasyonu önerilirken, idame tedavide flukonazol kullanılır. Selülit ile gelen, antibiyotik yanıtızsız, uzun süre steroid kullanan hastalarımızda C. neoformans gibi fırsatçı patojenler akılda tutulmalıdır. Bizim vakamızı daha da zorlaştıran immunsupresyonla tetiklenen böyle ciddi bir enfeksiyonda hastalık aktivasyonu gelişmesi nedeni yeniden immunsupresif tedavi kararı vermek olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Dissemine hastalık, immunsupresyon, kriptokokoz, selülit, vaskülit



**Resim 1.**



**Resim 2.**

## SİKLOFOSFAMİD İLİŞKİLİ UYGUNSUZ ANTİDİÜRETİK HORMON SALINIM SENDROMU

**Orhan Zengin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dr Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji

**Giriş:** Sistemik skleroz (SS), cilt ve iç organların fibrozusu ile karakterize, bağ dokusunun sebebi bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. Sistemik sklerozda akciğer tutulumu en ciddi organ tutulumlarından birini oluşturur. Pulmoner değişiklikler bir kez başlayınca çoğunlukla ilerleyici karakter gösterir ve mortalite ile morbiditeyi ciddi şekilde etkiler. İnterstisyel pulmoner fibrozis (IPF), en sık görülen pulmoner tutulum tipidir. IPF tedavisinde başta siklofosfamid olmak üzere immunsupresif ajanlar kullanılır.

**Olgu:** 50 yaşında kadın, kliniğimize nefes darlığı ile başvurdu. Reynoud , sklerodaktili, interstisyel fibrozis hastalığı olan, ANA ve scl-70 pozitif olan hastaya SS tanısı konuldu. Hastaya akciğer tutulumu nedeniyle iv 500 mg siklofosfamid başlandı. Tedaviden 10 gün sonra bulantı, kusma, baş ağrısı olan hastanın yapılan tetkiklerinde hiponatremisi olması üzerine yatırıldı. Hastanın labaratuvar değerlerinde Na:114 mmol/L, K: 4.6 mmol/L, kreatinin 1 mg/dl, serum osmolaritesi: 271 mosmol/L, üriner osmolarite: 385 mosmol/L, spot idrarda Na: 51 mmol/L saptandı. Troid fonksiyon testleri normal olan ve başka her hangi sistemik hastalığı olmayan hastada siklofosfamide bağlı uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu düşünüldü. Hastaya sıvı kısıtlaması yapıldı. Siklofosfamid tedavisi kesildi. Sıvı kısıtlaması sonrası şikayetleri gerileyen, sodyum değeri düzelen hasta taburcu edildi.

**Tartışma:** Akciğer tutulumlu SS hastaların tedavisinde metotreksat, azatioprin, siklofosfamid ve rituksimab kullanılabilir. Siklofosfamid immunsupresif tedavinin yanında kemoterapötik olarak da kullanılmaktadır. Bulantı, kusma, alopesi, kemik iliği supresyonu sık yan etkileridir. Bunlarla birlikte gonadal toksisite, sekonder malignite gelişimi, mesane toksisitesi görülebilmektedir. Nadiren siklofosfamid tedavisi sonrasında uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu görülebilir. Tedavi sonrasında görülen hiponatremili hastalarda diğer nedenler dışlandıktan sonra uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu tanısı konulabilir.

**Anahtar kelimeler:** Siklofosfamid,Uygunsuz Adh

## GEÇ BAŞLANGIÇLI BEHÇET HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Gül Güzelant Özköse<sup>1</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>2</sup>, Cem Mat<sup>3</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>,  
Emire Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>2</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı*

<sup>3</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Behçet sendromunun (BS) klasik başlangıcı 3. dekattadır. 40 yaşından sonra Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini doldurma oldukça nadirdir ve bu konudaki bilginiz sınırlıdır. Geç başlangıcın tanımı belirsiz olsa da, çoğunlukla oftalmoloji veya dermatoloji kliniklerinden yayınlanmış birkaç olgu serisi (2-4) klasik başlangıçlı hastalara göre geç başlangıçlı hastaların daha az ciddi veya benzer olduğunu göstermiştir. Bu retrospektif çalışmanın amacı, geç başlangıçlı BS hastaların klinik özelliklerini değerlendirmek ve bunları bir grup klasik başlangıçlı BS hasta ile karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Ocak 2000-Aralık 2010 tarihleri arasında polikliniğimize kaydedilen 3335 BS hastası retrospektif olarak incelendi. 40 yaşından sonra ISG kriterlerini karşılayanlar ( $\geq 40$ ) geç başlangıç olarak, 30 yaşından önce kriterleri dolduranlar ise klasik başlangıç olarak kabul edildi. Her geç başlangıçlı hasta için, 2 ardışık kayıtlı erken başlangıç hastası kontrol grubu olarak seçildi. Sadece ilk klinik bulgular kaydedildi. Her bir hasta için klinik aktivite indeksi (1) modifiye edilerek hesaplandı.

**Bulgular:** Tüm kohortta % 4'lük prevalans ile geç başlangıçlı BS olan 134 (70 E / 64 K) hasta vardı. Elli dört hastada başlangıç yaşı 40-44 arasında, 47 hastada 45-49 arasında ve kalan 32 hastada da 50 ve üzeri idi. Kontrol olarak 268 (163 E / 105 K) klasik başlangıçlı hasta seçildi. Grupların demografik ve klinik özellikleri tablo 1 ve 2'de tanımlanmıştır. Deri bulguları, artrit ve göz tutulum sıklığı ile birlikte ortalama klinik aktivite skorları, klasik başlangıçlı erkek grubunda geç başlangıçlı erkek grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İlginç bir şekilde, pozitif paterji testi, vasküler tutulum ve şiddetli göz tutulumu olanların sıklığı, klasik ve geç başlangıçlı erkek hastalar arasında farklı görünmemektedir. Öte yandan, klinik özellikler ve toplam aktivite skorları, kadınlarda klasik ve geç başlangıçlı gruplar arasında benzer saptanmıştır. Temel limitasyon, verilerin yalnızca hasta dosyalarına dayanması ve takip verilerinin mevcut olmamasıdır.

**Sonuç:** Klasik başlangıçlı grup ile karşılaştırıldığında, erkekler geç başlangıçlı kohortta daha az oranda görüldü. Geç başlangıçlı erkek hastalarda cilt, eklem, göz tutulumu daha azdı ve klasik başlangıçlı grupla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha düşük aktivite skorlarına sahipti. Kadınlarda klasik ve geç başlangıçlı grup arasında fark yoktu.

**Anahtar kelimeler:** Behçet sendromu, geriatri

**Tablo 1.** Geç yaş ve klasik yaş başlangıçlı erkek Behçet hastalarının klinik özellikleri (\* Göz tutulumu olan hastalar arasından hesaplandı.)

	<i>Geç başlangıçlı erkek hastalar (n=70)</i>	<i>Klasik başlangıçlı erkek hastalar (n=163)</i>	<i>p</i>
ISG kriter doldurma yaşı, yıl	47.0 ± 6.0	24.2 ± 4.5	
Oral aft, n (%)	69 (99)	163 (100)	-
Genital ülser, n (%)	60 (86)	137 (84)	0.845
Papülopüstüler lezyonlar, n (%)	49 (70)	133 (82)	0.050
Nodüler lezyonlar, n (%)	15 (21)	76 (47)	0.0001
Vasküler tutulum, n (%)	13 (19)	27 (17)	0.710
Göz tutulumu, n (%)	24 (34)	88 (54)	0.006
Sadece vh (+), n (%)*	2 (8)	25 (28)	0.058
Tek veya her 2 gözde <0.1 görme keskinliği, n (%)*	8 (33)	27 (33)	0.941
Artrit, n (%)	10 (14)	45 (28)	0.028
Paterji pozitifliği, n (%)	39 (56)	94 (58)	0.876
MSS tutulumu, n (%)	3	3	-
GIS tutulumu, n (%)	1	1	-
Aktivite skoru, ort ± SD	3.95 ± 2.14	4.16 ± 1.89	0.474

**Tablo 2.** Geç yaş ve klasik yaş başlangıçlı kadın Behçet hastalarının klinik özellikleri (\* Göz tutulumu olan hastalar arasından hesaplandı)

	<i>Geç başlangıçlı kadın hastalar (n=64)</i>	<i>Klasik başlangıçlı kadın hastalar (n=105)</i>	<i>p</i>
ISG kriter doldurma yaşı, yıl	46.6 ± 5.7	23.1 ± 4.4	
Oral aft, n (%)	64 (100)	105 (100)	-
Genital ülser, n (%)	51 (80)	90 (86)	0.307
Papülopüstüler lezyonlar, n (%)	39 (61)	71 (68)	0.377
Nodüler lezyonlar, n (%)	29 (45)	60 (57)	0.135
Vasküler tutulum, n (%)	2	0	-
Göz tutulumu, n (%)	26 (41)	41 (39)	0.839
Sadece vh (+), n (%)*	7 (27)	14 (34)	0.535
Tek veya her 2 gözde <0.1 görme keskinliği, n (%)*	4 (15)	9 (23)	0.538
Artrit, n (%)	13 (20)	25 (24)	0.597
Paterji pozitifliği, n (%)	34 (53)	49 (47)	0.346
MSS tutulumu, n (%)	2	2	-
GIS tutulumu, n (%)	0	1	-
Aktivite skoru, ort ± SD	3.59 ± 1.32	3.30 ± 1.47	0.202

## ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA OKSİDATİF STRESİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ

**Sinan Kardeş<sup>1</sup>, Mine Karagülle<sup>1</sup>, İlker Durak<sup>2</sup>, Aslıhan Avcı<sup>2</sup>, Müft Zeki Karagülle<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Anabilim Dalı İstanbul Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara Tıp Fakültesi

**Amaç:** Romatoid artritli hastalarda oksidatif stresin klinik parametreler ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi olup olmadığını belirlemek.

**Metod:** Bu kesitsel çalışmada, konvansiyonel DMARD  $\pm$  düşük doz steroid kullanan romatoid artrit hastaları analiz edildi. Oksidatif stres parametreleri malondialdehid (MDA), süperoksit dismutaz (SOD), antioksidan potansiyel (AOP), ve nonenzymatic süperoksit radikal çöpçü aktivitesi idi. Klinik parametreler ve hastalık aktivitesi şiş eklem sayısı hassas eklem sayısı ağrı hasta ve hekimin global değerlendirmesi, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), ve DAS28 idi. Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizleri kullanıldı.

