6. SİVAS AKADEMİK ROMATOLOJİ GÜNLERİ

19-20 HAZİRAN 2026

BARCELÓ HOTEL KAPADOKYA



BİLDİRİ KİTABI

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

ARD

DAVET

Sayın Meslektaşlarımız,

İlki 2017 yılında Sivas'ta, devamında 2018 yılında Tokat'ta ve sonraki yıllarda yeniden Sivas'ta düzenlediğimiz akademik toplantılarımızı, bu yıl **"6. Sivas Akademik Romatoloji Günleri"** başlığıyla **Ürgüp, Kapadokya**'da gerçekleştireceğiz.

Kuruluşundan bu yana her yıl kendini geliştiren ve güncel romatoloji pratiğini merkeze alan kongremizle; alanındaki yenilikleri takip eden, bilgi ve deneyim paylaşımına önem veren tüm hekimlerimize katkı sağlamayı amaçlıyoruz.

2025 yılında düzenlediğimiz kongremizde Temel Düzey Kas–İskelet Sistemi Ultrasonografisi ve Tırnak Yatağı Kapilleroskopisi kurslarını gerçekleştirdik. Ayrıca kongre sonunda düzenlenen bilgi yarışması ile katılımcılarımızın bilimsel motivasyonunu artırmayı hedefledik.

Bu yılki kongremizde de; çeşitli kurslar, yurt dışından değerli konuşmacıların katkıları ve bilimsel–sosyal etkinliklerle zenginleştirilmiş, akademik açıdan nitelikli bir program sunmayı hedefliyoruz. Bilginin paylaşıldıkça değer kazandığına ve meslektaşların bir araya gelmesinin yeni fikirlerin ve iş birliklerinin önünü açtığına inanıyoruz.

Bu düşüncelerle, sizleri **19–20 Haziran 2026** tarihlerinde **Ürgüp, Kapadokya**'da düzenlenecek olan **6. Sivas Akademik Romatoloji Günleri**'ne davet etmekten mutluluk ve onur duyarım.

Saygılarımla,



Düzenleme Kurulu Adına
Kongre Başkanı
Prof. Dr. Ali Şahin

KURULLAR

Kongre Başkanı
Ali Şahin

Kongre Düzenleme Kurulu
Ali Şahin
Neşe Çabuk Çelik
Volkan Yılmaz
Neslihan Gökçen
Elif Altunel Kılınç
Aylin Dolu Karaca
Arif Babayiğit
Enes Keskin
İsmai Uçar

Kongre Bilimsel Kurulu
Ali Şahin
Ali Akdoğan
Murat Turgay
Mehmet Soy
Salih Pay
Merih Birlik
Gezmiş Kimyon
Fatih Albayrak
Neşe Çabuk Çelik
Arif Babayiğit
Enes Keskin
İsmai Uçar

Bilimsel Program

19 Haziran 2026, CUMA	
Salon A	
08:00 - 09:45	**Sözlü Bildiriler** Oturum Başkanları: Zeliha Keleş, Seda Atik, Arefe Yıldırım Türk
	Çocuk Romatoloji Polikliniğine Yapılan Başvuruların Klinik ve Ekonomik Analizi: Gerçek Dünya Verisinden Sevk Nedenleri ve Maliyet Yükü Pelin Esmeray Şenol
	UIP'ye romatolog eli değince: 13 yıllık tek merkez deneyimi Kadir Burak Akgün
	Ailesel Akdeniz Ateşi Hastalarında Anakinra Tedavisinin Sürdürülebilirliği ve Kesilme Nedenleri Enes Keskin
	Ankilozan Spondilit Hastalarında Sarkopenin Hastalık Aktivitesi İle İlişkisi Kesitsel Bir Çalışma Gülnur Çelik Yılmaz
	Psöriyatik artritli hastalarda aterojenik lipid profilinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması Zekeriya Keskin
	Yeni Tanı ANCA-İlişkili Vaskülit Olgularının Klinik Özellikleri: Tek Merkezli Üç Yıllık Deneyim Sezgin Zontul
	Dev Hücreli Arteritte Karotis Tutulumu Spektrumun Neresinde ? Elif Akyazı Şener
	Romatolojik ve romatolojik olmayan kalça osteonekrozlarında ortopedik takip sonuçlarının karşılaştırılması Öner Kılınç
	Skleroderma Hastalarında Akciğer Tutulumunun Akciğer Hacimleri Üzerine Etkisi İrfan Atik
	Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında SLS II sonrası tedavi yaklaşımlarının değişimi: tek merkez deneyimi İbrahim Karaduman
Salon B	

08:00 – 09:45	**En Ters Köşe Case'ler ve Çalışmalar Yarışması** Oturum Başkanları: Sezgin Zontul, Yaşar Karaaslan, Mehmet Emin Derin	
	Romatoid Artrit ve Kronik Gutu Taklit Eden Paraneoplastik Palmar Fasiit ve Poliartrit Sendromu: Nadir olgu Sunumu Sarvan Ağamuradov	
	Kelley-Seegmiller Fenotipi ile Uyumlu HPRT1 İlişkili Tedaviye Dirençli Yaygın Tofüslü Gut Olgusunda Rasburikaz Kullanımı Fuat Albayram	
	İdiopatik inflamatuar myozit ilişkili interstisyel akciğer hastalığının klinik ve laboratuvar özellikleri: Takipte nelere dikkat etmeliyiz? Emine Büşra Ata	
	Fibromiyalji sendromunda inflamatuvar-metabolik yükün pratik bir göstergesi olarak löko-glisemik indeks Taner Dandinoğlu	
	Yeni tanı almış sistemik skleroz hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri ve iki yıllık takip sonuçları: retrospektif kohort çalışma Esra Dilşat İmrak	
	Ailevi Akdeniz Ateşinde Kanser İnsidansı: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması Burak Karakaya	
	Sistemik lupus eritematozus hastalarında global immün beslenme inflamasyon indeksinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi Zekiye Pınar İpek Eyvaz	
	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Romatolojik Hastalık İlişkili Fibrotik İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında Antifibrotik Tedavi Deneyimimiz: Dört Olguluk Seri Yasin Şahin	
	Kartagener Sendromu Olan Bir Hastada Sjögren Sendromu ve Akciğer Bulgularının Ayırıcı Tanısı Meltem Büşra Erdemir Gülcan	
	Anti-TNF tedavisi alan Behçet hastalarında göğüs hastalıkları konsültasyonlarının değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi Celalettin Özkan	
09:45 – 10:00	**KAHVE ARASI**	
PRE-KONGRE KURSLARI (Paralel Salonlar)		
Salon A		
10:00 – 12:00	**Akademik Yazı Yazma Kursu** Oturum Başkanları: Serdal Uğurlu, Mehmet Akif Öztürk Eğitimciler: Ayten Yazıcı, Umut Kalyoncu, Enes Yayla, Mehmet Soy, Ali Gökçe, Levent Kılıç, Ertuğrul Çağrı Bölek, Orhan Zengin, Atalay Doğru	
	Hipotez Oluşturma	Ayten Yazıcı
	Makalenin Çatısını Oluşturma	Umut Kalyoncu
	Yazarken ve Yüklerken Dikkat Edilecek Hususular	Enes Yayla
	Dergi Seçimi ve Dergilerin Sınıflandırılması	Mehmet Soy
	İstatistik	Ali Gökçe
	Etik	Levent Kılıç
	Review	Ertuğrul Çağrı Bölek
	Letter to Editor	Orhan Zengin
	Poster	Atalay Doğru

Salon B		
10:00 – 12:00	**Sinovyal Biyopsi Kursu (Ultrasonografi Eşliğinde Uygulamalı Sinovyal Biyopsi ve Eklem Enjeksiyonları Biyopsi (Diz) Enjeksiyonlar (El Bileği, Dirsek, Ayak Bileği)** Oturum Başkanları: Gezmiş Kimyon, Mehmet Kırnap Eğitimciler: Nevsun İnanç, Sibel Bakırcı, Duygu Kurtuluş, Tuğrul Yıldırım	
12:00 – 13.00	**Öğle Arası & Kayıt**	
Salon A		
13:00 – 13:15	**Açılış**	Ali Şahin
13:15 – 14:30	**OTURUM 1** **Sistemik Sklerozis: Güncel Yaklaşımlar** Oturum Başkanları: Süleyman Serdar Koca, Merih Birlik, Ali Akdoğan	
13:15-13:30	Sklerodermada BSR Guideline' a Bakış: VEDOSS	Duygu Temiz Karadağ
13:30-13:45	Skleroderma Hastalarında GIS Tutulumu, Gastroenterolog Gözüyle	Dilara Turan Gökçe
13:45-14:00	Skleroderma Taklitçilerine Dermatolojik Bakış	Funda Koç Babayiğit
14:00-14:15	SSc'ye Bağlı İAH'daki Son Gelişmeler	Haluk Türktaş
14:15-14:30	Sklerodermada Fibrotik Cilt Belirtilerinde Yeni Tanı ve Tedavi Yaklaşımları	Mustafa Erdoğan
14:30 – 14:45	**KAHVE ARASI**	
14:45 – 15:30	**OTURUM 2** **Otoinflamatuar Hastalıkara Kapsamlı Bakış** Oturum Başkanları: Murat İnanç, İhsan Ertenli, Abdurrahman Tufan	
14:45-15:00	AIDA Network and Recent Clinically and Therapeutically Relevant Updates From the Registries, Including Still's Disease, VEXAS Syndrome, and FMF Treated with Interleukin-1 Inhibitors	Antonio Vitale
15:00-15:15	From VEXAS to ROSAH Syndrome: Unraveling Newly Identified Monogenic Forms of Uveitis	Antonio Vitale
15:15-15:30	Hand Function in Rheumatoid Arthritis	Umida Khojakulova
15:30 – 15:45	**KAHVE ARASI**	
15:45 – 16:05	**OTURUM 3** **Bilimsel Yayıncılık ve Akademik Perspektifler** Oturum Başkanları: Özgür Kasapçopur, Tuncay Duruöz, Neslihan Gökçen	
15:45-16:05	Meet the Editor	Armen Yuri Gasparyan
16:05-16:15	**KAHVE ARASI**	
16:15 – 17:00	**OTURUM 4** **Romatizmal Hastalıklarda Yaşam Kalitesi, Fonksiyon ve Özel Durumlar** Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan, Ahmet Omma	
16:15-16:30	JIA'lı Genç Yetişkin: Yetişkin Romatologların Bilmesi Gerekenler	Arif Babayiğit
16:30-16:45	Üreme Dönemindeki Yetişkin Romatoloji Hastalarının Yönetimi	Sercan Gücenmez
16:45-17:00	Sinovyal İltihabı Kontrol Etmek İçin Lenfatik Drenaj Kullanımı	Özgül Soysal Gündüz
17:00 – 17:15	**KAHVE ARASI**	
17:15 – 18:15	**OTURUM 5** **Romatolojide Klinik Pratikte Zor ve Özel Senaryolar** Oturum Başkanları: Ömer Kuru, Reşat Caferov, İzzet Fresko	
17:15-17:30	Mezenkimal Kök Hücrenin Romatolojideki Uygulama Alanları	Soner Şenel
17:30-17:45	FcRn Blokajı Nedir?	Volkan Yılmaz

17:45-18:00	Romatolojik Hastalıkları Olan Kişilerin İstihdam Edilmeye Devam Etmelerine Yardımcı Olmak	Fatih Sarıtaş
18:00 – 18:15	**AKLIMIZDA KALANLAR** **Gün Sonu Yarışması** Sunucular: Arif Babayiğit – Funda Koç Babayiğit	
19:30	("Ne Sormak İsterdin?")	Servet Akar, Cemal Bes, Serdal Uğurlu
20 Haziran 2026, CUMARTESİ		
09:00 – 10:15	**OTURUM 6** **Bağ Doku Hastalıklarına Güncel Bakış** Oturum Başkanları: Megrur Bey Memmedov, Sedat Kiraz, Göksal Keskin	
09:00-09:15	Sjögrende BSR ve EULAR Guideline Karşılaştırması	Berkan Armağan
09:15-09:30	Lupus'un Aktivite İndexlerine Hızlı Bakış	Fatih Albayrak
09:30-09:45	Bağ Dokusu Hastalıklarının GİS: Belirtileri: Tanı ve Tedaviye Yaklaşım	Metin Başaranoğlu
09:45-10:00	Sjögren Tedavisindeki Romatolojik Son Gelişmeler	Aylin Dolu Karaca
10:00 – 10:15	**KAHVE ARASI**	
10:15 – 11:15	**OTURUM 7** **Yapay Zeka** Oturum Başkanları: Servet Akar, Mehmet Derya Demirağ, Haner Direskeneli	
10:15-10:30	Tıpta Yapay Zeka: Teoriden Uygulamaya	Tarık Kıvrak
10:30-10:45	Romatolojide Yapay Zeka	Elif Altunel Kılıç
10:45-11:00	Romatolojide Yapılan Yapay Zeka Çalışmalarına Hızlı Bir Bakış	Neşe Çabuk Çelik
11:00-11:15	Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Yönetiminde Görüntüleme Alanında Yapay Zekanın Gelişen Rolü	Hakan Babaoğlu
11:15 – 11:30	**KAHVE ARASI**	
11:30 – 12:30	**OTURUM 8** **Klinik Pratikte Güncel Yaklaşımlar** Oturum Başkanları: Yusuf Karabulut, Eftal Yücel, Ahmet Aksoy, İsmail Uçar	
11:30-11:45	Immune-Checkpoint Tedavisi Sonrası Gelişebilecek Romatolojik Patolojilere Yaklaşım	Eda Çalışkan Yıldırım
11:45-12:00	Başarılı Bir Romatoloji İnfüzyon Kliniği Kurma ve Yönetme (Uygulamalar, prosedürler, dikkat edilmesi gereken hususlar)	Emine Sarıyıldız
12:00-12:15	Klinik pratikte ANCA İlişkili Vaskülitte Kulak, Burun ve Boğaz Belirtileri	Tuğba Doğan Karataş
12:15-12:30	Polimiyaljiya Romatika'ya Güncel Bakış	Ömer Karadağ (online)
12:30 – 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13:30 – 14:30	**OTURUM 9** **Romatolojiye Sıradışı Bakış** Oturum Başkanları: Cemal Bes, E. Duygu Ersözlü, Gökhan Keser, Mehmet Kırnap	
13:30-13:45	Romatolojide Aşı Programındaki Son Gelişmeler (ACR)	Gökhan Sargın
13:45-14:00	Diz Osteoartriti (OA) Tedavisinde Yenilikçi Eklem İçi Tedavi Yöntemleri	Mustafa Turgut Yıldızgören
14:00-14:15	Romatolojide Rehabilitasyon, İleri Uygulamalar (PRP, Eksozom ve Diğer Tedaviler)	Alper Murat Ulaşlı
14:15-14:30	Romatolojik Vakalarda Miyofasiayal Ağrı Sendromuna Yaklaşım	Fatih Bağcıer
14:30 – 14:45	**KAHVE ARASI**	

14:45 – 15:30	**OTURUM 10** **Çocuk Romatologlar Ne düşünüyor?** Oturum Başkanları: Süleyman Özbek, Sevil Kamalı, Ali Taylan	
14:45-15:00	Artritli Çocuğa Yaklaşım	Ceyhun Açarı
15:00-15:15	Çocuk Romatologlardan Yetişkin Romatologlara Mesajlar	Betül Sözeri
15:15-15:30	Romatolojide çocuk hastalarda Radyasyondan kaçınmak için Zero-Time ECO	İrfan Atik
15:30 – 15:45	**KAHVE ARASI**	
15:45 – 16:45	**OTURUM 11** **Romatolojide Farklı Deneyimler** Oturum Başkanları: Ediz Dalkılıç, Timuçin Kaşifoğlu, İsmail Uçar	
15:45-16:00	Yurt Dışında Romatolog Olmak Avantajlar/Dezavantajlar	Didem Şahin
16:00-16:15	Yurt Dışında Romatoloji Eğitim Deneyimi İçin Bilinmesi Gerekenler	Gizem Ayan
16:15-16:30	Romatizmal Hastalıklar İçin Beslenme: Yaşlanma Biyolojisi, Sarkopeni	Recep Yılmaz
16:30-16:45	Romatizmal Hastalıklarda Uyku Bozuklukları Nasıl Yönetilmeli?	Musa Polat
16:45 – 17:00	**AKLIMIZDA KALANLAR II** **Gün Sonu Yarışması** Sunucu: Neşe Çabuk Çelik	
	En İyi Poster Yarışması Ödülü Sunucu: Elif Altunel Kılıç	
	En Ters Köşe Case'ler Yarışması Ödülü Sunucu: Aylin Dolu Karaca	
17:00	**Kapanış Konuşması**	Ali Şahin

KONUŞMA ÖZETLERİ

ROMATİZMAL HASTALIKLAR İÇİN BESLENME: YAŞLANMA BİYOLOJİSİ, SARKOPENİ

Uzm. Dr. Recep Yılmaz
Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Romatoloji

Yaşlılık, insan yaşamının ilerleyen dönemlerini kapsayan; biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin bir arada görüldüğü doğal bir süreçtir. Yaşlanma sürecinde organizmada sistemik, hücresel ve moleküler düzeyde çeşitli değişiklikler meydana gelir. Sistemik düzeyde, beslenme düzeninin bozulması bağırsak–beyin aksını ve bağırsak geçirgenliğini olumsuz etkileyerek metabolik dengenin bozulmasına ve kronik inflamasyonun gelişmesine katkıda bulunabilir. Hücresel düzeyde, hücresel yaşlanma artar, kök hücre rezervleri tükenir, hücreler arası iletişim bozulur ve bağışıklık yanıtında düzensizlikler ortaya çıkar. Ayrıca otofaji mekanizmalarının zayıflaması, hücre dışı matriksin bütünlüğünü ve doku onarım süreçlerini olumsuz etkiler. Moleküler düzeyde ise DNA hasarı ve genomik instabilite artar, telomerler kısalır, epigenetik değişiklikler meydana gelir, protein homeostazı bozulur ve mitokondriyal disfonksiyon gelişir. Bu değişiklikler oksidatif stresin artmasına ve kronik inflamasyonun sürdürülmesine katkıda bulunarak yaşlanma sürecini hızlandırır **(1).**

Sarkopeni, yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan; iskelet kası kütlesi, kas gücü ve fiziksel performansta ilerleyici azalma ile karakterize bir sendromdur. Sarkopeninin gelişiminde birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar arasında yaşam tarzı faktörleri (beslenme, fiziksel aktivite düzeyi, uyku düzeni, stres yönetimi ve sosyal ilişkiler), genetik yatkınlık, hormonal değişiklikler, kronik inflamasyon ve kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu faktörlerin tek başına veya birlikte etkisi, kas kütlesi ve fonksiyonunda kayba neden olarak sarkopeni gelişimine katkıda bulunmaktadır **(2).** Romatolojik hastalıklarda kronik inflamasyon, fiziksel inaktivite ve glukokortikoid tedavisi kas kaybını artırarak sarkopeni gelişimine katkıda bulunan başlıca faktörlerdir **(3).** European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2) algoritmasına göre sarkopeni tanısı dört aşamada değerlendirilmektedir. İlk olarak SARC-F (Strength, Assistance in walking, Rise from a chair, Climb stairs ve Falls) tarama ölçeği veya klinik şüphe ile olası olgular belirlenir. Ardından el kavrama gücü ve beş kez otur-kalk testi kullanılarak kas gücü değerlendirilir. Kas gücünün düşük bulunması olası sarkopeni olarak kabul edilir ve bu aşamada altta yatan nedenlerin araştırılması ile tedaviye başlanması önerilir. Daha sonra biyoelektrik impedans analizi (BIA) gibi yöntemlerle kas kütlesi değerlendirilir ve düşük kas kütlesinin saptanması durumunda sarkopeni tanısı doğrulanır. Son aşamada ise yürüme hızı, Kısa Fiziksel Performans Bataryası (SPPB) veya Kalk ve Yürü Testi (Timed Up and Go, TUG) ile fiziksel performans değerlendirilir. Fiziksel performansın da düşük olması durumunda birey şiddetli sarkopeni olarak sınıflandırılır **(2).** Yaşlanma ve buna bağlı gelişen sarkopeninin ortaya çıkışı ve ilerlemesi, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarıyla geciktirilebilir. Sarkopeninin önlenmesi ve yönetiminde düzenli direnç ve denge egzersizleri ile yeterli ve gereksinime uygun protein alımı temel öneriler arasında yer almaktadır **(4)**

Romatolojik hastalıklarda beslenme tek başına bir tedavi yöntemi değildir; ancak tedavinin etkinliğini destekleyen önemli bir unsurdur. Romatolojik hastalıklarda beslenme alanındaki bilimsel kanıtların yorumlanmasını güçleştiren çeşitli metodolojik sınırlılıklar da bulunmaktadır. Küçük örneklem büyüklüğü, heterojen hasta grupları, randomize kontrollü çalışma sayısının azlığı, gözlemsel çalışmaların ağırlıkta olması, diyet değerlendirmesinin güvenilir olmaması, placebo ve beklenti etkisi ile sonlanım noktalarındaki farklılıklardır.

