



ROMATOLOJİ 365 SEMPOZYUMU

29 EYLÜL
1 EKİM **2023**

RAMADA PLAZA
BY WYNDHAM **RİZE**

BİLDİRİ KİTABI



KURULLAR

Sempozyum Başkanları

Dr. Gezmiş Kimyon
Dr. GÖzde Yıldırım Çetin

Düzenleme Kurulu

Dr. Veli Çobankara
Dr. Ediz Dalkılıç
Dr. Gezmiş Kimyon
Dr. Adem Küçük
Dr. Süleyman Serdar Koca
Dr. Metin Özgen
Dr. Yavuz Pehlivan
Dr. Ayten Yazıcı
Dr. GÖzde Yıldırım Çetin
Dr. Servet Yolbaş



BİLİMSEL PROGRAM

29 EYLÜL 2023, CUMA	
13:30 – 14:00	AÇILIŞ
14:00 – 15:15	PANEL 1: ROMATİZMAL HASTALIKLARDA ANAMNEZ NASIL ALINIR?
	OTURUM BAŞKANLARI: <i>ŞÜKRAN ERTEN, ADEM KÜÇÜK</i> KONUŞMACI: <i>UMUT KALYONCU</i>
15:15 – 16:15	ROMATOİD ARTRİT
	VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>EMEL GÖNÜLLÜ</i> TARTIŞMACILAR: <i>SEDAT KİRAZ, NEVSUN İNANÇ, GÖKHAN KESER</i>
16:15 – 17:00	<i>Lilly</i> UYDU - 1 MODERATÖR: <i>SÜLEYMAN SERDAR KOCA</i> KONUŞMACI: <i>ADEM KÜÇÜK</i> ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE BARİSİTNİB
17:00 – 17:30	KAHVE ARASI
17:30 – 18:30	PSÖRIAZİS VE PSÖRIATİK ARTRİT
	VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>ORHAN ZENGİN</i> TARTIŞMACILAR: <i>UMUT KALYONCU, DUYGU ERSÖZLÜ, SİBEL BAKIRCI</i>
18:30 – 19:15	PANEL 2:
	OTURUM BAŞKANLARI: <i>YASEMİN KABASAKAL, AYŞE CEFLE</i>
	AFA SENDROMU: <i>AYTEN YAZICI</i>
	SJÖGREN SENDROMU: <i>BERKAN ARMAĞAN</i>
	TARTIŞMA
30 EYLÜL 2023, CUMARTESİ	
08:30 – 09:30	SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZ
	VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>ABDULSAMET ERDEN</i> TARTIŞMACILAR: <i>MURAT İNANÇ, MEHMET SAYARLIOĞLU, SÜLEYMAN SERDAR KOCA</i>

09:30 - 10:15	 <p>UYDU - 2 Prof.Dr.Murat İnanç Prof .Dr. Nesrin Öcal Pulmoner Fibroziste Progresyonu Yavaşlatın</p>
10:15 - 10:30	KAHVE ARASI
10:30 - 11:30	<p>ANKILOZAN SPONDİLİT VE DİĞER AKSİYEL SPONDİLARTRİTLER</p> <p>VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>FATİH ALBAYRAK</i></p> <p>TARTIŞMACILAR: <i>SERVET AKAR, GAMZE KILIÇ, FATOŞ ÖNEN</i></p>
11:30 - 12:15	 <p>UYDU - 3 OTURUM BAŞKANLARI: <i>Bünyamin Kısacık - Süleyman Serdar Koca</i> KONUŞMACILAR: <i>Yavuz Pehlivan - Suade Özlem Badak</i> Verxant Her Adımda Yanında: Hekimlerin Güvendiği Tedavi 5. Yılında</p>
12:15 - 13:00	ÖĞLE YEMEĞİ
13:00 - 14:00	<p>BEHÇET HASTALIĞI</p> <p>VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>AHMET KARATAŞ</i></p> <p>TARTIŞMACILAR: <i>VEDAT HAMURYUDAN, CEMAL BES, HAKAN ERDEM</i></p>
14:00 - 14:45	<p>PANEL 3: BÜYÜK ÇAPLI DAMAR VASKÜLİTLERİ</p> <p>OTURUM BAŞKANLARI: <i>SÜLEYMAN ÖZBEK</i></p> <p>DEV HÜCRELİ ARTERİTİ VE PMR: <i>NİLÜFER KANİTEZ</i></p> <p>TAKAYASU ARTERİTİ: <i>SERVET YOLBAŞ</i></p> <p>TARTIŞMA</p>
14:45 - 15:15	KAHVE ARASI
15:15 - 16:15	<p>KRİSTAL ARTRİTLER</p> <p>VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>LÜTFİ AKYOL</i></p> <p>TARTIŞMACILAR: <i>EFTAL YÜCEL, MEHMET AKİF ÖZTÜRK</i></p>
16:15 - 17:00	<p>PANEL 4:</p> <p>OTURUM BAŞKANLARI: <i>REFİK ALİ SARI</i></p> <p>FMF TANISI VE TEDAVİSİ: <i>SERDAL UĞURLU</i></p> <p>ERİŞKİN STİLL HASTALIĞI: <i>EDİZ DALKILIÇ</i></p> <p>TARTIŞMA</p>
17:00 - 17:15	KAHVE ARASI
17:15 - 18:15	<p>SİSTEMİK SKLEROZ: RAYNAUD FENOMENİ, DİJİTAL ÜLSER, PULMONER FİBROZ VE PULMONER HİPERTANSİYON</p> <p>VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>DUYGU TEMİZ KARADAĞ</i></p> <p>TARTIŞMACILAR: <i>VELİ YAZISIZ, ALİ AKDOĞAN</i></p>
18:15 - 19:00	<p>SÖZLÜ SUNUM <i>Detaylar için tıklayınız</i></p> <p>OTURUM BAŞKANLARI: <i>HAKAN EMMUNGİL, HASAN ULUSOY</i></p>

1 EKİM 2023, PAZAR

09:00 - 10:00	ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİTLER
	VAKA SUNUMU VE SORULAR: <i>SEMA KAYMAZ TAHRA</i>
	TARTIŞMACILAR: <i>KENAN AKSU, VELİ ÇOBANKARA, SEDAT YILMAZ</i>
10:00 - 10:45	PANEL 5: ROMATOLOJİDE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HASTA TAKİBİ; ULTRASON VE MR'IN YERİ
	OTURUM BAŞKANLARI: <i>LEVENT KILINÇ, YÜKSEL MARAŞ</i>
	KONUŞMACI: <i>ÖMER KARADAĞ</i>
10:45 - 11:00	KAHVE ARASI
11:00 - 11:45	PANEL 6:
	OTURUM BAŞKANLARI: <i>AHMET OMMA, METİN ÖZGEN</i>
	MUKOPOLİSAKARİDOZLAR VE DİĞER LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARI: <i>GÖKHAN SARGIN</i>
	ROMATOLOJİ PRATİĞİNDE İVİĞ KULLANIM ALANLARI: <i>HAMİT KÜÇÜK</i>
TARTIŞMA	
11:45 - 12:45	SÖZLÜ SUNUM Detaylar için tıklayınız
	OTURUM BAŞKANLARI: <i>BELKİS NİHAN COŞKUN</i>
12:45 - 13:00	KAPANIŞ

KONUŞMA ÖZETLERİ

Mukopolisakkaridozlar ve Diğer Lizozomal Depo Hastalıkları

Doç. Dr. Gökhan Sargın

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Lizozom hücre içindeki önemli organellerden bir tanesidir. Yapısında plazma membranı, lipid tabaka, membran transport proteinleri ve hidrolitik enzimler yer almaktadır. İçeriğinde yer alan hidrolitik enzimler yağ ve kolesterolün parçalanması ve kullanımında görev almaktadır. Suicidal çantalar olan bu yapıların içerisindeki düşük pH katabolik enzimler için optimal ortam sağlamaktadır. Lizozomal depo hastalıkları; mukopolisakkaridozlar, mukolipidoz, glikoproteinoz, sfingolipidoz, lipid depo hastalıkları, transport defektleri ve glikojen depo hastalıklarıdır. Lizozomal enzimleri kodlayan genlerde mutasyonlar sonucu oluşan mukopolisakkaridozlar herediter, progresif, nadir ve heterojen özellik göstermektedir. Glikozaminoglikanlar; tekrarlayıcı disakkarid ünitleri içeren dalsız polisakkarid zincirlerinden oluşmaktadır. Majör glikozaminoglikanlar heparan sülfat, dermatan sülfat, kondritin sülfat ve keratan sülfattır. Glikozaminoglikanların protein ile birleşmesi ile proteoglikanlar oluşmaktadır. Bu yapılar nükleus membranı, hücre membranı ve bağ dokusunun temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu yapılar endoplazmik retikulumda sentezlenmekte ve golgide işlenerek hücre dışına iletilmektedir. Yıkımı ise endositoz yoluyla hücre içine alınmasından sonra lizozom içerisindeki enzimler ile olmaktadır. Lizozomal enzimlerde mutasyonlara bağlı olarak azalmış aktivite yada yokluğunda intralizozomal olarak glikozaminoglikanlar artmaktadır. Artan ürünlere bağlı olarak lizozomal şişme ve hücre fonksiyonlarında bozulma meydana gelmektedir. Sonuçta Klinik, radyolojik ve biyokimyasal anormallikler ve farklı ürünlerin hücre içi birikimine bağlı olarak çeşitli hastalıklar meydana gelmektedir. Glikozaminoglikan depozisyonu, kondrosit apoptozisi, NO, sitokin, kemokin üretimi, TLR4 yolağı aktivasyonu, MMP ve TNF-alfa artışı patogeneizde yer almaktadır. İnsidansı 3,5-4,5/100.000 olup X bağlı klartım gösterenler hariç kadın erkek oranları birbirine benzerdir.

- İskelet ve eklem anormallikleri mukopolisakkaridozların çoğunun belirgin özelliğidir. Klinik özellikler iskelet displazisi, eklem mobilitesinde azalma, kısa boy ve çocuklarda karpal tünel sendromu ve tetik parmak gelişimidir. Hafif formların yetişkinlerde teşhis edilme olasılığı daha yüksek olup osteoartiküler semptomlar ön plandadır. MPS I, II, VII Skletal hastalık ± Sinir sistemi, MPS IIIA-D Primer SSS hastalığı, MPS IVA-B Primer skletal hastalık ve MPS VI Yumuşak doku ve skletal hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Hurler hastalığında makrosefali - geniş dil, progresif ventriküler genişleme - nörosensörial işitme kaybı, inguinal herni, tekrarlayan üsye - kulak enfeksiyon ve valvüler kapak hastalığı görülmektedir. Skletal sistemde Geniş kaba trabeküler diafiz, İrregüler metafiz - epifiz, kalın kaburga ve ovoid vertebral cisim görülebilmektedir. MPS - I, II, VII hastalarında görülen iskelet anormallikleri topluca dizostozis multipleks olarak anılır. Bu hastalarda eklem hareket açıklığında ciddi kayıp, hareketlerde kısıtlanma, büyümede yavaşlama/durma ve boy kısalığı görülmektedir. Azalmış eklem hareket açıklığı, hafif hastalıkta ilk ortaya çıkan semptom olabilir. Hafif form Hurler hastalığında multisistemik hastalık bulguları gözden kaçabilir ve bu hastalar yetişkinliğe kadar yaşayabilirler. Kognitif bozukluk çok az/hiç, hava yolu ve kardiak tutulum siliktir. El ve el bileği tutulumu yaygın olup eklem hareket açıklığında azalma interfalangeal eklemlerde sertleşme ve pençe benzeri bir görünüm oluşmaktadır. Hastalarda el fonksiyon kaybı olur. Hunter sendromunda, Hurler sendromu ile benzer özellikler vardır. Sanfilippo sendromunda 2-6 yaşında klinik bulgular SSS tutulumu Kognitif belirtiler ön planda olup Hiperaktivite, uyku sorunları, kaba saçlar vardır. Fizik muayenede ılımlı hepatomegali saptanmaktadır. Morque tipinde iskelet displazisi ligament gevşekliği/eklem hipermobilitesi odontoid hipoplazi, servikal instabilite - sekonder hidrosefali, kısa boy vardır. Maroteaux-Lamy de skletal belirtiler MPS I, II ve VII benzemektedir. Yumuşak doku tutulumu (kalp kapak hastalığı, uyku apne - pulmoner fonksiyonda azalma) olup kognitif tutulum yoktur. Tanı, klinik bulgular, görüntüleme, üriner glikozaminoglikan testi ve enzim aktivitesi ile konulmaktadır. Tedavide MPS I, II, VI hematopoietik stem cell transplantasyon ve enzim replasmanı ile olmaktadır. hematopoietik stem cell transplantasyon ile yaşam beklentisi, Hepatosplenomegali, Eklem sertliği, işitme kaybı ve Nörobilişsel dejenerasyonda iyileşme olmaktadır. Ancak Serebral hasar ve Skletal - oküler anormallikler üzerine etkisi kısıtlıdır. Enzim replasmanı organomegali, uyku apne epizodları ve üriner glikozaminoglikan sekresyonlarını düzenlerken büyüme hızı, eklem mobilitesi ve fiziksel dayanıklılığı iyileştirmektedir

SÖZEL SUNUMLAR

[SS-01]

Anti-parietal antikor pozitifliği İGM'de bilateral meme tutulumu ile ilişkilidir

Dr. Mesude Seda Aydođdu¹, Dr. Ahmet Karataş¹, Dr. Hakan Artas², Dr. Süleyman Serdar Koca¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bd

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bd

Giriş: İdiyopatik granülomatöz mastit (İGM), etiyojisi tam olarak aydınlatılamamış benign karakterde, kronik inflamatuvar nadir bir meme hastalığıdır. Histopatolojisi non-kazeifiye granülomların varlığı ile karakterizedir. Etiyojisinde emzirme, oral kontraseptif kullanımı, gebelik ve emzirme öyküsü suçlanmaktadır. Ayırıcı tanıda mutlaka duktal ektaziler, enfeksiyöz nedenler, otoimmün hastalıklar ve yabancı cisim varlığı dışlanmalıdır. Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi romatoloji ve radyoloji bölümlerine yönlendirilen İGM hastalarında anti-parietal hücre antikoru (APA) pozitifliği ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik bir çalışma yaptık.