**Bulgular:** NSSA ile hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, DAS28 arasında zıt korelasyon vardı. NSSA, DAS28'in bağımsız değişkeni idi ( $\beta= 0.243$ ,  $P = 0.016$ ).

**Sonuç:** Öncül bulgular NSSA ile hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, DAS28 arasında zıt korelasyon olduğunu, ve NSSA'nın DAS28'in bağımsız değişkeni olduğunu gösterdi. NSSA'nın romatoid artritli hastalarda hastalık aktivitesi belirteci olarak kullanılabileceğinin ilk bulgularını sağlayabilir.

**Anahtar kelimeler:** Romatoid artrit, oksidatif stres, hastalık aktivitesi



## PSİKOZ VE TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA İLE BAŞVURAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATUZUS OLGUSU

**Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Mustafa Erdoğan<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa,cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

**Giriş:** Nöropsikiyatrik sistemik lupus eritematozus (NP-SLE), SLE'nin santral sinir sistemi tutulumu ile ilişkili çeşitli psikiyatrik ve nörolojik bulgularını tanımlamaktadır. Psikoz, SLE hastalarının %5'inde görülmektedir. Trombotik trombositopenik purpuranın (TTP) SLE ile birlikteliği ise çok nadirdir. Burada, psikoz ile psikiyatri kliniğine yatırıldıktan sonra SLE ve TTP tanısı konan bir vakayı sunmaktayız.

**Olgu:** 22 yaşında kadın hasta 7 aydır olan saç dökülmesi ve kaşıntılı purpurik cilt döküntüleri ile dermatoloji tarafından trikotillomani ve nörodermatit düşünülerek psikiyatri kliniğine yönlendirilerek psikotik depresyon tanısı ile yatırılmış. Tetkiklerinde Hgb:5 gr/dl, trombosit:18.000 /mm<sup>3</sup>, Lökosit:7000 /mm<sup>3</sup> ve LDH: 1876 IU/l saptanması üzerine iç hastalıklarına danışılmış. Periferik yaymasında çok sayıda şistosit görülmüş ve hematoloji tarafından TTP olarak değerlendirilmiş. Temporal alopesi, vaskülitik döküntüleri ve daha önceden bakılan lupus serolojisinin pozitif olması üzerine tarafımıza danışıldı.

Sistem sorgulamasında oral aft dışında SLE ile ilgili ek yakınması yoktu. Fizik muayenede akrosiyanozun eşlik ettiği peteşiyel döküntüler, temporal alopesi ve malar raş mevcuttu (Şekil). ANA 1/1280 homojen, anti ds-DNA, anti-Sm ve anti-RNP yüksek titrede pozitif ve C3 düşüktü. SLE ve TTP tanısı plazmaferez ve 1 gram 3 gün pulse steroid başlandı. İdame doz 60 mg/gün metilprednizolon ve hidroksiklorokin 400mg/gün başlandı. Hastanın nörolojik tutulumu açısından yapılan kraniyal görüntülemeleri normal bulundu, lomber ponksiyon ise hasta kabul etmediği için yapılamadı. 24 saatlik idrar protein düzeyi 754 mg saptandı. Ancak renal biyopsiyi de kabul etmedi. Tedavinin 3. gününde hastanın kliniğinde ve laboratuvarında belirgin düzelme görüldü. NP-SLE ve renal tutulum nedeniyle de siklofosamid başlandı. 15 ay takip sonunda halen mikofenolat mofetil tedavisi altında stabil seyretmektedir.

**Tartışma:** SLE hastalığında görülen nöropsikiyatrik bulgular SLE tanısı öncesinde hastalık tanısı ile eş zamanlı veya tanı sonrası ortaya çıkabilir. TTP ise mortalitesi çok yüksek ve mutlaka plazmaferezin tedavide uygulanması gerektiği bir hastalıktır. Hemolitik anemi ve trombositopeni SLE hastalarında sık olsa da TTP'nin de olabileceği unutulmamalı ve bu tarz hastalarda şistosit açısından mutlaka periferik yayma yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus , psikoz, trombotik trombositopenik purpura



**Resim 1.** Fizik muayenede gözlenen akrosiyanoz ve vaskülitik döküntüler

## NADİR BİR BİRLİKTELİK: AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ İLE İLİŞKİLİ AMİLOİDOZ VE ANLAMI BELİRLENEMEYEN MONOKLONAL GAMOPATİ

**Zeynep Toker Dinçer<sup>1</sup>, Berna Yurttaş<sup>1</sup>, Ayşe Salihoğlu<sup>2</sup>, Serdal Uğurlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı*

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA); otozomal resesif kalıttır. Tekrarlayan ateş ve poliserözit ataklarıyla seyrederek. En sık görülen otoinflamatuvar sendromdur. AAA'nin en ciddi komplikasyonu amiloidozdur. Kolşisin kullanımından önce amiloidoz hastaların %60'ında görülürken, kolşisin AAA tedavisinde kullanılmasıyla bu oran oldukça gerilemiştir. Anlamı Belirlenemeyen Monoklonal Gamopati (MGUS) 50 yaş üzeri popülasyonda % 3-4 oranında görülen, multipl myelom veya primer amiloidoza ilerleyebilen bir plazma hücre diskrazisidir. Multipl myelom ve AAA birlikteliği nadir bir durumdur. Burada MGUS ve AAA ile ilişkili amiloidoz tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** 38 yaşında kadın hasta nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile tetkik edilmeye başlanmış. Düzenli diyalize alınan hastanın tetkiklerinde üre 95 mg/dL, kreatinin: 5 mg/dL, Hgb: 6 gr/dL, albümin: 2,90 gr/dL, total protein: 5,20 gr/dL saptanmış. Protein elektroforezinde monoklonal gamopati görülmesi üzerine proteinürinin de olması nedeni ile hastada primer amiloidoz düşünülmüş. Yapılan immünifikasyon elektroforezinde Immunglobulin A (IgA) Kappa monoklonalitesi saptanmış. IgA düzeyi 696 mg/dL, idrar kappa hafif zincir düzeyi 862 mg/gün (< 15 mg/L), idrar lambda hafif zincir düzeyi 313 mg/gün (< 15 mg/L), serum kappa düzeyi 52 mg/dL (0.33-1.94), serum lambda düzeyi 10 mg/dL (0.57-2.63) görülerek kemik iliği biyopsisi yapılmış. Kemik iliği biyopsisinde interstiyel ve perivasküler alanda IgA Kappa monoklonalitesi gösteren plazma hücre infiltrasyonu ve damar duvarında potasyum permanganat ile solan amiloid birikimi bulunarak plazma hücre oranı %6 olarak değerlendirilmiş. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, miyokarda restriktif tutulum tespit edilmiş. Hastanın 6 gr/gün proteinürisi saptanması üzerine böbrek biyopsisi yapılmış.

Böbrek biyopsisinde immüno-elektron mikroskopisi ile yapılan tiplendirme doğrultusunda hasta AA amiloidoz tanısı almış. Anamnez derinleştirildiğinde çocukluk döneminde başlayan, tipik 3 gün süren ateş, karın ağrısı ve artrit atakları bu ataklara erizipel benzeri döküntünün eşlik ettiği öğrenilmiş. Hasta AAA ile ilişkili amiloidozu ve eşlik eden MGUS tanısı olduğu düşünülerek tarafımıza yönlendirildi. Gönderilen MeFV (Mediterranean FeVer) mutasyonu M694V homozigot olarak raporlandı. Haftada 3 gün hemodiyalize giren hastaya 0,5 mg/hafta kolşisin ve 100 mg/gün anakinra başlandı.

**Tartışma-Sonuç:** AAA sık görüldüğü ülkelerde sekonder amiloidozun en sık sebebidir. Sunduğumuz vakada eş zamanlı MGUS tabloya eşlik etmekteyken nefrotik sendromun asıl sebebi biyopsi ile gösterilen sekonder amiloidozdur. Hasta MGUS görülmesi için beklenenden daha genç bir hastadır. Böbrek biyopsi örneğinin immüno-elektron mikroskopisi ile değerlendirilerek biriken amiloidin AA tipi olduğunun gösterilmesi hastanın tedavisine yön vermiştir. MGUS ve AAA birlikteliği çok nadir de olsa amiloidoz düşünülen hastalarda ayırıcı tanı dikkatli yapılmalı, amiloid depoziti mutlaka tiplendirilmelidir.

### Kaynaklar

1. Ozdogan H, Ugurlu S, Familial Mediterranean Fever. Presse Med. 2019; pii: S0755-4982(18)30486-X. doi: 10.1016/j.lpm.2018.08.014.
2. Dhodapkar MV. MGUS to myeloma: a mysterious gammopathy of underexplored significance. Blood 2016. December 8;128(23):2599 10.1182/blood-2016-09-692954

**Anahtar kelimeler:** Ailevi Akdeniz Ateşi, amiloidoz, mgus

## MAKRAFOJ AKTİVASYON SENDROMU İLE PREZENTE OLAN ERİŞKİN STILL HASTALIĞI OLGUSU

**Neslihan Gökçen<sup>1</sup>, Fatma Tuncer<sup>1</sup>, Elvin Jalilli<sup>2</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş:** Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS), ateş, splenomegali, lenfadenopati, sitopeni, hipertigliseridemi, hipofibrinojemi ve hiperferritinemi ile karakterize romatolojik bir acildir. Erişkin Still hastalığı (ESH) ise ateş, nötrofilik lökositoz, artrit ve hiperferritinemi ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. MAS; ESH, juvenil idiyopatik artrit, sistemik lupus eritematozus gibi sistemik inflamatuvar hastalıkların hayatı tehdit eden bir komplikasyonudur.

Bu olgu sunumunda ilk kliniği MAS olan bir Erişkin Still Hastalığı vakası sunulmuştur.