Akdeniz mutfağı, zeytinyağı, sebze, meyve, tam tahıllar, baklagiller ve balık ağırlıklı beslenme modeli ile öne çıkan; sağlıklı beslenme örüntüsü olarak kabul edilen bir mutfak kültürüdür. Akdeniz diyetinin, kardiyovasküler hastalık riski yüksek bireylerde yapılan PREDIMED çalışmasında, majör kardiyovasküler olayları yaklaşık %30 oranında azalttığı gösterilmiştir **(5).** Benzer şekilde, Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren kişilerde romatoid artrit (RA) görülme olasılığı yaklaşık %16 daha düşük bulunmuştur **(6)**. Bir derlemede, Akdeniz diyetinin RA hastalarında hastalık aktivitesini ve inflamasyonu azaltabileceği, antioksidan etki gösterebileceği, vücut ağırlığının kontrolüne katkı sağlayabileceği ve yaşam kalitesini artırabileceği bildirilmiştir. Psöriyatik artrit (PsA) hastalarında Akdeniz diyetine uyumun kilo ve bel çevresinde azalma ile ilişkili olduğu, ayrıca daha düşük hastalık aktivitesi ve inflamasyon düzeyleriyle bağlantı gösterdiği bildirilmiştir. Akdeniz diyetinin düzenli fiziksel aktivite ile birlikte uygulanmasının ise daha olumlu klinik sonuçlar sağlayabileceği belirtilmektedir. Aksiyal spondiloartrit hastalarında da Akdeniz diyetini uygulayan bireylerde hastalık aktivitesinde (ASDAS-CRP) iyileşme gözlenmiştir **(7).**

Gluten, başta buğday olmak üzere arpa ve çavdar gibi tahıllarda doğal olarak bulunan bir protein grubudur. RA tanılı 66 hastada yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, glütensiz vegan diyet uygulayanların %40'ında ACR20 yanıtı elde edilirken, kontrol grubunda bu oran %4 bulunmuştur. Bu çalışmada gözlenen yararın gluten eliminasyonu, hayvansal ürünlerin çıkarılması, lif alımındaki artış veya kilo kaybından hangisine bağlı olduğu açık değildir **(8).** Bir derlemede, RA tanılı hastalarda glutensiz diyetin semptomları iyileştirdiğine dair mevcut kanıtların yetersiz olduğu, çölyak hastalığı olan bireyler dışında rutin gluten eliminasyonunun önerilmediği bildirilmiştir **(9).**

Mikrobiyota, vücudun özellikle bağırsaklarında bulunan bakteri, mantar ve virüslerden oluşan topluluktur. Beslenme, yaşam tarzı, stres, hastalık ve ilaç kullanımı gibi faktörlerden etkilenir. Mikrobiyota bağışıklık sistemini düzenler, bağırsak bariyerini korur ve Treg–Th17 dengesi üzerinden inflamasyonu etkiler. Ayrıca sadece bağırsakta değil, eklemler gibi uzak dokularda da etkili olabilir. Bağırsak mikrobiyotası, artmış bağırsak geçirgenliği ve immün sistem aktivasyonu üzerinden çeşitli otoimmün romatolojik hastalıkların gelişimi ve ilerlemesinde rol oynayabilir **(10).** Bu bağlamda yapılan klinik çalışmalarda probiyotiklerin romatolojik hastalıklar üzerindeki etkileri araştırılmıştır. RA tanılı hastalarda CRP düzeylerinde belirgin bir azalma görülmesine rağmen, DAS28 gibi klinik hastalık aktivite skorlarında anlamlı iyileşme saptanmamıştır. Spondiloartritte ise BASDAI dahil klinik sonuçlarda plaseboya üstünlük gösterilememiştir **(11).**

Çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA'lar), hücre zarının fosfolipid yapısında bulunur ve COX/LOX enzimleri aracılığıyla eikosanoid sentezinde rol oynar. Omega-6'dan türeyen araşidonik asit genellikle proinflamatuvar prostaglandin, tromboksan ve lökotrienlerin üretimini artırırken, omega-3 (EPA/DHA) daha düşük inflamatuvar eikosanoidler ve inflamasyonu sonlandırıcı resolvinler oluşturur. Sonuç olarak inflamatuvar yanıt, omega-6/omega-3 dengesine bağlı olarak artabilir veya modüle edilebilir. Omega-3 yağ asitleri, özellikle RA hastalarında en güçlü klinik kanıtlardan birine sahip olup yüksek dozlarda (≥2 g/gün) kullanıldığında semptomlarda iyileşme sağlayabilmektedir **(12).** Vitamin D inflamatuvar romatizmal hastalıklarda eksikliği sık olmasına rağmen, rutin takviyesinin hastalık aktivitesi üzerindeki etkisi tutarsızdır; bu nedenle romatolojide daha çok eksikliğin giderilmesi ve kemik, kas sağlığının korunması amacıyla kullanılır **(13).** Kurkumin RA'da inflamasyon ve hastalık aktivitesini azaltma potansiyeli gösterse de, mevcut kanıtların düşük

kalitede olması nedeniyle klinik uygulamada yalnızca destekleyici bir ajan olarak kabul edilmektedir **(14).**

Romatolojik hastalıklarda beslenme yaklaşımlarına ilişkin öneriler, güncel klinik kılavuzlarda kanıt düzeyine göre ele alınmaktadır. ACR kılavuzuna göre, RA hastalarında belirli bir beslenme modeli izlemek yerine, Akdeniz tipi beslenme düzenine bağlı kalınması koşullu olarak tavsiye edilmektedir. Bu doğrultuda, Akdeniz tipi beslenme modeli dışında kalan ketojenik, glutensiz ve aralıklı oruç gibi diğer popüler diyet kalıplarına uyulması ise koşullu olarak önerilmemektedir. Kılavuz ayrıca, dışarıdan besin takviyeleri eklemek yerine, yerleşik beslenme önerilerine uygun bir diyetin uygulanmasını, yani "önce besin" (food first) yaklaşımının benimsenmesini koşullu olarak önermektedir **(15).** Fransız kılavuzunda ise kronik inflamatuvar romatizmal hastalıklarda beslenme, ilaç tedavisinin yerine geçmeyen ve bilimsel kanıtlara dayanan bütünleyici bir yaklaşımdır. Diyet önerileri kardiyometabolik ve kemik sağlığı ile birlikte kültürel ve sosyoekonomik koşulları dikkate almalı, aşırı kısıtlamalardan kaçınılmalıdır. Beslenme hastalık farkındalığını destekleyebilir ve egzersizle birlikte ele alınmalıdır. Fazla kilolu veya obez hastalarda kilo kaybı teşvik edilmelidir; çünkü kilo kontrolü inflamasyonun azalmasına, kardiyometabolik risklerin ve psikolojik durumun iyileşmesine katkı sağlar. Çölyak hastalığı olanlar dışında hastalık aktivitesini kontrol etmek amacıyla glutensiz diyet önerilmez. Benzer şekilde, açlık veya vegan diyetlerin kronik inflamatuvar romatizmal hastalıkların aktivitesini azaltmak için kullanılmasını destekleyen yeterli kanıt bulunmadığından bu tür diyetler önerilmez. Süt ürünlerinin tamamen diyetten çıkarılması da hastalık yönetimi için uygun bir yaklaşım değildir ve önerilmez. Beslenme açısından omega-3 gibi çoklu doymamış yağ asitleri özellikle RA hastalarında semptomların hafifletilmesine yardımcı olabilir ve 2 gramın üzerindeki dozlarda destekleyici olarak önerilebilir. Akdeniz tipi diyet ise hem RA'da hem de muhtemelen diğer kronik inflamatuvar hastalıklarda önerilebilecek bir beslenme modelidir; eklem semptomlarını iyileştirme potansiyeli taşırken aynı zamanda kardiyometabolik hastalıklara karşı koruyucu etki sağlar. Vitaminler ve eser elementler ile yapılan takviyelerin hastalık aktivitesini kontrol etmek amacıyla rutin kullanımını destekleyen güçlü kanıt yoktur ve bu nedenle önerilmez. Probiyotiklerin etkinliğine dair veriler ise yetersiz ve tutarsız olduğundan klinik kullanımda önerilmemektedir. Son olarak bazı gıda ve bitkisel ürünlerin (örneğin safran, tarçın, sarımsak, zencefil gibi) hastalık aktivitesi üzerinde olumlu etkileri olabileceğine dair sınırlı veriler bulunsa da, bu ürünlerin rutin klinik uygulamada önerilmesi için mevcut kanıt düzeyi yeterli değildir **(16).**

1) Guo, J., Huang, X., Dou, L. *et al.* Aging and aging-related diseases: from molecular mechanisms to interventions and treatments. *Sig Transduct Target Ther* **7**, 391 (2022). https://doi.org/10.1038/s41392-022-01251-0
2) Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., & Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2 (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, *48*(1), 16–31. https://doi.org/10.1093/ageing/afy169
3) Pardali, E. C., Klonizakis, M., Goulis, D. G., Papadopoulou, S. K., Cholevas, C., Giaginis, C., Tsigalou, C., Bogdanos, D. P., & Grammatikopoulou, M. G. (2025). Sarcopenia in Rheumatic Diseases: A Hidden Issue of Concern. *Diseases (Basel, Switzerland)*, *13*(5), 134. https://doi.org/10.3390/diseases13050134
4) Kim, D., Morikawa, S., Miyawaki, M., Nakagawa, T., Ogawa, S., & Kase, Y. (2025). Sarcopenia prevention in older adults: Effectiveness and limitations of non-pharmacological interventions. *Osteoporosis and sarcopenia*, *11*(2 Suppl), 65–72. https://doi.org/10.1016/j.afos.2025.05.005

5) Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventos, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, J. A., Fitó, M., Gea, A., Hernán, M. A., … PREDIMED Study Investigators (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *The New England journal of medicine*, *378*(25), e34. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389
6) Hu, P., Lee, E. K., Li, Q., Tam, L. S., Wong, S. Y., Poon, P. K., & Yip, B. H. (2025). Mediterranean diet and rheumatoid arthritis: A nine-year cohort study and systematic review with meta-analysis. *European journal of clinical nutrition*, *79*(9), 888–896. https://doi.org/10.1038/s41430-025-01628-8
7) Barbalace, M. C., Talotta, R., Rapisarda, F., D'Amico, V., Laganà, M., Malaguti, M., Campennì, A., Cannavò, S., Hrelia, S., & Ruggeri, R. M. (2025). Unlocking the Power of the Mediterranean Diet: Two in One-Dual Benefits for Rheumatic and Thyroid Autoimmune Diseases. *Nutrients*, *17*(8), 1383. https://doi.org/10.3390/nu17081383
8) Hafström, I., Ringertz, B., Spångberg, A., von Zweigbergk, L., Brannemark, S., Nylander, I., Rönnelid, J., Laasonen, L., & Klareskog, L. (2001). A vegan diet free of gluten improves the signs and symptoms of rheumatoid arthritis: the effects on arthritis correlate with a reduction in antibodies to food antigens. *Rheumatology (Oxford, England)*, *40*(10), 1175–1179. https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.10.1175
9) Lidón, A. C., Patricia, M. L., Vinesh, D., & Marta, M. S. (2022). Evaluation of Gluten Exclusion for the Improvement of Rheumatoid Arthritis in Adults. *Nutrients*, *14*(24), 5396. https://doi.org/10.3390/nu14245396
10) Amarnani, A., & Silverman, G. J. (2023). Understanding the roles of the microbiome in autoimmune rheumatic diseases. *Rheumatology and immunology research*, *4*(4), 177–187. https://doi.org/10.2478/rir-2023-0027
11) Sanchez, P., Letarouilly, J. G., Nguyen, Y., Sigaux, J., Barnetche, T., Czernichow, S., Flipo, R. M., Sellam, J., & Daïen, C. (2022). Efficacy of Probiotics in Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*, *14*(2), 354. https://doi.org/10.3390/nu14020354
12) Sigaux, J., Mathieu, S., Nguyen, Y., Sanchez, P., Letarouilly, J. G., Soubrier, M., Czernichow, S., Flipo, R. M., Sellam, J., & Daïen, C. (2022). Impact of type and dose of oral polyunsaturated fatty acid supplementation on disease activity in inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature review and meta-analysis. *Arthritis research & therapy*, *24*(1), 100. https://doi.org/10.1186/s13075-022-02781-2
13) Messina, O. D., Clark, P., Torres, J. M., Dankers, W., Cruz-Priego, G. A., Neira, L. F. V., Raterman, H., Giselle, M., Adami, G., Molina, F. C., Kluwak, G., Mansur, J. L., Reginster, J. Y., Neyro, J. L., Zakraoui, L., Binkley, N., Vidal, M., & Lems, W. F. (2026). Vitamin D in inflammatory rheumatic diseases: still a challenge. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 10.1007/s00198-026-08066-7. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00198-026-08066-7
14) Fan, Y., Yi, Z., Mao, S., Wen, J., Zhang, J., Zhang, Q., & Liu, R. (2026). Curcumin for the clinical treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomized clinical trials. *Frontiers in immunology*, *16*, 1726157. https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1726157
15) England, B. R., Smith, B. J., Baker, N. A., Barton, J. L., Oatis, C. A., Guyatt, G., Anandarajah, A., Carandang, K., Chan, K. K., Constien, D., Davidson, E., Dodge, C. V., Bemis-Dougherty, A., Everett, S., Fisher, N., Fraenkel, L., Goodman, S. M., Lewis, J., Menzies, V., Moreland, L. W., … Treadwell, J. R. (2023). 2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*, *75*(8), 1299–1311. https://doi.org/10.1002/art.42507
16) Daien, C., Czernichow, S., Letarouilly, J. G., Nguyen, Y., Sanchez, P., Sigaux, J., Beauvais, C., Desouches, S., Le Puillandre, R., Rigalleau, V., Rivière, P., Romon, M., Semerano, L., Seror, R., Sfedj, S., Tournadre, A., Vacher, D., Wendling, D., Flipo, R. M., & Sellam, J. (2022). Dietary recommendations of the French Society for Rheumatology for patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint bone spine*, *89*(2), 105319. https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105319

ÇOCUKLARDA ARTRİTE YAKLAŞIM

Doç. Dr. Ceyhun AÇARI
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim dalı, Malatya

Bugün Kapadokya'nın bu büyüleyici atmosferinde, çocuk sağlığı ve hastalıkları pratiğinde klinik kararlarımızı en çok sınayan, doğru yönetildiğinde hayat kurtaran, gözden kaçtığında ise kalıcı hasarlara yol açabilen hayati bir konuyu ele almak üzere bir aradayız:

Çocukluk ve adolesan döneminde kas-iskelet sistemi ağrıları, poliklinik başvurularında baş ağrısı ve karın ağrısından sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Bu yüksek oran konunun önemini açıkça göstermektedir. Ancak polikliniğimize bu şikayetle getirilen çocukların çok büyük bir kısmında, yani yaklaşık %60'ında neden inflamatuar değildir. Yapılan geniş çaplı klinik çalışmalar bu başvuruların %30'unu travmaların, %28'ini aşırı kullanım sendromlarının ve %8'ini ise tamamen selim seyirli büyüme ağrılarının oluşturduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, kapımızdan içeri giren her ağrılı çocukta hemen büyük romatizmal hastalıkları düşünüp paniklemek yerine, sakin ve sistematik bir yaklaşımla ilerlemek ilk ve en önemli kuralımızdır.
Karşımızdaki ayırıcı tanı yelpazesi kelimenin tam anlamıyla devasadır. Bir tarafta saatler içinde eklem kıkırdağında geri dönüşsüz yıkıma neden olabilen septik artritler, viral ya da bakteriyel postenfeksiyöz tablolar yer alırken; diğer tarafta lösemi, lenfoma, nöroblastom ve osteosarkom gibi hayatı tehdit eden maligniteler durmaktadır. Bunların yanı sıra Jüvenil İdiopatik Artrit (JİA), Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), dermatomiyozit, vaskülit sendromları ve Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) gibi otoinflamatuar romatizmal hastalıklar da bu havuzun önemli parçalarıdır. Ortopedik sorunları, Perthes hastalığını ve femur başı epifiz kaymasını da bu listeye eklediğimizde, doğru tanıya ulaşmanın ne kadar titiz bir çalışma gerektirdiği açıkça görülmektedir.



Değerli meslektaşlarım, bu karmaşık labirentte kaybolmamak için elimizdeki en güçlü kılavuz detaylı bir öyküdür. Öykü alırken süre kavramı ilk püf noktamızdır; şikayetlerin 6 haftadan kısa sürmesi akut, 6 haftayı aşması ise kronik süreçleri işaret eder. Ağrının karakteri bize çok şey anlatır. Sürekli, lokalize ve çok şiddetli ağrılarda kırık, septik artrit veya osteomiyelitten şüphelenmeliyiz. Aralıklı ve daha hafif ağrılar ise geçici (transient) sinoviti, JİA'yı ya da büyüme dönemi patolojilerini düşündürür. En kritik ayırt edici özelliklerden biri de aktiviteyle

olan ilişkidir: Ağrı dinlenmekle azalıp hareketle artıyorsa mekanik; aksine hareket etmekle azalıyorsa ve eşlik eden belirgin bir sabah tutukluğu varsa inflamatuar bir hastalığı, yani JİA'yı işaret eder. Geçirilmiş enfeksiyon öyküsü ile ailede romatizmal hastalık varlığı da mutlaka sorgulanmalıdır.

Fizik incelemede ise asla taviz vermememiz gereken evrensel kurallar vardır. Muayene mutlaka çocuk tamamen soyularak yapılmalı, hasta yatağa yatırılmadan önce yürütülerek yürüyüş paterni ve topallama durumu değerlendirilmeli ve en önemlisi ağrılı ekstremite en sona bırakılmalıdır. Eklemdeki bulguların niteliğini iyi analiz etmeliyiz: Tek bir eklem mi, çoklu mu? Simetrik mi, asimetrik mi? Kızarıklık ve ısı artışı var mı? Sadece ekleme bakmak yetmez; derideki döküntüler, gözdeki kızarıklık, ağızdaki ülserler, lenfadenopati ve organomegali varlığı romatizmal bir hastalığın ilk habercisi olabilir.
Tetkik aşamasında laboratuvarı tamamen öykü ve muayene bulgularımıza göre şekillendirmeliyiz. Ancak eklem yakınması olan her çocukta tam kan sayımı ve periferik yayma değerlendirmesi kırmızı çizgimizdir. Radyolojide düz grafiler kırık ve avasküler nekrozda ilk basamak olsa da, erken dönem osteomiyelitte veya septik artritte normal olabileceği unutulmamalıdır. Eklem effüzyonunu saptamada ultrasonografi mükemmel bir araçken, kemik iliği ödemi ve spinal patolojilerde MRG devreye girer. Ayırıcı tanıyı akılda tutmak için *"ARTHRITIS"* akrostişi zihnimizin bir köşesinde bulunmalıdır: Avasküler nekroz, Reaktif artrit, Travma, Hematolojik nedenler, Rikets, İnfeksiyon, Tümör, İdiopatik ağrı sendromları ve Sistemik romatolojik hastalıklar.

Gelin, kliniğimizdeki gerçek olgular üzerinden bu yaklaşımları somutlaştıralım:
OLGU 1
İlk olgumuz 3 yaşındaki Ali. Geceleri uykudan uyandıran diz ağrılarıyla getiriliyor ancak muayenesi ve kan sayımı tamamen normal. Bu tablo tipik bir *"Büyüme Ağrısı"* örneğidir; masajla geçen, gün içinde hiçbir kısıtlılık yaratmayan bu durum tamamen selimdir.

OLGU 2
Fakat ikinci olgumuz Selim'in hikayesi hepimiz için hayati bir kulak küpesidir. 3 yaşında sağ kalça ağrısı ile başvuruyor, transient sinovit düşünülerek ibuprofen başlanıyor. Bir hafta sonra ağrısı geçmeyen, kan sayımı normal olan ve ilk periferik yaymasında blast görülmeyen bu çocukta üç gün sonra peteşiler belirliyor ve yapılan mükerrer incelemede blastlar görülerek *ALL (Akut Lenfoblastik Lösemi)* tanısı konuyor. Lütfen unutmayalım: Çocukluk çağı lösemilerinin yarısından fazlasında ilk başvuru şikayeti eklem ve kemik ağrısıdır! LAP veya HSM olmaması, hatta ilk kan sayımının normal olması lösemiyi ekarte ettirmez.

OLGU 3 VE OLGU 4
Kronik artritli diğer olgularımıza baktığımızda; 12 yaşındaki Ayşe, çoklu deforman artrit, yüksek akut faz reaktanları, pozitif RF, Anti-CCP ve ANA değerleriyle tipik bir *Poliartiküler JİA* örneğiyken; sol dizinde 3 aydır şişlik olan 2 yaşındaki kız hastamız *Oligoartiküler JİA* tanısı alıyor. JİA tanısı koyarken 6 haftalık süreyi doldurmuş olmak ve diğer tüm dışlayıcı tanıları ekarte etmek şarttır.

OLGU 5 VE OLGU 6
Ancak her kronik monoartriti de JİA sanmak bizi büyük hataya götürür. 6 yaşındaki kız hastamız (Olgu 5), 4 aydır diz şişliği yaşıyor. Tetkiklerinde PPD testi 28 mm gibi çok yüksek bir endürasyon veriyor ve yapılan sinoviyal biyopsiyle *"Tüberküloz Artriti"* tanısı alıyor. TBC artriti sinsi seyreder ve akciğer tüberkülozu olguların sadece üçte birinde eşlik eder. Benzer şekilde, hayvancılıkla uğraşan ve taze peynir tüketen 9 yaşındaki kız hastamızda

(Olgu 6) gelişen sakroiliit tablosunun arkasından *Brucella* çıkması, enfeksiyonların romatizmal taklitçiliğine mükemmel bir örnektir.
Ayırıcı tanıda mekanik ve ortopedik patolojilerden topallamayla başlayan *Perthes hastalığını, obez ergenlerde minör travmalarla tetiklenen **femur başı epifiz kaymasını, dizde hemorajik efüzyon yapıp biyopside hemosiderin depozitleri gördüğümüz **pigmente villonodüler sinoviti (PVNS)* ve parmaklarda eğrilme (kamptodaktili) ile seyredip ailevi geçiş gösteren *Juvenil Sarkoidozu (Blau Sendromu)* da hiçbir zaman akıldan çıkarmamalıyız.
Değerli meslektaşlarım, konuşmamı bitirirken *"heybemizde"* kalması gereken en önemli mesajları vurgulamak istiyorum:
* Eklem ve kemik ağrısı olan her çocukta ilk dışlanacak tanı malignitedir; lösemi her zaman akılda tutulmalıdır.
* Öykü, fizik muayene, laboratuvar ve radyoloji sıralı ve birbiriyle uyumlu şekilde yürütülmelidir.
* Gereksiz tetkik bombardımanından kaçınmalı, ancak tam kan sayımı ve periferik yaymayı her hastada mutlaka değerlendirmeliyiz.
* Artrit ile artralji ayrımını klinik olarak çok iyi yapmalı ve romatolojik hastalıkların bu geniş havuzda aslında küçük bir paya sahip olduğunu unutmamalıyız.
Beni dinlediğiniz için çok teşekkür eder, sempozyumun hepimiz için verimli geçmesini dilerim.