Metot: Çalışmaya ortalama yaşı 33.9±6.1 yıl olan 25 İGM tanılı kadın hasta dahil edildi. Hastaların patolojileri İGM ile uyumlu olarak geldi. Ayırıcı tanılar açısından diğer granülomatöz mastit yapabilecek durumlar dışlandı.

Sonuçlar: 25 İGM tanılı hastanın %20'sinde (n=5) APA pozitif saptandı. APA pozitif ve negatif İGM hastalarının B12 düzeylerinde farklılık saptandı (Tablo 1). APA pozitiflerde B12 yüksek saptanmıştı. Tüm hastaların %16'ında bilateral meme tutulumu, %16'ında sağ meme ve %68'inde sol meme tutulumu görülmüştü (Tablo 2). APA pozitiflerin %60'ında, negatiflerin ise %5'inde İGM tutulumu bilateraldi (OR:36, %95GA: 2.5-527.1, p=0.008). APA negatif ve pozitif hastalarda antibiyotik, steroid, metotreksat, azatioprin kullanım oranları eşitti. Tedaviye tam yanıt oranları da her iki hasta grubu için de %40 oranında olup APA pozitifliği tedavi yanıtları ile ilişkisizdi.

Tablo 1. APA negatif ve pozitif İGM hastalarında demografi ve laboratuvar sonuçları

	APA negatif (n=20)	APA pozitif (n=5)	P değeri
Yaş (yıl)	34.5±5.9	31.6±6.5	0.275
VKİ (kg/m ²)	26.4±3.7	26.0±4.1	0.859
ESH (mm/h)	47.4±22.6	50.0±25.3	1.000
CRP (mg/L)	20.6±33.0	22.0±18.0	0.540
WBC (10e3/μL)	9655.0±2628.1	9662.0±2474.0	0.891
Hb (g/dL)	12.9±0.9	12.4±1.4	0.475
PLT (10e3/μL)	334400.0±139932.0	316600.0±104406.8	0.734
B12 (pg/mL)	271.2±51.1	444.3±240.4	0.106
Albumin (g/dL)	4.4±0.2	4.7±0.2	0.252
Globulin (g/dL)	3.1±1.1	2.7±0.3	0.252

Tablo 2. APA negatif ve pozitif İGM hastalarında kategorik verilerin karşılaştırılması

	APA negatif (n=20)	APA pozitif (n=5)	P değeri
gebelik sayısı >2 olanlar, n (%)	12 (63.2)	2 (40)	0.350
son 5 yılda emzirenler, n (%)	17 (85)	4 (80)	0.785
Bilateral meme tutulumu, n (%)	1 (5)	3 (60)	0.008
Sağ meme tutulumu, n (%)	3 (15)	1 (20)	
Sol meme tutulumu, n (%)	16 (80)	1 (20)	
Tedaviye tam yanıt alınan hastalar, n (%)	12 (40)	2 (40)	1.000
C3 yüksekler	1(5.5)	2(50)	0.019

Tartışma: Çalışmamızda 25 hasta mevcut olup %20'sinde (5 vaka) APA pozitifliği ve APA pozitif olan hastalarımızın da % 60'ında bilateral meme tutulumu tesbit edildi. Literatür incelemelerinde Boullu ve ark. yapmış olduğu 49 lenfositik mastit vakasında sadece 2'sinde APA pozitif vaka bildirilmiştir. Çalışmamızda hasta sayımızın daha az olmasına rağmen daha yüksek oranda APA pozitifliği görüldü ve bilateral meme tutulumu ile de ilişkilendirildi. APA pozitiflerde B12 yüksek saptanmıştı bu durum olasılıkla B12 eksikliği tanısı başlanılan replasman tedavisi ile ilişkili olabilir. Ayrıca 3 hastamızda C3 yüksekliği dikkat çekmiştir. Eşlik eden enfeksiyon durumu yükseltmiş olabilir. Henüz etiyojisi tam olarak aydınlatılamayan İGM hastalığına yönelik daha ileri tetkik ve tedavilere ihtiyaç vardır.

[SS-02]

Ankilozan Spondilitli Hastalarda Anti-Tümör Nekroz Faktörü- α Ajanlarının 12 Haftalık Tedavi Yanıtını ve Hastalık Aktivitesini Belirteç Olarak Hematolojik İndekslerin Klinik Kullanışlılığı

Dilek Tezcan¹, Selda Hakbilen², Semral Gülcemal², Sema Yılmaz²

¹ Ankara Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

² Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), yüksek morbititeye sahip kronik inflamatuvar bir hastalıktır. AS'nin patogeneğinde tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) önemlidir ve TNF inhibitörleri AS hastaları için etkili tedavi ajanlarıdır. Son yıllarda, rutin kan parametreleri, çok sayıda malignite ve kronik inflamatuvar hastalığın tanı ve prognozu ile ilişkili sistemik inflamasyonun belirteçleri olarak rapor edilmiştir. Bu çalışma, TNF inhibitörleri ile tedavi edilen AS hastalarında hematolojik parametreler ile klinik parametreler, hastalık şiddeti ve tedaviye yanıt arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladı.

Yöntemler: Bu çalışmaya romatoloji bölümünden toplam 326 katılımcı alındı. Katılımcılar sağlıklı kontroller (n = 178) ve AS (n = 148) olarak iki gruba ayrıldı. Her katılımcı için nötrofil, lenfosit, monosit ve trombosit sayıları, ortalama trombosit hacmi (MPV), platecrit, nötrofil/lenfosit (NLO), trombosit/lenfosit (PLO), monosit/lenfosit (MLO), eritrosit dağılım genişliği (RDW), sistemik inflamatuvar indeks (SII), sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI) ve sistemik inflamasyon agregat indeksi (AISI) seviyeleri analiz edildi. Sağlıklı kontrol ile AS hastalarınınin tedaviden önceki ve tedaviden üç ay sonraki parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: RDW, PLR, NLR, MLR, SIRI, AISI ve SII sağlıklı kontrollerden yüksekti ve SIRI dışındakiler tedavi öncesine göre tedavi sonrası daha düşük saptandı. Tedavi sonrası AISI ve SII'deki azalma HLA-B27 pozitif hastalarda anlamlıydı. MPV, sağlıklı kontrollerden daha düşüktü ve tedavi sonrası daha yüksek saptandı. Aktif AS hastalarında SII, SIRI ve AISI, aktif olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein ve BASDAI ile korelediler.

Sonuç: SII, AISI ve SIRI, hastalık aktivasyonunu göstermek ve anti-TNF- α tedavisinin etkinliğini değerlendirmek için değerli belirteçler olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anti-tümör nekroz faktör alfa, sistemik inflamatuvar indeks, sistemik inflamatuvar yanıt indeksi, sistemik inflamasyon agregat indeksi

İnterstisyel Akciğer Hastalığı Tanılı Hastalarımızın Klinik Ve Radyolojik Özelliklerinden Bir Kesit

İbrahim Gündüz¹, Aylin Dolu Karaca¹, Ahmet Karataş¹, Süleyman Serdar Koca¹

1:Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji BD

Giriş

Akciğer, romatizmal hastalıkların seyri sırasında sıklıkla etkilenen hedef bir organdır. Hastalıkların çeşitliliği ve aynı hastalığın farklı hastalarda farklı seyri, radyolojik bulguların da çeşitliliğine yol açmaktadır. Romatolojik hastalıkların tutulum bulgularında benzerlikler ve örtüşmeler görülebilir, ancak her hastalığı ayırıcı tanı listesinde ön plana taşıyabilecek bazı radyolojik bulgular mevcuttur. İnterstisyel pnömoniler başlığı altında sıralanan usual interstisyel pnömoni (UIP), nonspesifik interstisyel pnömoni (NSIP), lenfositik interstisyel pnömoni (LIP), akut interstisyel pnömoni (AIP), organize pnömoni (OP)'nin yanı sıra, nodül ve kitleler, buzlu cam opasiteleri (BCO), konsolidasyonlar, hava yolu tutulumları (bronşiolit, bronşektazi vb.), plevral tutulum ve pulmoner vasküler yapıların tutulumu ile ilişkili bulgular bu hastalıklarda ön plana çıkmaktadır.

Biz bu çalışmamızda akciğer görüntülemelerinde bulguları olan hastaların demografik ve laboratuvar özelliklerini sunuyoruz.

Materyal Metot

Fırat Üniversitesi Hastanesi Romatoloji bölümünde takip edilen 300 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, akciğer tutulumu paterni, tedavileri, hemogram ve serolojik tetkikleri, solunum fonksiyon testleri, ejeksiyon fraksiyonu, pulmoner gradientleri (PG) incelendi. Veriler SPSS programına yüklenerek analizleri yapıldı.

Bulgular

300 romatolojik tanılı hastadan 63 hastada akciğer tutulumu olanlar seçildi. Hastaların yaş ortalaması $58,98 \pm 12,985$ olarak hesap edildi. Kadın oranı %77,8'di (n:49). Hastaların %35'i skleroderma, %37'si sjögren sendromu (SS), %8'si romatoid artrit, %20'si diğer romatolojik hastalıkları içeriyordu (Tablo-1). %63,5 hastanın tutulum paterni NSIP, %22,2'si UIP, %6,5'i diğer IAH (LIP, OP) tutulumu şeklinde olup % 7,9'unda IAH olmadan (lenfadenopati, nodül) akciğer tutulumu mevcuttu. Verilen immünsüpresif tedavilere baktığımızda %20'si azatiopürin, % 16'sı mikofenolat mofetil (MMF), %12,7'si rituksimab (RTX), %6,3'ü RTX+MMF, %9,5'u methotrexate, %3,2 leflunomid, %3,2'si antifibrotik tedavisi, %1,6' sını sadece steroid tedavisi alıyordu ve %15,8 hastanın tedavi geçmişinde siklofosamid tedavisi yer alıyordu (Tablo-2). Antikor profili incelendiğinde %34 ile en çok scl-70 pozitifliği mevcuttu. % 18'inde anti Ro pozitifliği, % 19' unda RF pozitifliği mevcuttu. Hastaların %79,4'ünde MPV >9 üzerinde saptandı fakat romatolojik tanılar arasında farklılık göstermedi (p:0,109). Nötrofil ve lenfosit sayısı SS' de anlamlı düzeyde düşük bulundu (sırayla p değeri <0,001 ve 0,012). PG değerine ulaşılmış olan 9 hastada nötrofil/ lenfosit oranı korele bulundu (p<0.001, r:0,918).

[SS-04]

Bağ doku hastalıkları ve multiple skleroz birlikteliğinin değerlendirilmesi

Selime Ermurat¹, Meral Seferoğlu², Ali Özhan Sivacı²

¹ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

² Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç:

Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin immün aracılı kronik bir hastalığıdır. MS için çok sayıda etiyolojik faktör tanımlanmış olmasına rağmen, hastalığın halen net olarak etiyolojisi bilinmemektedir. MS ve diğer otoimmün hastalıklar arasında ortak genetik/çevresel faktörler olabileceği öne sürülmüştür. MS hastalarında romatolojik hastalık ve otoantikorların prevalansı ve klinik ilişkileri çeşitli çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Çalışmamızın temel amacı, MS'li hastalarda eşlik eden otoantikor pozitifliğini ve bunların bağ doku hastalığı (BDH) ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve MS'e eşlik eden BDH sıklığını araştırmaktır.