**Olgu:** 28 yaşında kadın hasta, ateş, yaygın vücut ağrısı ve döküntü ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın sistem sorgulamasında 39 dereceyi bulan ateş, boğaz ağrısı ve sırt, kol ve bacaklarda somon renkli kaşıntısız döküntü dışında özellik yoktu. Ayrıca, yurt dışına çıkma öyküsü (İran ve ABD) mevcuttu. Öz geçmiş ve soy geçmişte özellik yoktu. Fizik muayenede; ateş: 38.8 derece, diğer vitaller stabildi. Postauriküler ve servikal yaygın 1 cm lenfadenopatileri mevcuttu. Solunum ve kardiak muayenesi doğaldı. Sırt bölgesinde yaygın nonpalpabl kaşıntısız döküntüleri vardı. Laboratuvarında; ESH: 80 mm/h, CRP:74 mg/L, ALT: 105 U/L, AST: 114 U/L, LDH: 958 U/L, tam kan sayımı normal, ANA ve ENA negatif, ferritin: 7500 ng/ml idi. Hastada enfeksiyon ve maligniteyi dışlamak için; riketsiya, borrelia, ve leptospira serolojisi gönderildi. Protein elektroforezinde patoloji saptanmadı. EKO, boyun, toraks ve batin BT çekildi. EKO'da vejetasyon görülmedi. Boyun BT'de servikal jüğüler zincirde multiple reaktif LAP izlendi. Toraks BT'de hiler LAP izlendi. Batin BT normaldi. Takipleri sırasında bisitopenisi (trombosit ve hemoglobin düşüklüğü) gelişti. Kemik iliği aspirasyonunda hemofagositik hücre görüldü. Ferritin değerlerinde yükselme olan hastada Erişkin Still hastalığı zemininde MAS düşünüldü. Pulse prednol tedavisi ve IVIG tedavisi düzenlendi. Hastanın ateşi normale geldi. Döküntüleri geriledi. Bisitopenisi, ALT, AST ve ferritin yüksekliği düzeldi.

**Tartışma:** MAS; ESH'nin bir komplikasyonu olup, ESH'nin ilk klinik prezentasyonu MAS olabilir. MAS tanısı alan olguların tedavisi aciliyet arz etmektedir. Bununla birlikte, alta yatan nedenler araştırılırken ESH unutulmamalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Ateş, Erişkin Still hastalığı, Ferritin, Makrofaj aktivasyon sendromu

## ANKILOZAN SPONDİLİTİ TAKLİT EDEN POTT HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

**Merve Denizli<sup>1</sup>, Pınar Borman<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

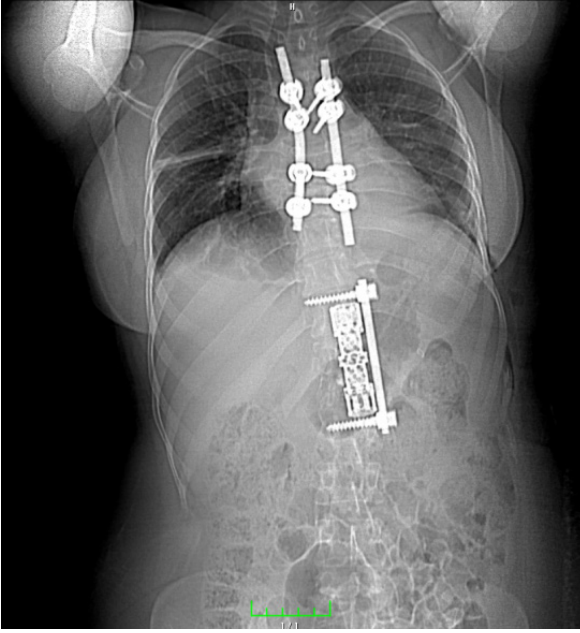
**Giriş:** Tüberküloz (TBC), yaygın görülen enfeksiyon hastalıklarından birisidir. Pott hastalığı bel ağrısının nadir sebeplerinden biri olmakla birlikte, hastalığın başlangıcının sinsi seyretmesi, akut dönemde belirgin radyolojik bulgular olmaması tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Sakroiliak eklemi de tutulduğundan zaman zaman spondiloartropatilerle karışmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 21 yaşındaki kadın hasta, Ocak 2017'de sol kalça ağrısı nedeniyle dış merkezde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvurmuş. Düzenli NSAİİ kullanmasına rağmen ağrıların da azalma olmayan hastanın semptomlarına sağ kalça ve bel ağrıları da eklenmiş. Bel ağrısı istirahatle artan, aktiviteyle azalan tarzdaymış. Gece ağrısı da olan hastanın sabah tutukluğu 1 saat sürüyormuş. Hastaya ankilozan spondilit tanısı konularak sulfasalazin (2x1000 mg) başlanmış. Mayıs 2017'de bel ve sırt ağrısı şiddetlenmiş, torakal kifozda artış olmuş, yine bu dönemde istemsiz kilo kaybı ve gece terlemeleri başlamış. Ağustos 2017'de her iki alt ekstremitede kuvvet kaybı, karıncalanma, iğnelenme başlaması üzerine dış merkezde çekilen torakolomber MRG 'T7 korpusunda destrüksiyona yol açan kitle, inflamasyon' olarak raporlanmış. Takiben Nöroşirurji bölümünce pürülan lezyon kürete edilmiş, patolojik inceleme sonucu 'nekrotizan granüloamatöz inflamasyon, tüberküloz ile uyumlu' olarak bulunmuş, histokimyasal çalışmada 'AFP ile aside rezistan basi' saptanmış. Hastaya tüberküloz tedavisine yönelik olarak izoniyaizid, rifampisin, pirazinamid, etambutol başlanmış.

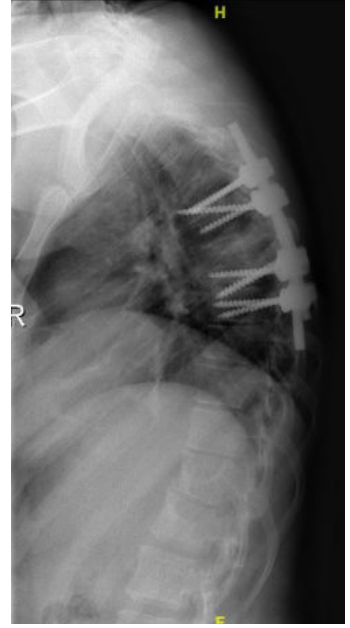
Operasyondan 2 ay sonra hasta rehabilitasyon amaçlı servisimize yatırıldı (Ekim 2017). Hastada ve ailesinde akciğer tüberkülozu öyküsü yoktu. Fizik muayenede; bel hareketleri her yönde kısıtlı ve ağrılıydı, torakal kifoz artmıştı. Alt ekstremitelerde kas kuvvetleri; bilateral kalça fleksiyonu 3/5, ekstansiyonu 3/5, addüksiyonu 4/5, abduksiyonu 4/5, diz fleksiyonu 3/5, ekstansiyonu 3/5, ayak bileği plantar fleksiyonu 4/5, dorsifleksiyonu 3/5, başparmak ekstansiyonu 3/5 idi. Duyu muayenesi normaldi. Bilateral DTR hiperaktif, Babinski refleksi ekstansör olarak saptandı. Laboratuvar incelemesinde ESR: 37 mm/saat, CRP: 3,38 mg/dl, HLA B27: negatif olarak tespit edildi. Torakolomber MRG 'T11-L1 spondilodiskit odağı, T5-T7 abse görünümü, kitle lezyonuna sekonder spinal korda posteriordan basi' olarak raporlandı. Sakroiliak MRG 'sol>sağ sakroiliak eklem iliak tarafındaki subkondral skleroz ve sakral tarafındaki subkortikal yağ depozisyonu kronik sakroiliit ile uyumlu' idi. Romatolojik sorgulamasında spondiloartropati düşündürülecek bulgusu olmayan hastanın ASAS 2009 kriterlerini karşılamaması ve tüberküloz için net doku tanısı olması nedeniyle sulfasalazin tedavisi kesildi. Ağrıya azaltmak amacıyla pregabalin 2x150 mg, diklofenak 2x75 mg başlandı. Hasta alt ekstremitelerde güçlendirme ve denge-koordinasyon ve yürüme egzersizlerinden oluşan bir programa alındı, bilateral plastik yürüyüş moldu (AFO) kullanmaya başladı. Yürüteç ile bağımsız mobilize olarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Tüberküloz günümüzde de özellikle gelişmekte olan toplumlarda hala ciddi bir sağlık sorunudur. Özellikle bilateral sakroiliit ile seyreden hastalarda tüberküloz ayırıcı tanıda akıldan tutulmalıdır. Hastalara yanlışlıkla seronegatif spondiloartropati tanısı konması tedavide gecikmelere neden olabilir ve bu sırada enfeksiyon destrüktif seyredebilir. Spinal TBC'nin olası ciddi komplikasyonlarını önlemede erken tanı ve doğru tedavi oldukça önemlidir.

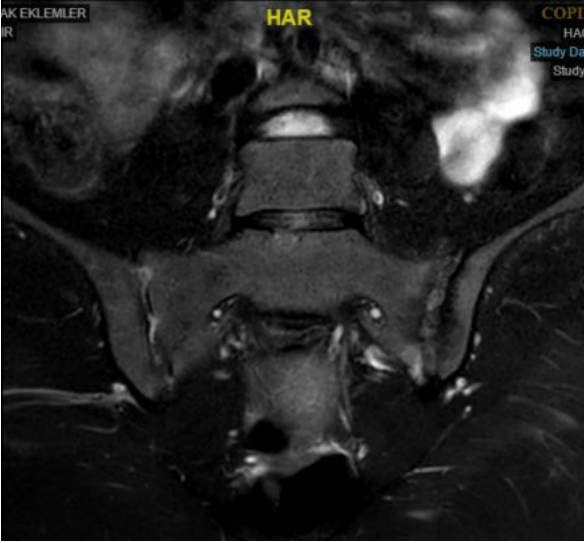
**Anahtar kelimeler:** Pott hastalığı, sakroiliit, tüberküloz



**Resim 1.** Segmental enstrümantasyon



**Resim 2.** Segmental enstrümantasyon



**Resim 3.** Kronik sakroiliit

## SİSTEMİK SKLEROZ VE SARKOİDOZ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

**Kevser Gök<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Sarkoidoz etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen, histopatolojik olarak non-kazeifiye granüloamatöz inflamasyonla seyreden, otoimmün bir hastalıktır. Sarkoidozda en tipik tutulum yeri akciğer olmak üzere olmak üzere, birçok organ ve sistemi tutabilir. Hiler lenf bezi hem de mediastinal lenf bezleri sıklıkla tutulur. Toraks için hiler lenfadenomegaliye ek olarak periferik lenf bezleri de büyüyebilir. Diğer organ tutulumları ise daha nadirdir. Sistemik skleroz, cilt ve iç organların fibrozisi ile karakterize, bağ dokusunun sebebi bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. Kliniğe özgü en belirleyici bulgu cildin sklerozudur. Tutulan cilt gittikçe parlak, gergin, kalın, sert ve cilt altına yapışık hale gelir. Hastaların çoğunda raynaud fenomeni başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkar. Sarkoidoz ve sistemik skleroz birlikteliği literatürde çok nadir bildirilmiştir. Bu olguda sistemik skleroz saptanan sarkoidoz tanılı hastayı sunmak amaçlandı.