ROMATOLOJİDE YAPILAN YAPAY ZEKA ÇALIŞMALARINA HIZLI BİR BAKIŞ

Dr. Neşe Çabuk Çelik
Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ

Son on yılda yapay zeka (YZ) alanındaki hızlı gelişmeler romatoloji pratiğini de etkilemeye başlamıştır. Makine öğrenmesi ile başlayan bu evrim, derin öğrenme, büyük dil modelleri (LLM) ve günümüzde agentic YZ sistemlerine kadar uzanmıştır. Bu sunumda romatoloji alanındaki YZ çalışmaları görüntüleme, klinik karar desteği, büyük dil modelleri ve geleceğin YZ sistemleri olan agentic AI başlıkları altında ele alınmaktadır.

ROMATOLOJIDE YZ LİTERATÜRÜNE GENEL BAKIŞ

Romatolojide YZ araştırmaları son beş yılda belirgin biçimde artmıştır. 2015–2018 yılları arasında makine öğrenmesi ön planda iken, 2018–2022 döneminde derin öğrenme ve görüntüleme odaklı çalışmalar öne çıkmıştır. 2023–2024 döneminde ChatGPT ve benzeri LLM'lerin gündeme gelmesiyle birlikte araştırmaların odağı klinik akıl yürütme ve metin tabanlı uygulamalara kaymıştır. 2025–2026 itibarıyla agentic YZ sistemleri romatoloji gündemine girmeye başlamıştır.

GÖRÜNTÜLEMEde YZ: ROPCA / ARTHUR-DIANA

Görüntüleme alanındaki en dikkat çekici gelişmelerden biri ROPCA (Robotic Platform for Clinical Assessment of Rheumatoid Arthritis) sistemidir. Bu platform, iki temel bileşenden oluşmaktadır: hastanın elini standart pozisyona yerleştirerek otomatik eklem taraması yapan ARTHUR adlı robotik ultrason cihazı ve elde edilen görüntüleri analiz ederek sinovit varlığını, etkilenen eklemleri ve inflamasyon derecesini değerlendiren DIANA adlı YZ yazılımı. ROPCA, görüntü elde etme ve yorumlama süreçlerini tek bir platformda standardize eden ilk sistemlerden biri olma özelliği taşımakta; operatör bağımlılığını azaltma ve uzman açığını giderme potansiyeli nedeniyle romatoloji pratiği için anlamlı bir adım olarak değerlendirilmektedir.

BÜYÜK DİL MODELLERİ (LLM) VE ROMATOLOJİK KLİNİK AKIL YÜRÜTME

LLM'lerin romatolojide klinik akıl yürütme kapasitesi giderek artmaktadır. 20 gerçek yaşam romatoloji senaryosunu içeren bir çalışmada ChatGPT-4o, DeepSeek v3.2, Gemini ve Perplexity gibi modeller doğruluk, güvenlik, klinik akıl yürütme, gerçekçilik ve kanıta dayalılık parametreleri açısından karşılaştırılmıştır. Hiçbir modelin kusursuz olmadığı, ancak bazı modellerin romatolojik klinik senaryolarda dikkat çekici performans sergilediği görülmüştür.
Kendi çalışma grubumuz dört temel boyutu araştırmıştır: (1) RA-EULAR rehber uyum çalışması ile bilgi doğruluğu, (2) AS hasta-hekim perspektif çalışması ile klinik kullanılabilirlik, (3) AS okunabilirlik ve kalite çalışması ile iletişim becerisi, (4) kapillaroskopi çalışması (Vision Transformer modeli) ile görsel uzmanlık. Bu çalışmalar yapay zekayı tek bir boyutta değil; "biliyor mu, akıl yürütebiliyor mu, iletişim kurabiliyor mu, görebiliyor mu?" sorularıyla bütüncül bir perspektifle değerlendirmeyi amaçlamıştır.

REHBERLERİ KULLANAN YZ: GUIDELINE-RAG SİSTEMLERİ

LLM'lerin en önemli kısıtlılıklarından biri halüsinasyon ve alan spesifik bilgi eksikliğidir. Bu soruna yönelik geliştirilen Retrieval-Augmented Generation (RAG) mimarisinde YZ, önce güvenilir kaynak dokümanlarını (örneğin EULAR veya ACR rehberleri) taramakta, ilgili

bölümü bulmakta ve ardından bu bilgiye dayanarak yanıt üretmektedir. Standart LLM'lere kıyasla RAG sistemleri daha kontrollü, kaynak gösterebilen ve güncellenebilir yanıtlar sunmaktadır. Romatoloji özelinde bu mimarinin yaygınlaşmasının, YZ'nin güvenilirliğini artıracağı öngörülmektedir.

GELECEĞİN YZ'Sİ: AGENTİC AI

Agentic YZ sistemleri, tek bir soruya yanıt veren klasik LLM'lerin ötesine geçerek birden fazla görevi planlayıp yürütebilen, kısmi otonomiye sahip çok adımlı dijital asistanlardır. Romatoloji araştırması bağlamında bu sistemlerin potansiyel kullanım alanları arasında literatür tarama, makale özetleme, veri çıkarımı, istatistiksel analiz önerileri ve protokol taslağı oluşturma sayılabilir. Örneğin agentic bir YZ'ye "Sistemik skleroz ve GERD tedavileri üzerine network meta-analiz başlat" görevi verildiğinde sistem arama stratejisi önerebilir, literatürü tarayabilir ve veri çıkarım tablosu oluşturabilir. Bununla birlikte insan doğrulaması hâlâ zorunlu olup bu sistemlerin bağımsız araştırmacı olarak değil, gözetim altında çalışan dijital asistan olarak konumlandırılması gerekmektedir.

SONUÇ

Romatolojide YZ'nin evrimi dört aşamayla özetlenebilir: görmek (ROPCA), düşünmek (LLM), güvenmek (RAG ve etik çerçeve) ve iş birliği yapmak (agentic YZ). Yapay zeka romatologların yerini almayacak; ancak etkin biçimde kullanıldığında araştırma ve klinik süreçlerde önemli bir hız ve verimlilik kazanımı sağlayabilecektir. Etik sınırlar içinde, insan doğrulaması zorunlu olmak kaydıyla YZ destekli ilerleme, alanımız için birincil hedef olarak benimsenilebilir.

Anahtar kelimeler: Yapay zeka; Romatoloji; Büyük dil modelleri; RAG; Agentic AI; ROPCA

ROMATOLOJİDE ÇOCUK HASTALARDA RADYASYONDAN KAÇINMAK İÇİN ZERO-TİME ECO

Doç. Dr. İrfan ATİK
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Pediatrik romatolojide görüntüleme, yumuşak doku ve kemik iliği değerlendirmesi için MRG; kortikal kemik ve mikroerozyonların tespiti için ise geleneksel olarak BT gerektiren "çözümsüz bir ikilem" ile karşı karşıyadır. Geleneksel MRG, kortikal kemikteki kalsiyumun çok kısa T2* relaksasyon süresi nedeniyle yetersiz sinyal üretirken; BT ise çocuklarda biriken radyasyon dozu ve malignite riski gibi ciddi klinik yükler getirmektedir. Bu konuşma, BT'nin tanısal kesinliği ile MRG'nin güvenliğini birleştiren Zero-Time Echo (ZTE) tekniğinin klinik etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.
Teknik Özellikler ve Fizik: ZTE MRG, "Sıfır" fiziği prensibiyle çalışır. Konvansiyonel MRG'de sinyal alımı RF pulsundan çok sonra başlarken ve kemik sinyali bu sürede kaybolurken; ZTE'de okuma gradyenti RF pulsundan önce yükseltilir ve sinyal alımı RF pulsu biter bitmez (t=0) anında başlar. Bu sayede kemik sinyali kaybolmadan k-space dolumu gerçekleştirilir. Ayrıca, gradyentlerin sürekli açık kalması sayesinde "Sessiz Tarama" (Silent Scan) özelliği sunarak pediatrik hastalarda anestezi ve sedasyon ihtiyacını azaltır.
Bulgular ve Klinik Uygulamalar: Yapılan çalışmalarda (N=26 vaka), ZTE-MRI'ın pediatrik kemik patolojilerindeki doğruluğu **%96** olarak bulunmuş ve genel görüntü kalitesinde BT'ye karşı **istatistiksel olarak farksız** olduğu gösterilmiştir.

- **Sakroiliak Eklem:** Juvenil spondiloartritte köşe taşı olan sakroiliak eklem lezyonlarında (erozyon, skleroz, ankiloz) ZTE, geleneksel T1 ağırlıklı görüntülere kıyasla üstün performans sergiler ve BT ile eşdeğer güvenilirlik sunar.
- **Toraks Görüntüleme:** Pediatrik göğüs patolojilerinde (pulmoner kistler, konsolidasyon, bronşektazi) %88-%100 arasında değişen yüksek duyarlılık sunarak radyasyonsuz bir gelecek vaat etmektedir.
- **Diğer Kullanım Alanları:** Travma (okült fraktürler), dejeneratif hastalıklar (osteofitler, kıkırdak hasarı), onkolojik karakterizasyon ve morfometrik ölçümlerde (açı ölçümleri) yüksek başarıyla kullanılmaktadır.

Sınırlamalar ve Dikkat Edilmesi Gerekenler: ZTE'nin gri skala inversiyonu, normalde sinyalsiz olan eklem içi gaz kabarcıkları, cerrahi metal artefaktları veya hemosiderin birikimi gibi durumların kemik/kalsifikasyon gibi parlamasına neden olabilir. Bu nedenle tanısal hataları önlemek için multimodal bir yaklaşım ve geleneksel sekanslarla çapraz referanslama şarttır.
Sonuç: Zero-Time Echo MRI, pediatrik romatolojide kortikal kemik değerlendirmesini bir "iki cihazlı (MRI + CT)" zorunluluk olmaktan çıkarıp, **tek seansta, radyasyonsuz ve güvenli** bir teşhis sürecine dönüştürmektedir. İnflamatuar artrit protokollerine eklendiğinde, çocuklarda kemik hasarını doğrulamak için ek bir BT çekimini tamamen gereksiz hale getirmektedir.

SÖZLÜ SUNUMLAR

[SS-01]

Çocuk Romatoloji Polikliniğine Yapılan Başvuruların Klinik ve Ekonomik Analizi: Gerçek Dünya Verisinden Sevk Nedenleri

Pelin Esmeray Şenol[1], *Batuhan Küçükali*[2]
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Mersin[1]
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, Ankara[2]

Amaç: Çocuk romatoloji polikliniğine başvuru ve konsültasyon sayısı son yıllarda giderek artmaktadır. Bu başvuruların tanısal dağılımını, romatoloji dışı başvuruların ekonomik yükünü ve yabancı uyruklu hastalardaki farklı klinik nedenleri belirlemek; birinci basamak ve politika düzeyinde uygulanabilir çözümler önermek amaçlanmıştır.

Yöntem: Mersin Şehir, Eğitim ve Araştırma hastanesi çocuk romatoloji polikliniği'ne Mayıs 2025–Nisan 2026 tarihleri arasında yapılan tüm poliklinik başvuruları incelendi. İlk ziyaretinde herhangi bir romatolojik hastalıkla uyumlu semptom ya da muayene bulgusu olmayan ve ilk klinik ve laboratuvar incelemesinde romatolojik tanı konulmayan hastalar romatoloji dışı başvuru olarak değerlendirildi. Başvurular hastanın Türkiye Cumhuriyeti (T.C.)vatandaşı olup olmamasına göre ikiye ayrılarak analiz edildi. Doğrudan maliyetler 2025 SGK/SUT tarifeleri esas alınarak hesaplandı; her romatoloji dışı başvuru için uzman konsültasyon ücreti (~450 TL) ve rutin laboratuvar paneli (CBC, CRP, ESH, ASO; ~235 TL) toplamı ziyaret başına doğrudan maliyet olarak kullanıldı (~685 TL, ~15,18 USD). Dolaylı maliyetler ulaşım gideri ve ebeveyn iş gücü kaybından oluştu (asgari ücret 2025 baz alınarak); toplam ziyaret başına maliyet ~985 TL (~21,83 USD) olarak belirlendi. Ulusal maliyet projeksiyonu, çalışma merkezinin bulunduğu Mersin ilinin Türkiye nüfusuna oranı (2.400.000 / 85.000.000 ≈ 1/35,4) esas alınarak yapıldı. Tüm değerler analiz tarihi kuru üzerinden (1 USD = 45,17 TL; 1 Mayıs 2026) dolara çevrildi. Tarihsel döviz kuru aralığı ve laboratuvar test hacmi (±%25) için duyarlılık analizi uygulandı.

Bulgular:
2.336 yeni başvuru retrospektif olarak incelendi. Poliklinik de bu dönemde toplam 6.355 vizit gerçekleştirdi; 4.019'u kontrol veya sonuç ziyaretiydi. Başvuruların %52,0'si kız, ortanca yaş 10 yıl (IQR 7–14) idi; olguların %70'i 7–13 yaş aralığında yoğunlaştı. Türk vatandaşları başvuruların %95,8'ini, yabancı uyruklu hastalar %4,2'sini oluşturdu.
Başvuruların %63,4'ünde (n=1.482) romatolojik hastalık semptom ya da bulgusu yoktu. En sık başvuru nedeni non-spesifik kas-iskelet sistemi ağrısıydı (%37,3) tekrarlayan ateş (%6,8) ve anti-streptolysin O (ASO) yüksekliği (%4,6) takip etmekteydi. Romatolojik tanılar arasında (Ailevi Akdeniz Ateşi) AAA (%14,8), juvenil idiopatik artrit (JİA) (%9,2) ve IgA vaskülit (%3,9) öne çıktı. En sık başvuru ayları Ekim 2025 (n=305) ve Şubat 2026 (n=301) olarak belirlendi.

Yabancı uyruklu hastalarda ASO yüksekliği nedeniyle romatoloji polikliniğine başvuru oranı (%17,5'e karşı %4,0) ve SLE / bağ dokusu hastalığı oranı (%2,1'e karşı %0,3) Türk vatandaşlarına kıyasla anlamlı biçimde yüksek saptandı ($p<0,05$). Buna karşın AAA (%9,3'e karşı %15,0) ve PFAPA (%1,0'e karşı %3,6) yabancı uyruklu hastalarda anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p<0,05$).
Romatoloji dışı her başvurunun doğrudan maliyeti ~685 TL (~15,18 USD), dolaylı maliyetler dahil ~985 TL (~21,83 USD) olarak hesaplandı. Yanlış yönlendirilmiş 1.482 başvuru çalışma döneminin %59'una karşılık gelen 185klinik gününü kapsamaktaydı. Yabancı uyruklu

hastalardaki 59 romatoloji dışı başvurunun kliniğe doğrudan maliyeti ~40.415 TL (~895 USD), dolaylı maliyetler dahil ~58.115 TL (~1.287 USD) olarak hesaplandı; bu başvurular ~7 klinik günü kapsamaktaydı. Buna göre yıllık doğrudan maliyet yükü ulusal düzeyde ~39,2 milyon TL (~868.000 USD), dolaylı maliyetler dahil ~56,4 milyon TL (~1.248.000 USD) olarak tahmin edildi. Duyarlılık analizinde tarihsel döviz kuru aralığında bu yükün 1,80–6,93 milyon USD arasında değiştiği görüldü.

Sonuç: Başvuruların %63,4'ü romatoloji dışı tanılardan oluşmakta; bu durum ulusal ölçekte yılda 1 milyon USD'yi aşan doğrudan maliyet yüküne ve ciddi bir klinik kapasite kaybına neden olmaktadır. Çocuk romatolojisine gereksiz sevk önlenebilir bir sorundur; gerekli olan yapılandırılmış bir sistem değişikliğidir.

[SS-02]

UIP'ye romatolog eli değince: 13 yıllık tek merkez deneyimi

Kadir Burak Akgün[1]
[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları

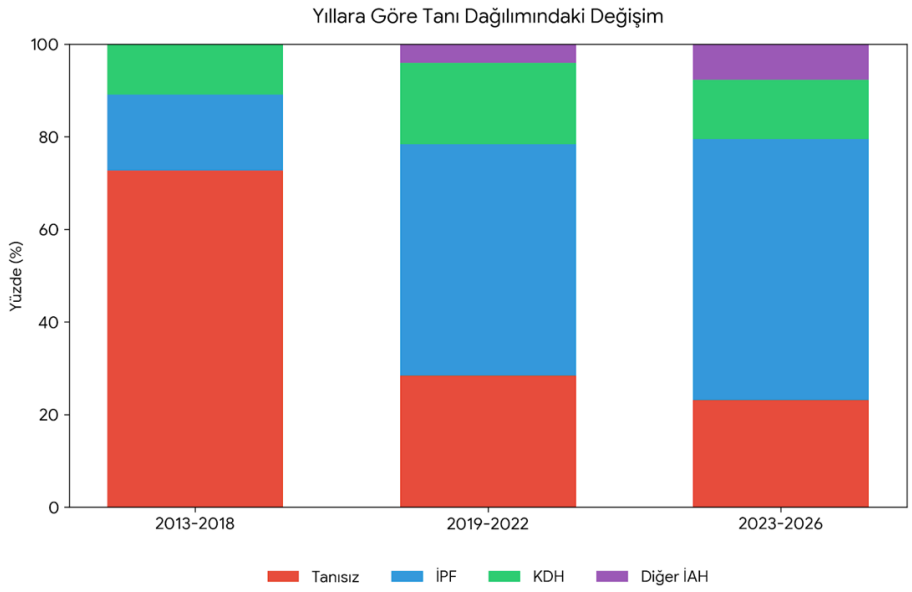
Amaç: İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH) içerisinde en sık ve zorlu tanısal sürece sahip olan Olağan İnterstisyel Pnömoni (UIP) paterninin ayırıcı tanısında; 2018 ve 2022 ATS/ERS/JRS/ALAT kılavuz güncellemelerinin kliniğe yansımasını ve romatoloji işbirliğinin; tanısal başarı, özgül etyolojik tanı alma oranları ve tanısız vaka oranları üzerindeki uzun dönemli etkisini sayısal verilerle değerlendirmektir.

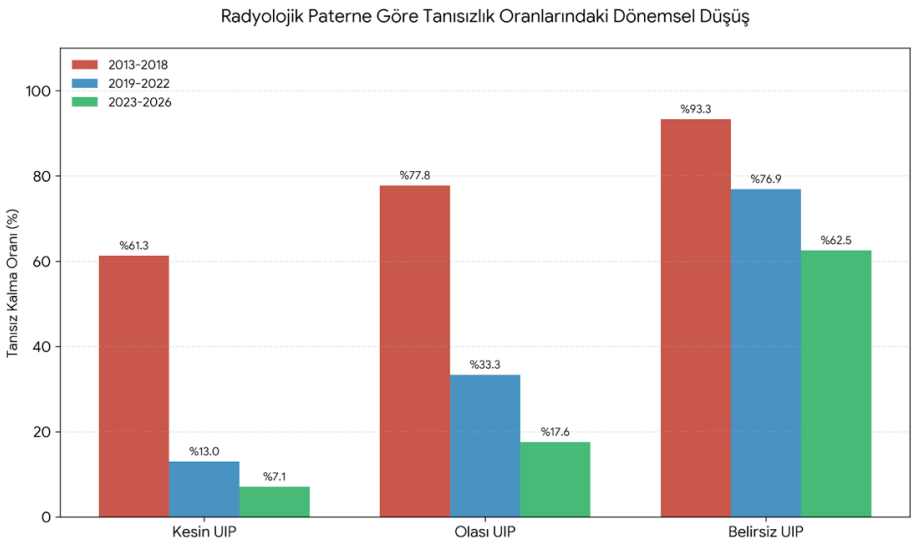
Yöntem: Çalışmaya 2013-2026 yılları arasında radyolojik olarak UIP (Kesin, Olası, Belirsiz) tanısıyla izlenen toplam 168 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Hastalar, uluslararası kılavuzların yayınlanma ve kliniğe adaptasyon süreçlerine paralel olarak üç periyotta gruplandırıldı: 2013-2018 (2018 kılavuz güncellemesi öncesi dönem, n=55), 2019-2022 (2018 ATS/ERS/JRS/ALAT kılavuz dönemi, n=74) ve 2023-2026 (2022 ATS/ERS/JRS/ALAT kılavuz dönemi, n=39). Tanısal süreçler; romatolojik değerlendirme oranları, HRCT paternlerine göre tanı dağılımları (kesin UIP, olası UIP, Belirsiz UIP) ve Kollajen Doku Hastalığı (KDH) vakaları (önceden tanılı ve yeni tanı) açısından analiz edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare Trend, Fisher's Exact ve Independent Samples T-testi kullanıldı.