Yöntem:

Çalışmaya MS tanısı konulmuş toplam 353 hasta alındı. Çalışmaya dahil edilen ve MS tanısı konan hiçbir hastanın tanı esnasında BDH bulgusu yoktu. MS hastalarının verilerine retrospektif olarak hasta dosyalarından ulaşıldı. Verilerine ulaşılan 259 hasta çalışmaya dahil edildi. ANA pozitifliği olan hastalar romatolojik sorgulama için romatoloji polikliniğinde tekrar değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların yaşı ort. 37.5 ± 0.9 yıl idi. Hastaların takip süresi median 6 (1-15) yıl idi. Çalışmaya dahil edilen 259 MS hastasının 39'unda ANA pozitifliği. ANA değeri median 640 (160-2560) bulundu. ANA, 15 hastada 1/160, 9 hastada 1/320, 6 hastada 1/640, 4 hastada 1/1280, 5 hastada 1/2560 titrede pozitif idi. Anlamlı titrede ds-DNA pozitifliği 7 hastada olup, anti-SSa pozitifliği 4 hastada vardı. Anlamlı aFL pozitifliği 18 hastada mevcuttu; 7 hastada AKA IgM ve IG pozitifliği, 11 hastada ise LAK pozitifliği vardı. ANA pozitifliği olan hastalar tekrar BDH açısından sorgulandığında; yüksek titrede ANA pozitifliği olan 9 hastanın üçüne SLE ve ikisine de Sjögren sendromu; 1/320 titrede ANA pozitifliği olan hastaların ikisine ve 1/640 titrede pozitifliği olan hastaların üçüne SLE tanısı konuldu. aFL pozitifliği olan hastaların hiçbirinde antifosfolipid antikor sendromu yoktu.

Sonuç:

Tüm MS hastaları BDH başta olmak üzere otoimmün hastalıklar açısından sorgulanmalı ve otoantikorlar çalışılmalıdır. Otoantikor pozitifliği olan hastalar romatolojik hastalıklar açısından takip edilmelidir. MS'te otoantikor pozitifliği sık olup bağ doku hastalıkları eşlik edebilmektedir.

[SS-05]

Akut Gut Artritli Hastalarda Glomerüler Filtrasyon Hızı ile Nötrofil Lenfosit Oranı Arasındaki İlişki

Osman Cüre,¹ creosman61@gmail.com

Bayram Kızılkaya², dr.bayram_kizilkaya@hotmail.com

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

Giriş ve amaç

Gut artrit (GA) eklemlerde, kemiklerde, yumuşak dokularda ve böbreklerde monosodyum ürat (MSU) kristallerinin akut veya kronik birikimi ile karakterize bir serum ürik asit (SUA) metabolizması bozukluğudur. GA inflamatuvar bir hastalıktır ve hastalığın ilerlemesiyle değişen derecelerde böbrek yetmezliği ortaya çıkabilir [1]. Nötrofil lenfosit oranı (NLR) sistemik lupus eritematozus, kardiyovasküler hastalıklarda (CVD) ve diabetes mellitus gibi birçok hastalıkta inflamatuvar beliteç ve prognoz için önemli bir parametre olduğu belirlenmiştir [2,3].

Bu çalışmada akut GA'li hastalarda glomerüler filtrasyon hızındaki (GFR) değişim ile nötrofil lenfosit oranı (NLR) arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metod

Ocak 2020- Mayıs 2023 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine başvurup akut gut artrit [4] tanısı almış 18 yaş üzeri 107 hasta retrospektif olarak incelendi. Hematolojik parametreleri etkileyecek kan, karaciğer hastalığı, glomerülo nefrit gibi böbrek hastalığına sahip olanlar ile akut enfeksiyon ve diğer romatolojik hastalıklar çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo ve atak esnasında yapılmış olan tam kan sayımı, üre ve kreatin değerleri kaydedildi. Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi Collaboration (KBH-EPI) eşitliğine göre tahmini glomerüler filtrasyon hızı (GFR) hesaplandı [5]. Hastalar GFR <60mL/min/1.73 m² (KBH) ve GFR ≥60mL/min/1.73 m² olarak iki gruba ayrılarak nötrofil lenfosit oranları karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya 107 hasta dâhil edildi. Hastaların 38'i (%35,5) kadın, 69'u (%64,5) erkek idi. Hastaların ortalama yaşı $67,08 \pm 11,95$ iken, kadın cinsiyette erkek cinsiyete nazaran yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,003$). Hastaların GFR ortalaması $67,57 \pm 23,12$ ml/dk/1.73 m² olup, 62'sinin (%57,9) GFR 60 ml/dk/1.73 m²'nin üstünde iken, 45'inin (%42,1) 60 ml/dk/1.73 m²'in altında idi. Erkek cinsiyette GFR ortalaması ve GFR>60 ml/dk/1.73 m² olanların oranı kadınlara nazaran daha yüksek idi (Sırasıyla $p=0,001$, $p=0,002$). Nötrofil/lenfosit oranları GFR>60 ml/dk/1.73 m² olanlarda GFR <60 ml/dk/1.73 m² olanlara göre anlamlı olarak daha düşük idi ($p=0,005$). NLR'ye ROC analizi yapıldığında GFR <60 ml/dk/1.73 m²'yi öngören NLR değerinin 1,91 olduğu saptanmıştır (%77,8 duyarlılık, %53,2 özgüllük, eğrinin altında kalan: 0,661, %95 güven aralığı: 0,556-0,765).

Sonuç

NLR oranı akut gut alevlenmelerinde GFR düzeylerindeki değişimleri değerlendirme için önemli bir faktör olabilir.

Anahtar kelimeler: Gut artriti, nötrofil lenfosit oranı, glomerüler filtrasyon hızı

Kaynaklar

1. Zhu KJ, Deng GS, Zhang LY, et al. Association of neutrophil-to-lymphocyte ratio with renal impairment among patients with acute gouty arthritis. *Int Urol Nephrol.* 2022;54(11):2995-3000.
2. Qin B, Ma N, Tang Q, Wei T, Yang M, Fu H, Hu Z, Liang Y, Yang Z, Zhong R. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) were useful markers in assessment of inflammatory response and disease activity in SLE patients. *Mod Rheumatol.* 2016;26(3):372-6.
3. Afari ME, Bhat T. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and cardiovascular diseases: an update. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2016;14(5):573-7.
4. Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis & Rheumatology.* 2015;67(10):2557-2568.
5. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH et al A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med.* 2009;150(9):604-612.

[SS-06]

Romatoid Artritli hastalarda subklinik aterosklerozun değerlendirilmesi

Muhammed Recai Akdoğan¹ Semih Sağlık²,

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Ana bilim dalı, Romatoloji bilim dalı, Erzurum

² Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana bilim dalı, Romatoloji bilim dalı, Siirt

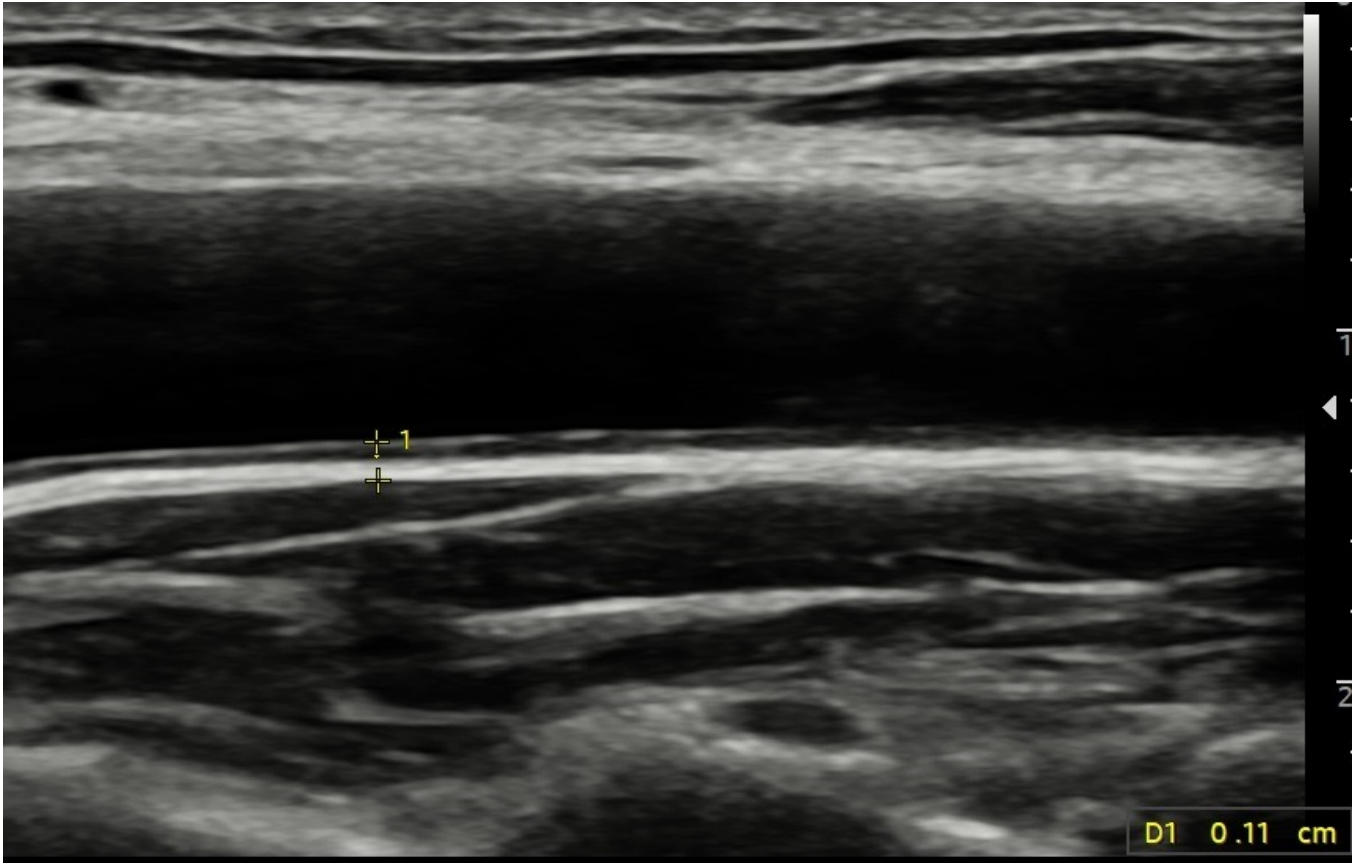
ÖZET

Amaç: Romatoid artritli (RA) hastalarda kronik sistemik inflamasyona bağlı olarak mortalite ve morbidite ile sonuçlanabilen ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalığa yatkınlık artar. Çok sayıda çalışma, yaygın proinflamatuvar sitokinlerin hem RA hem de aterosklerozun gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Karotis intima-media kalınlığı (K-İMK), subklinik aterosklerozun güvenilir belirteci olarak kabul edilir ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi için kullanılabilir. Bu çalışmada, RA hastalarında K-İMK ölçmeyi ve RA'in ateroskleroz üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