**Vaka:** Otuz sekiz yaşında erkek hasta 4 ay önce göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıklarına başvurmuş. Çekilen toraks BT’de prevasküler, pretrakeal, paratrekeal, prekarinal ve bilateral hiler düzeyde en büyüklüğü 17x10 mm boyutlarında olmak üzere çok sayıda lenf nodu, her iki akciğerde bir kaç adet 4 mm yi geçmeyen periferik yerleşimli nodüller gözlenmiştir. Akciğerde parankim yapısı normal olup interstisyel tutulum bulgusu saptanmamış. Serum anjiyotensin converting enzim (ACE) düzeyi ve 24 saatlik idrar kalsiyumu yüksek bulunmuş. Hastaya transbronşiyal biyopsi ile lenf nodu biyopsisi yapılmış. Granüloamatöz lenfadeniti düşündürülen sarkoidozla uyumlu biyopsi sonucu olarak raporlanmış ve hasta sarkoidoz tanısı ile tedavisiz izleme alınmıştır. Hasta ellerinde, ayak bileklerinde ve dizlerinde belirgin eklem ağrıları ve ellerinde yaralar olması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Romatizmal sorgulamada raynaud ve nefes darlığı tarifliyordu. Fizik muayenede yüzde ve ekstremitelerde distallerinde belirgin gerginlik ve sertlik, yüz çizgilerinde silinme, yüzde ve avuç içinde dağınık küçük telenjektaziler, el parmak uçlarında depresif skarlar, metakarpal eklemler, el bilekleri, ayak bilekleri ve dizlerde hassasiyet mevcuttu. Laboratuarda ANA +3 homojen, Anti Scl70 ++, RF 47 IU/ml, sedimantasyon 12 mm/sa, CRP 10 mg/L olarak tesbit edildi. Transtorasik ekokardiyografi normaldi, pulmoner hipertansiyon vs saptanmadı. Hastaya Sistemik Skleroz tanısıyla hidroksiklorokin, metilprednizolon, asetilsalisilik asit ve nifedipin başlandı.

**Sonuç:** Sarkoidoz tanısı olan bir hastada beraberinde diffuz tip sistemik skleroz tesbit edilmiştir. Bu iki hastalığın birlikte görülmesine yönelik literatürde sınırlı sayıda veri vardır. Multisistemik tutulumları nedeniyle, sarkoidoz ve sistemik skleroz ayrımları bazen zor olabilir. Bununla birlikte bu vakada olduğu gibi sarkoidoz ve sistemik skleroz birlikte görülebileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Sistemik skleroz, sarkoidoz

## RİTUXİMAB İLE BAŞARIYLA TEDAVİ EDİLEN KATASTROFİK ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU OLGUSU

**Zeynep Ertürk<sup>1</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Nevsun İnanç<sup>1</sup>, Haner Direskeneli<sup>1</sup>, Pamir Atagündüz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Katastrofik antifosfolipid sendromu (CAPS), akut çoklu organ tutulumu, küçük damar trombozu ve viseral organ hasarı olmak üzere APS'nin en şiddetli ve nadir görülen formudur.

**Vaka sunumu:** 17 yaşında kadın hasta; ateş, göğüs ağrısı ile başvurdu. Öyküde 5 ay önce hastada sol popliteal derin ven trombozu, iki abort, Raynaud fenomeni mevcuttu. Fizik muayenede taşikardik, hipotansiyon, sol abdomende hassasiyet vardı. Laboratuvarında; Hb 9.5 g/dL; CRP 201 mg/L; ESR 127 mm/s; troponin I:26.4 mg/l (n=0.01-0.04 mg/l), CK-MB:50 U/l (n=0-25 U/l). C3,C4 komplement seviyeleri düşüktü. Ab2GPI Ig M> 200 RU/ml (n= 5-20 RU/ml) ve LA= 80.3 (n=35-43). ANA homojen patern 1/640 titrede pozitif. Anti-SS-A ve anti-SS-B pozitif. Faktör V leiden mutasyonu homozigottu. Proteüri 1,086 mg/gün idi. Pulmoner BT anjiyografıda lt loblarda konsolidasyon ve bilateral pleval efüzyon mevcuttu. Abdominal BT de 4 cm splenik infarkt görüldü. Eko'da anteroseptal, posterior ve posterolateral duvar hipokinezi saptandı. Derin ven trombozu, antikor pozitifliği, splenik enfarktüs, akut koroner sendrom öyküsü ile katastrofik antifosfolipid antikor sendrom (CAPS) tanısı aldı. 1 mg/kg/gün metilprednizolon, piperasilin/tazobaktam 13.5 gr/gün ve 10 gün iv immünoglobulin (0.4 gr/kg/gün) aldı. aPTT izlemi ile heparin infüzyonu, 500mg/gün siklofosamid ve takiben rituximab(1 g) uygulandı. YBÜ tedavisinden sonra 32 mg MP, AZA 100 mg/gün, ASA 100mg/gün, ramipril 2.5 mg/gün, klopidogrel 75 mg/gün, HCQ 200 mg/gün, DMWH ardından oral warfarin (hedef INR: 3-3.5) tedavisi aldı. Steroid sonrası sakroiliak eklemden bilateral avasküler nekroz gelişti.

**Tartışma:** Antifosfolipid sendromu (APS),persistan olarak antifosfolipid antikorları olan hastalarda tromboz ve/veya gebelik morbiditesi ile karakterizedir.Koagülasyon yollarını tetikleyen beta2-glikoprotein I'in etkileşimiyle endotel hücrelerinin aktivasyonu ve bununla birlikte antitrombinIII inhibisyonu,aktive protein C,fibrinolitik inhibisyonu,doku faktörü ve trombinin aracılığı ile trombozu teşvik eder.Kompleman aktivasyonu,C3,C5a ve membran atak kompleksi ürünleritrombosit ve endotel hücre aktivasyonunun güçlü mediyatörleridir;bu nedenle kompleman sistemi muhtemelen APS patogenezinde kritik bir adımdır.

**Sonuç:** Antifosfolipid sendromlu hastalarda akut çoklu organ tutulumu gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonların farkında olunmalıdır. AFSseyrek bir durumdur ve derin ven trombozu,arteriyel tıkaçıcı olaylar,tekrarlayıcı fetal kayıp,vazospastik fenomen veya geçici iskemik ataklar gibi klinik semptomlar varsa hiperkoagülabiliteye neden olan herhangi bir altta yatan durum olmaksızın şüphelenilmelidir. Antikoagulan trombotik olayların önlenmesine ve gebeliğe yardımcıdır.

**Anahtar kelimeler:** antifosfolipid sendromu, katastrofik, tromboz



## GUT MU?, ROMATOİD ARTRİT Mİ?

**Mehtap Tınazlı<sup>1</sup>, Hülya Vahedi<sup>1</sup>, Özgür Sirkeci<sup>1</sup>, Gönül Işık Şahlı<sup>1</sup>, Sena İlin<sup>1</sup>, Turgay Ulaş<sup>1</sup>, Yasemin Özden Eldemir<sup>1</sup>, Gaukhar Bakhtiyarova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Olgu:** 72y bayan hasta, her iki el küçük eklemlerinde ve el bileklerinde ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Son günlerde özellikle sabahları günlük aktivitelerini yapmakta zorlanmaya başlamış. Bilinen Tip 2 DM, HT ve hipotiroidi yanında Gut tanısıyla izlenmekte olduğu öğrenildi. Yaklaşık 15 yıldır Gut hastalığı tanısı mevcut ve allopurinol 150 mg/gün almakta idi. Acil servisten Gut akut düşünülerek yatırılmış ve kolşisinle beraber steroid başlanmıştı. Üre, kreatinin yüksekliği olduğundan NSAİD verilemedi. Fakat hastanın bu yakınmalarının en az 15 yıldır olduğu, el ve el bileği simetrik tutuluşu, sabah katılığının 1 saatten uzun sürmesi, gut hastalığı için tipik sık tutulum yeri olan 1.MTF eklem etkilenmediği öğrenildi ve Romatoid artrit (RA) ??? ön tanısıyla tetkikleri genişletildi. Laboratuvar tetkiklerinde RF negatif, hemogram; Hb:9.3 HTC:30.9 lökosit: 14 000 %83 nötrofil hakimiyeti, CRP: 16.1 mg/dl sedim:97/saat ü.asit.4.2 üre:93 kreatinin:1.99 Kreatinin klirensi 37 ml/dk, Anti CCP negatif bulundu.El-el bileği grafilerinde MKP, PİF ve el bileği eklem aralıklarında daralma ile sağ el bileğine komşu ulnar taraf karpal kemiklerde (triquetrum,pisiform) erozyon tespit edildi. Bu bulgularla hastanın RA olabileceği düşünülerek tedavisi yeniden gözden geçirildi.