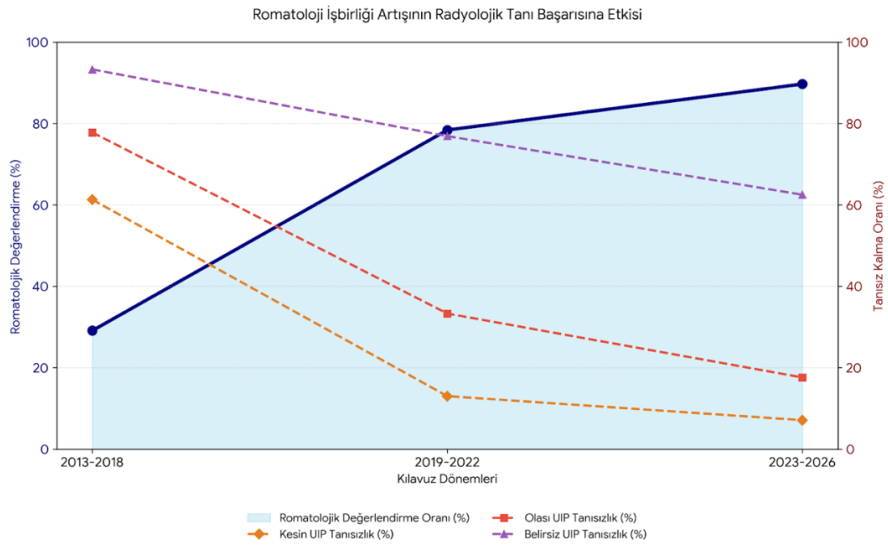
Bulgular: 168 UIP hastasının Romatoloji birimi tarafından değerlendirilme oranı 2018 öncesi dönemde %29.1 (n=16) iken, 2019-2022 döneminde %78.4 (n=58) ve 2022 kılavuz sonrası dönemde %89.7 (n=35) olarak saptanmıştır ($p<0.001$). Genel tanısızlık oranı dönemlere göre sırasıyla %72.7 (n=40), %28.4 (n=21) ve %23.1 (n=9) şeklinde gerilemiştir ($p<0.001$). Radyolojik alt gruplarda tanısızlık oranları; "Kesin UIP" paterninde %61.3 → %13.0 → %7.1 ($p=0.008$); "Olası UIP" paterninde %77.8 → %33.3 → %17.6 ($p=0.059$); "Belirsiz UIP" paterninde ise %93.3 → %76.9 → %62.5 ($p=0.120$) olarak izlenmiştir. Multidisipliner konseyde yeni tanı alan KDH grubu (n = 9) ile İPF grubu (n = 68) demografik olarak benzer özelliktedir; yaş ortalamaları sırasıyla 61.11 ±17.2 ve 68.41 ±8.0 yıl ($p = 0.243$), erkek cinsiyet oranları ise %66.7 (n = 6) ve %75.0 (n = 51)'dir ($p = 0.689$). Bu 9 vakanın etyolojik dağılımı Romatoid Artrit (n=7, %77.8), Sistemik Skleroz (n=1) ve Granülomatöz Polianjiitis (n=1) şeklindedir.

Sonuç: Güncel kılavuzların kliniğe entegrasyonu ve romatoloji birimi ile kurulan güçlü multidisipliner işbirliği, özellikle tanısı zor olan "Olası UIP" ve "Belirsiz UIP" paternlerindeki tanısal körlüğü anlamlı ölçüde azaltmıştır. Özellikle ileri yaşlı ve erkek cinsiyete sahip vakaların, büyük oranda Romatoid Artrit zemininde KDH tanısı alabildiği saptanmıştır. Bu veriler, klasik UIP profiline sahip hastalarda dahi romatolojik taramanın multidisipliner yaklaşımın ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini; bunun yanlış İPF tanısı ve hatalı antifibrotik tedavi yaklaşımlarını engelleyen en kritik faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: idiopatik pulmoner fibrozis, kollajen doku hastalıkları, romatoid artrit, usual intersitisyel pnömoni


Yıllara Göre Tanı Dağılımındaki Değişim
Yüzde (%)
100
80
60
40
20
0
2013-2018
2019-2022
2023-2026
Tanısız
İPF
KDH
Diğer İAH


Radyolojik Paterne Göre Tanısızlık Oranlarındaki Dönemsel Düşüş
Tanısız Kalma Oranı (%)
2013-2018
2019-2022
2023-2026
%61.3
%13.0
%7.1
%77.8
%33.3
%17.6
%93.3
%76.9
%62.5
Kesin UIP
Olası UIP
Belirsiz UIP


Romatoloji İşbirliği Artışının Radyolojik Tanı Başarısına Etkisi
Romatolojik Değerlendirme (%)
Tanısız Kalma Oranı (%)
2013-2018
2019-2022
2023-2026
Kılavuz Dönemleri
Romatolojik Değerlendirme Oranı (%)
Kesin UIP Tanısızlık (%)
Olası UIP Tanısızlık (%)
Belirsiz UIP Tanısızlık (%)

[SS-03]

Ailesel Akdeniz Ateşi Hastalarında Anakinra Tedavisinin Sürdürülebilirliği ve Kesilme Nedenleri

Enes Keskin, Arif Babayiğit, Ali Şahin
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç:
Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), inflamatuvar ataklarla seyreden monogenik otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık patogenezinde IL-1 aracılı inflamasyon merkezi rol oynamaktadır. Kolşisin AAA tedavisinde ilk basamak olmakla birlikte, bazı hastalarda yetersiz yanıt veya intolerans gelişmektedir. IL-1 inhibitörleri anakinra ve kanakinumab, özellikle kolşisin dirençli hastalarda etkili bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır.
Çalışmamızda; AAA hastalarında anakinra tedavisinin sürdürülebilirliğini ve tedavi kesilme nedenlerini gerçek yaşam verileri ile değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem:
Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya anakinra tedavisi başlanmış 185 AAA hastası dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, anakinra kullanım süreleri ve tedavi kesilme nedenleri analiz edildi. Tedavi süreleri gruplar arasında Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile karşılaştırıldı. Tedavi sürdürülebilirliği Kaplan-Meier yöntemi ile değerlendirildi. Tanı yaşı ve genetik mutasyon verileri mevcut olan hastalarda keşifsel alt analizler yapıldı.

Bulgular:
Toplam 185 hastanın 93'ü (%50.3) kadın, 92'si (%49.7) erkekti. Hastaların 30'unda (%16.2) anakinra tedavisine devam edilmişken, 155 (%83.8) hastanın tedavisi kesilmiş veya değiştirilmiştir. En sık tedavi kesilme nedenleri takipsizlik/uyumsuzluk (n=69) ve yetersiz yanıt (n=56) olarak saptandı. (Tablo 1)
Tedavi süresi, ilaca devam eden hastalarda anlamlı olarak daha uzun bulundu (medyan 18 ay [IQR 6.8–25.5] ve 3 ay [IQR 3–9], $p<0.001$).
Bırakılma nedenlerine göre tedavi süreleri anlamlı farklılık göstermekteydi ($p<0.001$). Yetersiz yanıt nedeniyle tedavinin sonlandırılması için daha uzun süre beklendiği görüldü. (Tablo 2)
Anakinra tedavisinde kalma süresi; yan etki/alerjik reaksiyon nedeniyle tedavi kesilen hastalarda en kısa (medyan 1 ay [IQR 1–3]), yetersiz yanıt grubunda en uzun (medyan 6 ay [IQR 3–12]) olarak saptandı.
Kaplan-Meier analizinde medyan tedavide kalma süresi 6 ay olarak bulundu; tedavide kalma oranı 6. ayda %38.7, 12. ayda %27.4 idi.
Genetik verisi mevcut 129 hastanın 93'ünde (%72) M694V mutasyonu saptandı. M694V varlığı ile tedavi süresi arasında anlamlı ilişki saptanmazken ($p=0.98$), diğer mutasyon grubunda tedavi kesilme oranı daha yüksek bulundu ($p=0.01$). (Tablo 3)
Tanı yaşı ile tedavi sürdürülebilirliği arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.32$).

Sonuç:
Çalışmamız; AAA hastalarında anakinra tedavisinin sıklıkla takipsizlik ve yetersiz yanıt nedeniyle sürdürülemediğini göstermektedir. Yan etkiler tedavinin erken dönemde sonlanmasına yol açarken, genetik özelliklerin tedavi süresi üzerindeki etkisi sınırlı görünmektedir. Bu bulgular, anakinra tedavisinde sürdürülebilirliğin klinik başarı açısından kritik bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, anakinra, hasta uyumu, yan etki

Kaynaklar:

1. Ocak T, Köse HN, Yağız B, Coşkun BN, Dalkılıç E, Pehlivan Y. Efficacy and Safety of Anakinra in Colchicine-Resistant or -Intolerant Familial Mediterranean Fever: A Single-Center Real-Life Experience. Medicina (Kaunas). 2025;61(5):792. Published 2025 Apr 25.
2. Ben-Zvi I, Kukuy O, Giat E, et al. Anakinra for Colchicine-Resistant Familial Mediterranean Fever: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Arthritis Rheumatol. 2017;69(4):854-862.
3. Ugurlu S, Ergezen B, Egeli BH, Selvi O, Ozdogan H. Anakinra treatment in patients with familial Mediterranean fever: a single-centre experience. Rheumatology (Oxford). 2021;60(5):2327-2332.
4. Demirkaya E, Erer B, Ozen S, Ben-Chetrit E. Efficacy and safety of treatments in Familial Mediterranean fever: a systematic review. Rheumatol Int. 2016;36(3):325-331.

Tablo 1. Anakinra tedavisine devam edilmeme nedenleri

Neden	n (%)
Takipsizlik / uyumsuzluk	69 (37.3)
Yetersiz yanıt	56 (30.3)
Yan etki / alerjik reaksiyon	23 (12.4)
Biyolojik değişim	6 (3.2)
KCFT yüksekliği	1 (0.5)
Devam eden	30 (16.2)

Tablo 2. Tedavi devam etmeme nedenlerine göre tedavide kalınan süre

Neden	Süre (ay), medyan (IQR)
Yan etki / alerjik reaksiyon	1 (1–3)
Yetersiz yanıt	6 (3–12)
Takipsizlik / uyumsuzluk	3 (3–9)

Tablo 3. Genetik mutasyona göre tedavide kalma süresi ve devam edilmeme oranları

Özellik	M694V	Diğer	p
Hasta sayısı	93	36	
Süre (ay), medyan	3	4.5	0.98
Bırakılma oranı (%)	80.6	100	0.01

[SS-04]

Ankilozan Spondilit hastalarında sarkopeninin hastalık aktivitesi ile ilişkisi

Gülnur Çelik Yılmaz[1], Melih Pamukcu [2]
Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç:
Ankilozan spondilit (AS) hastalarında BIA/DEXA gerektirmeyen pratik klinik ölçümlerle saptanan sarkopeni bulgularının hastalık aktivitesi parametreleriyle ilişkisini araştırmak ve sarkopeni sıklığını sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır.

Yöntem:
ASAS kriterlerini karşılayan 47 AS hastası ve yaş-cinsiyet-BMI açısından eşleştirilmiş 31 sağlıklı kontrol dahil edildi. Sarkopeni değerlendirmesi EWGSOP2 2019 kılavuzuna göre el kavrama gücü (dinamometre), SARC-F anketi, baldır çevresi, üst kol çevresi ve 5 kez otur-kalk testi ile yapıldı. Sarkopeni tanısı; erkeklerde <27 kg, kadınlarda <16 kg el kavrama gücünün SARC-F ≥4 ile birlikteliğinde konuldu. Hastalık aktivitesi BASDAI, ASDAS-CRP ve BASMI ile; laboratuvar parametreleri olarak CRP, ESR ve albumin ölçüldü. İstatistikte Mann-Whitney U, Spearman korelasyonu ve lojistik regresyon kullanıldı.

Bulgular:
AS grubunda sarkopeni prevalansı %31.9 (n=15) iken kontrollerde %6.5 (n=2) idi (p=0.008). Gruplar yaş, cinsiyet ve BMI açısından benzerdi (p>0.05). Klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1-2'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Gruplara ait demografik ve klinik özellikler

Parametre	AS Sarkopenik (n=15)	AS Non-Sarkopenik (n=32)	Kontrol (n=31)
Yaş (yıl, ort±SS)	46.3 ± 9.8	43.7 ± 10.2	44.1 ± 9.5
Cinsiyet (E/K)	11/4	22/10	21/10
BMI (kg/m²)	23.1 ± 3.4	25.8 ± 4.1	25.2 ± 3.8
Sigara kullanımı (%)	%33 (5/15)	%28 (9/32)	%26 (8/31)
Hastalık süresi (yıl)	12.4 ± 6.1	8.2 ± 5.3	—
Biyolojik ajan (%)	%40 (6/15)	%25 (8/32)	—
HLA-B27 pozitifliği (%)	%80 (12/15)	%72 (23/32)	—

** p<0.05 AS sarkopenik vs AS non-sarkopenik; † p<0.05 AS grubu vs Kontrol*

AS hastalarında sarkopeni prevalansı %31.9 (n=15) iken sağlıklı kontrollerde %6.5 (n=2) olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.008). Tüm sarkopeni göstergeleri sarkopenik AS hastalarında non-sarkopenik AS hastalarına ve sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin biçimde daha kötüydü (Tablo 2).

Tablo 2. Sarkopeni göstergelerinin gruplara göre karşılaştırması

Sarkopeni Göstergesi	AS Sarkopenik (n=15)	AS Non-Sarkopenik (n=32)	Kontrol (n=31)
El kavrama gücü (kg)	22.4 ± 5.1 *†	34.8 ± 6.3 †	38.1 ± 5.7
SARC-F skoru	4.8 ± 1.2 *†	1.6 ± 1.1 †	0.7 ± 0.8
Baldır çevresi (cm)	31.2 ± 2.8 *†	35.6 ± 3.1 †	37.2 ± 2.9
Otur-kalk testi (sn)	17.8 ± 4.2 *†	11.3 ± 2.9 †	9.6 ± 2.4
Üst kol çevresi (cm)	24.1 ± 2.9 *†	28.4 ± 3.2	29.1 ± 3.0
Sarkopeni prevalansı (%)	%31.9 (15/47)*	—	%6.5 (2/31)

** p<0.05 AS sarkopenik vs AS non-sarkopenik; † p<0.05 AS grubu vs Kontrol*

AS grubu, kontrol grubuyla kıyaslandığında CRP (13.1 ± 9.6 vs 3.1 ± 2.4 mg/L; p<0.001) ve ESR (28.6 ± 14.2 vs 10.8 ± 5.6 mm/s; p<0.001) düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek, albumin düzeyi ise daha düşük bulundu. Sarkopenik AS hastaları tüm hastalık aktivitesi parametrelerinde non-sarkopenik hastalara göre daha yüksek değerler gösterdi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastalık aktivitesi ve laboratuvar parametrelerinin gruplara göre karşılaştırması

Parametre	AS Sarkopenik (n=15)	AS Non-Sarkopenik (n=32)	Kontrol (n=31)
BASDAI (0-10)	5.8 ± 1.4 *	3.9 ± 1.6	—
ASDAS-CRP	3.2 ± 0.8 *	2.1 ± 0.7	—
BASMI (0-10)	4.2 ± 1.8 *	2.8 ± 1.5	—
CRP (mg/L)	18.4 ± 9.2 *†	9.7 ± 6.8 †	3.1 ± 2.4
ESR (mm/s)	38.2 ± 14.6 *†	22.4 ± 11.3 †	10.8 ± 5.6
Albumin (g/dL)	3.8 ± 0.4 *†	4.2 ± 0.3	4.4 ± 0.2

** p<0.05 AS sarkopenik vs AS non-sarkopenik; † p<0.05 AS grubu vs Kontrol*

AS hastalarında yapılan korelasyon analizinde el kavrama gücünün BASDAI ile güçlü negatif korelasyon (r=-0.61, p<0.001), SARC-F skorunun ASDAS-CRP ile güçlü pozitif korelasyon (r=0.51, p<0.001) ve baldır çevresinin CRP ile negatif korelasyon (r=-0.52, p<0.001) gösterdiği saptandı. Tüm korelasyon sonuçları Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. AS hastalarında sarkopeni göstergeleri ile hastalık aktivitesi parametreleri arasındaki Spearman korelasyon katsayıları (n=47)

	El Kavrama Gücü	SARC-F	Baldır Çevresi	Otur-Kalk (sn)
BASDAI	r=-0.61, p<0.001	r=0.54, p<0.001	r=-0.47, p=0.001	r=0.42, p=0.003
ASDAS-CRP	r=-0.58, p<0.001	r=0.51, p<0.001	r=-0.43, p=0.002	r=0.39, p=0.007
CRP (mg/L)	r=-0.49, p<0.001	r=0.44, p=0.002	r=-0.52, p<0.001	r=0.38, p=0.008
Hastalık süresi (yıl)	r=-0.37, p=0.010	r=0.33, p=0.023	r=-0.29, p=0.048	r=0.41, p=0.004

Lojistik regresyon analizinde yüksek BASDAI (OR: 2.14, %95 GA: 1.28–3.58, p=0.004) ve uzun hastalık süresi (OR: 1.18, %95 GA: 1.02–1.36, p=0.026) AS hastalarında sarkopeni gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi.

Tartışma ve Sonuç:
AS hastalarında sarkopeni prevalansı kontrollerden ~5 kat yüksek bulundu. El kavrama gücü ile BASDAI arasındaki güçlü korelasyon (r=-0.61), bu parametrenin klinik takipte pratik bir kas fonksiyon göstergesi olabileceğine işaret etmektedir. Baldır çevresinin CRP ile negatif korelasyonu sistemik inflamasyonun kas kitlesi üzerindeki olumsuz etkisini desteklemektedir. BIA/DEXA gerektirmeyen bu yaklaşım, rutin romatoloji pratiğinde uygulanabilir niteliktedir. Yüksek hastalık aktivitesi ve uzun hastalık süresinin bağımsız risk faktörü olması, AS takibine sarkopeni taramasının eklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: ankilozan spondilit, sarkopeni, hastalık aktivitesi.

[SS-05]

Psöriyatik artritli hastalarda aterojenik lipid profilinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması

Zekeriya Keskin[1], *Arif Babayiğit*[2]
[1] Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas
[2] Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç
Psöriyatik artrit (PsA), sistemik inflamasyon ve artmış kardiyometabolik risk ile ilişkili kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada PsA'lı hastalarda klasik lipid parametreleri ve high density lipoprotein (HDL) temelli aterojenik lipid oranlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlandı.
Gereç ve Yöntem
Prospektif kontrollü kesitsel tasarımdaki çalışmaya 39 PsA hastası ve 37 sağlıklı kontrol dahil edildi. Non-HDL kolesterol, total kolesterol, trigliserit (TG), low density lipoprotein (LDL) ve HDL düzeyleri değerlendirildi. TG/HDL oranı, total kolesterol/HDL oranı, LDL/HDL oranı hesaplandı. Gruplar uygun parametrik veya non-parametrik testlerle karşılaştırıldı. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.
Bulgular
Çalışmaya 39 psöriyatik artrit hastası ve 37 sağlıklı kontrol dahil edildi. Gruplar yaş [51,0 (42,5–56,0) vs. 42,0 (35,8–52,2) yıl; p=0,065] ve kadın cinsiyet oranı [%69,2 vs. %81,1; p=0,233] açısından benzerdi.
Total kolesterol [190,0 (170,0–215,0) vs. 185,0 (164,0–213,0) mg/dL; p=0,578], TG [132,0 (115,0–184,2) vs. 107,0 (79,0–172,0) mg/dL; p=0,104] ve LDL [119,5 (101,0–146,2) vs. 110,0 (94,0–143,0) mg/dL; p=0,436] düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. HDL düzeyi PsA grubunda anlamlı olarak daha düşüktü [41,0 (39,5–48,5) vs. 48,0 (41,0–56,0) mg/dL; p=0,032].
Psöriyatik artrit grubunda TG/HDL oranı [3,14 (2,34–4,08) vs. 2,24 (1,63–3,51); p=0,031] ve total kolesterol/HDL oranı [4,74 (3,35–5,29) vs. 3,76 (2,88–4,46); p=0,036] anlamlı olarak daha yüksekti. Non-HDL kolesterol [151,0 (120,0–179,0) vs. 127,0 (107,0–163,0) mg/dL; p=0,230] ve LDL/HDL oranı [2,82 (1,93–3,51) vs. 2,19 (1,57–3,28); p=0,116] açısından anlamlı fark izlenmedi.
Sonuç
Prospektif kontrollü bu çalışmada PsA'lı hastalarda total kolesterol, TG ve LDL kolesterol düzeyleri sağlıklı kontrollerle benzer bulunurken, HDL düzeyi anlamlı olarak daha düşük saptandı. Ayrıca TG/HDL oranı ve total kolesterol/HDL oranı PsA grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Bu bulgular, PsA'da kardiyometabolik risk değerlendirmesinde klasik lipid parametrelerinin yanında HDL temelli aterojenik lipid göstergelerinin de dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.
Anahtar Kelimeler
Psöriyatik artrit; HDL kolesterol; TG/HDL oranı; kardiyometabolik risk.

[SS-06]

Yeni Tanı ANCA-İlişkili Vaskülit Olgularının Klinik Özellikleri: Tek Merkezli Üç Yıllık Deneyim

Sezgin Zontul[1]
[1]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Amaç: Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA)-ilişkili vaskülitler (AAV), farklı organ ve sistem tutulumlarıyla seyreden heterojen ve nadir sistemik vaskülitlerdir. Bu çalışmada, tek merkezde yeni tanı alan AAV hastalarının demografik, klinik, laboratuvar ve serolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif ve tanımlayıcı çalışmaya 6 Şubat 2023 sonrası dönemde merkezimizde yeni tanı alan ve 2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology (ACR/EULAR) sınıflama kriterlerine göre ANCA-ilişkili vaskülit (AAV) tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve serolojik bulguları, organ tutulumları, biyopsi sonuçları, uygulanan tedaviler ve klinik sonuçları elektronik hasta kayıtları üzerinden değerlendirildi. Hastalık aktivitesi Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi.