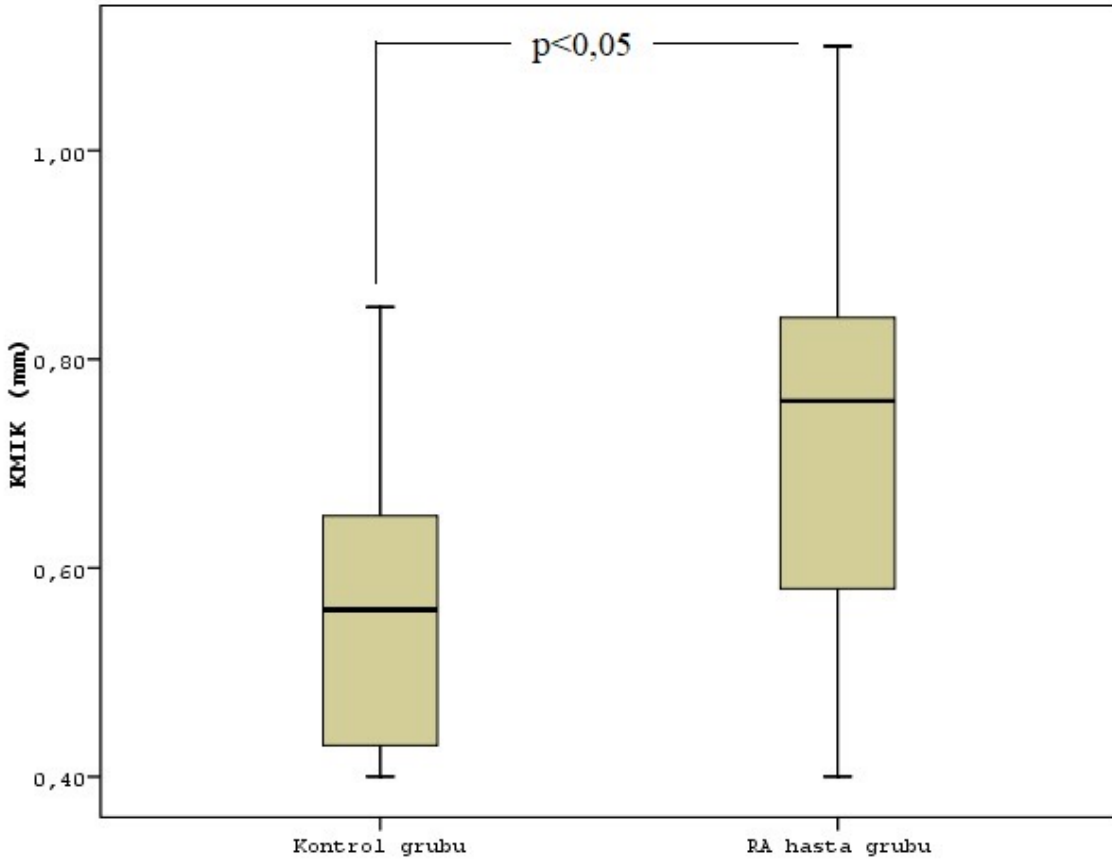
Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza RA nedeniyle takip edilen 44 hasta ve bilinen herhangi bir sistemik hastalığı olmayan 38 kontrol grubu dahil edildi. Daha sonra çalışmaya dahil edilen hastalardan yazılı onamları alınarak radyoloji birimimizde karotis arter intima-media kalınlık (K-İMK) ölçümleri yapıldı ve kayıt altına alındı. K-İMK ölçümü, bilateral ana karotis arter bifurkasyonun 1 cm proksimalindeki segmentte intimaya ait lümeneye bakan hiperekojen hat ile media tabakasının derinindeki media-adventisya tarafından oluşturulan hiperekojen hat arasından üçer kez yapıldı ve ortalaması alındı. Tüm bireylerin laboratuvar değerlendirmeleri rutin yöntemler ile ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 82 bireyin 64'ü kadın, 22'si erkekti. RA hastaları ile kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptamadı (sırasıyla; 44.4±8.2, 42.6±7.8, p=0.316). RA hastalarının K-İMK değerleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla; 0.78±0.17, 0.52±0.13, p<0.05). Karotid intima-media kalınlığı artışı, akut faz reaktantları (ESR, CRP) ve romatoid faktörleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Sonuç olarak, RA'in karotis aterosklerozu için bir risk faktörü olabileceğini ve RA ile artmış K-İMK arasında güçlü bir ilişki olduğunu hatta bu ilişkinin akut faz reaktantları (ESR, CRP) ve romatoid faktörleri artışından etkilendiğini saptadık. Bu nedenle, RA'li hastalarda ateroskleroz komplikasyonlarının önlenmesi için yakın takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.



Resim: 44 yaşında RA tanılı bayan hastanın karotis RDUS incelemesinde K-İMK ölçümü 1.1 mm ölçülmüştür.



Şekil: Her iki grup için görünen karotis arter intima-media kalınlık (K-İMK) ölçümlerinin karşılaştırılması. Her kutu içindeki yatay çizgiler ortalama değerleri temsil eder.

İNTESTİNAL TUTULUMLU BEHÇET HASTASI OLAN 2 OLGU

Esin Ölçücüoğlu 1, Kevser Orhan 2

1. Ankara Şehir Hastanesi Radyoloji Kliniği, Ankara
2. Ankara Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ

Behçet hastalığı, tüm organ ve sistemleri etkileyebilen, kronik, multisistemik bir vaskülitir. Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu'nun tanı kriterlerine göre, Behçet hastalığı tanısı için tekrarlayan oral aft kriterine ilaveten; genital ülserler, tipik göz lezyonları, tipik cilt lezyonları, pozitif paterji testi kriterlerinden en az ikisinin bulunması gerekmektedir. Bununla birlikte Behçet intestinal tutulumu ile ilgili şikayetler başlangıç semptomu veya dominant semptom olduğu koşullarda hastalar yanlışlıkla inflamatuvar barsak hastalığı ve diğer patolojilerle karıştırılabilmektedir. Burada intestinal Behçet hastalığı tanısı konulmuş olan iki olgu sunulmaktadır.

OLGU 1

34 yaşında, 3 aydır ara ara izlenen, ateşin eşlik etmediği karın ağrıları olan hastaya oral ve genital ülseri nedeni ile dış merkezde Behçet tanısı konmuştur. Prednizolon 20 mg/g, azatiopürin 150 mg/g, ve Kolsişin 2x1 başlanan hasta kolsişini tolere edemediği kolsişin tedavisi kesilmiştir. Takiplerde şikayetlerinin tekrar başlaması üzerine Ankara Şehir Hastanesi (AŞH) Gastarointeroloji polikliniğine başvurmuştur. Hastanın biyokimyasal kan değerlerinde dikkat çeken bir parametre izlenmemiştir. AŞH'de yapılan kolonoskopide de terminal ileumda izlenen tek ve geniş ülserden biyopsiler alınmıştır. Hastanın kolonoskopide alınan biyopsilerde; yüzey epitelinin bütünlüğü geniş alanda bozulduğu, yüzeyde inflamatuvar debris ve altında granülasyon dokusu izlenmiştir. Lamina propriada lenfoplazmasiter hücrelerde artış ve eozinofil lökositlerden zengin polimorfonukleer lökositlerden oluşan mikst inflamasyon ve lenfoid follikül görülmüştür. Ayrıca damar duvarlarında vaskülit düşündürülen polimorfonukleer lökosit ve seyrek lenfosit infiltrasyonu dikkati çekmektedir. Hastanın başta Behçet ve Crohn hastalığı olmak üzere, uzamış enfeksiyon, ilaç vs açısından araştırılması ve klinikopatolojik korelasyonu önerilmiştir. Çekilen BT'de terminal ileumda duvar kalınlaşması ve paraçekal alanda 3 cm çapa ulaşan abse ile uyumlu olarak değerlendirilen alan dikkati çekmiştir. 1 ay sonra yapılan BT incelemede abse ile uyumlu olarak değerlendirilen alanda regresyon dikkati çekmiş olup tanımlı görünümün ülser zemine ait olduğu ve lümen ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hasta İnfliksimab ve Azatiopürin tedavisi ile takip edilmektedir. 6.aydaki BT incelemelerinde anlamlı farklılık izlenmemiştir. Hastanın zeminde Behçet hastalığının olması nedeni ile terminal ileumdaki lezyonlar intestinal Behçet hastalığı lehine düşünülmüştür.

24 yaşındaki erkek hastanın 2016 ve 2021 tarihlerinde şiddetli olmakla birlikte ara ara karın ağrısı olmaktadır. Özgeçmişinde önemli bir özellik bulunmamaktadır. 2016 tarihli dış merkezde yapılan BT tetkikinde terminal ileumda kalınlaşma ve tanımlı alan proksimalinde barsak duvarında incelleme ve lümeninde genişleme dikkati çekmiş olup abse ile ayrımı net yapılamamıştır. 2021 tarihinde BT'de de benzer bulguların saptanması sonucunda kolonoskopi yapılmıştır. Kolonoskopide ileoçekal valv komşuluğunda terminal ileumda 2 cm çapında tabanı sert dev ülser dikkati çekmiştir. Yapılan biyopside **lökositoklastik vaskülit ile uyumlu küçük damar duvarlarında yoğun polimorfonükleer hücre infiltrasyonu dikkati çekmektedir. Epitelin sağlam olduğu alanlarda villüslarda kısalma, küntleşme ve kriptlerde dallanma izlenmiştir. Lamina propriada lenfoplazmasiter hücreler ve eozinofillerden oluşan mikst inflamasyon görülmüştür.** Hastanın paterji testi negatif olup, oral ve genital ülserler izlenmemiştir. Ancak hastanın radyolojik görünümün İntestinal Behçet hastalığı uyumlu olması nedeni ile patoloji ile korele edilerek hastada intestinal Behçet ön tanısıyla takibe alınmış, steroid kullanımını kabul etmemesi nedeni ile kolsişin 2x1 ile tedavisine başlanmıştır. Takiplerde CRP değerinin düştüğü sonrada normal değerlere ulaştığı dikkati çekmiştir. 20 aydır **SONUÇ** ağrısı şikayeti olmayan hastamız takip edilmektedir.

Erken tanı ve tedavi komplikasyonları ve cerrahi tedaviyi önleyebileceğinden hastalığın gastrointestinal sistemi tutabileceği akılda tutulmalıdır. Behçet hastalığının radyolojik görünümünün iyi analiz edilmesi ve klinik bulgularla korelasyonunun doğru tanıya varılması için esastır.

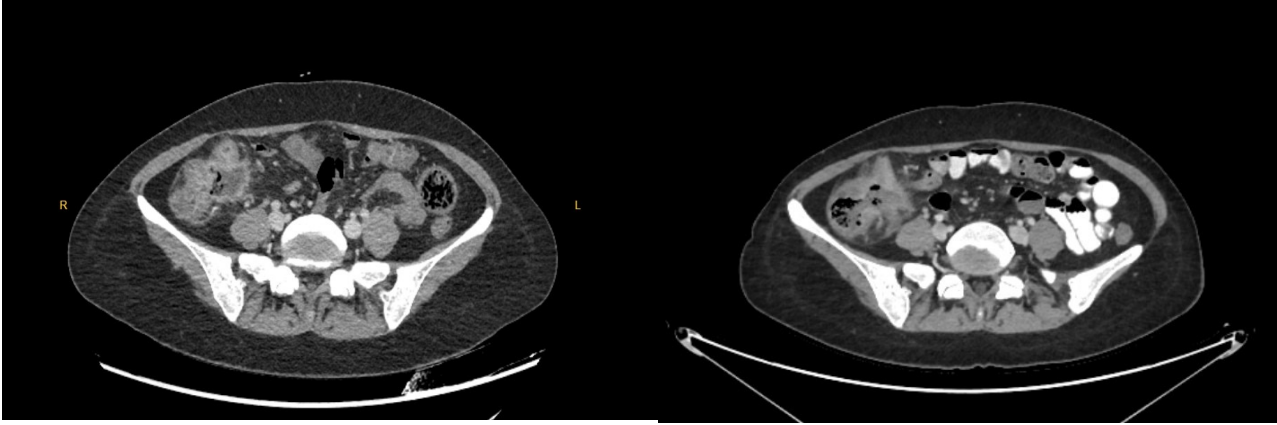
KAYNAKLAR

1. O'NEILL T, Rigby A, Silman A, Barnes C. Validation of the International Study Group criteria for Behçet's disease. Rheumatology. 1994;33(2):115-7.

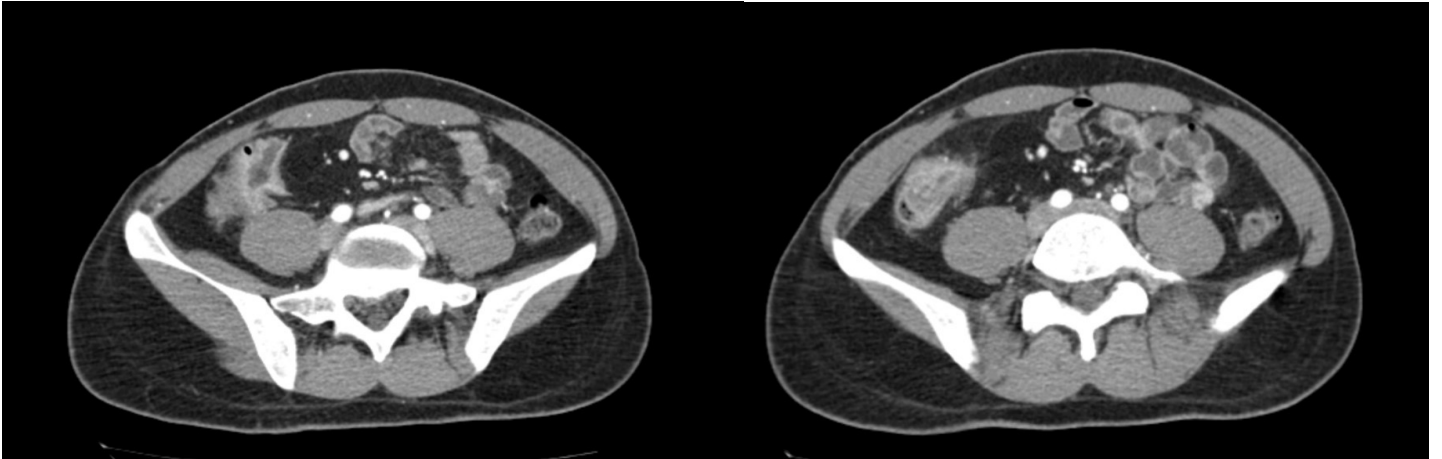
2. Wu Q-J, Zhang F-C, Zhang X. Adamantiades-Behçet's disease-complicated gastroenteropathy. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2012;18(7):609.