**Tartışma:** Kronik poliartriti olan, başlangıç yaşı 52-57 civarı, destrüktif, simetrik tutuluşun olduğu, sabah katılığının 1-2 saat sürdüğü bayan hasta için bu vakanın RA olmadığını söylemek güçtür. RA; sebebi net bilinmeyen, bayanlarda kısmen daha fazla görülen, 45 yaş civarı pik yapan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Başlıca el ve ayak küçük eklemlerini ilgilendiren, simetrik, eroziv poliartrit en önemli özelliğidir. Etyopatogenezde HLA genleri ve geçirilmiş enfeksiyonlar ile sigara sorumlu tutulmaktadır. Bu vakada kronik artrit bulunması, simetrik, poliartrit tutulum, özellikle el eklemlerinde radyolojik erozyon, akut faz yanıtının yüksek olması RA için kritik ipuçlarıdır. Öte yandan DM, obezite ve HT risk faktörlerinin oluşu, geçmiş artrit ataklarının karakteri ve yerinin net bilinmemesi, uzun yıllardır Allopurinol kullanma öyküsü ve üre,kreatinin yüksekliği, urat nefropatisi ?? olması nedeniyle inflamatuvar, metabolik artrit sık bir sebebi olan Gut hastalığını da dışlamamız mümkün değildir. Gut hastalığı; monosodyum urat kristal depo hastalığı olarak bilinen, inflamatuvar, destrüktif artrit yapan metabolik romatizmal bir hastalıktır. Tipik özellikler akut başlangıç, renkli artrit, hiperürisemi, 1.MTF eklem tutulumu yaygındır. 50 yaş üzerinde ve erkeklerde daha siktir. Hastamız bayan olmakla beraber obez, diyabetik ve hipertansiftir. Geçmiş yıllara ait tetkiklerinde ürik asit düzeyinin ne olduğu, nasıl seyrettiği bilinmemektedir. Öte yandan ACR 2010 RA klasifikasyon kriterleri düşünüldüğünde olası Romatoid artrit te denebilir.

**Sonuç:** İnflamatuvar, kronik, simetrik poliartrit ayırıcı tanısı oldukça güçtür. Yaş, cinsiyet, akut yada sinsi başlangıç, laboratuvar farklılıkları, RF ve/veya Anti CCP pozitifliği, eşlik eden ko-morbid hastalıklar, eklem tutulum yeri, paterni , eklem dışı tutulumlar , öncül durumlar gibi pek çok faktörü birden düşünüp değerlendirmek , deforme varlığını araştırmak en uygun tedavi yaklaşımları açısından çok önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** İnflamatuvar poliartrit, Gut, Romatoid artrit

## TÜBERKÜLOZ SPONDİLODİSKİT: OLGU SUNUMU

**Savaş Özdemir<sup>1</sup>, Alp Çetin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**Giriş:** Tüberküloz; özellikle gelişmekte olan ülkeler olmak üzere, dünya genelinde önemli enfeksiyon hastalıklarından biridir. Tüberküloz vakalarının %15-20'sini akciğer dışı tüberküloz oluşturmaktadır. Osteoartiküler tüberküloz, akciğer dışı tüberküloz olguları içinde lenf bezi ve plevradan sonra 3. sıklıkla görülmektedir. Tüm tüberküloz olgularının ise yaklaşık olarak %1-5 kadarını oluşturmaktadır. Tüberküloz spondilodiskit, primer enfeksiyon olarak gözlenebileceği gibi latent tüberkülozun aktivasyonu ile de ortaya çıkabilmektedir

**Olgu Sunumu:** Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta, bel ve bilateral kalça eklemünde şiddetli, istirahatle azalmayan ağrısı nedeniyle gitmiş olduğu tedavi merkezinde kendisine operasyon önerilmiş, hasta kabul etmemiş. Bunun üzerine hastaya analjezik-antiinflamatuvar ilaç tedavisi verilmiş, Hasta bu tedavi ile şikayetlerinin azalmaması üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın detaylı sorgulanmasında ağrısına ilaveten halsizlik, yorgunluk ve gece terlemesi şikayetlerinin de olduğu öğrenildi.

Hastanın kendisinde ve ailesinde tüberküloz öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde lomber eklem hareket açıklığı tüm yönlere limitli ve ağrılı idi. Kalça hareketleri her yöne ağrılı ve ağrıdan dolayı kısıtlı idi. Periferik eklemlerde ağrı ve şişlik yoktu. Paravertebral bölgede kas spazmı mevcuttu. Alt ekstremitte kas kuvvetleri; bilateral kalça fleksiyonu 4/4, ekstansiyonu 5-/4, addüksiyonu 4/4, abduksiyonu 4/5, diz fleksiyonu 5-/5-, ekstansiyonu 4/4, ayak bileği plantar fleksiyonu 4-/4, dorsifleksiyonu 3/4, başparmak ekstansiyonu 3+/4 idi.

Laboratuvar tetkiklerinde kan beyaz küre 10,0 K/uL (4,1-11,2), Hb: 9,7 g/dl (11,7-15,5), rutin biyokimya değerlerinde anormallik yoktu. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 92 mm/h, CRP: 26,3 mg/dl (0-0,5) olarak tespit edildi. Torakolomber MRG 'L3-4 düzeyindeki spondilodiskit, disk aralığında daralma, diske bakan eklem yüzeylerindeki düzensizlik ve anterior epidural mesafe yerleşimli maksimum 24x6 mm boyutlarındaki apse ile birlikte, anterior epidural mesafedeki apse kauda ekinayı sağ lateral reses düzeyinde daha fazla olmak üzere sıkıştırıyor' olarak raporlandı. Brusella aglutinasyon testi 1/20, PPD testi 19 mm idi. Hasta Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği ile konsülte edildikten sonra, hastaya tüberküloz spondilodiskit ön tanısı ile 4'lü anti-tbc tedavisi düzenlendi (Ethambutol, INH, pirazinamid ve rifampisin). Hastanın ağrıları iki hafta içerisinde azalmaya başladı ve 3.ay poliklinik kontrolünde kas kuvvetlerinde belirgin düzelme izlendi

**Sonuç:** Sonuç olarak; tüberküloz özellikle gelişmekte olan ülkeler olmak üzere hala önemini devam ettiren bir enfeksiyon hastalığıdır. Akciğer dışı tüberküloz kliniği içerisinde önemli bir yer kaplayan tüberküloz spondilodiskit, ciddi morbidite sebebidir. Non- spesifik klinik semptomlarla seyrettiğinden, tanıda gecikmeler yaşanmakta ve bu da morbidite oranlarında artışa sebep olmaktadır. Bu nedenle; radyolojik gecikmeden kaçınılması, erken tanı koyulmasını sağlayacaktır. Anamnez, klinik ve laboratuvar bulgularıyla tüberküloz spondilodiskit düşünülen vakalarda, uygun radyolojik görüntüleme ile erken tanı koyulabilecek, vakalarda morbidite oranlarının azalması sağlanabilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Spondilit, diskit, spinal tüberküloz



STIR



T1 sekans



T2 sekans

## SJÖGRENLİ BİR OLGUDA AKUT GÖĞÜS AĞRISI: EPİPERİKARDİYAL YAĞ NEKROZU

**Mustafa Ekici<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hacettepe Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

2013 yılında bel ağrısı ve tutukluğu, ağız ve gözde kuruma şikayetleri ile sjögren tanısı alan 50 yaş kadın hasta polikliniğe 3 gündür olan, ani başlayan ve başvuru öncesindeki gün nefes darlığına da neden olan sternum arkasında, sol meme inferior kesime ve sol skapulaya vuran batıcı tarzda nefes almakla artan göğüs ağrısı nedeni ile başvurdu. Şikayetlerine eşlik eden öksürük, balgam, hemoptizi ateş yoktu. Yakın dönemde geçirmiş ÜSYE ya da pnömoni mevcut değildi. Diğer sistem sorgulamalarında patolojik bulgu yoktu. Sjögren için pregabalin sabah 75 akşam 150 mg, duloksetin 1x30 mg, PPI kullanıyordu.

Fizik muayenede Ateş: 36,5 Solunum:16 Nabız: 84 Tansiyon 110/70 mmhg. Hastanın sol bazal de solunum sesleri azalmıştı. Ral ya da ronküs mevcut değildi. Sol hemitoraks solunuma daha az katılıyordu. Siyanoz, yardımcı solunum kası kullanımı mevcut değildi.Kardiyak muayene de kalp sesleri doğal, ritmik, ek ses ya da üfürüm mevcut değildi. Alt ekstremitede çap farkı yoktu. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı.

Hastadan tam kan sayımı, Biyokimya, kardiyak panel, CRP, sedimetasyon, ANA, ENA panel, EKG ve PTE protokollü BT istendi. ANA:1/160 granüler benekli patern dışında tüm kan tetkikleri normal saptandı. EKG normal sinüs ritmi izlendi.

PTE protokollü BT ayrıntılı değerlendirmesinde PTE ya da DVT izlenmedi. Kalp apeksi komşuluğunda perikardiyal yağlı dokuda dansite artışı (perikardiyal yağ nekrozu?) izlendi.

Hastaya bunun üzerine Antiinflamatuvar tedavi olarak melox forte (meloksikam) 1x15 mg ve kolşisin 2x0,5 mg başlandı.

Hastanın 3 haftalık kolşisin ve NSAİİ tedavisi sonrası 2. günde nefes darlığı kayboldu. 3 günden itibaren ağrısı azalmaya başladı ve 3. Hafta sonunda semptomları kayboldu. 2 ay sonunda kardiyak MRG ile değerlendirilmesi planlandı.

Tartışma: Epikardiyal yağ nekrozu yaygın olmayan bir akut göğüs ağrısı nedenidir. İlk kez 1957 de Jackson ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Pulmoner tromboemboli, perikardit, plevrit ve akut koroner sendromun semptomlarını taklit eden ani ve şiddetli bir göğüs ağrısı olarak karşımıza çıkar. Bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları oldukça tipiktir ve kardiyofrenik alanda yumuşak doku ve yağ yoğunluğu bileşenleri içeren yuvarlak veya oval şekilli kitle benzeri genel de solda olan bir lezyondan oluşur.

Bhatt ve arkadaşları, karakteristik olarak etkilenen perikardın dışındaki juxtaperikardiyal mediastinal yağ olduğu için “mediastinal yağ nekrozu” (MFN) terimini önermiştir.

MFN etyolojisi henüz daha net olarak belirlenmemiştir. Yağ dokusunun akut torsiyonu, adipoz dokunun önceden var olan anormallikleri (buna bağlı kalp atışları sırasında yağ dokusunun travmaya maruz kalması), gerilme, ağır kaldırma ve valsalva ile oluşabilecek ani basınç artışlarının yağ dokusunda kanamaya yol açması öne sürülen hipotezlerdir.