Bulgular: Çalışmaya yeni tanı alan 29 AAV hastası dahil edildi. Hastaların %51,7'si kadın olup ortalama yaş 51,9±15,4 yıl idi. Hastaların ortalama takip süresi 15,7±11,9 ay idi. Ortalama BVAS skoru 20,17±8,81 olarak bulundu. Ortalama kreatinin düzeyi 1,85±2,17 mg/dL, CRP düzeyi ise 85,1±82,8 mg/L idi. AAV alt tipleri incelendiğinde hastaların %72,4'ünün granülomatoz polianjiit (GPA), %13,8'inin mikroskobik polianjiit (MPA) ve %13,8'inin eozinofilik granülomatoz polianjiit (EGPA) tanısı aldığı görüldü. ANCA paternlerinde c-ANCA pozitifliği %55,2, p-ANCA pozitifliği %31 olarak saptandı. Hastaların %51,7'sinde tanı biyopsi ile desteklendi. Böbrek biyopsisi en sık tanısal biyopsi yöntemi olarak kullanıldı. En sık organ tutulumları akciğer (%82,8), renal (%72,4) ve üst solunum yolu (%55,2) tutulumu idi. Hastaların %89,7'si hastaneye yatırılarak takip edilirken, %13,8'inde yoğun bakım ihtiyacı ve %10,3'ünde diyaliz gereksinimi gelişti. Tedavi dağılımı incelendiğinde hastaların %79,3'üne pulse steroid, %69'una rituksimab ve %62,1'ine siklofosfamid tedavisi uygulandığı görüldü. Remisyon oranı %82,8 relaps oranı ise %17,2 olarak saptandı. Takip süresince mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda yeni tanı AAV hastalarında renal ve akciğer tutulumunun ön planda olduğu, yüksek hastaneye yatış oranları ve yoğun immünsüpresif tedavi gereksinimi ile seyreden ağır bir klinik tablo gözlenmiştir. Bu hasta grubunda ciddi organ tutulumu ve yüksek inflamatuvar yük dikkat çekmiştir. Bulgularımız, AAV'nin ciddi organ tutulumu ile ilişkili heterojen bir hastalık olduğunu desteklemekte ve erken tanı ile uygun tedavi yaklaşımının önemini vurgulamaktadır. Daha geniş ve çok merkezli çalışmalarla bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

[SS-07]

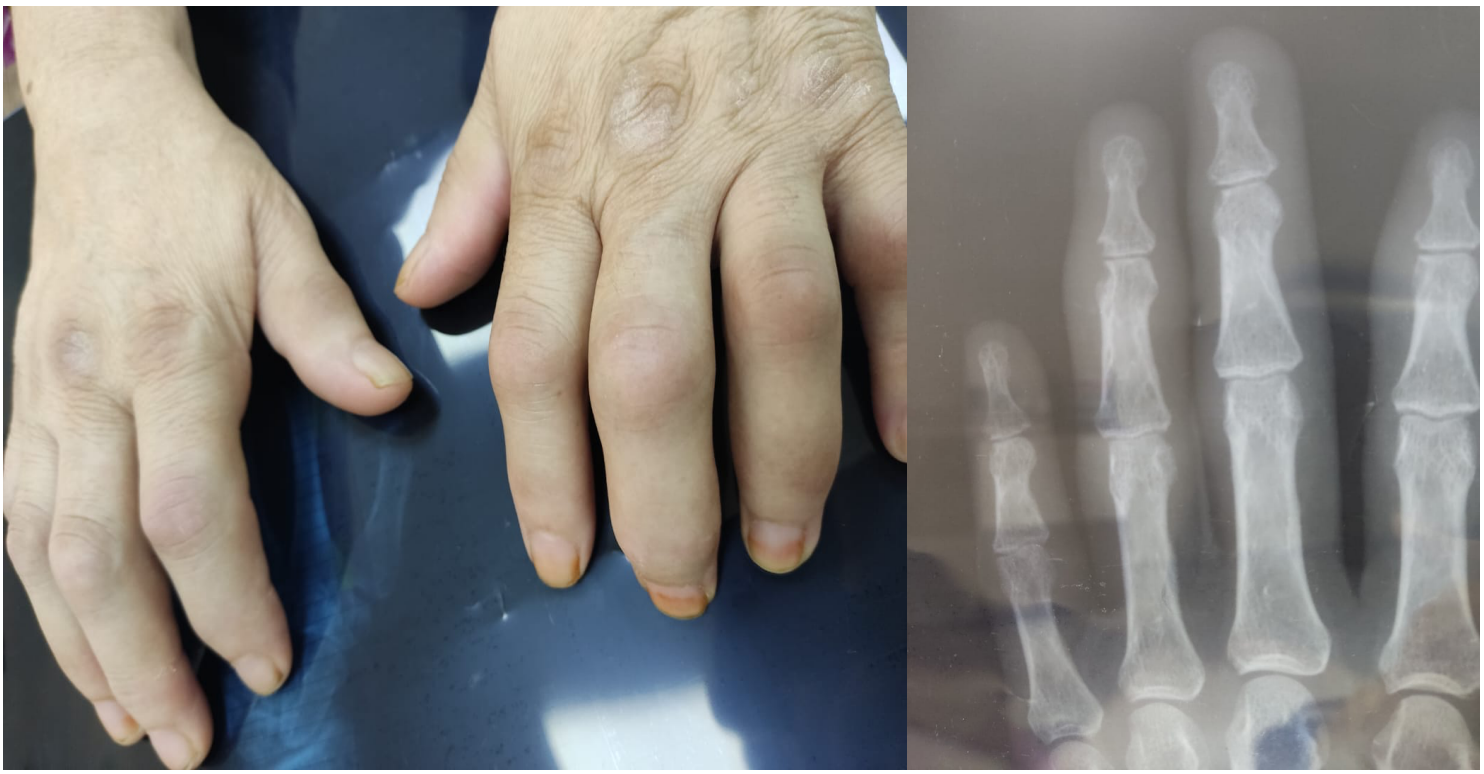
Romatoid Artrit ve Kronik Gutu Taklit Eden Paraneoplastik Palmar Fasiit ve Poliartrit Sendromu: Nadir Olgu Sunumu

Sarvan Ağamuradov[1], Hatice Kudretli[2]
[1]Ege Hospital, Romatoloji Bölümü, Bakü
[2]MN Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Bakü

Giriş
Palmar fasiit ve poliartrit sendromu (PFPAS), nadir görülen paraneoplastik romatolojik bir tablodur. Hızlı gelişen el deformiteleri, fleksiyon kontraktürleri ve tedaviye dirençli artrit ile karakterizedir. Çoğunlukla over ve gastrointestinal sistem maligniteleri ile ilişkilidir.

Olgu Sunumu
61 yaşında kadın hastada Ekim–Kasım 2021'de aşı sonrası önce el, 1–2 ay sonra diz ağrıları başlamış, takip eden 2–3 ay içinde ellerde progresif deformiteler gelişmiştir. Laboratuvar incelemelerinde ESH, CRP normal; RF ve anti-CCP negatif saptanmıştır. Buna rağmen dış merkezde romatoid artrit düşünülerek NSAİİ, hastalık modifiye edici tedaviler ve topikal ajanlar başlanmış ancak belirgin yanıt alınamamıştır.
Fizik muayenede her iki elde PIF eklemlerinde fleksiyon kontraktürleri, ciltte sert ödem ve parmak ekstansiyonunda ağrı mevcuttu. Diz ultrasonografisinde minimal effüzyon, el küçük eklem ultrasonografisinde şüpheli double contour işareti izlendi. El grafilerinde minimal eklem aralığı daralması ve juxtaartiküler erozyonlar saptandı. Normal serum ürik asit düzeyine (3.4mg/dL) rağmen kronik gut düşünülerek kolşisin, NSAİİ ve steroid tedavisi başlandı, ancak klinik yanıt sınırlı kaldı. Dizden alınan sinovyal sıvıda ürat kristali görülmedi. Atipik klinik seyir ve tedaviye yanıtsızlık nedeniyle hasta yeniden değerlendirildi. Klinik bulgular palmar fasiit ve poliartrit sendromu ile uyumlu bulundu. Toraks ve abdominal BT'de safra kesesi duvarında kalınlaşma, karaciğer segment VIII'de safra kesesine komşu 46×36 mm heterojen lezyon ve hepatik hilusta nekrotik lenf nodları saptandı. Bulgular safra kesesi malignitesi lehine değerlendirildi ve hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi.
Bir yıl sonra hastanın ailesinden alınan bilgilerde, hastanın safra kesesi malignitesi nedeniyle hayatını kaybettiği öğrenildi.

Sonuç
PFPAS; romatoid artrit ve kristal artropatileri taklit edebilen nadir bir paraneoplastik sendromdur. Hızlı gelişen fleksiyon deformiteleri, cilt kalınlaşması, seronegatiflik ve standart tedavilere yanıtsızlık durumunda altta yatan malignite araştırılmalıdır. Bu olgu, hızlı progresyon gösteren seronegatif artritlerde paraneoplastik sendromların ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.



[SS-08]

Kelley–Seegmiller Fenotipi ile Uyumlu HPRT1 İlişkili Tedaviye Dirençli Yaygın Tofüslü Gut Olgusunda Rasburikaz Kullanımı

Fuat Albayram, Kevser Bakırcı, Gizem Özan, Rabia Sağır
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

ÖZET

Amaç: Erken başlangıçlı, yaygın tofüslü ve oral ürat düşürücü tedavilere dirençli HPRT1 ilişkili gut olgusunda endikasyon dışı rasburikaz deneyimini sunmak amaçlandı.
Yöntem: Tek olgu sunumu olarak hastanın klinik öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar izlemi, moleküler genetik test sonucu ve rasburikaz uygulaması sonrası serum ürat yanıtı retrospektif olarak değerlendirildi. Olgu, HPRT1 ilişkili hastalık spektrumu ve güncel gut tedavi hedefleri çerçevesinde yorumlandı.

Bulgular: Otuz sekiz yaşındaki erkek hastada gut atakları yaklaşık 20 yaşında podagra ve hiperürisemi ile başlamış, tofüsler 25 yaşından sonra gelişmişti. Kulak, el, dirsek, ayak ve topuk bölgelerinde yaygın tofüs yükü; tekrarlayan üriner taş/kum dökme öyküsü, gut ilişkili diz operasyonu ve izlemde kaydedilen işitme kaybı mevcuttu. Kolşisin, sistemik glukokortikoid, allopurinol/febuksostat ve diyet önerilerine rağmen tekrarlayan ataklar, fonksiyonel kısıtlılık ve persistan hiperürisemi sürdü. Serum ürik asit düzeyleri izlemde 8,4-11,8 mg/dL aralığında seyretti; kreatinin genel olarak korunmuştu ve proteinüri saptanmadı. Moleküler incelemede HPRT1 geninde NM_000194.2, ekzon 8, c.584A>G / p.Tyr195Cys hemizigot, Class 2/olası patojenik varyant saptandı. Ağır nöro-davranışsal Lesch–Nyhan fenotipi olmaması ve ürik asit aşırı üretimi bulgularının ön planda olması nedeniyle klinik tablo Kelley–Seegmiller fenotipi ile uyumlu kabul edildi. Endikasyon dışı onay sonrası toplam 22,5 mg rasburikaz uygulandı: ilk doz 9 mg, beşinci gün ikinci doz 13,5 mg. İlk doz sonrası serum ürik asit <2,5 mg/dL'ye düştü; beşinci gün 7,8 mg/dL'ye yükselmesi üzerine ikinci doz uygulandı. Birinci ay serum ürik asit 6,6 mg/dL idi ve anlamlı ek laboratuvar patolojisi bildirilmedi.

Sonuç: Erken başlangıçlı, taş öykülü ve yaygın tofüslü dirençli gutta HPRT1 ilişkili hastalıklar akılda tutulmalıdır. Rasburikaz kronik gutta standart tedavi değildir; ancak seçilmiş ağır olgularda, G6PD eksikliği ve hemoliz/methemoglobinemi/hipersensitivite riskleri gözetilerek, yakın izlem altında kısa süreli kurtarma yaklaşımı olarak değerlendirilebilir.

[SS-09]

İdiopatik inflamatuar myozit ilişkili interstisyel akciğer hastalığının klinik ve laboratuvar özellikleri: Takipte nelere dikkat etmeliyiz?

Emine Büşra Ata[1], *Sedat Yılmaz*[1]
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı nadir görülen inflamatuar miyozitlerin, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tutulumunda görülen antikorlar, tedavi seçenekleri ve mortalite ile ilişkili faktörleri araştırmaktır.

Yöntem ve gereçler: Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya idiopatik inflamatuar miyozit tanısını klinik, laboratuvar, görüntüleme, biyopsi ve/veya antikor pozitifliği ile alan, aynı zamanda klinik ve radyolojik olarak İAH tanısı koyulan, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip edilen toplam 15 miyozit ilişkili-İAH hastası dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, kullandığı ilaçlar, radyolojik görüntüleri ve solunum fonksiyon testi sonuçları incelendi.

Bulgular: On beş miyozit-İAH hastasının 10 (%66,7)'u kadındı. Hastaların son vizitte ortanca yaşı 63,2 (49,8-72,4) yıl, miyozit için ortanca hastalık süresi 35,8 (6,8 – 68,7) ay, İAH süresi ise 31,0 (6,8-42,4) ay idi. Hastaların tamamı non-spesifik interstisyel akciğer hastalığı paternindeydi. Hastaların 6(%40)'sında progresif pulmoner fibrozis saptandı; bu hastaların 3'ü MDA-5, 1'i anti-SRP, 1'i SAE, 1'i TIFF1ɣ antikoru taşımaktaydı. Hastaların %93,3'inde kortikosteroid kullanımı bulunmakta olup, en sık seçilen immunsupresif tedaviler, mikofenolat mofetil (MMF), (9, %60), rituksimab (5, %33,3) ve azatiyopürindi (4, %26,6) (Tablo 1). Hastaların tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar ve solunum fonksiyon testlerindeki değişimler incelendiğinde anlamlı fark sadece kreatinin kinaz (CK) değerlerinde görüldü. (tanı CK: 309 (140-3034), son CK: 71 (39-102) p=0,001) (Tablo 2). Hastaların 8 (%53,3)'inde kanser ile ilişki saptandı. Bunlardan 3'ü myozit tanısından önce (2 meme ca, 1 papiller tiroid ca), 2'si tanıdan sonraki 2 yıl içinde (over ca, rektum ca) kanser tanısı alırken, 3 hastada ise premalign lezyon (meme intraduktal neoplazm, 2 tübüler adenom) saptandı ve takip edildi. Takiplerde 5 hasta exitus oldu. Üç hasta İAH progresyonu ilişkili solunum yetmezliğinden, 1'i pnömoniden, 1'i ise myozit tanısı ile eş zamanlı yapılan kanser taramasında tanı aldığı kolon kanserinden dolayı kaybedildi. İAH progresyonu nedeniyle ex olan 3 hastanın tamamı MDA-5 ilişkili dermatomyozitti. Hastarın birine pulse steroid, MMF, siklosporin, tosilizumab; birine pulse steroid, intravenöz immunoglobülin (IVIG), MMF, takrolimus, birine ise azatiyopürin ve pulse steroid tedavisi verildi. Hastalar hem hastalık progresyonu hem de eşlik eden CMV ve pnöomocytis jirovecii pnömonisi ile kaybedildi.

Sonuç: Bu bulgular, miyozit ile kanser ilişkisini, miyozit ilişkili-İAH'ta mortalitenin oldukça yüksek olabileceğini, bu nedenle yakın takip ve proaktif tedavinin gerekliliğini gözler önüne koymaktadır. Çalışmamızın retrospektif tasarımı ve küçük bir hasta popülasyonunda yapılmış olması sonuçların genellenebilirliğini engellemektedir. Yine de son derece nadir görülen ve yüksek mortaliteye sebep olan bu hastalarda tanı koyulduğunda görüntüleme ve solunum fonksiyon testlerini kullanmak, yaşa uygun malignite taramalarını yapmak, antikor alt tipini istemek ve özellikle MDA-5 ilişkili myozitte İAH progresyonu açısından yakın takip ile izlemenin önemini vurgulaması açısından değerlidir. Gelecekte yapılacak kapsamlı çalışmalar ile risk faktörleri olan hastalarda bireyselleştirilmiş tedavi geliştirebilir.

[SS-10]

Fibromiyalji sendromunda inflamatuvar-metabolik yükün pratik bir göstergesi olarak löko-glisemik indeks

Taner Dandinoğlu[1], *Ahmet Murat Gencer*[2], *Altuğ Güner*[2]
[1]Bursa Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Bursa

Amaç:
Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve fonksiyonel etkilenim ile seyreden kronik bir ağrı sendromudur. Son yıllarda FMS'de düşük dereceli inflamasyon ve metabolik bozulmanın rolü giderek daha fazla tartışılmaktadır [1,2]. Löko-glisemik indeks (LGİ), lökosit sayısı (LS) ve açlık kan şekeri (AKŞ) birlikte değerlendiren pratik bir inflamatuvar-metabolik göstergedir. Bu çalışmada, FMS hastalarında LGİ düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve bu indeksin klinik hastalık yüküyle ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem:
Bu pilot kesitsel çalışmaya 2016 American College of Rheumatology (ACR) kriterlerine göre FMS tanısı alan 16 hasta ve yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından benzer 16 sağlıklı kontrol dahil edildi. Yaş, cinsiyet, VKİ, LS ve AKŞ kaydedildi. LGİ, LS × AKŞ /1000 formülüyle hesaplandı. FMS grubunda ağrı şiddeti görsel analog skala (VAS), hastalık etkilenimi ise Revize Fibromiyalji Etki Anketi (FIQR) ile değerlendirildi.

Bulgular:
Gruplar yaş, cinsiyet ve VKİ açısından benzerdi (p>0,05). LGİ düzeyleri FMS grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti [0,690 (0,560–0,755) vs. 0,508 (0,444–0,639), p=0,018]. LS ve AKŞ tek başına gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05) (Tablo 1). FMS grubunda LGİ ile FIQR arasında pozitif yönde, istatistiksel anlamlılığa yaklaşan bir ilişki izlendi (r=0,477; p=0,062) (Tablo 2).

Sonuç:
Bu çalışmada LGİ, FMS hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bulgular, LGİ'nin FMS'de inflamatuvar-metabolik yükü yansıtabilecek pratik bir aday belirteç olabileceğini düşündürmektedir. Mevcut bulguların daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanması gereklidir.

Tablo 1. Grupların demografik ve laboratuvar özellikleri

Değişken	FMS (n=16)	Kontrol (n=16)	p
Yaş, yıl	41,7±11,2	39,4±11,4	0,567
Kadın/Erkek	13/3	13/3	1,000
VKİ, kg/m²	26,9±2,7	26,7±2,5	0,812
Lökosit, 10³/µL	7,29±1,19	6,51±1,40	0,098
Açlık glukozu, mg/dL	91,9±10,1	87,5±16,9	0,376
LGİ	**0,690 (0,560–0,755)**	**0,508 (0,444–0,639)**	**0,018**

Not: Yaş, VKİ, lökosit ve açlık glukozu ortalama±standart sapma; LGİ medyan (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir. FMS: fibromiyalji sendromu; LGİ: löko-glisemik indeks; VKİ: vücut kitle indeksi.

Tablo 2. FMS grubunda LGİ ile klinik parametreler arasındaki ilişki

Klinik parametre	r	p
FIQR	0,477	0,062
VAS	0,412	0,112

Not: Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. FIQR: Revize Fibromiyalji Etki Anketi; VAS: görsel analog skala; LGİ: löko-glisemik indeks.

Referanslar

1. Koca N, Mülkoğlu C, Tiftik T et al. Evaluation of the role of inflammation in fibromyalgia through haematological indices: a retrospective study. Indian J Med Res. 2025;161:679-686.
2. Karaman ST, Hüner B, Basat O. The impact of metabolic health on fibromyalgia: insights from insulin resistance and related indexes. Postgrad Med. 2025;137(1):28-36.

[SS-11]

Yeni tanı almış sistemik skleroz hastalarının klinik ve laboratuvar özellikleri ve iki yıllık takip sonuçları: retrospektif kohort çalışma

Esra Dilşat İMRAK
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada, yeni tanı konmuş sistemik skleroz hastalarından oluşan bir kohortun temel klinik ve laboratuvar özelliklerini tanımlamayı ve inflamatuar belirteçler ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi ve yeni başlangıçlı interstisyel akciğer hastalığının (İAH), pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) ve tüm nedenlere bağlı ölümün iki yıllık kümülatif insidansını bildirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına yeni teşhis edilmiş sistemik sklerozlu 85 hasta dahil edildi. Temel demografik, klinik, laboratuvar ve tırnak yatağı kapillaroskopi bulguları kaydedildi. İnflamatuvar belirteçler (ESR, CRP, NLR, PLR) ile EUSTAR aktivite indeksi arasındaki korelasyonlar değerlendirildi. Hastalık aktivitesinin ve İAH belirleyicilerini tanımlamak için doğrusal ve lojistik regresyon analizleri yapıldı. İki yıllık takip verileri, IAH, PAH ve tüm nedenlere bağlı ölümün kümülatif insidansı açısından analiz edildi.
Bulgular: Çalışma grubunun medyan yaşı 59 yıl (IQR, 50-66) olup, kadınların oranı daha yüksekti (%89,4). Hastaların %47,1'inde anti-sentromer antikorları, %36,5'inde ise anti-Scl-70 antikorları mevcuttu. Çok değişkenli doğrusal regresyonda, anti-sentromer pozitifliği EUSTAR aktivite indeksinin anlamlı negatif bir öngörücüsüydü (β = -0,467, p = 0,008), yüksek CRP seviyeleri bağımsız olarak artmış hastalık aktivitesiyle ilişkiliydi (β = 0,255, p = 0,046). NLR, PLR ve EUSTAR aktivite indeksi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı. Anti-Scl-70 antikorlarına sahip hastaların daha yüksek IAH prevalansına (%48,4'e karşı %20,0, p = 0,011) ve daha yüksek EUSTAR aktivite skorlarına sahip olduğu görüldü. Yaş, IAHın tek bağımsız belirleyicisiydi (OR = 1,10, %95 CI: 1,04–1,16, p = 0,001). İAH'lı hastaların çoğunluğu tanı anında tespit edildi (26-29). İki yıllık takip süresi boyunca, yeni başlayan İAH'ın kümülatif insidansı %3,5, PAH'ın %4,7 ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranı %2,4 idi.