	İntestinal Behçet Hastalığı	Chron Hastalığı
Lezyon lokalizasyonu	Proksimal jejunum ve ileumda tutulum daha az, baskın tutulum yeri sağ kolon	Proksimal jejunum ve ileumda tutulum daha sık, baskın tutulum yeri sol kolon
Ülserlerin özellikleri	Derin, penetran	Longitudinal veya lineer ülser
Ülsere komşu mukozanın özellikler	Ciddi şişme, nflamatuvar yanıt yok veya minimal	Şişme daha az, nflamatuvar yanıt belirgin
Kaldırım taşı manzarası	Düşük sıklıkla	Yüksek sıklıkla
Fistül	Düşük sıklıkla	Yüksek sıklıkla
Striktür	Düşük sıklıkla	Yüksek sıklıkla
Perforasyon	Yüksek sıklıkla	Düşük sıklıkla

Resim 1: Terminal ileumda ülsere ait alanda duvar kalınlığında incelme ve lümen içeriğinde hafif artış sebebiyle yalancı abse görünümü dikkati çekmiştir. Tanımlı alan distalinde duvarda kalınlaşma mevcuttur. 1 ay sonra çekilen BT incelemede üsere zemindeki barsak içeriğinde azalma izlenmiştir.



Resim 2: Ağustos 2016 tarihinde yapılan BT incelemede ülser zeminde terminal ileum duvarında incelme ile birlikte sıvı içeriğinde rölatif artış dikkati çekmiştir. Tanımlı alan proksimalinde duvar kalınlaşması izlenmiştir.



[SS-08]

Primer sjögren sendromu ön tanısı ile minör tükürük bezi biyopsisi yapılan hastaların biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi

Hatice Ecem Konak¹, Ebru Atalar¹, Kevser Orhan¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Amaç: Primer Sjögren sendromu (pSS), ekzokrin bezlerde sikka sendromuna neden olan mononükleer hücre infiltrasyonu ile karakterize otoimmün bir hastalıktır (1). Bu çalışmanın amacı pSS ön tanısı ile minör tükürük bezi (MTB) biyopsisi yapılmış olan hastalarda ≥ 1 focus skoru olan hastalar ile focus skoru 0 olan hastaları klinik ve serolojik özellikler açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniğinde pSS ön tanısı ile Ocak 2020-Temmuz 2023 tarihleri arasında minor tükürük bezi biyopsisi yapılmış olan 347 kadın ve erkek hasta dahil edildi. MTB biyopsi sonucu histopatolojik değerlendirmede fokal lenfositik skor ile tanımlanan, 4 mm² glandular doku alanında ≥ 1 focus skoru (50 lenfositin bir araya gelmesi ile oluşan odaklar) bulunması durumunda pozitif olarak kabul edildi (2). Göz kuruluşunun tespitinde kullanılan Schirmer testi herhangi bir gözde ≤ 5 mm/5 dk olan hastalar Schirmer testi pozitif olarak alındı. Hasta kayıtlarında mevcut olan ANA, Anti-Ro/SS-A, Anti-La/SS-B, Anti-Ro52, RF sonuçları ile hastaların demografik özellikleri değerlendirildi.

Bulgular: MTB biyopsisi yapılan hastaların %46,8'inde biyopsi sonucu pozitif olarak saptandı. Bu hastaların %52,4 'ü 2016 ACR/EULAR Sjögren Sınıflama Kriterlerine göre pSS tanısı aldı. MTB biyopsi sonucu pozitif olan ve negatif olan hastalar karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, ağız kuruluşu ve göz kuruluşu semptomları, Schirmer testi pozitifliği, ANA, Anti-Ro/SS-A, Anti-Ro52 otoantikor pozitifliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). MTB biyopsi sonucu pozitif olan hastalarda Anti-La/SS-B ve RF otoantikor pozitifliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla, $p=0.029$, $p=0.043$). MTB biyopsi sonucu pozitif olan hastalar negatif olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha çok pSS tanısı aldı ($p<0,001$).

Sonuç: Sikka semptomları olan pSS ön tanısı ile MTB biyopsi yapılan hastalarda serolojik testler her zaman tükürük bezi biyopsisi sonuçlarıyla uyumlu olmayabilir. Bununla birlikte pSS' den şüphelenilen hastalarda minor tükürük bezi biyopsisi ayırıcı tanıda önemli bir yere sahiptir.

Tablo 1: Minör tükürük bezi biyopsisi yapılan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	MTB yapılan hastalar (n:374)
Cinsiyet, kadın,n(%)	347(92,8)
Yaş, yıl, mean ±SS	54.55±11,23
Ağız kuruluğu, n(%)	329(88)
Göz kuruluğu, n(%)	313(83,7)
ANA pozitifliği,n(%)	272(72,2)
Anti-Ro/SS-A pozitifliği, n(%)	126(33,7)
Anti-La/SS-B pozitifliği, n(%)	72(19,3)
Anti-Ro52 pozitifliği, n(%)	129(34,5)
RF pozitifliği, n(%)	79(21,1)
Schirmer test pozitifliği, n(%)	203(54,3)
MTB pozitifliği, n(%)	175(46,8)
pSS tanı,n(%)	196(52,4)

ANA:antinukleer antikor, RF:Romatoid faktör, MTB:minör tükürük bezi, pSS:primer sjögren sendromu

Tablo 2: Hastaların MTB biyopsi sonuçlarına göre karşılaştırılması

	MTB pozitif hastalar (n:175)	MTB negatif hastalar(n:199)	P değeri
Cinsiyet, kadın,n(%)	162 (92,6)	185(93)	0,883
Yaş, yıl, mean ±SS	55,20±10,33	53,98±11,97	0,295
Ağız kuruluğu, n(%)	159(90,9)	170(85,4)	0,107
Göz kuruluğu, n(%)	149(85,1)	164(82,4)	0,476
ANA pozitifliği,n(%)	134(76,6)	138(69,3)	0,117
Anti-Ro/SS-A pozitifliği, n(%)	67(38,3)	59(29,6)	0,078
Anti-La/SS-B pozitifliği, n(%)	42(24)	30(15,1)	0,029
Anti-Ro52 pozitifliği, n(%)	65(37,1)	64(32,2)	0,312
RF pozitifliği,n(%)	45(26)	34(17,3)	0,043
Schirmer test pozitifliği, n(%)	94(66,2)	109(61,2)	0,360
pSS tanı,n(%)	150(85,7)	46(32,1)	<0,001

ANA:antinukleer antikor, RF:Romatoid faktör, MTB:minör tükürük bezi, pSS:primer sjögren sendromu

Kaynaklar:

1. Bautista-Vargas M, Vivas AJ, Tobón GJ. Minor salivary gland biopsy: Its role in the classification and prognosis of Sjögren's syndrome. Autoimmunity reviews. 2020;19(12):102690.
2. Gordon AJ, Patel A, Zhou F, Liu C, Saxena A, Rackoff P, et al. Minor Salivary Gland Biopsy in Diagnosis of Sjögren's Syndrome. OTO open. 2022;6(3):2473974x221116107.

POSTER SUNUMLAR

[PS-01]

Tosilizumab sonrası gelişen lökositoklastik vaskülit olgusu

Alper Yıldırım¹

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji

Giriş

Romatoid artrit (RA); sebebi bilinmeyen simetrik, inflamatuvar periferik poliartrit ile seyreden bir hastalıktır. Uzun yıllardır kullanılan konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (csDMARD) halen romatoid artrit tedavisinde ilk sırada yer almaktadır. DMARD tedavilerine yanıtı olmayan vakalarda biyolojik tedaviler kullanılmaktadır. Biyolojik tedaviler, bazen karmaşık da olabilecek mekanizmalarla, istenmeyen etkilere yol açabilirler. Lökositoklastik vaskülitte dermatolojik istenmeyen yan etkilerden birisidir.

Vaka özeti

57 yaşında kadın hasta üç yıl önce dış merkezde seronegatif romatoid artrit tanısı almış. Hastaya DMARD tedavileri başlanmış. Yanıt alınmayınca adalimumab tedavisine geçilmiş. Takiplerinde biyolojik tedaviye ek olarak leflunomid ve prednisolon tedavileri eklenmiştir. Adalimumab tedavisine sekonder yanıtı olmaması üzerine tedavi kesilerek tosilizumab tedavisine geçilmiştir. Tosilizumab tedavisinden bir ay sonra ayakta ciddi cilt döküntüsü ve plevral efüzyon gelişmesi üzerine lökositoklastik vaskülit ve romatoid vaskülit ön tanıları ile yatırılarak takip edildi (Resim 1). Çekilen Toraks bilgisayarlı tomografide perikardiyal efüzyon ve sağ plevral aralıkta 9 cm, sol plevral aralıkta 1,5 cm kalınlıkta maye izlendi (Resim 2). Hastanın gönderilen RF (-), CCP (-), ENA profili (-), Anti nükleer antikor (ANA) -, anti-dsDNA -, ANCA, İg A: normal CRP: 104,9 mg/L ESR:63 mm/saat olarak geldi (Tablo 1). Plevral efüzyon için plöroken takıldı. Yapılan örneklemede kültürde üreme olmadı, eksuda vaskülitte ve sitoloji benign olarak geldi. Tanı amaçlı hastaya cilt biyopsi yapıldı. Biyopsi lökositoklastik vaskülit olarak geldi. Hastaya başlangıçta üç gün pulse steroid (250 mg metilprednisolon/gün) verildi. Sonrasında 1 mg/kg/gün dozunda devam edilerek doz azaltıldı. Beraberinde yumuşak doku enfeksiyonu ve kan kültüründe koagülaz negatif stafilokok üremesi üzerine piperosilin/tazobaktam sonrasında da enfeksiyon devam etmesi üzerine meropenem ve linezolid tedavileri ile toplam bir ay tedavi aldı. Steroid tedavisine yanıtı yeterli olmayan ve enfeksiyonda bulunan hastaya beş gün toplam 150 gram İntravenöz İmmünglobulin (İViG) tedavisi verildi. Tosilizumab ve leflunomid tedavisine ara verildi. Hastanın takiplerinde cilt döküntüleri geriledi (Resim 3). Plevral efüzyon tekrar oluşmadı. Hastanın akut faz reaktanları geriledi. Metilprednisolon 8 mg ve kolşisin tedavileri ile taburcu edildi.

Tartışma

Tosilizumab ilişkili ilk vaka 2014 yılında romatoid artritli bir hastada infliksimab ve etanersept sonrası başlayan tosilizumab sonrası gelişen lökositoklastik vaskülit vakası olarak rapor edilmiş. 2016 yılında ise aynı hastada hem etanersept hem de tosilizumab sonrası gelişen lökositoklastik vaskülit vakası bildirilmiş. Literatürde biyolojik ajan ilişkili advers etkiler vaka serileri şeklinde görülmektedir. Biyolojik tedaviler ile tüberküloz, enfeksiyon gibi ciddi birçok yan etki görülebilmektedir. Dermatolojik olarak da paradoksal psöriyazis başta olmak üzere agresif şekilde klinik seyir gösteren lökositoklastik vaskülitlerinde görülebileceğini vurgulamak için sunulmuştur.

DİSFAJİ VE ANTI-NXP2 ANTİKORU İLE SAPTANAN DEMRATOMİYOZİT OLGUSU

Dudu Çelik Tam¹, Özlem Karakaş¹, Yüksel Maraş²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ

İdiyopatik inflamatuvar miyopatiler (IIM), immün aracılı kas hasarı olan heterojen bir miyopati grubudur. Yetişkinlerde; dermatomiyozit (DM), immün aracılı nekrotizan miyopati (IMNM), sporadik inklüzyon cisimciği miyoziti ve polimiyoziti (PM) içerir. Miyozite özgü otoantikorlar (MSA), hücrelerin sitoplazmasında veya çekirdeğinde bulunabilen spesifik proteinlere yöneliktir. MSA'lar, IIM'lerin teşhisinde ve hastalık alt kümelerinin belirlenmesinde tanımlanmasında faydalıdır.