MFN'nin BT görüntüsü yumuşak bir doku atenüasyon alanı ile çevrili, iyi sınırlı, kitle benzeri bir yağ lezyonudur. Perikarda ve göğüs duvarına invazyon yapmayan yoğun çizgilenmeler ve inflamatuvar değişiklikler görülebilir. Eşlik eden küçük bir ipsilateral pleval efüzyon sıklıkla mevcuttur.

Bu vakamızın zeminde sjögreni olması ayırıcı tanıda primer sjögrene bağlı plevriti akla getirmektedir. İnterstiyel pulmoner fibroz ve trakeobronşiyal sicka, primer SjS'de pulmoner tutulumun en sık rastlanan

şekildir. Nadiren plörit veya perikardit gibi serozit eşlik eder. 2017 ye kadar bildiğimiz kadarıyla, plörit ile komplike olan 11 primer SjS vakası bildirilmiştir

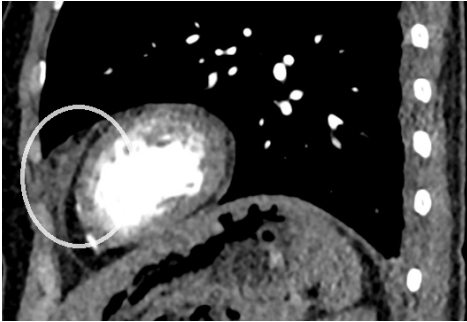
**Anahtar kelimeler:** Epiperikardiyal yağ nekrozu,sjögren,Plevri



**Horizontal kesitte kalp apeksi komşuluğunda yağ nekrozu alanı**



**Sagittal kesitte epiperikardiyal yağ nekrozu alanı**



**Ok işareti ile gösterilen ipsilateral plevral efüzyon**

## KLİNİKTE “FİSH VERTEBRA”

Mehmet Ali Culha<sup>1</sup>, Alp Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**Giriş:** En sık görülen metabolik kemik hastalığı olan osteoporoz kemik dokunun mikro yapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliğinin ve kırık olasılığının artması ile karakterize sistemik bir iskelet bozukluğudur. Sekonder osteoporoz altta yatan bir hastalık veya kullanılan ilaçlara bağlı gelişen osteoporozdur. Özellikle premenapozal kadınlar veya genç erkeklerde ortaya çıkan, tedaviden fayda görmeyen durumlarda sekonder osteoporozdan şüphelenilmelidir.

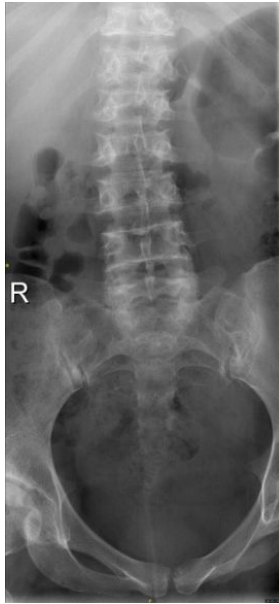
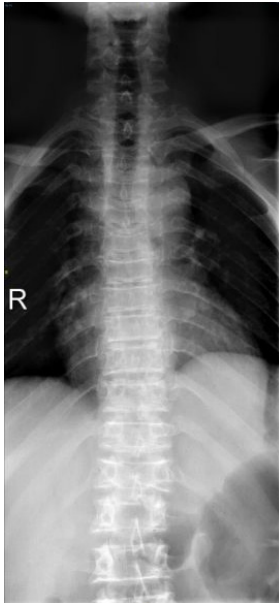
**Olgu:** 36 yaşında kadın hasta kliniğimize bel ağrısı şikayetiyle başvurdu. Bel ağrısı mekanik karakterde, aktiviteyle artan, istirahatle azalan tarzdaydı. Sabah tutukluğu, gece uykudan uyandıran ağrısı yoktu. Bacaklara yayılan ağrı, uyuma şikayeti yoktu.

Hastamızın şikayetleri 2010 yılında başlamıştı, o dönemdeki görüntülemesi mevcut değildi. Hasta oral ve topikal ağrı kesicilerle tedavi edilmişti. Kliniğimize başvurusunda yapılan değerlendirmede boyu 1.58 m, vücut ağırlığı 60 kg ölçüldü. Fizik muayenede bel hareketleri her yönde açık ve minimal ağrılıydı, postür doğaldı. Torakal ve lomber spinöz çıkıntılarda basmakla hassasiyet yoktu, paravertebral kas spazmı mevcuttu. Düz bacak kaldırma testi negatifti, nörolojik muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Direk grafide torakolomber bölgede daha fazla olmak üzere tüm vertebra korpuslarında yükseklik kaybı (T12 vertebra korpusunda önde %50), diske bakan vertebra yüzlerde sklerotik dejeneratif değişiklikler görüldü. Literatüre baktığımızda vertebralardaki yaygın yükseklik kaybı “fish vertebra”, “codfish vertebra” olarak isimlendirilmiştir. Ayırıcı tanısında osteoporoz, orak hücreli anemi, herediter sferositoz, osteogenezis imperfekta, renal osteodistrofi, talasemi majör yer almaktadır. Osteoporoz açısından sorgulamasında steroid ya da herhangi bir ilaç kullanımı, aile öyküsü, kırık öyküsü yoktu. Kan tetkiklerinde ALP: 35 (N: 30-120 U/l), 25 OH vitamin D: 23 (25-80 µg/l), parathormon: 22 (N: 12-88 pg/ml), tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Periferik yayması, hemoglobin elektroforezi normaldi. Torakal ve lomber manyetik rezonans görüntüleme de vertebralarda diffüz T1 sinyal kaybının muhtemelen zemindeki osteoporozla ilişkili olduğu, vertebralarda diffüz yükseklik kaybı olduğu ve akut kompresyon görülmediği şeklinde yorumlandı. Femur kemik mineral yoğunluğu (BMD) ölçümünde sol femur boyun BMD: 1.033 g/cm<sup>2</sup>, T: 0.4, Z: 0.8, sol femur toplam BMD 1.184 g/cm<sup>2</sup> T: 1.4 Z: 1.7, L1-L4 BMD: 1.261 g/cm<sup>2</sup>, T: 0.5 Z: 0.7 olarak saptandı.

Metabolik kemik hastalıkları açısından endokrinoloji bölümüne konsülte edilmiştir. Göz hastalıkları, kulak burun boğaz, kardiyojoloji ve diş hekimliği bölümünce değerlendirilen hasta osteogenezis imperfekta ile uyumlu bulunmadı. Literatürde iskelet dışı bulguları olmayan ancak ciddi kırık öyküsü olan hastaların bir kısmında osteogenezis imperfekta ilişkili genlerde mutasyon saptanmıştır. Bu süreçte hasta fizik tedavi programına alındı, oral NSAİİ başlandı. 10 seans fizik tedavi sonrasında ağrılarında azalma olmayan hasta ev egzersiz programı ile takip ediliyor. Genetik testler sonuçlanana kadar bifosfanat tedavisi planlanmadı.

**Sonuç:** Klinikte en sık gördüğümüz hasta gruplarından olan bel ağrısı şikayetiyle gelenlerde ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve tetkiklerle altta yatan esas patolojiye ulaşmak önemlidir. Bu vakada olduğu gibi direk grafi görüntüsü bizi osteoporozla yönlendirmiş, hatta sekonder neden olarak osteogenezis imperfekta ya da hafif varyantları olabileceği yönünden ileri tetkiklere yönlendirmiştir.

**Anahtar kelimeler:** osteoporoz, fish, vertebra



## ATİPİK EKLEM TUTULUMU İLE SEYREDEN BİR ANKİLOZAN SPONDİLİT OLGUSU

**Altuğ Güner<sup>1</sup>, Alev Alp<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Background:** Ankilozan Spondilit (AS) kronik, progresif özellikle omurgayı etkileyen romatizmal bir hastalıktır. AS periferik eklem tutulumu ile seyredebilmektedir. Bununla birlikte özellikle kadınların etkilendiği AS olgularında atipik eklem tutulumları görülebilmektedir. Özellikle karpal kemik eklem tutulumu Romatoid Artrit (RA) olgularında görülmekle beraber literatürde AS olgularında da varlığı ortaya konmuştur (1). Lakin RA ve AS hastalıkları nadir olarak aynı hastada karşımıza çıkmakta ayrıca RA olgularında bilateral sakroileit tutulumunun olduğu görülmektedir.

**Giriş:** Eş zamanlı RA ve AS tanılarıyla takip edilen bir hastanın 2010 ve 2018 yılları arasındaki biyolojik tedaviye yanıtları, laboratuvar değerleri ve fizik muayene bulguları bakımından değerlendirildi

**Gereç ve yöntem:** F. U. isimli hastaya 1996 yılında seronegatif RA (ACPA -, RF-, HLADRB1\*01+) teşhisi konmuştu. 2010 yılında merkezimize başvuran hastanın el eklem ağrıları yanında inflamatuvar sırt ağrısı, azalmış mobilite ve göğüs ekspansiyonu mevcuttu. Radyografik değerlendirmede bilateral grade 4 sakroileit ve HLA-B27 pozitifliği saptanan hastaya 1984 modifiye New York kriterleri baz alınarak AS teşhisi kondu. 2010 yılına kadar Hastalığı Modifiye Eden Antiromatizmal İlaç(DMARD) kombinasyonları ile tedavi edilen hastanın tedavisine 2010 yılından sonra hastalık aktivasyonundan dolayı DMARD (metotreksat veya leflunomid) ile çeşitli biyolojik ajanların (infliksımab, golimumab, rituximab, adalimumab, etanercept, abatecept) switch yapılarak kombine edilmesi ile devam edildi. Diğer ajanlara kıyasla infliksımab tedavisi ile inflamasyon daha belirgin şekilde baskılandı ve düşük hastalık aktivasyonu sağlandı. Hastanın takibinde yumuşak doku ultrasonografisi, laboratuvar testleri ve fizik muayene kullanıldı.