Sonuç: Anti-Scl-70 pozitifliği daha yüksek ILD yükü ve hastalık aktivitesi ile ilişkiliydi. CRP, hastalık aktivitesinin bağımsız bir belirleyicisi olarak ortaya çıkarken, NLR ve PLR anlamlı bir ilişki göstermedi. İki yıllık takip sonucunda yeni başlangıçlı ILD, PAH ve ölüm oranlarının düşük olduğu izlendi.

[SS-12]

Ailevi Akdeniz Ateşinde Kanser İnsidansı: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması

Burak Karakaya, Esma Eseroğlu, Ertuğrul Çağrı Bölek
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), pyrin disfonksiyonu ve artmış IL-1β aracılı tekrarlayan ateş, serozit ve artrit ataklarıyla seyreden monogenik bir otoinflamatuar hastalıktır. Kronik inflamasyon, malignite riski artışı ile ilişkilendirilse de, otoinflamatuar hastalıklarda kanser insidansının genel popülasyona göre daha düşük olabileceğini düşündüren veriler mevcuttur (1). AAA hastalarında malignite sıklığına ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada, merkezimizde takip edilen AAA hastalarında kanser sıklığı ve standardize insidans oranının (SIR) değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kliniğimizde 2015–2026 yılları arasında takip edilen, Tel-Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı alan 1016 hastanın klinik, demografik ve laboratuvar verileri retrospektif değerlendirildi. Melanom-dışı deri kanserleri analize dahil edilmedi. Kanser insidansı için toplam kişi-yılı hesaplandı; gözlenen olgu sayıları, yaş ve cinsiyete göre referans popülasyona ait beklenen olgu sayılarıyla karşılaştırılarak SIR hesaplandı (2).

Bulgular: Klinik ve demografik veriler tabloda sunulmuştur. Toplam 1016 AAA hastasının 25'inde (%2,5) kanser saptandı. Cinsiyetler ile kanser gelişimi arasında anlamlı ilişki izlenmedi (p=0,30). Kanser gelişen olgularda en sık meme (n=7, %28) ve tiroid (n=4, %16) kanserleri izlendi. Kanserli hastaların yalnızca 1'inde AA amiloidoz mevcuttu ve AA amiloidozla kanser gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,43). AAA ile ilişkili immün aracılı hastalığı olan (AS, İBH vb.) olgularda kanser sıklığı daha düşüktü (p=0,03). AAA tanısı ile kanser tanısı arasındaki süre erişilebilen 20 hastada değerlendirilebildi; medyan süre 12,5 yıl olup süre [-21]-[+40] yıldı.
Toplam 38.286 kişi-yıllık izlem süresinde 25 gözlenen kansere karşılık 105,46 beklenen kanser olgusu hesaplandı ve toplam SIR:0,24 [%95 güven aralığı (GA):0,15-0,35] bulundu. Erkeklerde 14.073 kişi-yıllık izlemde 7 gözlenen olguya karşılık 42,39 beklenen olgu hesaplandı, SIR:0,17 (%95 GA:0,07-0,34); kadınlardaysa 24.213 kişi-yıllık izlemde 18 gözlenen olguya karşılık 63,61 beklenen olgu hesaplandı, SIR:0,28 (%95 GA:0,17-0,45) saptandı.

Sonuç: Bu geniş AAA kohortunda gözlenen kanser insidansı, normal topluma göre daha düşük bulundu (SIR: 0,24); bu eğilim hem kadınlarda hem de erkeklerde izlendi. Ek olarak, AAA-ilişkili immün aracılı hastalığı olanlarda kanser sıklığının anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo. Kanser gelişen AAA hastalarının demografik ve klinik özellikleri, n=25

Cinsiyet, kadın		18/25
Kanser tanı yaşı, yıl (ortalama ± SS)		44,36 ± 14,98
Kanser tanı yaşı, yıl medyan (min–maks)		43 (14–74)
Malignite tipi	Solid	21
	Hematolojik	4
AAA-ilişkili immün aracılı hastalık		2
AA Amiloidoz		1
Exon 10 mutasyon durumu, n (%)	Yok	3 (12,0)
	Tek allelik (single)	10 (40,0)
	Homozigot	7 (28,0)
	Compound heterozigot	1 (4,0)
	MEFV durumu bilinmiyor	4 (16,0)
Kanser tanısı sırasındaki AAA tedavisi, n (%)	Kolşisin	16/24 (66,7)
	Kolşisin + Anakinra	2/24 (8,3)
	Tedavisiz	6/24 (25,0)

Referanslar:

1. Baspinar SN, Kilic B, Azman FN, et al. Cancer incidence in Familial Mediterranean Fever: A retrospective analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2023;63:152284. doi:10.1016/j.semarthrit.2023.152284
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025. 28 Nisan, 2026'da erişilmiştir.

[SS-13]

Sistemik lupus eritematozus hastalarında global immün beslenme inflamasyon indeksinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi

Zekiye Pınar İpek Eyvaz, Abdurrahman Soner Şenel
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Özet
Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), kronik, otoimmün bir hastalıktır. Tüm organları tutabilme kapasitesiyle son derece heterojen bir klinik tablo sergilemektedir. Hafif cilt ve eklem bulgularından yaşamı tehdit eden ciddi organ tutulumlarına uzanan bu klinik çeşitlilik, hastalığın tanı ve takibini güçleştiren başlıca etkenlerden biridir.
Global- İmmün- Beslenme- İnflamasyon (Global Immune Nutrition Inflammation- GINI) indeksi, ilk olarak Topkan ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup; nötrofil, monosit, trombosit, lenfosit, albümin ve C-reaktif protein (CRP) değerlerini kapsayan bir formülle hesaplanmaktadır. İndeks, genel inflamasyon yükünü ve beslenme durumunu bir arada yansıtmayı hedeflemektedir.
GINI = (CRP x Monositler x Trombositler x Nötrofiller) ÷ (Albumin x Lenfositler)
SLE tanılı hastalarda da rutinde kullanılan bu laboratuvar belirteçleri ile GINI indeksi, inflamasyonu tespitte belirteç olabilir mi?

Amaç
SLE hastalarında hesaplanan GINI indeksinin; Anti-dsDNA, eritrosit sedimantasyon hızı (ESR), spot idrarda mikroprotein/kreatinin oranı ve kompleman seviyeleri (C3, C4) ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterip göstermediğini araştırmaktır.

Yöntem
Çalışma, tek merkezli ve retrospektif kesitsel bir analiz olarak planlanmış; 154 SLE hastasının verileri incelenmiştir. ROC analizine göre GINI indeksi cut off değeri hasta grubu içinde 10 olarak belirlendi. GINI indeksi ≤10 ve >10 olmak üzere iki grup oluşturuldu. Gruplar arası parametrelerde non parametrik veriler için Ki Kare; parametrik veriler için Mann Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular

Tablo 1: GINI ≤10 ve >10 Gruplarının Karşılaştırılması

Parametre	**GINI ≤10 (n=72)**	**GINI >10 (n=82)**	**p değeri**
Yaş	42.00 [36.75–49.00]	41.00 [36.25–46.00]	0.515
Cinsiyet (K/E)	67 / 5	78 / 4	0.841
Anti Ds DNA	12.50 [10.00–96.25]	110.00 [10.00–263.00]	**0.002**
CRP	0.80 [0.50–1.47]	4.45 [2.52–8.30]	**<0.001**
Albumin	46.00 [44.00–47.00]	44.00 [42.00–45.00]	**<0.001**
C4	19.00 [13.00–23.25]	20.00 [13.00–26.00]	0.288
C3	113.00[97.50-126.25]	118.00[102.00-133.00]	0.190
İdrar Mikroprotein/Kreatinin	100.00 [73.75–147.25]	124.50 [72.75–241.75]	0.120
Eritrosit Sedimantasyon Hızı (ESR)	11.00 [5.00–18.00]	11.50 [8.00–18.75]	0.150

Sonuç

GINI indeksi, beslenme durumu ve sistemik inflamasyonu bütüncül olarak yansıtmak için geliştirilmiş bir biyobelirteçtir. Bulgularımız GINI indeksinin SLE hastalarında inflamasyon yükünü yansıtabildiğini ve yüksek GINI indeks değerlerinin artmış anti-dsDNA düzeyleri ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. SLE'de hastalık aktivitesinin; kompleman tüketimi, otoantikor üretimi ve organ-spesifik patolojik süreçler gibi birden çok mekanizmayla şekillendiği unutulmamalıdır. Bu bulgular ile GINI indeksinin; hastalık aktivitesini tek başına gösteren bir belirteç olarak değil, inflamatuar durumu yansıtan destekleyici bir parametre olarak değerlendirilmesinin daha doğru olacağı sonucuna vardık. GINI indeksinin klinik kullanımda yerini netleştirebilmek için, ardışık visitlerde izlenen anti-dsDNA düzeyleri ve klinik bulgular ile olan korelasyonunun yeni çalışmalarla değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

[SS-15]

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Romatolojik Hastalık İlişkili Fibrotik İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında Antifibrotik Tedavi Deneyimimiz: Dört Olguluk Seri

Yasin Şahin, Neslihan Taş
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sivas

Amaç:
Fibrotik interstisyel akciğer hastalıklarında antifibrotik tedavi, hastalık progresyonunu yavaşlatmayı hedefleyen önemli bir tedavi seçeneğidir. Bu olgu serisinde, kliniğimizde antifibrotik tedavi ile izlenen dört hastanın klinik, fonksiyonel ve radyolojik seyirlerinin değerlendirilmesi ve tedavi yanıtındaki hasta bazlı farklılıkların ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem:
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde fibrotik interstisyel akciğer hastalığı/progresif pulmoner fibrozis tanısıyla takip edilen ve nintedanib tedavisi alan dört olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, altta yatan romatolojik hastalıkları, HRCT bulguları, solunum fonksiyon testleri, DLCO değerleri, 6 dakika yürüme testi sonuçları, oksijenasyon durumu, eşlik eden komorbiditeleri, immünsüpresif tedavi öyküleri ve multidisipliner yönetim süreçleri incelendi. Tedavi yanıtı; semptom seyri, FVC/DLCO değişimi, egzersiz kapasitesi, radyolojik progresyon veya stabilizasyon ve destek tedavisi gereksinimi üzerinden değerlendirildi.

Bulgular:
Olguların üçü sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, biri ise Sjögren sendromu/romatoid artrit zemininde gelişen fibrotik akciğer tutulumu nedeniyle izlenmekteydi. Uzun dönem takipli sistemik skleroz olgusunda nintedanib ve immünsüpresif tedavi altında DLCO'da belirgin kötüleşme izlenmezken 6 dakika yürüme mesafesi 351 metreden 445 metreye yükseldi. Progresif sistemik skleroz olgusunda yoğun immünsüpresif ve antifibrotik tedaviye rağmen FVC %85'ten %62'ye, yürüme mesafesi 410 metreden 350 metreye geriledi; buna karşın DLCO %52'den %66'ya yükseldi. ANA negatif sistemik skleroz olgusunda tedavi uyumsuzluğu ve ağır COVID-19 enfeksiyonu sonrası hızlı pulmoner progresyon, tip 2 solunum yetmezliği ve prekapiller pulmoner hipertansiyon gelişti. Sjögren ilişkili olguda sık klinik alevlenmelere rağmen nintedanib sonrası radyolojik stabilizasyon ön plana çıktı.

Sonuç:
Bu dört olgu, antifibrotik tedaviye yanıtın homojen olmadığını göstermektedir. Tedavi başarısı yalnızca tek bir parametreyle değil; FVC, DLCO, egzersiz kapasitesi, HRCT bulguları, pulmoner vasküler tutulum, enfeksiyon öyküsü, tedavi uyumu ve komorbiditelerle birlikte değerlendirilmelidir. Fibrotik interstisyel akciğer hastalığı yönetiminde antifibrotik tedavi, multidisipliner ve bireyselleştirilmiş izlem stratejisinin bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatolojik hastalık ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, antifibrotik tedavi, nintedanib, sistemik skleroz, progresif pulmoner fibrozis, tedavi yanıtı

Kaynaklar:

1- Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, Devaraj A, Walsh SLF, Inoue Y, et al. Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. N Engl J Med. 2019;381(18):1718-1727. doi:10.1056/NEJMoa1908681.
2- Raghu G, Remy-Jardin M, Richeldi L, Thomson CC, Inoue Y, Johkoh T, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis: an update and progressive pulmonary fibrosis in adults. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205(9):e18-e47. doi:10.1164/rccm.202202-0399ST.

[SS-16]

Kartagener sendromu olan bir hastada Sjögren sendromu ve akciğer bulgularının ayırıcı tanısı

Meltem Büşra Erdemir Gülcan[1], Sedat Yılmaz[2]
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sjögren sendromu, ekzokrin bez tutulumu yanında akciğer dahil farklı sistemleri etkileyebilen otoimmün bir hastalıktır. Kartagener sendromunda ise primer siliyer diskineziye bağlı kronik sinopulmoner enfeksiyonlar ve bronşektazi beklenen bulgulardır. Bu olguda, Kartagener sendromu ve Sjögren sendromunda ki akciğer bulgularının ayırıcı tanısındaki güçlüğün vurgulanması amaçlandı (1,2).
Olgu: Kartagener sendromu tanısı ile izlenen hasta, nefes darlığı nedeniyle 2016 yılında değerlendirildi. Yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisinde bronşiolit ve bronşiektazi ile uyumlu bulgular izlendi. Romatolojik değerlendirmede ağız ve göz kuruluğu tarifleyen hastada ANA, anti-SS-A ve Ro-52 pozitifliği saptandı. Tükürük bezi biyopsisinde kronik lenfositik sialadenit görülmesi üzerine Sjögren sendromu tanısı konuldu. Hidroksiklorokin tedavisine başlandı. Her ne kadar Kartagener sendromu için tipik olabileceği düşünülen bronşiektazileri, mukus tıkaçları ve dekstrokardisi olsada yer yer ince duvarlı kistleri ve NSIP ile uyumlu eşlik eden buzlu cam opasiteleri varlığında akciğer bulgularının Kartagener sendromu zemininde Sjögren sendromunun pulmoner tutulumunun da eşlik ettiğini düşündürmekteydi. Hastaya siklofosfamid tedavisi verildi. Siklofosfamid sonrası mikofenolat mofetil tedavisine geçildi. Mikofenolat tedavisi altında buzlu cam opasiteleri gerileyen hastanın Kartagener sendromu ile ilişkili olabileceği bulgular kontrol HRCT'lerinde sebat etmekteydi. Mikofenolat mofetil tedavisi kesilen hasta 2022 yılından itibaren hidroksiklorokin altında stabil izlenmektedir.
Tartışma: Sjögren sendromunda bronşiolit, bronşiektazi, küçük hava yolu tutulumu, kistler ve interstisyel akciğer hastalığı görülebilir. Kartagener sendromunda da bronşiektazi, kronik enfeksiyon, bronşiolit, tomurcuklu dal benzeri değişiklikler hastalığın doğal seyri içinde daha erken yaşlarda başlayabilmektedir. Bu nedenle mevcut pulmoner kliniğin Kartagener sendromuna mı yoksa Sjögren sendromuna mı bağlı gelişebileceğini ayırt etmek güçtür. İmmünsüpresif tedaviye rağmen radyolojik bulguların benzer seyretmesi, Kartagener sendromuna bağlı akciğer değişikliklerini ön plana çıkarsa da tedavi ile NSIP kliniğinin gerilemesi eşlik edebilecek Sjögren sendromu akciğer tutulumunu da düşündürmektedir. Ayrıca enfeksiyon olasılığının dışlanması, bu hasta grubunda tedavi güvenliği açısından kritik önemdedir.
Sonuç: Kartagener sendromu olan Sjögren hastalarında akciğer bulguları tek başına otoimmün tutulum lehine yorumlanmamalıdır. Tedavi kararı; klinik seyir, HRCT progresyonu, enfeksiyon olasılığı, solunum fonksiyonları ve multidisipliner değerlendirme ile verilmelidir. Bu yaklaşım, gereksiz yoğun immünsüpresif tedavilerin önlenmesi ve hastanın güvenli izlemi açısından önemlidir.
Kaynaklar:
1. Flament T, Bigot A, Chaigne B, Henique H, Diot E, Marchand-Adam S. Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. Eur Respir Rev. 2016;25(140):110-123.
2. Leigh MW, Pittman JE, Carson JL, et al. Clinical and genetic aspects of primary ciliary dyskinesia/Kartagener syndrome. Genet Med. 2009;11(7):473-487.

[SS-17]

Dev Hücreli Arteri-e Karo1s Tutulumu Spektrumun Neresinde?

Elif Akyazı Şener[1], Mustafa Ekici[1]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Dev hücreli arterit, 50 yaş üstü yetişkinlerde büyük ve orta boy arterleri, özellikle karotis arter uç dallarını ve aortu etkileyen granülomatöz bir vaskülittir (1). Klinik olarak, hastalığın iki fenoIpi vardır; öncelikle temporal arter gibi external karoti arterin uç dallarını etkiliyen kranial DHA ve aort ve dalları gibi büyük arterleri etkileyen ekstrakraniyal DHA . Her iki tezahür de üst üste gelebilir. Klinik olarak kranial DHA daha sık görülmektedir. Extrakranial DHA insidansı %3 (sadece klinik semptomlara dayalı tanıyı içeren çalışmalarda) ile %83 (tüm hastaların PET-BT ile değerlendirildiği çalışmada) arasında değişmektedir (2). Karotik arter uç daları detaylı değerlendirilmişken karotis komminis, karotis interna ve eksterna tutulumu ile ilgili bilgiler yetersizdir. Özellikle karotis interna tutulumunun iskemik inmelerle ilgili olduğu vaka bazlı incelemelerde gösterilmiştir. (3,4).

Amaç: DHA ‘da hastalığın farklı spektrumlarını tanımlamak geniş vasküler ağda eşlikçileri bilip hastalığı daha iyi tanımak, klinik yönelimleri önceden tahmin edebilmek olası senaryolara hazırlıklı olmak.

Yöntem: Çalışmamızda Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği’inde, Nisan 2019- Mart 2026 tarihleri arasında DHA tanısı ile takip edilen 41 hastanın verileri incelendi. Hastalar klinik bulguları ve tanı anında yapılan temporal arter biyopsi, arteriyel doppler USG, BT veya MR anjiyografi ve PET/BT verilerine göre tutulum alanları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 42 dev hücreli arterit hastası dahil edildi. Hastaların ortalama tanı yaşı 67,4±8,3 yıl olup olguların %59,5’i kadın cinsiyetteydi. Semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süre medyan 2,3 ay (IQR: 0,5–3,8) olarak saptandı.
Medyan takip süresi 1,3 yıl (IQR: 0,5–2,7) idi. Başvuru sırasında medyan ESH değeri 71 mm/saat (IQR: 56–95), medyan CRP değeri 80 mg/L (IQR: 58–119) ve başlangıç oral steroid dozu 40 mg/gün (IQR: 35–50) olarak bulundu. Hastaların %54,8’inde ekstrakraniyal, %28,6’sında kranial ve %16,7’sinde hem ekstrakraniyal hem kranial tutulum mevcuttu. PMR birlikteliği %19 oranında gözlendi. Karotis değerlendirmesi yapılabilen hastaların %46,2’sinde kommon karotis, %20,5’inde internal ve/veya eksternal karotis tutulumu saptanırken, %51,3’ünde karotis tutulumu izlenmedi. Aortit ise hastaların %64,3’ünde mevcuttu. (Tablo 1). Karotis arter tutulumu olan dev hücreli arterit hastalarında semptom başlangıcından tanıya kadar geçen sürenin daha uzun olduğu saptandı. Kommon karotis tutulumu bulunan hastalarda konstitüsyonel semptomlar (%88,9’a karşı %52,4; p=0,018), aortit varlığı (%88,9’a karşı %47,6; p=0,008) ve PET/BT’de patolojik tutulum (%100’e karşı %57,1; p=0,002) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. İnternal/eksternal karotis tutulumu olan hastalarda total kranial olay oranı anlamlı derecede daha yüksekti (%87,5’e karşı %41,9; p=0,044). Tüm karotis arter tutulumları birlikte değerlendirildiğinde ise tanı süresinin daha uzun olduğu (2,9 aya karşı 1,3 ay; p=0,016), ani görme kaybının daha düşük oranda görüldüğü (%5’e karşı %31,6; p=0,044), buna karşın aorIt (%85’e karşı %47,4; p=0,019) ve PET/BT pozitifliğinin (%100’e karşı %52,6; p<0,001) daha yüksek olduğu izlendi. Bu bulgular, karotis arter tutulumunun daha sistemik ve büyük damar ağırlıklı bir fenotip ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (tablo 2).