OLGU:

38 yaş kadın hasta, 3 aydır artan yutma güçlüğü, kas ağrısı, merdiven inip çıkmakta zorluk, nefes darlığı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Romatolojik sorgusunda ek özellik yoktu. Fizik muayenesinde omuz çevresi kas gücü 3/5, kalça çevresi kas gücü 3/5 idi. Cilt döküntüsü yoktu.

Laboratuvar tetkiklerinde CRP, ESR, kreatin kinaz (CK), karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), laktat dehidrogenaz (LDH) yüksekliği gözlemlendi. ANA 1/320 titrede pozitif, anti-SSA ve miyozit spesifik panelde anti-NXP2 pozitifliği.

Uyluk manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde; gluteal kaslar dahil tüm adduktor, quadratus femoris, piriformis kaslarında özellikle anterior kompartmanlarda yoğun olmak üzere, STIR sekansında sinyal intensite artımı izlenmekteydi. Elektromiyografik incelemede (EMG); üst ekstremitelerde proksimallerinde miyopati ile uyumlu bulgular saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT); sağ akciğer orta lobda, sol akciğer üst lob lingular segment, her iki akciğer alt lobda izlenen düzensiz retikülasyonlar, yamalı konsolide alanlar ve eşlik eden buzlu cam dansiteleri izlendi. Disfajiyi değerlendirmek için yapılan velofaringeal sinefloroskopide, tüm kıvrımların çoklu denemelerinde penetrasyon gözlemlendi ancak aspirasyon gözlemlenmedi. Abdominopelvik BT, ekokardiyografi, özafagogastroduodenoskopi ve kolonoskopi tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Sol vastus lateralis kasından yapılan biyopsi sonucu; kas lifleri arasında minimal mononükleer iltihabi hücre varlığı ve dejenerasyon tespit edildi.

Hastaya mevcut klinik, laboratuvar, görüntüleme ve patolojik tetkikleri ile DM tanısı kondu. Disfaji nedeni ile 2 gün 250 mg metilprednizolon (MPZ) ve 2 gr/5 gün olarak intravenöz immunglobulin (IVIg) verildi. Pulse tedavi sonrası MPZ 40 mg/gün devam edilirken tedaviye methotreksat (MTX) 10 mg/hafta, folik asit 5 mg/hf, hidroklorokin (HCQ) 200 mg/gün eklendi. Kontrollerde KCFT'de artış olması üzerine MTX kesilerek tedaviye mikofenolat mofetil (MMF) 1000 mg/gün eklendi.

Takiplerde kas güçsüzlüğü, disfajisi, ESR, CRP ve CK değerleri gerileyen hasta, MMF 1000 mg/gün, MPZ 40 mg/gün, HCQ 400 mg/gün ile taburcu edildi. İyileşim sonraki poliklinik kontrolünde şikayetleri tamamen düzelen hastanın steroid dozu tedricen azaltıldı. Takiplere devam edilmektedir.

TARTIŞMA

IIM'li hastaların en yaygın prezentasyonu, inflamasyona bağlı kas hasarının göstergesi olan enzim yükselmeleri, simetrik proksimal kas zayıflığının başlamasıdır.

MSA'lar, IIM spektrumu içindeki belirli klinik sendromlarla ilişkilidir. DM hastalarında saptanabilen anti-NXP2 antikoru, yetişkinlerde belirgin kas güçsüzlüğü, disfaji, miyalji ve kalsinoz ile ilişkilendirilebilmektedir.

Hastamız kas güçsüzlüğü ve disfaji ile başvurmuş ve tetkiklerinde anti NXP-2 pozitif saptanmıştı. Miyozit ilişkili otoantikorları negatif saptansa da, klinik şüphe durumunda MSA'ların değerlendirilmesi hastalığın tanısı ve alt tipini belirlemede oldukça önemlidir.

Tofasitinib ile tedavi edilen bir ankilozan spondilit vakası

Anıl Göçer¹ Burak Okyar¹ Esen Saba Öktem¹ Gözde Yıldırım Çetin¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.B.D. Romatoloji B.D.

2001 yılında hasta bel ve topuk ağrıları ile kliniğimize başvurdu. X-ray'de bilateral evre 3 sakroileit tespit edildi. Ankilozan spondilit (AS) tanısı koyulan vakamızda NSAID tedavisinden yarar görmedi. BASDAİ skoru >5, C-Reaktif Protein (CRP) 30 (mg/ dL) gelmesiyle etanercept başlandı. Takiplerinde kanlı ishal gelişen vakada kolonoskopik incelemeyle biyopsi alındı. Üç adet gri, ülser lezyon görüldü. Biyopsi sonucu, mukozada lenfoplazmositer infiltrasyon olarak raporlandı. Hasta AS'nin gastrointestinal tutulum olarak değerlendirildi. İnfliksımab tedavisi başlandı. Kontrol amaçlı gönderilen testlerde CCP pozitifliği saptandı. RF'si negatifti. Beş yıl infliksımab tedavisi sonrasında kalça ve topuk ağrıları tekrarladı. BASDAİ 5,7'ye yükseldi. Manyetik Rezonans Görüntüleme'sinde (MRG) femur başı kondroidlerinde düzensizleşme görüldü. Tedavi adalimumab ile değiştirildi. Tedavinin dördüncü yılında kalça, topuk ağrıları tekrarladı, BASDAİ 5,1 olarak hesaplandı. Tedavi sertolizumab ile revize edildi (Tablo 1). Üç yıl takip edilen hasta kalça ağrısıyla başvurdu. MRG'de sakroiliak eklemlerde kemik füzyonuyla kemik iliği ödemi görüldü. Hastada gönderilen brusella, salmonella ve tüberküloz testlerinde bulgu saptanmadı. Hastada tofasitinib tedavisi başlandı, takiplerinde bel ağrısı ve kalça ağrısı tamamen kayboldu. BASDAİ skoru 3,6'ya gerileyen hasta, klinik tam yanıtı olarak takip edildi.

AS IL-17, IL-22, IL-6, TNF-alfa, INF-gama, JAK yollarının iştirak ettiği bir spondiloartrittir. Hastalıkta TNF-alfa inhibitörlerinden fayda görüldüğü gibi, JAK inhibitörlerinin de hastalığın tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Tofasitinib'in AS hastalarında kullanıldığı bir çalışmada 269 hastadan 133'üne tofasitinib (10 mg/gün) verilmiştir. Assessment of SpondyloArthritis International Society >20 (ASAS20) cevabı 16. haftada tofasitinib kolunda %56,4, plasebo kolunda %29,4 saptanmıştır. ASAS40 cevabı tofasitinibte %40,6, plasebo kolunda %12,5 bulunmuştur (1). Hastamızda ASAS20 ve 40 yanıtı elde edilmiştir. PsA veya SpA hastalarında ortaya çıkan anti-CCP pozitifliği, hastada var olan yıllar sonra gelişebilecek RA kliniğinin habercisi olabilir (2). RA dışı hastalıklarda bulunan anti-CCP pozitifliği, eroziv artrit ve çoklu eklem tutulumuyla ilişkili bulunmuştur (3). Hastamızda RA kliniğini düşündürecek bulgu yoktu. Hastada tofasitinib tedavisiyle klinik tam yanıt alınmıştır. BASDAİ 4'ün altına inmiş, akut faz reaktanları normal değerlere yaklaşmıştır.

Tablo 1: Hastada kullanılan anti-TNF alfa ilaçları, süreleri ve bırakılma nedenleri.

Tedavi	Süre(Yıl)	Bırakma Nedeni	BASDAİ
Etanercept	10	AS'YE BAĞLI BARSAK TUTULUMU HASTALIK AKTİVASYONU	>5
Infliximab	5	HASTALIK AKTİVASYONU	5,7
Adalimumab	4	HASTALIK AKTİVASYONU	5,1
Sertolizumab	2	HASTALIK AKTİVASYONU, KALÇA GRAFİSİNDE FÜZYON ARTIŞI	>5

Kaynaklar:

1-Deodhar, A., Sliwinski-Stanczyk, P., Xu, H., Baraliakos, X., Gensler, L. S., Fleishaker, D., ... & Van Der Heijde, D. (2021). Tofacitinib for the treatment of ankylosing spondylitis: a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Annals of the rheumatic diseases*, 80(8), 1004-1013.

2-Vander Cruyssen, B., Hoffman, I. E., Zmierczak, H., Van den Berghe, M., Kruithof, E., De Rycke, L., ... & De Keyser, F. (2005). Anti-citrullinated peptide antibodies may occur in patients with psoriatic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 64(8), 1145-1149.

3-Bogliolo, L., Alpini, C., Caporali, R., Scirè, C. A., Moratti, R., & Montecucco, C. (2005). Antibodies to cyclic citrullinated peptides in psoriatic arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 32(3), 511-515.

İmmünooglobulin G4 ile ilişkili hastalık (İgG4-İH) ve feokromasitoma birlikteliği: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Nagehan Dik Kutlu, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

Belkıs Nihan Coşkun, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

Giriş ve amaç:

İgG4-İH kronik enflamasyon, doku fibrozu ve organ işlev bozukluğu ile karakterize otoimmün bir durumdur (1).Başlıca pankreas ve salgı bezlerini tutmakla beraber böbrek tutulumu hastaların yaklaşık % 20'sinde görülür.Tubulointerstisyel nefrit ya da retroperitoneal fibroz sonucu obstrüktif akut böbrek yetmezliği gelişebilir, daha nadiren membranöz nefropati görülebilir (2).Nadiren tek taraflı renal pelvik veya üreteropelvik kitle olarak ortaya çıkabilir.Feokromasitoma ise adrenal medullanın kromaffin hücrelerinden köken alan,epizodik katekolamin salınımına bağlı semptomlara yol açan bir nöroendokrin neoplazidir (3).Biz burada üreteryal lezyon nedeniyle opere olmuş ve İgG4-İH tanısı almış,takipleri devam ederken sürrenal kitle nedeniyle opere olarak feokromasitoma tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.Literatüre baktığımızda nadir görülen bu iki hastalığın eşzamanlı aynı hastada görüldüğü iki olguya rastladık.

Olgu sunumu:

52 yaşında kadın hasta kusma, yutma güçlüğü ve akut faz yüksekliği nedeniyle tarafımıza başvurdu. Kreatinin 0,87 mg/dL (0,57-1,11), lökosit 11070 (3600-11000),eozinofil 340 (0-690), hemoglobin 12 g/ dL (12-16),platelet 285000 (150000-450000),sedimentasyon 51 mm/saat (0-30) ve c-reaktif protein 1,3 mg/dL (0-0,5) İgG4 <0.06 g/L (0,03-2,01) İgG 1216 g/L idi.Çekilen batın BT' de sağ böbrek toplayıcı sistemde grade III hidronefroz,sağ üreter distal kesimde ani sonlanım,distal üreterde yaklaşık 33x20 mm boyutunda yumuşak doku dansitesinde lezyon,sol sürrenal glandda 11x10 mm ortalama hounsfield ünit (HU) değeri 35 olarak ölçülen hipodens lezyon izlenmekteydi.Sağ radikal nefrektomi yapılan hastanın patolojisinde İgG4/İgG %40' ın altındaydı ancak birçok alanda bir büyütme alanında 10' un üzerinde İgG4 pozitif hücre ve obliteratif damar değişiklikleri mevcuttu.Hastada İgG4-İH düşünülüdü.Glukokortikoid ve azatioprin ile takibe alınan hastanın sol sürrenal kitleye yönelik çekilen üst abdominal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde,kitle yağ baskılı T2A' da hafif hiperintensi,out faz sekansında tipik adenomatöz karakterde sinyal baskılamamakta,intravenöz kontrast madde sonrası erken arteryel fazdan itibaren homojen yoğun kontrastlanma göstermekte bu nedenle feokromasitoma ekarte edilememekteydi.I-123 MIBG sintigrafisinde sol sürrenal glandda yoğun I-123 MIBG tutulumu gösteren nodüler lezyon izlendi, laparoskopik sürrenalektomi yapılan hastanın patolojisi feokromositoma ile uyumlu geldi.