**Sonuç:** AS ve RA birlikteliğinin nadir olarak aynı hastada görülebildiği, RA tanılı hastalarda bilateral sakroileik eklem tutulumu varlığı düşük sıklıklada olsa literatürde karşımıza çıkmaktadır (2). Hastamızda saptanan karpal eklem tutulumu ön planda RA hastalığını düşündürmekle beraber AS hastalarında da karpal eklem tutulumunun olduğu literatür taramalarında saptamaktadır. DMARD, rituksımab ve abatecept tedavi ajanlarına yanıtız olması hastanın atipik eklem tutulumu ile seyreden AS olduğunu göstermektedir. Bilateral sakroileik eklem tutulumu ve HLA-b27 pozitifliği tanıyı desteklemektedir. Hastanın karpal kemiklerde seyreden eroziv ve agresif artrit oluşumu HLADRB1 gen pozitifliği ile ilişkili olabilir. Farklı biyolojik tedavi seçeneklerine cevap vermeme ve sekonder yanıtızlık (anti-tnf ajanlarına karşı anti-kor oluşumu) hastanın eşsiz genotiplemesine bağlı olabilir ve bilimsel literatüre katkıda bulunabilir

### Kaynaklar

1. Resnick D, Niwayama G. Ankylosing Spondylitis. In: Resnick D, editor. Bone and Joint Imaging. Philadelphia, W. B. Saunders Company; 1992. p. 299-319.
2. Dilfen N. Romatoid Artrit. In: Karaaslan Y, editor. Klinik Romatoloji. <stanbul: Medikographics; 1996. p. 86-112.

**Anahtar kelimeler:** atipik, eklem, ankilozan, spondilit





## DİZ OSTEOARTRİTİ OLAN HASTALARDA LAZER TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Emin Ekiz<sup>1</sup>, Kazım Çapacı<sup>1</sup>, Murat Korkmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

<sup>2</sup>Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

**Giriş:** Osteoartrit (OA) major bir romatolojik eklem hastalığı olup, dejeneratif ve genellikle ilerleyici karakterdedir. Diz en sık etkilenen eklemdir. Klinik olarak kronik ağrı, tutukluk, kas güçsüzlüğü, eklem hareket açıklığında kısıtlanma ve yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkilidir. Günümüzde hastalığı tamamı ile kontrol altına alabilen bir tedavi yöntemi mevcut değildir. Diz OA tedavi sürecinde farmakolojik tedaviler, fizik tedavi modaliteleri, egzersiz ve cerrahi tedaviler uygulanmaktadır.

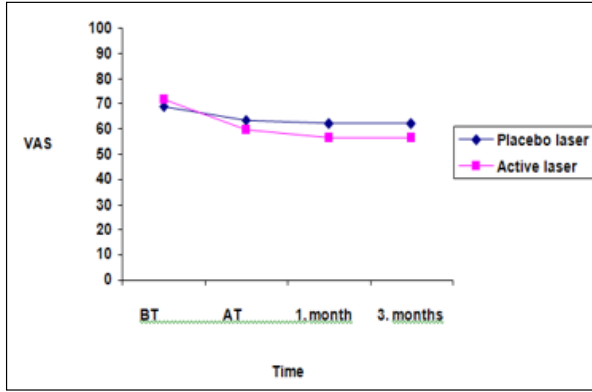
Düşük doz lazer tedavisi (LLLT) OA>in farmakolojik olmayan konservatif tedavileri içinde yer almaktadır. Dokuları uyarıcı ve inflamatuvar süreci modifiye edici etkilerinden dolayı umut vaat eden bir tedavi yöntemi olarak düşünülmektedir. Biz bu çalışmada primer diz OA tanısı olan hastalarda LLLT>in ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkinliğini plasebo tedavisi ile karşılaştırmayı planladık.

**Gereç ve Yöntem:** Kelgren Lawrence evre 2-3 primer diz OA 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma prospektif, randomize ve çift kör olarak planlandı. Hastalar 2 gruba ayrıldı; 1. gruba Helyum-Neon aktif lazer tedavisi, 2. gruba plasebo lazer tedavisi 2 hafta süresince haftada 5 gün toplam 10 seans olarak uygulandı. Hastalar tedavi öncesi, tedaviden hemen ve 3 ay sonra değerlendirildi. İstirahat ve hareket ağrısı için vizüel analog skala (VAS) , diz fonksiyonel durum için Western Ontario McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ve Lequesne indeksi, aktif/pasif eklem hareket açıklığı, yaşam kalitesi için Kısa Form SF-36, 15 metre yürüme zamanı, ağrısız yürüme zamanı sonuçları elde edildi.

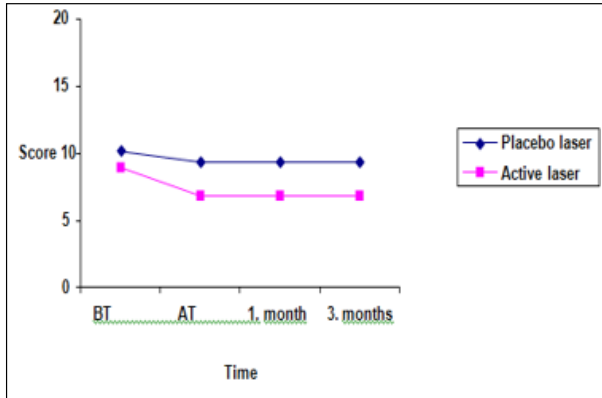
**Bulgular:** İstirahat ve hareketle ilişkili diz ağrısı VAS skorları, 15 metre ve ağrısız yürüme zamanı, Laquesne ve WOMAC skorları, SF-36 fiziksel ve sosyal fonksiyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzelme izlendi. Aktif/pasif EHA ve SF-36 fiziksel rol, mental sağlık, genel sağlık algısı ve emosyonel iyilik hali skorlarında anlamlı farklılık gözlenmedi.

**Sonuç:** LLLT diz OA'de ağrı ve fonksiyonel parametreler üzerinde etkili ve güvenilir bir tedavidir. Etkinliğini ve önceliğini belirlemek amaçlı daha geniş sayıda hasta içeren uzun kontrol süreli kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** düşük doz lazer tedavisi, diz osteoartriti, ağrı, WOMAC osteoartrit indeksi, SF-36



**Şekil 1.** Hareketle diz ağrısı (VAS)



**Şekil 2.** Lequesne indeksi

	Active laser (Avg±Std) (n=30)						Placebo laser (Avg±Std) (n=30)						
<b>WOMAC pain score</b>													<b>p=</b>
BT	13,40±2,16						13,77±2,30						0,467
AT	10,93±1,91						12,83±2,48						0,002
1.month	10,60±1,77						12,63±2,61						0,001
3.months	10,60±1,77						12,63±2,61						0,001
p=	0,000						0,000						
	BT:AT	BT:1. month	BT:3. months	AT:1. month	AT:3. months	1.3. month	BT:AT	BT:1. month	BT:3. months	AT:1. month	AT:3. months	1.3. month	
p=	0,000	0,000	0,000	0,011	0,011	1,000	0,007	0,007	0,007	0,109	0,109	1,000	
	AT-BT			1. month-BT			3. months-BT						
p=	0,001			0,001			0,001						
<b>WOMAC stiffness score</b>													<b>p=</b>
BT	4,80±0,96						5,17±0,99						0,145
AT	4,33±0,66						5,03±1,00						0,005
1.month	4,27±0,64						5,00±0,98						0,002
3.months	4,27±0,64						5,00±0,98						0,002
p=	0,000						0,066						
	BT:AT	BT:1. month	BT:3. months	AT:1. month	AT:3. months	1.3. month	BT:AT	BT:1. month	BT:3. months	AT:1. month	AT:3. months	1.3. month	
p=	0,006	0,006	0,006	0,157	0,157	1,000	0,157	0,102	0,102	0,317	0,317	1,000	
	AT-BT			1. month-BT			3. months-BT						
p=	0,027			0,054			0,054						
<b>WOMAC function score</b>													<b>p=</b>
BT	43,37±6,65						45,93±8,70						0,358
AT	37,33±6,67						43,50±8,16						0,002
1.month	36,20±5,32						43,30±8,17						0,000
3.months	36,20±5,32						43,30±8,17						0,000
p=	0,000						0,000						
	BT:AT	BT:1. month	BT:3. months	AT:1. month	AT:3. months	1.3. month	BT:AT	BT:1. month	BT:3. months	AT:1. month	AT:3. months	1.3. month	
p=	0,000	0,000	0,000	0,005	0,005	1,000	0,005	0,005	0,005	0,180	0,180	1,000	
	AT-BT			1. month-BT			3. months-BT						
p=	0,001			0,000			0,000						

**Şekil 3.** WOMAC ağrı, tutukluk ve fiziksel fonksiyon indeksi

## KLİNİKOPATOLOJİK KONFERANS: VAKA SUNUMU

Emre Bilgin

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*

**Vaka:** Daha önce benzer şikâyeti olmayan hasta yaklaşık 4 yıl önce nefes darlığı nedeniyle başvurduğu merkezde çekilen akciğer tomografisinde yaygın buzlu cam alanları ve nodüller saptanmış, hastaya takip önerilmiş. Takiplerinde benzer bulgular saptanan hastaya yaklaşık 1 yıl sonra bronko-alvolar lavaj yapılması önerilmiş, ancak hasta kendi isteğiyle reddetmiş. Haziran 2017'de nefes darlığında artış olan hastaya Legionella pnömonisi ön tanısıyla antibiyotik başlanmış, sonrasında interstisyel akciğer hastalığı ön tanısıyla steroid eklenmiş, oksijen ihtiyacı devam eden hastaya oksijen konsantratörü çıkarılarak taburcu edilmiş. Yaklaşık 2 ay sonrasında hemoptizi nedeniyle farklı bir merkeze başvuran hastaya çekilen akciğer tomografisinde alveolar konsolidasyon alanları saptanmış, alveolar hemoraji ile uyumlu saptanan hastanın steroid dozu artırılarak taburcu edilmiş. Haziran 2018'de nefes darlığında artış ve eklem ağrıları olan hastaya yapılan tetkiklerde MPO ANCA pozitifliği olması üzerine ANCA-ilişkili vaskülit ön tanısıyla hastanın steroid dozu artırılarak metotreksat başlanmış, metotreksat alerjisi olması üzerine hastaya Ekim 2018'de 15'er gün arayla 1'er gram rituximab verilmiş. Kasım 2018'de pnömoni ön tanısıyla antibiyotik tedavisi alan hastanın semptomları ilerlemesi üzerine rituximab ilişkili pnömonit ve interstisyel akciğer hastalığı alevlenmesi ön tanısıyla 3 gün yüksek doz steroid verilmiş, ardından azatiopürin önerilen hasta kendi isteğiyle HÜTF Romatoloji bölümüne başvurmuş. Hipoksemik ve taşikardik olan hasta ARDS tablosunda yoğun bakıma kabul edildi. Yapılan akciğer tomografisinde buzlu cam dansiteleri ve interlobüler septal kalınlaşmalar olası PCP veya CMV enfeksiyonuna bağlı olarak yorumlandı. Hastaya mero-penem, gansiklovir, bactrim ve oseltamivir başlandı. Hastanın serum ve DTA sıvısından gönderilen CMV virüs yükü ve aspergillus antijeni yüksek raporlanması üzerine tedaviye vorikonazol eklendi. İmmunoglobulin G düzeyi düşük olarak saptanan hastaya IgG replasmanı yapıldı. Tedrici olarak gelişen batın distansiyonuna yönelik genel cerrahi ile konsülte edilen hastaya girişim düşünülmedi. Sonrasında hastanın kan, kateter, BAL kültürlerinde E.faecium üremesi olması üzerine tedaviye teikoplanin eklendi. Sonrasında olası Bartonella enfeksiyonuna yönelik olarak siprofloksasin tedaviye eklendi. Vazopresör ihtiyacı tedrici olarak artan, idrar çıkışı azalan hastaya CRRT yapıldı, sonrasında atrial fibrilasyon ve hipotansiyonda derinleşme olan hastaya kardiyoversiyon yapıldı. Tedricen vazopresör ihtiyacı artan hastada kardiyak arrest gelişti, kardiyopulmoner resüsitasyona yanıtız olan hasta exitus olarak kabul edildi.