Tartışma Bulgularımız, karotis arter tutulumu bulunan hastalarda daha belirgin sistemik inflamasyon ve büyük damar fenotipinin ön planda olduğunu düşündürmektedir. Özellikle kommon karotis tutulumu olan hastalarda konstitüsyonel semptomların, aortit sıklığının ve PET/BT pozitifliğinin anlamlı derecede yüksek bulunması bu görüşü desteklemektedir. Çalışmamızda aortit sıklığının oldukça yüksek bulunması (%64,3), PET/BT pozitifliğinin karotis tutulumu olan hastalarda belirgin yüksek bulunması, PET/BT'nin ekstrakraniyal damar tutulumu olan DHA hastalarında önemli bir görüntüleme yöntemi olarak kullaınımdaki artış ile ilişkili olabilir.
Karotis tutulumu olan hastalarda semptom başlangıcından tanıya kadar geçen sürenin daha uzun olması dikkat çekicidir. Bu durum, büyük damar ağırlıklı DHA fenotipinin klasik kranial semptomlardan daha silik veya nonspesifik klinik bulgularla seyretmesine bağlı olabilir. Özellikle baş ağrısı, skalp hassasiyeti veya temporal arter anormalliği gibi klasik kranial bulguların daha az belirgin olması tanısal gecikmeye yol açabilmektedir. Nitekim çalışmamızda karotis tutulumu olan hastalarda ani görme kaybının daha düşük oranda görülmesi de bu fenotipin daha az iskemik kranial komplikasyonla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.
Diğer tarauan internal ve/veya eksternal karotis tutulumu olan hastalarda total kranial olay oranının daha yüksek bulunması dikkat çekici bir diğer sonuçtur. Bu bulgu, karotis arterin özellikle kranial dolaşımla ilişkili segmentlerinin tutulmasının kranial iskemi açısından klinik önem taşıyabileceğini düşündürmektedir. Ancak hasta sayısının sınırlı olması ve karotis interne ve eksternanın ayrı ayrı değerlendirilmemiş olması nedeni ile bu ilişkinin daha geniş serilerde doğrulanması gerekmektedir. Ayrıca görüntüleme yöntemlerinin tüm hastalarda standart şekilde uygulanmamış olması da değerlendirmede etkileyici bir faktör olabilir.

Kaynaklar:
1- Ryalat, A., Khraisat, O., Abukhaled, Y., & Almasri, A. (2026). Updates on Giant Cell ArteriIs.
Neurologic Clinics, 44(2), 305-320.
2- González-Gay, M. Á., Ortego-Jurado, M., Ercole, L., & Ortego-Centeno, N. (2019). Giant cell
arteriIs: is the clinical spectrum of the disease changing?. BMC geriatrics, 19(1), 200.
3-Oerding, C., Uhlmann, F., Wollmann, J., Kaden, I., & Wohlfarth, K. (2022). CaroId Artery Stenosis and Ischemic Strokes in PaIents With Giant Cell ArteriIs. TH Open, 6(01), e40-e49.
4-Bonnan, M., & Debeugny, S. (2023). Giant-cell arteriIs related strokes: scoping review of mechanisms and rethinking treatment strategy?. Fron;ers in Neurology, 14, 1305093

Tablo 1: Demografik Veriler

Baseline Veriler	Tüm hastalar (n=42)
Tanı yaşı, yıl, ortalama ± SS	67.4 ± 8.3
Semptomdan tanıya kadar süre,ay, medyan (IQR)	2.3 (0.5–3.8)
Takip süresi, yıl, ortalama ± SS	1.3 (0.5–2.7)
Bazal ESH, mm/saat, ortalama ± SS	71.0 (56.0–95.0)
Bazal CRP, mg/L, medyan (IQR)	80.0 (58.0–119.0)
Bazal oral steroid dozu, mg/gün, medyan (IQR)	40.0 (35.0–50.0)
Kadın/Erkek cinsiyet, n/N (%)	25/42 (59.5%)
Extrakranial DHA	23/42 (54.8%)
Kranial DHA	12/42 (28.6%)
Extrakranial +Kranial DHA	7/42 (16.7%)
PMR	8/42 (19.0%)
Kommon Karotis tutulumu	18/39 (46.2%)
İnternal ve /veya Eksternal Karotis Tutulumu	8/39 (20.5%)
Karotis tutulumu olmayan	20/39 (51.3%)
Aortiti	27/42 (64.3%)

Tablo 2: Ak1f ve İnak1f GCA Verileri

Değişken	Kommon karotis		p	İnternal/eksternal karotis		p	Tüm karotis arter tutulumları		P
	Tutulum var	Tutulum yok		Tutulum var	Tutulum yok		Tutulum var	Tutulum yok	
Tanı yaşı, yıl, ortalama ± SS	66.1 (60.6–72.3)	67.1 (60.0–73.8)	0,855	73.2 (67.3–77.8)	65.4 (60.1–71.4)	0,099	67.5 (61.3–73.2)	63.6 (59.8–73.1)	0,474
Semptomdan tanıya kadar süre,ay, medyan (IQR)	3.1 (2.2–6.0)	1.5 (0.4–3.1)	0,021	2.8 (2.0–4.6)	2.2 (0.8–4.1)	0,474	2.9 (2.3–6.0)	1.3 (0.4–3.5)	0,016
Konstitüsyonel semptom, n/N (%)	16 / 18 (88.9%)	11 / 21 (52.4%)	0,018	5 / 8 (62.5%)	22 / 31 (71.0%)	0.682	16/20 (80.0%)	11/19 (57.9%)	0,176
Çene / dil klodikasyonu, n/N (%)	4 / 18 (22.2%)	5 / 21 (23.8%)	1.000	3 / 8 (37.5%)	6 / 31 (19.4%)	0.355	5/20 (25.0%)	4/19 (21.1%)	1.000
Temporal arter muayenesinde anormal bulgu, n/N (%)	2 / 18 (11.1%)	2 / 21 (9.5%)	1.000	1 / 8 (12.5%)	3 / 31 (9.7%)	1.000	2/20 (10.0%)	2/19 (10.5%)	1.000
Skalp hassasiyeti/ dizestezi/nekroz, n/N (%)	4 / 18 (22.2%)	7 / 21 (33.3%)	0.497	3 / 8 (37.5%)	8 / 31 (25.8%)	0.663	5/20 (25.0%)	6/19 (31.6%)	0,731
Yeni başlangıçlı baş ağrısı, n/N (%)	17 / 18 (38.9%)	9 / 21 (42.9%)	1.000	5 / 8 (62.5%)	11 / 31 (35.5%)	0.235	8/20 (40.0%)	8/19 (42.1%)	1.000
Ani görme kaybı, n/N (%)	1 / 18 (5.6%)	6 / 21 (28.6%)	0.098	1 / 8 (12.5%)	6 / 31 (19.4%)	0.064	1/20 (5.0%)	6/19 (31.6%)	0,044
Kraniyal sinir paralizisi, n/N (%)	0 / 18 (0.0%)	1 / 21 (4.8%)	1.000	1 / 8 (12.5%)	0 / 31 (0.0%)	0.205	1/20 (5.0%)	0/19 (0.0%)	1.000
Total Kranial olay, n/N (%)	9 / 18 (50.0%)	11 / 21 (52.4%)	1.000	7 / 8 (87.5%)	13 / 31 (41.9%)	0,044	11/20 (55.0%)	9/19 (47.4%)	752
Aortit, n/N (%)	16 / 18 (88.9%)	10 / 21 (47.6%)	0,008	5 / 8 (62.5%)	21 / 31 (67.7%)	1.000	17/20 (85.0%)	9/19 (47.4%)	0,019
Aort anevrizması ≥45 mm, n/N (%)	1 / 18 (5.6%)	3 / 21 (14.3%)	0.609	0 / 8 (0.0%)	4 / 31 (12.9%)	0.563	1/20 (5.0%)	3/19 (15.8%)	0,342
TAB pozitif, n/N (%)	2 / 18 (11.1%)	6 / 21 (28.6%)	0.247	2 / 8 (25.0%)	6 / 31 (19.4%)	0.658	2/20 (10.0%)	6/19 (31.6%)	0,127
USG patoloji, n/N (%)	1/18 (5.6%)	2/21 (9.5%)	1.000	1/8 (12.5%)	2/31 (6.5%)	0,508	1/20 (5.0%)	2/19 (10.5%)	0,605
Anjiografik Patoloji, n/N (%)	7 / 18 (38.9%)	7 / 21 (33.3%)	0.750	2 / 8 (25.0%)	12 / 31 (38.7%)	0.686	7/20 (35.0%)	7/19 (36.8%)	1.000
PET/BT Patoloji, n/N (%)	18 / 18 (100.0%)	12 / 21 (57.1%)	0.002	8 / 8 (100.0%)	22 / 31 (71.0%)	0.160	20/20 (100.0%)	10/19 (52.6%)	<0.001

[SS-18]

Romatolojik ve Romatolojik Olmayan Kalça Osteonekrozlarında Ortopedik Takip Sonuçlarının Karşılaştırılması

Öner Kılınç
Ortopedi ve Travmatoloji Bilim Dalı, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mersin, Türkiye

Amaç: Femur başı osteonekrozu (FBO), femur başının kanlanmasının bozulması sonucunda gelişen progresif bir hastalık olup ciddi fonksiyon kaybına yol açabilmektedir. Kortikosteroid kullanımı, vasküler hasar ve kronik inflamasyon nedeniyle romatolojik hastalarda osteonekroz gelişim riskinin arttığı bilinmektedir. Bu çalışmada, romatolojik hastalıklara eşlik eden FBO ile romatolojik olmayan osteonekroz olgularının ortopedik takip sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif karşılaştırmalı çalışmaya Ocak 2018–Aralık 2025 tarihleri arasında femur başı osteonekrozu tanısıyla takip edilen toplam 63 hasta dahil edildi. Hastaların 27'si Grup 1'de (romatolojik hastalığa eşlik eden FBO), 36'sı ise Grup 2'de (romatolojik olmayan FBO yer aldı. Ortalama takip süresi Grup 1'de 31.4 ± 14.2 ay, Grup 2'de ise 28.1 ± 12.7 ay idi. Hastaların demografik verileri, bilateral tutulum, kortikosteroid kullanım öyküsü, Ficat-Arlet evresi, radyolojik progresyon, femur başı kollapsı, total kalça artroplastisi gereksinimi ve fonksiyonel sonuçları değerlendirildi. Fonksiyonel değerlendirmede Harris Hip Score ve VAS ağrı skoru kullanıldı.

Bulgular: Grup 1'in yaş ortalaması Grup 2'ye göre anlamlı olarak daha düşüktü (38.6 ± 11.2'ye karşı 47.9 ± 12.5 yıl, p=0.006). Bilateral tutulum Grup 1'de anlamlı olarak daha sık izlendi (%59.3'e karşı %27.8, p=0.018). Kortikosteroid kullanım öyküsü Grup 1'de belirgin olarak daha yüksekti (%81.5'e karşı %22.2, p<0.001). Total kalça artroplastisine kadar geçen süre Grup 1'de anlamlı derecede daha kısa bulundu (18.2 ± 9.4 aya karşı 29.7 ± 11.6 ay, p=0.011). Ayrıca Grup 1'de ortalama Harris Hip Score değeri Grup 2'ye göre daha düşük bulundu (68.4 ± 12.1'e karşı 77.9 ± 10.5, p=0.003). VAS ağrı skoru ise Grup 1'de daha yüksekti (5.8 ± 1.9'a karşı 4.3 ± 1.7, p=0.004).

Sonuç: Romatolojik hastalıklara eşlik eden FBO daha genç yaşta ortaya çıkmakta ve daha agresif klinik seyir gösterebilmektedir. Bu hasta grubunda bilateral tutulum, radyolojik progresyon ve daha erken total kalça artroplastisi gereksinimi daha sık izlenmiştir. Romatolojik hastalarda FBO açısından erken tanı, yakın ortopedik takip ve multidisipliner yaklaşım önem taşımaktadır.

[SS-19]

Skleroderma Hastalarında Akciğer Tutulumunun BT Volümetrik Ölçümler ve Pulmoner Fonksiyon Testleri ile Değerlendirilmesi

İrfan Atik[1], *Ali Şahin*[2]
[1] Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Sivas
[2] Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç: Skleroderma (sistemik skleroz) deri lezyonlarına ek olarak akciğer, gastrointestinal, kardiyak, kas-iskelet ve renal sistemleri etkileyebilen kronik ilerleyici bir otoimmün hastalıktır. Skleroderma hastalarında %50-92 oranında akciğer tutulumu görülmektedir (1). Akciğer tutulumu, özellikle bazal segmentlerde belirgin olup, retiküler patern, bal peteği görünümü ve buzlu cam dansiteleri ile karakterize interstisyel akciğer hastalığı (İAH) şeklinde ortaya çıkar (2). Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) ile yapılan değerlendirmelerde kullanılan fibrozis skorlamaları subjektif olup yeterli nicel veri sağlamamaktadır (2,3). Bu çalışmada, skleroderma hastalarında akciğer tutulumunun akciğer hacimleri üzerindeki etkisinin toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tabanlı ölçümler ile değerlendirilmesi amaçlandı.
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 2021-2025 yılları arasında skleroderma tanısı bulunan ve toraks BT incelemesi yapılan 52 hasta dahil edildi. Demografik veriler ve BT görüntüleri PACS üzerinden değerlendirildi. Akciğer cerrahisi öyküsü olan, ek pulmoner hastalığı bulunan, görüntü kalitesi yetersiz ve klinik verileri eksik hastalar dışlandı. Akciğer parankimi İAH bulguları (nonspesifik interstisyel pnömoni [NSİP], usual interstisyel pnömoni [OİP] vb.) açısından incelenerek hastalar akciğer tutulumu olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Sağ, sol ve total akciğer hacimleri volümetrik analiz ile hesaplandı (Şekil 1). Pulmoner fonksiyon testi verileri değerlendirilerek zorlu vital kapasite (FVC) değerleri kaydedildi. İstatistiksel analizde Mann–Whitney U testi kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.
Bulgular: Hastaların 44'ü (%84,6) kadın, 8'i (%15,4) erkekti. Toplam 52 hastanın 28'inde (%53,8) akciğer tutulumu saptandı. İAH (+) ve İAH (−) grupları arasında yaş açısından anlamlı fark izlenmedi (55.25±11.21 ve 48.96±15.76 yıl, $p>0.05$).Hastalık süresi İAH (+) grupta İAH (−) gruba göre anlamlı olarak daha uzundu (12.3±3.2 yıl ve 3.1±2.8 yıl; $p<0.001$). En sık tutulum tipi NSİP olup 18 hastada (%34,6) görüldü. FVC değerleri İAH (+) hastalarda İAH (−) hastalara göre anlamlı derecede daha düşük bulundu (70.5±5.2 ve 90.6±2.2; $p<0.001$). Akciğer tutulumu olan hastalarda sağ, sol ve total akciğer hacimleri anlamlı olarak daha düşük bulundu. Sağ akciğer hacmi 1462±311 cm^3 ve 2097±467 cm^3 ($p<0,001$), sol akciğer hacmi 1261±307 cm^3 ve 1912±460 cm^3 ($p<0,001$), total akciğer hacmi ise 2724±607 cm^3 ve 4010±919 cm^3 olarak saptandı ($p<0,001$) (Tablo 1). Total akciğer hacmi ile FVC arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($r=0.594$, $p<0.001$).ROC analizinde total akciğer hacminin İAH varlığını öngörmede yüksek tanısal performans gösterdiği saptandı (AUC=0.898, %95 GA: 0.822–0.973, $p<0.001$).
Sonuç: Çalışmamızda saptanan akciğer hacimlerindeki azalma, literatürde İAH olan hastalarda alt lob hacim yüzdesinin düşük bulunması ile uyumludur (1). Geleneksel görsel skorlama yöntemleri subjektif olup gözlemciye bağımlıdır; buna karşın BT tabanlı volümetrik ölçümler akciğer hasarını objektif ve kantitatif olarak değerlendirmeye olanak sağlar (3). Akciğer hacimlerindeki azalma ile FVC arasındaki pozitif korelasyon, hacim kaybının fibrotik hasarın derecesini yansıttığını göstermektedir (2,4). Sonuç olarak, skleroderma hastalarında akciğer tutulumu, akciğer hacimlerinde anlamlı azalma ile ilişkili bulundu. BT tabanlı

volümetrik ölçümler, skleroderma ilişkili interstisyel akciğer hastalığının değerlendirilmesinde objektif ve kantitatif bir biyobelirteç olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Skleroderma, akciğer tutulumu, akciğer hacmi, volümetrik analiz

Kaynaklar:

1. Çetinçakmak MG, Göya C, Hamidi C, et al. Quantitative volumetric assessment of pulmonary involvement in patients with systemic sclerosis. Quant Imaging Med Surg. 2016 Feb;6(1):50-6.
2. Goldin JG, Lynch DA, Strollo DC, et al; Scleroderma Lung Study Research Group. High-resolution CT scan findings in patients with symptomatic scleroderma-related interstitial lung disease. Chest. 2008 Aug;134(2):358-367.
3. Goh NS, Desai SR, Veeraraghavan S, et al. Interstitial lung disease in systemic sclerosis: a simple staging system. Am J Respir Crit Care Med. 2008 Jun 1;177(11):1248-54.
4. Clements PJ, Roth MD, Elashoff R, et al; Scleroderma Lung Study Group. Scleroderma lung study (SLS): differences in the presentation and course of patients with limited versus diffuse systemic sclerosis. Ann Rheum Dis. 2007 Dec;66(12):1641-7.

Tablo 1. Skleroderma akciğer tutulumuna göre akciğer hacimlerinin karşılaştırılması

	Akciğer tutulumu+	**Akciğer tutulumu-**	**P value**
Yaş (yıl)	55.25 ± 11.21	48.96 ± 15.76	>0.05
Hastalık süresi (yıl)	12.3 ± 3.2	3.1 ± 2.8	**<0.001**
FVC (%)	70.5 ± 5.2	90.6 ± 2.2	**<0.001**
Sağ akciğer hacmi(cm^3)	1462(±311)	2097(±467)	**P<0.001**
Sol akciğer hacmi(cm^3)	1261(±307)	1912(±460)	**P<0.001**
Total akciğer hacmi(cm^3)	2724(±607)	4010(±919)	**P<0.001**

Şekil 1. Bilgisayarlı Tomografide Akciğer Volümünün Hesaplanması



[SS-20]

Anti-TNF tedavisi alan Behçet hastalarında göğüs hastalıkları konsültasyonlarının değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi

Celalettin Özkan, Neslihan Taş
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sivas

Amaç: Behçet hastalığı, vasküler, oküler, mukokutanöz ve sistemik tutulumlarla seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Konvansiyonel tedavilere dirençli olgularda anti-tümör nekroz faktör alfa (anti-TNF-α) ajanları etkin seçeneklerdir. Ancak anti-TNF tedavisi enfeksiyonlara yatkınlığı artırabilir ve latent tüberküloz enfeksiyonunun reaktivasyonu açısından dikkatli değerlendirme gerektirir. Bu çalışmada anti-TNF tedavisi alan Behçet hastalarında göğüs hastalıkları konsültasyonlarının klinik özellikleri ve sonuçları değerlendirildi. [1]
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 2020–2026 yılları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi (SCÜ) Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde takip edilen, anti-TNF tedavisi alan Behçet hastaları dahil edildi. Demografik veriler, hastalık ve biyolojik ajan kullanım süreleri, sigara öyküsü, komorbiditeler, tüberkülin deri testi (PPD) sonuçları, izoniazid (İNH) profilaksisi, konsültasyon notları, radyolojik incelemeler ve enfeksiyon taramaları elektronik kayıtlardan incelendi.
Bulgular: Çalışmaya 24 hasta dahil edildi. Medyan yaş 41 (25–61) yıl, medyan hastalık süresi 13 (7–26) yıl idi; cinsiyet dağılımı eşitti. Olguların %54,2'si infliksimab, %41,7'si adalimumab ve %4,1'i canakinumab kullanmaktaydı. Sigara öyküsü %45,8 oranında mevcuttu. PPD değerlendirmesinde hastaların %25'inde ≥5 mm reaksiyon saptandı ve %91,7'sine latent tüberküloz enfeksiyonu profilaksisi amacıyla İNH verildi. Konsültasyonların çoğu biyolojik ajan öncesi enfeksiyon taraması ve tüberküloz risk değerlendirmesi için istendi. Aktif tüberküloz ve anti-TNF tedavisinin kesilmesini gerektiren ciddi pulmoner komplikasyon izlenmedi.
Sonuç: Anti-TNF tedavisi alan Behçet hastalarında göğüs hastalıkları konsültasyonu, latent tüberkülozun tanınması ve enfeksiyöz komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Tedavi öncesi pulmoner değerlendirme ve multidisipliner izlem, biyolojik ajanların güvenli kullanımını destekler; tüberküloz prevalansının yüksek olduğu bölgelerde bu yaklaşımın klinik değeri artmaktadır. [2,3]

Kaynakça

1. Hatemi G, Christensen R, Bang D, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):808-818. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213225.
2. Fragoulis GE, Nikiphorou E, Dey M, et al. 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2023;82(6):742-753. doi:10.1136/ard-2022-223335.
3. Gazel U, Kocakaya D, Topcu IH, et al. Risk of tuberculosis is increased in Behçet's disease compared to other rheumatological disorders after anti-TNFα treatments: a case series and review of the literature. Turk J Med Sci. 2021;51(4):1689-1694. doi:10.3906/sag-2010-311.