Sonuç:

İgG-İH ve feokromasitoma nadir görülen iki ayrı hastalıktır.Feokromasitoma diğer pek çok sendromla ilişkili olarak ortaya çıkabilir,daha önce literatürde feokromasitomaya eşlik eden iki,paragangliomaya eşlik eden bir vaka bildirilmiştir.Bu birliktelikler bir tesadüf mü,yoksa İgG4-İH ve kromafin hücrelerden köken alan hastalıklar birbiri ile ilişkili olabilirler mi sorusuna cevap bulabilmek için daha çok bilimsel araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Feokromasitoma, hidronefroz, İgG4 ilişkili hastalık, üreter

Kaynaklar

1. Stone JH, Zen Y, & Deshpande V. (2012). IgG4-related disease. New England Journal of Medicine, 366(6), 539-551.
2. Boffa JJ, Esteve E, & Buob D. (2020). Renal involvement in IgG4-related disease. La Presse Médicale, 49(1), 104017.
3. Fung MM, Viveros OH, & O'Connor DT. (2008). Diseases of the adrenal medulla. Acta physiologica, 192(2), 325-335.

[PS-06]

Kronik pulmoner tromboemboli tanısı ile takipli vakada e endarterektomi sonrası izole pulmoner vaskulit vakası

**Ozge Karakok, Rafi Haner Direskeneli, Guzide Nevsun Inanc, Fatma Alibaz
Marmara Universitesi, Romatoloji Bilim Dalı**

Giris: Tek organ vaskulitinin cilt, gastrointestinal sistem, aort, koroner arter, retina, periferik sinirleri etkilediği bildirilmiştir. İzole pulmoner vaskulit çok nadir görülen bir tek organ vaskulitidir. Histopatolojik bulguların olması ve klinik ve serolojik olarak sistemik hastalık bulgularının olmaması ile karakterizedir. Kronik pulmoner tromboemboli ile takipli hastada endarterektomi sonrası izole pulmoner vaskulit(IPV) saptanan olguyu sunuyoruz.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta, 1 yıldır kronik tromboemboli nedeni ile takip edilmekte ve düşük molekul ağırlıklı Heparin tedavisi almakta iken endarterektomi planlanmış. Özgeçmişinde başka kronik hastalık öyküsü yok. Endarterektomi operasyon materyali patoloji incelemesinde histomorfolojik ve immunhistokimyasal bulgular vaskulit tutulumunu düşündürmesi üzerine hasta romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Hastanın sistemik sorgulamasında nefes darlığı mevcuttu. Konstitusyonel semptomu, vaskulit düşündürecek bulgusu yoktu. 30 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. Laboratuvar incelemelerinde crp:29 mg/l sedimentasyon:49 mm/sa ANA, ENA, ANCA, Anti-mpo, Anti PR3, anti fosfolipid antikörler negatif saptanmıştı. Pet-ct'de sistemik vaskulit lehine FDG tutulumu yoktu. Hasta izole pulmoner vaskulit olarak değerlendirilerek metilprednizolon 32 mg/gün ve azatioprin 50 mg 2x1 olarak başlandı. Takipler sırasında bu tedavi altında yeni gelişen göğüs ağrısı, dispne şikayetleri ile yapılan görüntülemelerinde yeni pulmoner emboli saptanması üzerine tedavisine tocilizumab eklendi. Tocilizumab tedavisi sonrası 6 aylık takiplerde hasta stabil seyretmektedir.

Sonuç: IPV, KTEPH'yi taklit edebilir ve bu hastalara pulmoner endarterektomi tanısı konulabilir. Şüpheli olması durumunda anjiyografi veya PET-CT ile damar duvar kalınlaşması, daralması gösterilebilir. Ayrıca KTEPH olarak izlenen hastada akut faz yüksekliği vaskulit açısından uyarıcı olabilir.

Romatoid artrit, sekonder polisitemi ve ailesel hipokolesteroleminin ilginç birlikteliği

Ali Ekin,¹ Ediz Dalkılıç¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş

RA(Romatoid artrit) simetrik sinovitten,agresif ankiloza kadar gidebilen ve eklemlerde ciddi hasar bırakabilen bir hastalıktır.RA'lı hastalarda ekstraartiküler tutulum sıklığının ve predikte eden faktörlerin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır.Dislipidemi ile RA arasındaki ilişkiye bakıldığında,özellikle düşük HDL,yüksek LDL,yüksek total kolesterol ve/veya yüksek LDL/HDL oranı,koroner risk artışının habercisidir.RA'da kardiyovasküler risk artışı bulunmaktadır.Toplam ve LDL kolesterol seviyeleri RA lı hastalarda yapılan bazı çalışmalarda yüksek,bazılarında düşük gözlenmiştir.Literatürde polisitemia vera ile romatoid birlikteliği olan bazı vakalar olmakla beraber, sekonder polisitemi ve RA ilişkisine dair veri bulunmamaktadır.Bu vakada ailesel hipokolesterolemi, sekonder polisitemi ve RA tanısı olan ve literatürde benzeri bulunamayan bir vaka sunulmuştur.

Olgu Sunumu

47 yaşında erkek hasta el eklemlerinde ağrı,sabah tutukluğu,sağ dizde ağrı ve şişlik,omuzlarda ağrı şikayetiyle başvurdu.Bilinen DM,ailesel hipokolesterolemi ve sekonder polistemi tanıları ve 30 pkt/yıl sigara kullanım öyküsü bulunan hastanın,yapılan fizik muayenesinde her iki el 2. ve 3. MKF,sağ el 3. PIF ve sol el 4.PIF'te sıkma ağrı,hassasiyet ve şişlik gözlendi.Sağ dizde şişlik ve hassasiyeti olan hastanın yapılan USG'de sağ 2. ve 3.MKF ile sol el 4.PIF'te doppler sinyal artışı gözlendi.CRP:10.3 Sedimentasyon:2,anti-CCP:26.9,RF:709 olup pozitif,ANA negatifti.Hastaya RA tanısıyla Metotrexat 15 g/hafta,prednizolon 15 mg/gün,folat 2x1/hafta başlandı.Hasta tedaviyi düzenli kullanmasına rağmen,sağ dizde ağrı ve şişlik atakları,ellerde ve omuzda ağrısı olması üzerine rituximab 1000 mg/6 ayda bir alması kararlaştırıldı.Hastanın ilk kür sonrası 3.ay kontrolünde şikayetlerinde ciddi gerileme olduğu gözlendi.Ailesel hipokolesterolemi,sekonder polisitemi,diyabetes mellitus ve seropozitif RA tanılarıyla takipli hasta rituximab tedavisine devam etmektedir.

Sonuç

RA, sadece kas-iskelet sistemini değil, hematolojik ve kardiyovasküler sistem tutulumu da yapabilen,bazı biyokimyasal süreçleri etkileyebilen romatizmal bir hastalıktır.Birçok komorbidite ile birlikte olabilen RAda literatürde vaka bazında birlikte gözlenebilen polisitemia vera tanılı hasta ya da serum lipidlerinde yükseklik gözlenen hastalar bulunmaktadır.Ancak sekonder polisitemi,ailesel hipokolesterolemi ve RA birlikteliğine literatürde rastlanmamasının ve vakamızda bu üç patolojinin beraber gözlenmesinin insidental mi yoksa birbiriyle bağlantılı mı olduğu sorusu hem ilgi çekici hem de literatüre katkı sağlayacak bir bilgi olarak görülmektedir.

Tablo 1: Hastanın laboratuvar ve radyolojik verileri	
Hemogram	
WBC	14260
Nötrofil	9190
Lenfosit	4040
Hemoglobin	14.3
MCV	89.2
Platelet	354.900
Biyokimya	
Üre/Kreatinin	32/ 0.79
AST/ ALT	20/ 18
ALP/ GGT	110/ 20
T.bilirubin/ D.Bilirubin	0.40/ 0.21
T.protein/Albumin	6.8/ 3.8
CRP	10.3
Sedimentasyon	2
LDL	27
HDL	66
Trigliserit	42
Total Kolesterol	101
Eritropoetin	14 (4.3- 29)
HbA1C	13
CK	66
Ürik asit	4.5
LDH	211
Beta 2 Mikroglobulin	1.72 (0.97-2.64)
Otoantikörler	
RF	709 (0-20)
Anti-CCP	26.9 (0-5)
ANA	Negatif
Hormonlar	
TSH	0.61
25-OH-D vitamini	40.2
ELISA	
HbsAg	Negatif
Anti-Hbs	Negatif
Anti-HbcIgG	Negatif
Tam İdrar Analizi	
WBC	1
RBC	1
Protein	Negatif
Silendir	Yok
Lökosit Esteraz	Negatif
Genetik ve Flow Sitometri	
t(9;22)	Negatif
MPL geni dizi analizi	Negatif
CALR geni Ekzon 9 DNA Dizi Analizi	Negatif
JAK2 (p.V617F)	Negatif
JAK2 geni ekzon 12 mutasyon analizi	Negatif
Serum Protein elektroforezi	Normal

Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç yan etkilerini taklit eden gastrointestinal stromal tümör: Bir ankilozan spondilit olgusu

Zeliha Ademoglu¹, R. Gokçen Umurca Aydemir¹, Elif Gungör¹, Yelin Koçak Unsal¹, Şeyma Keleş², Yalçın Taymeç³, H.Ahmet Tezel³, Hakan Emmungil¹

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

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Edirne

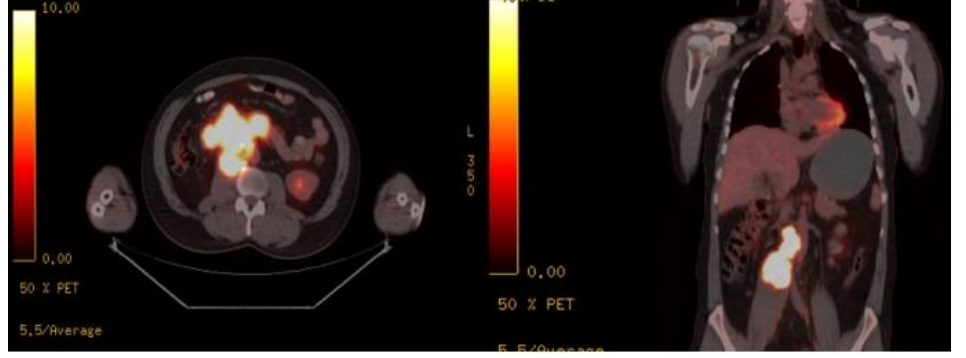
GİRİŞ: Ankilozan spondilitin (AS) birinci basamak tedavisinde nonsteroid anti- inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) kullanılmaktadır. NSAİİ'ye bağlı peptik ulser ve kanama gibi gastrointestinal sistem (GIS) yan etkileri nispeten sık görülmektedir. NSAİİ arasında siklooksijenaz-2 (COX-2) selektif inhibitörleri, geleneksel NSAİİ kullanımıyla görülen GIS yan etkilerini en aza indirme amacıyla geliştirilmiştir. Burada AS nedeniyle COX-2 inhibitörü kullanan ve akut, derin anemi gelişen hastada etiyoloji araştırılırken tespit edilen gastrointestinal stromal tümör (GIST) olgusu sunulacaktır.

OLGU: Bir yıldır AS tanısıyla takip edilen meloksikam kullanan 38 yaşında erkek hasta son 10 gündür artan halsizlik, efor dispnesi ve 3-4 gündür devam eden melena şikayetiyle başvurdu. Uzun zamandır aralıklı kolik tarzda karın ağrısı olan hastanın ek hastalığı yoktu. Fizik muayenede sinus taşikardisi ve batında distansiyonu tespit edildi. 2 ay önce hemoglobin 15 mg/dl ve kreatinin normal olan hastanın başvuru sırasında hemoglobin 7,5 mg/dL ve kreatinin 1,68 mg/dL saptandı. Hastaya üst GIS endoskopi işlemi yapıldı ve duodenumda 6 cm çapında dev ulser tespit edildi, biyopsi alındı (Resim 1). Ulseri değerlendirmek için batın bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen hastada sağ psoas major komşuluğunda 11x8 cm, multilobule, sağ böbrekte grade 2 hidronefroza yol açan kitle tespit edildi. PET-BT görüntüleme yapılan hastada duodenum 4.kita-jejunum kökenli sağ psoas ve vena cava inferior ile aortaya invaze görünümde 103x66x65mm boyutlu lezyon saptandı (Resim 2). Duodenum ulserinden alınan biyopsi sonucunda hastaya GIST tanısı koyuldu.