# Yazar Dizini

## A

Abacar, Kerem Yiğit 69  
Abdulgazi Gaydan  
45, 48  
Abdurrahman Soner  
Şenel 7  
Ağaçkiran, Seda Kutluğ  
69  
Ahmet Eftal Yücel 8  
Akar, Servet 49  
Akıncı, Ayşen 44  
Akınar, Pınar 58  
Aksoy, Aysun 69  
Aktaş, Ayşe 96  
Aktaş, İlknur 58  
Ali Akdoğan 22  
Ali İhsan Ertenli 22  
Ali Karakaş 66  
Alp, Alev 120  
Alper Sarı 22  
Alper Soylu 55  
Alper Yıldırım 7  
Amra Adroviç 20  
Aşkın Ateş 15  
Ata, Emre 74  
Atagündüz, Mehmet  
Pamir 69  
Atagündüz, Pamir 112  
Avcı, Aslıhan 104  
Aydan Köken Avşar 66  
Ayhan Kul 17  
Ayşen Akıncı 68

## B

Bağlan, Esra 77, 78  
Bakay, Umud 65  
Bakhtiyarova, Gaukhar  
113  
Baş, Süleyman 91  
Bayram Farisoğulları  
22  
Belkis Nihan Coşkun 5  
Bengisu Aslan 75  
Berkan Armağan 22  
Berna Yurttaş 34  
Bilgin, Emre 125

Borman, Pınar 109  
Burcu Arslan 41  
Burcu Metin Ökmen  
24  
Burcu Yağız 5  
Bülbül, Mehmet 77, 78

## C

Cemil Güner 45, 48  
Ceyhun Açar 55  
Coşkun, Belkis Nihan  
98, 99  
Culha, Mehmet Ali 118

## Ç

Çapacı, Kazım 122  
Çapkın, Erhan 45  
Çefle, Ayşe 108  
Çelikkaya, Evra 78  
Çetin, Alp 114, 118  
Çınar, Muhammet 89  
Çolak, Seda 89

## D

Dalkılıç, Ediz 98, 99  
Demir, Ali Nail 80  
Denizli, Merve 109  
Derya Kaşkari 8  
Didem Arslan Taş 41  
Dinçer, Zeynep Toker  
107  
Dinçes, Elif 87  
Direskeneli, Haner 112  
Direskeneli, Rafi Haner  
69  
Doğru, Atalay 63  
Dua Cebeci 72  
Durak, İlker 104

**E**  
Ebru Tepecik 17  
Ediz Dalkılıç 5  
Egemen Konak 45, 48

Ekici, Mustafa 116  
Ekiz, Emin 122  
Elçin, Osman 94  
Eldemir, Yasemin  
Özden 113  
Emir, Ceylan 96  
Emrah Koç 41  
Emre Bilgin 22  
Emre Taşdemir 20  
Enginar, Ayşe Ünal 53  
Erdoğan, Mustafa 84,  
105  
Erhan Çapkın 48  
Ertaş, Şule Ketenci 94  
Ertuğrul Çağrı Bölek  
22  
Ertuğrul Karataş 17  
Ertürk, Adem 54  
Ertürk, Zeynep 112  
Esatoğlu, Sinem Nihal  
87, 105  
Esra Bağlan 19  
Esra Bilgin 22  
Esra Kayacan Erdoğan  
41

## F

Fatih Yıldız 23  
Fatma Alibaz Öner 26  
Fatoş Önen 66  
Feyza Ünlü Özkan 46  
Firdavs Ulutaş 61  
Fresko, İzzet 84  
Funda Erbasan 75

## G

Gazel, Ümmügülsüm  
69  
Gerçik, Öney 49  
Gizem Olgu Korkmaz  
68  
Gökçen, Neslihan 108  
Gök, Kevser 111  
Gözde Kübra Yardımcı  
22

Gözde Yıldırım Çetin  
23  
Gülcemal, Semral 42  
Güleç, Gamze Gül 58  
Güner, Altuğ 120  
Güngör, Tülin 78  
Gürer, Gülcan 65

## H

Hadi Hakan Maraş 10  
Hakan Aktan 41  
Hamuryudan, Vedat  
102  
Haner Direskeneli 26  
Hasan Erbay 10  
Hasan Göğebakan 23  
Hasan Satış 12

## İ

İlin, Sena 113  
İlknur Aktaş 46  
İnanç, Güzide Nevsun  
69  
İnanç, Nevsun 112  
İsmail Uçar 75

## J

Jalili, Elvin 108

## K

Kaban, Nedim 65  
Kaçar, Cahit 53  
Karabacak, Murat 69  
Karagülle, Mine 104  
Karagülle, Müfit Zeki  
104  
Karakaya, Deniz 78  
Kardeş, Sinan 104  
Kayış, Deniz 81  
Kemal Üreten 10  
Kenan Barut 20  
Khanım Baba-zada 20  
Kınıklı, Gülay 82

Kıvanç, Tuğrul Mert 60  
Koray Ayar 24  
Korkmaz, Murat 122  
Koyuncu, Esra Gizem  
44  
Kösem, Murat 74  
Kudaş, Özlem 51  
Kurtuluş, Duygu 91  
Küçükçakır, Nurten 60

## L

Levent Kılıç 22  
Limon, Muhammet 42

## M

Mat, Cem 102  
Mehmet Bülbül 19  
Mehmet Yıldız 20  
Mehtap Aykaç Çebiçi  
13  
Melikoğlu, Melike 87  
Metin Özgen 29  
Muhammed Aydın 20  
Murat Karkucak 45, 48  
Murat Torgutalp 15  
Mustafa Ender Terzioğ-  
lu 75  
Mücteba Enes Yayla 15

## N

Nazife Şule Yaşar Bilge  
32  
Nermin Keni Begendi  
57  
Nuh Ataş 31  
Nurdan Sedefoğlu 13  
Nurdan Yurt 46  
Nurten Seringeç Akke-  
çeci 23

## O

Ocak, Tuğba 99  
Oya Koker 20

## Ö

Ömer Karadağ 22  
Öner, Fatma Alibaz 69  
Özdel, Semanur 77, 78  
Özdemir, Savaş 114  
Özge Gülsüm İlleez 46  
Özgüler, Yeşim 105  
Özgül Soysal Gündüz  
70  
Özgür Kasapçopur 20  
Özkan, Feyza Ünlü 58  
Özköse, Gül Güzelant  
102  
Özlem Şen 7  
Öztaş, Mert 79  
Özyazgan, Yılmaz 102

## P

Pehlivan, Yavuz 98, 99

## R

Refik Ali Sarı 45, 48  
Reyhane Bilici Salman  
12, 18

## S

Salih Kavukçu 55  
Salihoğlu, Ayşe 107  
Sarıtaş, Fatih 91  
Sedat Kiraz 22  
Seher Kir 29  
Seide Karasel 72  
Selime Ermurat 5  
Sema Kaymaz Tahra 26  
Semanur Özdel 19  
Serap Tomruk Sütbe-  
yaz 13  
Serdal Uğurlu 34  
Serdar Emin Kaymaz  
61  
Serpil Ergülü Eşmen  
57  
Seyahi, Emire 87, 102  
Sezer, İlhan 80

Sezer, Serdar 82  
Sezgin Şahin 20  
Sezgin Zontul 29  
Sinan Kardeş 28  
Sinem Burcu Kocaer  
66  
Sirkeci, Özgür 113

## Ş

Şahin, Nilay 73  
Şahlı, Gönül Işık 113  
Şenel, Abdurrahman  
Soner 94  
Şen, Özlem 94  
Şule Apraş Bilgen 22  
Şule Ketenci Ertaş 7

## T

Tahra, Sema Kaymaz  
69  
Talu, Pınar 96  
Tapan, Özge 81  
Tapan, Utku 81  
Tarhan, Emine Figen  
81  
Tatlıcan, Semih 96  
Tekgöz, Emre 89  
Tezcan, Dilek 42  
Tınazlı, Mehtap 113  
Timuçin Kaşifoğlu 32  
Tuncer, Fatma 108  
Türkmen, Funda Mü-  
şerref 91

## U

Uğur Karasu 61  
Uğurlu, Serdal 79, 105,  
107  
Uğur Özdemir 8  
Ulaş, Turgay 113  
Umut Kalyoncu 22

## V

Vahedi, Hülya 113  
Veli Çobankara 61  
Veli Yazısız 75

## Y

Yağız, Burcu 98, 99  
Yalçınkaya, Yasemin  
112  
Yavuz Pehlivan 5  
Yazıcı, Ayten 108  
Yazıcı, Hasan 102  
Yıldırım, Alper 94  
Yılmaz, Sedat 89  
Yılmaz, Sema 42  
Yurttaş, Berna 87, 105,  
107  
Yüksel, Mehmet Levent  
82

## Z

Zengin, Orhan 101