Resim 1: Duodenumda kenarları hipertrofik görünümde; dokunmakla sızıntı şeklinde kanayan dev ulsere lezyon



Resim 2: Duodenum 4.kıta-jejunum kökenli sağ psoas ve vena cava inferior ile aortaya invaze görünümde 103x66x65 mm boyutlu kitle lezyonunda artmış, FDG tutulumu (SUVmax=22,2)



Anahtar Kelimeler: COX-2 inhibitörleri, duodenal ulser, gastrointestinal stromal tumörler

TARTISMA-SONUC: NSAİİ kullanan AS tanılı hastalarda anemi tespit edildiğinde ilk olarak NSAİİ ilişkili kanama ve inflamatuvar barsak hastalıkları akla gelse de maligniteler de ayırıcı tanıda yer almalıdır. COX-2 inhibitörleri GIS yan etkileri açısından genellikle güvenli olması nedeniyle bu ilaçları kullanan hastalarda ulser ve GIS kanama tespit edildiğinde alternatif etiyolojik nedenler araştırılmalıdır (1). GİST'ler genellikle asemptomatik olup tesadufen saptanmasına rağmen %28 hastada GIS kanama ile prezente olabilir (2). Son derecede nadir olan GİST'ler erişkin hastalarda ileri yaşlarda tanı almakla birlikte nadiren gençlerde de görülebilir.

Referanslar:

- 1-Laine L. The gastrointestinal effects of nonselective NSAIDs and COX-2-selective inhibitors. Semin Arthritis Rheum. 2002 Dec;32(3 Suppl 1):25-32.
- 2-Caterino S, Lorenzon L, Petrucciani N, Iannicelli E, Pillozzi E, Romiti A, Cavallini M, Ziparo V. Gastrointestinal stromal tumors: correlation between symptoms at presentation, tumor location and prognostic factors in 47 consecutive patients. World J Surg Oncol. 2011 Feb 1;9:13.

[PS-09]

Sistemik lupus eritematozus(SLE)'da nadir bir nörolojik tutulum: "korea" ile gelen hasta:

Elif İnanç¹, Fatma Özlem Köse², Elif Büşra Bolat Ak², Servet Yolbaş¹

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Romatoloji Anabilim Dalı, Malatya
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Dahiliye Anabilim Dalı, Malatya

Özet: Nöropsikiyatrik(NPSLE) tutulum SLE hastalarında hekimlerin aklında olması gereken bir klinik bulgudur. SLE'de korea nadir görülen bir bulgu olup, biz bu olguda 29 yaşında SLE tanısı daha önce olup, yeni başlayan istemsiz hareketle başvuran ve takipte immünsüpresif tedaviye yanıt veren bir korea'sı olan bir olgu sunduk.**Amaç:** Lupus'da nörolojik tutulum bazı çalışmalarda %37-95 arasında saptanmış olup önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. SLE'de korea en sık rapor edilen istemsiz hareket olup sıklığı %1-%4 arasındadır. Amacımız nadir görülen korea olgularında SLE'nin nörolojik tutulumu olabileceğine vurgu yapmaktır.

Yöntem: Tanıya yönelik kan, idrar, görüntüleme tetkikleri yapıldı.

Bulgular:29 yaşındaki 10 yıldır SLE tanılı kadın hasta, polikliniğimize 1 ay önce başlayan sağ kol ve sağ bacak distalindeki istemsiz hareketle başvurdu. Hastanın daha önce sekonder antifosfolipid sendromu, derin ven trombozu(DVT), trombotik trombositopenik purpura öyküsü vardı. Metilprednizolon 8 mg 1x1, hidroklorokin 1X1 , siklosporin 25 mg 1X1, asetilsalisilikasit 100 mg tablet kullanıyordu. Daha önce kullandığı azatiopürin, mikofenolat mofetil tablet ve rituximubab yan etkiler nedeniyle kesilmişti. Fizik muayenesinde sol üst ve alt ekstremitelerde distalinde koreiform hareket+ idi. Hasta SLE nörolojik tutulum ön tanısıyla yatırıldı. Yatışında dsdna yüksek, komplemanlar düşük, kreatin:0,8, crp:0,3, sedimentasyon: 29 ml/saat, Hb:10, lenfosit:400, wbc:4770, platelet:223 bin, proteinürü: 2 gr, tit'de eritrosit yok idi. Çekilen beyin mr'ı normaldi. Hastaya 3 gün 1 gr şeklinde pulse metilprednizolon tedavisi ve 750 mg siklofosamid+mesna tedavisi verildi. Takipte koreada gerileme olmayınca intravenöz immünglobulin(IVIG) tedavisi 2 gr/kg verildi. Derin ven trombozu öyküsü olup antifosfolipid antikör yüksek olan hastaya antikoagülan tedavisi başlandı. Takiplerinde hastanın koreası belirgin şekilde düzeldi.

Sonuç:

SLE'de parkinsonizm, distoni, tikler ve tremor gibi hareket bozuklukları nadirdir. Bunlar arasında korea en sık görülenidir. SLE'deki koreanın antifosfolipid antikörleri ile de ilişkili olduğu bulunmuştur. Tedavisinde yüksek doz glukokortikoidler, immünsüpresifler, dopamin antagonistleri, IVIG, plazmaferez kullanılmaktadır. Sonuç olarak, korea SLE'nin nadir görülen nörolojik tutulumu olup tanısı diğer korea nedenleri dışlanarak konulmaktadır. Anahtar kelimeler: SLE, nöropsikiyatrik tutulum, korea

Ani Görme Kaybı ile Başvuran Hastada SLE ve PRES

Semih Güllü¹

¹Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Batman, Türkiye

Giriş: Geri dönüşümlü posterior ensefalopati sendromu (PRES), baş ağrısı, bulantı, kusma, nöbetler, bilinç bozukluğu ve sıklıkla nöroradyolojik bulgularla ilişkili görme bozuklukları, ağırlıklı olarak parieto-okspital lobların beyaz cevher anormallikleri ile karakterize klinik bir antitedir (1). Sistemik lupus eritematozusun (SLE) merkezi sinir sistemi belirtileri oldukça çeşitlidir. Bununla birlikte, SLE ile ilişkili PRES nadiren rapor edilmiştir. Burada, sadece parietal ve oksipital korteks tutulumu olan SLE'de PRES, otoimmün hemolitik anemi ve lupus nefriti olan bir olguyu sunuyoruz.

Vaka Sunumu: 36 yaşında bilinen class III nefrit öyküsü (12 yıl önce biyopsi ile kanıtlanmış) olan ve son yıllarda takiplerine düzenli gelmeyen SLE hastası tekrarlayan epileptik nöbetler ve her iki gözünde akut görme kaybı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Öyküsünde hastaneye başvurusundan bir gün önce başlayan baş ağrısı, bulanık görme ve bulantı-kusma yakınmalarının başladığını belirtmekteydi. Hastanın başvurusunda nöbetleri olması nedeni ile diazepam ve ardından levitirasetam ile nöbet kontrolü sağlandı. İlk stabilizasyondan sonra çekilen beyin MRG'de bilateral oksipital lobların subkortikal beyaz cevherinde FLAIR sekansında bilateral simetrik hiperintens alanlar gözlemlendi. Hastanın progresif böbrek yetmezliği, otoimmün hemolitik anemi ve immün trombositopeni tablosu da olması üzerine hastanede yatırılarak 5 gün 1 gr/gün dozunda metilprednizolon (iv.) ve siklofosfamid tedavisi verildi. Tedaviye başlanmasının ilk sekiz saatinde göre bulanıklığında anlamlı azalma saptandı ve nöbetleri tekrarlamadı. Bu nedenle siklofosfamid tedavisi değiştirilmedi. Tekrarlanan beyin MRG görüntülerinde oksipital loblardaki intensitede anlamlı düzelme saptandı. Hemolitik anemi trombositopenisi gerileyen hasta nefroloji kliniği ile ortak takibe alındı.

Sonuç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), nöropsikiyatrik belirtiler de dahil olmak üzere değişken klinik prezentasyona sahip kronik bir otoimmün hastalıktır. Farklı bir teşhis yaklaşımı ve birkaç farklı tedavi seçeneği vardır. Bununla birlikte, lupus ile birlikte PRES, SLE'nin diğer nöropsikiyatrik belirtilerinden farklı klinik özellikleri karakterize etmek için hala nadirdir (2). Hastamızdaki PRES tablosu immünesupresif tedavi öncesinde başlamıştır ve steroid ile kombine edilen siklofosfamid hematolojik ve nefrolojik bulgular erken dönemde gerilemiştir. Siklofosfamid gibi immünesupresif ajanlar, PRES için potansiyel bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Ancak, mevcut literatürden siklofosfamid tedavisinin sadece daha şiddetli SLE'nin bir belirteci mi yoksa PRES için gerçek bir risk faktörü mü olduğu net değildir. SLE ilişkili ek organ ve sistem tutulumunda seçilecek immünesupresif tedavinin detaylı şekilde tartışılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: SLE, PRES, Siklofosfamid, ANA, Anti-dsDNA

Kaynakça

1. Valdez-López M, Aguirre-Aguilar E, Valdés-Ferrer SI, Martínez-Carrillo FM, Arauz A, Barrera-Vargas A, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome: A neuropsychiatric manifestation of systemic lupus erythematosus. *Autoimmun Rev.* 2021 Feb;20(2):102739.
2. Sudan S, Kaur N, Anand S, Upadhyaya A, Taneja R. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) in Systemic Lupus Erythematosus: A Rare Presentation. *Cureus.* 2022 Nov 11;2022(11):1-5.

Kikuchi-Fujimoto Hastalığı: Nadir Görülen Bir Servikal Lenfadenopati Nedeni

Meryem Can

İstanbul Medipol Üniversitesi, Romatoloji BD, İç Hastalıkları AD

Giriş:

Kikuchi-Fujimoto Hastalığı (KFH) nadir görülen, servikal lenfadenopati (LAP) ve uzamış ateşle prezente olması nedeniyle hematolojik malignitelerle ayırıcı tanıya giren benign seyirli bir hastalıktır. Biz de burada generalize LAP ve uzamış ateş nedeniyle tetkik edilmiş ve KFH tanısı almış bir olguyu sunduk.

Olgu Sunumu:

23 yaşındaki erkek hasta, 2 ay önce boyun bölgesinde çift taraflı ağrılı şişlikler ve ateş şikayeti başlamış. 20 gün boyunca kullanmış olduğu antibiyotiklerden fayda görememiş. Şikayetlerine halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı eklenince dış merkezli bir Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'ne yatışı yapılmış. Fizik muayenesinde ateş 38.3°C ve bilateral ağrılı servikal LAP dışında bulgu saptanmamış. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökopeni (2900), lenfopeni (400), anemi (hemoglobün 10.3), LDH 474 U/L, ferritin 665 ng/ml olup diğer tetkikleri normal olarak izlenmiş. Çekilen boyun ultrasonografisinde bilateral servikal zincirde en büyüğü yaklaşık 20x17 mm çaplı multipl sayıda LAP ve toraks tomografisinde boyun alt kesitlerde ve supraklavikuler alanda yaklaşık 21x14 mm boyutunda multipl lenf nodları ve sağ aksiller bölgede en büyüğü 20x13 mm boyutunda multipl LAP görülmüş. Batın tomografisinde hepatosplenomegali saptanmış. Hastaya lenfoma ön tanısıyla eksizyonel servikal lenf nodu biyopsisi yapılarak antipiretik tedavi ile taburcu edilmiş. Hasta patoloji raporuyla tarafımıza başvurmuş olup fizik muayenesinde yaygın eklem hassasiyeti ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Bilateral servikal LAP sebat etmekteydi. Ateş yoktu. Patoloji raporunda yer yer birleşme eğilimi gösteren nekroz odakları, bu alanları çevreleyen kresentrik nükleuslu histiyositler ve T lenfoid hücrelerle apoptotik hücreden zengin infiltrasyon alanları izlendiği ve hastanın KFH olarak değerlendirildiği görüldü. Hastada generalize lenf nodu tutulumu olması ve konstitüsyonel semptomlarının devam etmesi üzerine metilprednizolon tablet 32 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın rekürrens ve sistemik lupus eritematozus gelişme riski açısından poliklinik takibi devam ediyor.

Tartışma:

Servikal LAP ve konstitüsyonel semptomları olan hastalarda KFH da ayırıcı tanıda akla gelmeli ve patolojik klinik hakkında bilgilendirilmelidir. KFH kendini sınırlayan bir hastalık olarak tanımlansa da generalize tutulumu olan vakalarda semptomatik tedavi yanına steroid eklenmesi hastanın hayat kalitesini artırmaktadır.



Dijital DönüŖüme Hazır mısınız?

İstanbul

İçerenköy Mah. Çayır Cad.
No:5 Bay Plaza Kat:12 Ataşehir / İstanbul
+90 216 573 18 36

Ankara

Güzeltepe Mah. Özvatan Cad.
No:38/3 06690 Çankaya / Ankara
+90 312 438 10 39



www.devent.com.tr



info@devent.com.tr



[#deventsocial](https://www.instagram.com/deventsocial)