[SS-21]

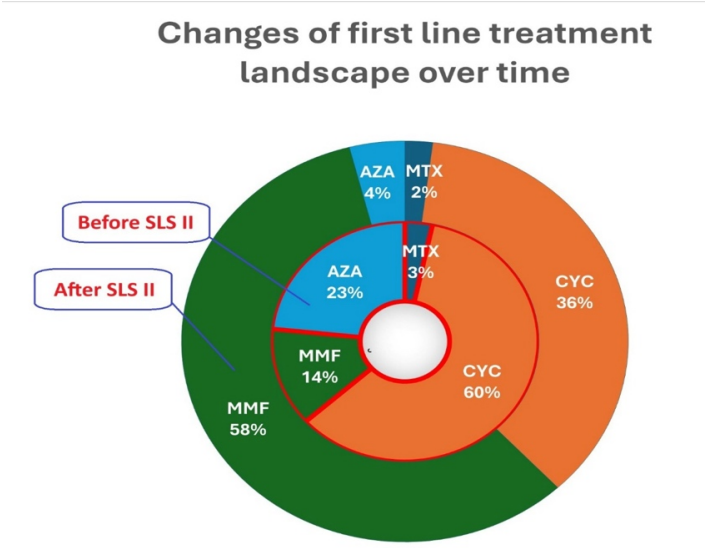
Sistemik skleroz ilişkili interstisyel akciğer hastalığında SLS II sonrası tedavi yaklaşımlarının değişimi: tek merkez deneyimi

İbrahim Karaduman[1], *Büşra Köksoy*[1], *İbrahim Vasi*[2], *Abdulsamet Erden*[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı
[2]Etlik Şehir Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı

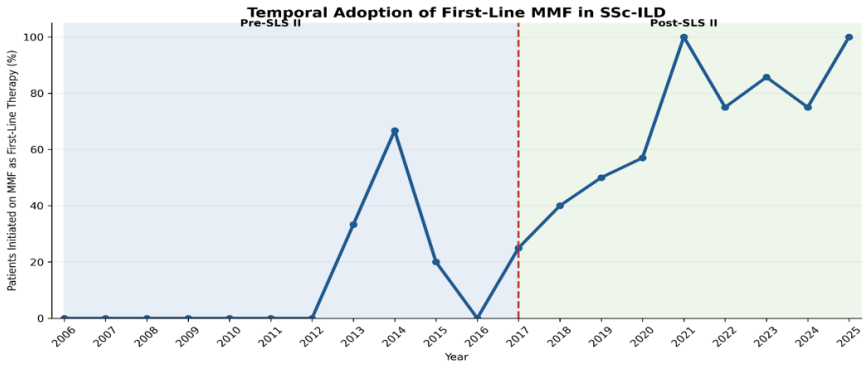
Giriş
Sistemik skleroz (SSc), vaskülopati, inflamasyon ve fibrozisle karakterize bir bağ doku hastalığıdır. SSc'ye bağlı interstisyel akciğer hastalığı (SSc-ILD), mortalitenin önde gelen nedenlerinden biri olup erken tanı ve tedavi kritik öneme sahiptir. SSc-ILD tedavisinde, ilk randomize kontrollü çalışma olan SLS I'de siklofosfamidin plaseboya kıyasla FVC'de anlamlı iyileşme sağladığı gösterilmiştir. SLS II çalışması, mikofenolat mofetilin(MMF) siklofosfamide (CYC) göre istatistiksel olarak benzer etkili olduğunu ve daha iyi tolere edildiğini ortaya koymuş, bu doğrultuda MMF günümüzde birinci basamak tedavide ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada, SLS I ve SLS II'nin klinik pratiğe etkisi ile MMF tedavi süresi ve solunum fonksiyonları üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.
Metod
2013 ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve ILD tutulumu bulunan SSc hastaları çalışmaya dahil edildi. ILD tanısı, HRCT SSc-ILD paternleri ile uyumlu bulgulara dayanarak konuldu. Hastalar, tedavi başlangıcının 2016 yılı öncesi veya sonrası olmasına göre pre ve post–SLS II gruplarına ayrıldı. Demografik, klinik, serolojik ve solunum fonksiyon verileri toplandı. Tedavi paternleri, MMF kullanım süresi ve solunum fonksiyon testlerindeki (FVC ve DLCO) değişimleri analiz edildi.
Bulgular
80 hasta dahil edildi; bunların 30'u pre–SLS II dönemi tanı aldı, 50'si ise sonraki dönemde tanı almıştır. Gruplar arasında yaş, hastalık başlangıç yaşı ve otoantikor durumu açısından anlamlı fark saptanmadı. Toplam hastalık süresi post–SLS II grubunda anlamlı olarak daha kısaydı (12.8±5.0 vs. 6.9±4.9 yıl, $p<0.001$)(Tablo 1).
Dönemler arasında birinci basamak tedavi dağılımında belirgin bir değişim gözlendi. SLS II öncesi dönemde CYC en sık tercih edilen birinci basamak ajan (%60) olup, bunu azatiyoprin (AZA, %23) izlerken, MMF yalnızca %14 oranında kullanılmaktaydı. Buna karşılık, SLS II sonrası dönemde MMF en sık reçete edilen birinci basamak tedavi haline gelmiş (%58), CYC kullanımı %36'ya gerilemiş ve AZA kullanımı belirgin şekilde azalarak nadir hale gelmiştir (%4)(Şekil 1).
MMF tedavi süresi medyanı, birinci basamak grubunda 33.0 ay iken, ikinci/üçüncü basamak grubunda 57.2 ay olarak saptanmıştır (Şekil 2-3).
MMF tedavisi altında, hem birinci basamak hem de ikinci basamak gruplarda FVC ve DLCO değerlerinin zaman içinde büyük ölçüde korunduğu ve fonksiyonel stabilitenin sağlandığı gözlenmiştir (Şekil 4).
Sonuç
Zaman içerisinde tedavi paternlerinde belirgin bir değişim izlendi. SLS II öncesi dönemde MMF'nin birinci basamak kullanımı seyrek olup, 2006–2012 yılları arasında hiç kullanılmamış, sonraki yıllarda ise değişken bir artış göstermiştir. 2017 yılından itibaren MMF kullanımı kademeli olarak artmıştır.
Sonuç olarak, kanıt düzeyi açısından MMF (2a), tosilizumab ve CYC (1b) gibi diğer tedavilere kıyasla daha düşük düzeyde kanıta sahip olmakla birlikte, gerçek yaşam verileri MMF'nin etkin ve sürdürülebilir bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir.

Table 1. İLD-SSc Kohortu Hastaların Bazal Özellikleri (n=80)

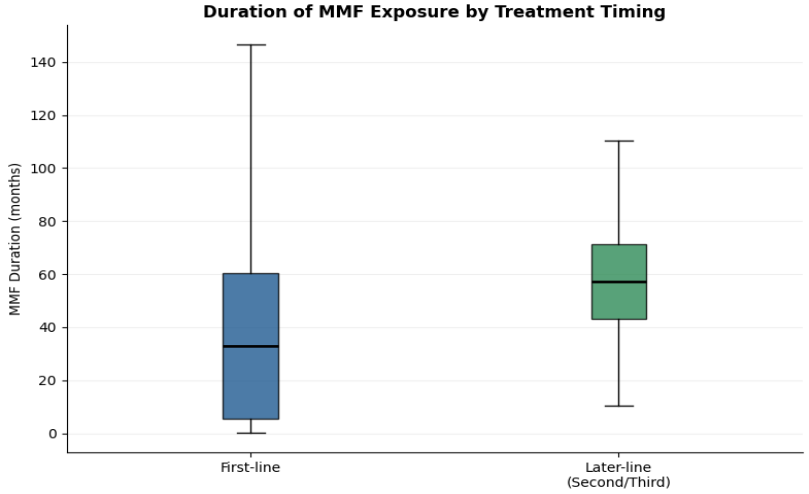
	Pre-SLS-II period n:30	**Post-SLS-II period n:50**	**p**
Yaş, yıl, ortalama (SD)	55.2± 11.6	54.1±13.3	0.711
SSc başlangıç yaşı, yıl, ortalama (SD)	42.4± 12.5	47.2±14.2	0.131
Hastalık süresi, yıl, ortalama (SD)	12.8±5.0	6.9±4.9	**<0.001**
Kadın cinsiyet, n (%)	27 (90)	48(96)	0.358
Diffüz SSc, n (%)	21 (70)	35(70)	1.0
Anti-topoizomeraz I antikoru, n (%)	20 (25.6)	38(77.6)	0.401
Anti-sentromer antikoru, n (%)	-	2(4.1)	0.531
Klinik tutulumlar			
Raynaud fenomeni, n (%)	30 (100)	47(94)	0.288
Dijital ülser, n (%)	14 (46.7)	19(38)	0.446
Telenjiektazi, n (%)	19 (63.3)	28(56)	0.519
Artralji, n (%)	25 (83.3)	35(70)	0.182
Kas güçsüzlüğü, n (%)	11 (36.7)	16(32)	0.669
Özofageal disfaji, n (%)	16 (53.3)	19(38)	0.181
Pulmoner hipertansiyon, n (%)	3 (10)	2(4.5)	0.371
Skleroderma renal krizi, n (%)	1 (3.3)	2(4)	1.0
Pulmoner özellikler			
Başlangıç HRCT paternleri			
Hücresel NSIP	13 (43.3)	16(32)	0.065
Fibrotik NSIP	9 (30)	28(56)	
UIP	8 (26.7)	5(10)	
OP	-	1(2)	
Başlangıç FVC (% beklenen), ortalama (SD)	85.2 ± 13.1	84.9±14.2	0.937
Başlangıç DLCO (% beklenen), ortalama (SD)	63.3 ± 15.0	64.4±15.4	0.815
Diffüz akciğer tutulumu, n (%)	22(73.3)	38(76)	0.79



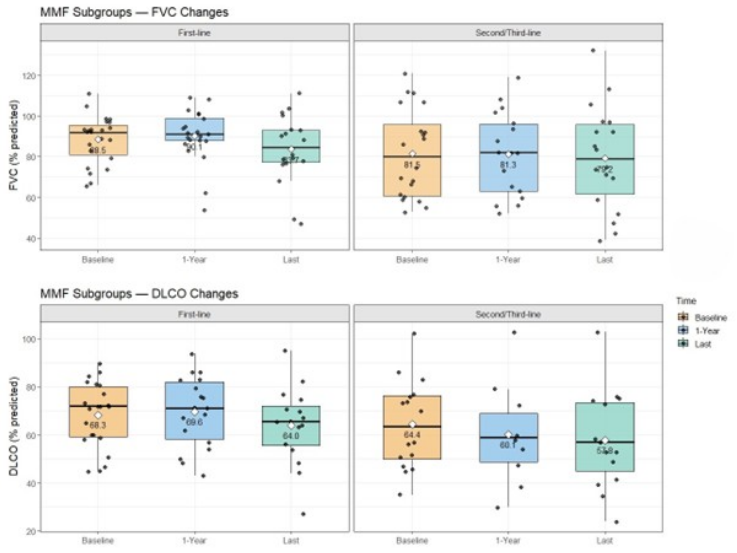
Şekil 1 SLS II öncesi ve sonrası immunsupresif kullanımı



Şekil 2 Yıllara göre mmf ilk basamak tedavi başlanan hastalar



Şekil 3 MMF tedavi süresi



Şekil 4 MMF tedavisi altında hastaların sft değişimleri

E-POSTER SUNUMLAR

[EP-01]

Gut şeklinde Prezente olan Septik Artrit Olgusu

Abdulbaki Gaydan[1]
[1]T.C. Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bölümü

GİRİŞ:
Gut hastalığı monodosyum ürat kristallerinin eklemlerde birikimi sonucu ataklarla seyreden kronik inflamatuar artrittir. Özellikle ayak 1. Metatarsofalengeal eklemde artrit ile prezente olsa da, diz, ayak bileği, el, el bilek, omuz, kalça gibi diğer eklemleri de etkileyebilir. Son 1 haftadır sağ ayak bilekte ağrı ve şişlik ile prezente olan septik artrit tanısı konulan olguyu sunmaktayız.

VAKA ÖZETİ:
69 yaşında erkek hasta, bilinen kalp yetmezliği, diyabetes mellitus, hipertansiyon tanılı hasta, son 1 haftadır sağ ayak bilekte ağrı, şişlik, hassasiyet ve hareket kısıtlılığı şikayetleri gelişmiş. Romatolojik sorguda ek özellik olmayan hastanın, fizik muayenede sağ ayak bilekte hassasasiyet, kızarıklık, ısı artışı ile fleksiyon ve ekstansiyonda kısıtlılık vardı. Gut ön tanısı ile interne edilen hastanın etyoloji amaçlı yapılan tetkiklerde, kreatinin: 1.2 mg/dL, ürik asit: 5.5 mg/dL, wbc: 11.100, eozinofil: 200, nötrofil: 8470, CRP: 89.9 mg/L (0-5), prokalsitonin: 0.06 mcg/L (0-0.5) RF: -, Anti CCP: -, ANA -, anti-dsdna -, HBsag, Brucella ile HIV negatifti. Hastanın 2 set aerop/anaerop kan kültürü ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. Hastaya kolşisin 2x0.5 mg, metilprednizolon 20 mg/gün iv başlandı. Takiplerde ayak bilekteki kızarıklık azalmış fakat şişlik ve hareket kısıtlılığı devam etmesi üzerine sağ ayak bileğe Usg yapıldı. Usg'de sağ ayak ayak bilekte grade 3 effüzyon, dopler (+) saptandı. A/S yapıldı, hücre sayımında; 41.200 nötrofil: 36.800 olup, kültürde ESBL (+) E.Coli üremesi görüldü. Bunun üzerine septik artrit düşünülen hasta, enfeksiyon hastalıklarına danışılarak tedavisine meropenem eklendi. Ortopedi ile konsülte edilen hasta, cerrahi artroskopi + eklem yıkaması yapılarak, antibiyotik tedavisi tamamlandıktan sonra şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA:
Gut hastalığı ayak 1. Metatarsofalengeal eklem, diz, el, dirsek gibi eklemleri tutmasına rağmen akut artrit ile bavşuran ileri yaş olgularda öncelikle akla gelmektedir. Tanıda ultrasonografi'de çift kontür görülmesi ve eklem mayiinde monosodyum ürat kristalleri saptanması patognomoniktir. Özellikle yaşlı, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda akut ayak veya diz artriti olması durumunda ilk akla gelen gut artriti olsa da, akut artrit ile başvuran her hastada septik artrit dışlanmalıdır.

[EP-02]

Sistemik lupus eritematöz ve antifosdfolipid sendromu tanısıyla takip edilen kadın hastada tedaviye dirençli derin lökopeni gelişmesi: Olgu sunumu

Ahmet Murat Gençer[1]
[1]Bursa Şehir Hastanesi Romatoloji

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) ve antifosfolipid sendromu [antiphospholipid syndrome (APS)] otoimmün hastalıklardır ve artmış trombositopeni riski ile ilişkilidir. APS birincil olabilir, ancak çoğunlukla SLE ile birlikte görülür. Lökopenigenellikle SLE tanısından sonraki ilk 5 yıl içinde görülür, ancak nadiren SLE'nin ilk belirtisi olarak ortaya çıkabilir ve Lökopeni görülebilir. Burada SLE ve antifosfolipid sendrom tanıları olan takibinde ilaç tedavisi altında lökopeni gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 32 yaşında bayan hasta 2010 yılından beri sistemik lupus ve lupus nefriti tanılarıyla takipli, hidroksiklorokin,azathiopürin,ve prednizolon tedavisi almakta. Hasta halsizlik ve yorgunluk şikayetiyle romatoloji polikiliğine başvurdu.Fizik muayenesinde skleralar soluktu. Başvuru anındaki laboratuvar değerleri:Hemoglobin 12.5 g/dL; Beyaz küre: 960 /mm3 trombosit 125000 /mm3, kreatinin: 1.07 mg/dL; Üre: 30.4 mg/dL; AST:32 U/L; ALT: 16 U/L; albumin: 2.35 g/dL; CRP:73.3 mg/dL; Sedim: 106 mm/saat, ferritin:927 ug/L,prokalsitonin: 0.49 ug/L, C3: 0.25 g/L, C4: 0.09 g/L, ANA: 1/2560 homojen, Anti ds DNA >300 IU/ml, 24 saatlik idrarda protein: 1677 mg/24 saat. direkt coombs (+++), ret: 124.0 109/lt) haptoglobülin 274 mg/dl Hepatit Markerleri ve enfeksiyon belirteçleri negatif saptandı. Hastada bu bulgularla SLE, lupus nefriti, serosit ve otoimmün lökopeni tanısı konulup hemen pulse steroid tedavisi 3 gün sonrasında steroid 1mg /kg devam edildi. Pulse steroid tedavisinin 3. günününde 2 mg/kg ıvıg 5 gün uygulandı.Hastaya sonrasında rituximab 2x1000 mg 14 günde bir uygulandı. Lökosit sayısı normale döndü ve hasta remisyona girdi. rituximab+deltakortil 5 mg 2x1 ve plaquenil 200 mg 2x1 ile tedavisine deva edilmektedir.

Sonuç: Otoimmünlökopeni Sistemik lupus hastalarında gelişen tedaviye dirençli tutulumlardan olup yüksek dozlarda immünsupresif tedavi gerektirmektedir. Tedavide pulse steoid;azatiopürin siklofosfamid siklosproin rituximab ve IV IG kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sistemik lupus eritematöz otoimmünlökopeni,ıntravenöz immünglobülin

[EP-03]

Aksiyel spondiloartrit ve hidradenitis suppurativa birlikteliği: Olgu sunumu

İrem Şahinoğlu
Mersin Toros Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği

Giriş:
Hidradenitis suppurativa (HS) ve aksiyel spondiloartrit (axSpA), kronik inflamatuvar hastalıklar olup ortak immünolojik yolakları paylaşmaktadır. Çeşitli çalışmalarda HS hastalarında spondiloartrit prevalansının %3–28 arasında değiştiği bildirilmiş olup, bu geniş aralık hasta popülasyonlarının heterojenliği ile ilişkilendirilmektedir (1,2). Benzer şekilde, aksiyel spondiloartrit hastalarında HS prevalansının genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (3). İki hastalıkta da TNF-α ve IL-17 ekseni üzerinden ilerleyen inflamatuvar yanıt ön plandadır (4). Burada aksiyel spondiloartrit ve hidradenitis suppurativa birlikteliği olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
24 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıldır devam eden inflamatuvar karakterde bel ağrısı, sabah tutukluğu ve bilateral aksiller bölgede tekrarlayan ağrılı şişlik ve akıntı öyküsü ile başvurdu. Fizik muayenede lomber hareketlerde kısıtlılık ve sakroiliak hassasiyet saptandı. Aksiller bölgelerde bilateral lineer skar dokuları, eski sinüs traktları ile uyumlu görünüm ve inflamatuvar nodüller izlendi (Resim-1). Cilt lezyonları hidradenitis suppurativa olarak değerlendirildi.Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemede unilateral sakroiliit saptandı ve HLA B27 testi pozitifti. Klinik ve radyolojik bulgular ile aksiyel spondiloartrit tanısı konuldu.Yeterli doz ve sürede non-steroidal anti inflamatuar ilaç tedavisine rağmen aksiyel semptomların devam etmesi üzerine adalimumab tedavisine geçildi. Tedavi sonrası hem aksiyel semptomlarda hem de HS lezyonlarında belirgin düzelme saptandı (Resim-2).

Tartışma:
HS ve spondiloartrit birlikteliğine ilişkin çalışmaların çoğunun sınırlı örneklem büyüklüğüne sahip olması ve heterojen hasta gruplarını içermesi nedeniyle prevalans verileri geniş bir aralıkta bildirilmektedir (1–3). Bu durum, klinik pratikte HS hastalarında aksiyel semptomların sorgulanmasının ve multidisipliner yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar:
1-Garg A, et al. Prevalence of spondyloarthritis in patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2017.
2-Richette P, et al. Hidradenitis suppurativa associated with spondyloarthritis: results from a multicenter national prospective study. *Arthritis Care Res*. 2014.
3-Van der Zee HH, et al**.** The association between hidradenitis suppurativa and inflammatory arthritis. *Br J Dermatol*. 2010.
4-Bettoli V, et al. Pathogenesis of hidradenitis suppurativa and its link with spondyloarthritis. *Exp Dermatol*. 2019

Resim-1: Tedavi Öncesi Bilateral Axiller Hidradenitis Suppurativa Lezyonları



Resim-2: Tedavi Sonrası Bilateral Axiller Hidradenitis Suppurativa Lezyonları



[EP-04]

Membranöz Glomerülonefrite Bağlı Nefrotik Sendrom Görülen Sjögren Sendromu Vakası

Osman Erhan Akcan, Sema Yılmaz
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı,Konya

Giriş: Sjögren Sendromu (SS) öncelikle gözyaşı ve tükrük bezleri olmak üzere, tüm ekzokrin bezlerin lenfosit hücrelerin infiltrasyonu ile karakterize, kronik, multisistemik, otoimmün bağ dokusu bir hastalıktır. Hastalığın spektrumu çok geniş olup, organ spesifik otoimmün hastalıktan; kas-iskelet, akciğer, gastrointestinal, kan, lenf, deri, böbrek ve sinir sistemi tutulumuna uzanan sistemik sürece kadar uzanım gösterebilir. Hastalık en sık 40-50 yaşları arasındaki kadınlarda ortaya çıkmaktadır.
Çoğu çalışmaya göre SS'deki en sık böbrek tutulumu tübülointersitisiyel nefrit olup glomerülonefrit (GN) pek beklenmemektedir. 1]. En sık görülen GN tipi membranoproliferatif GN olup daha seyrek olarak membranöz GN görülebilir [2]. Burada membranöz GN' e bağlı masif proteinüri görülen bir SS vakası sunulacaktır.

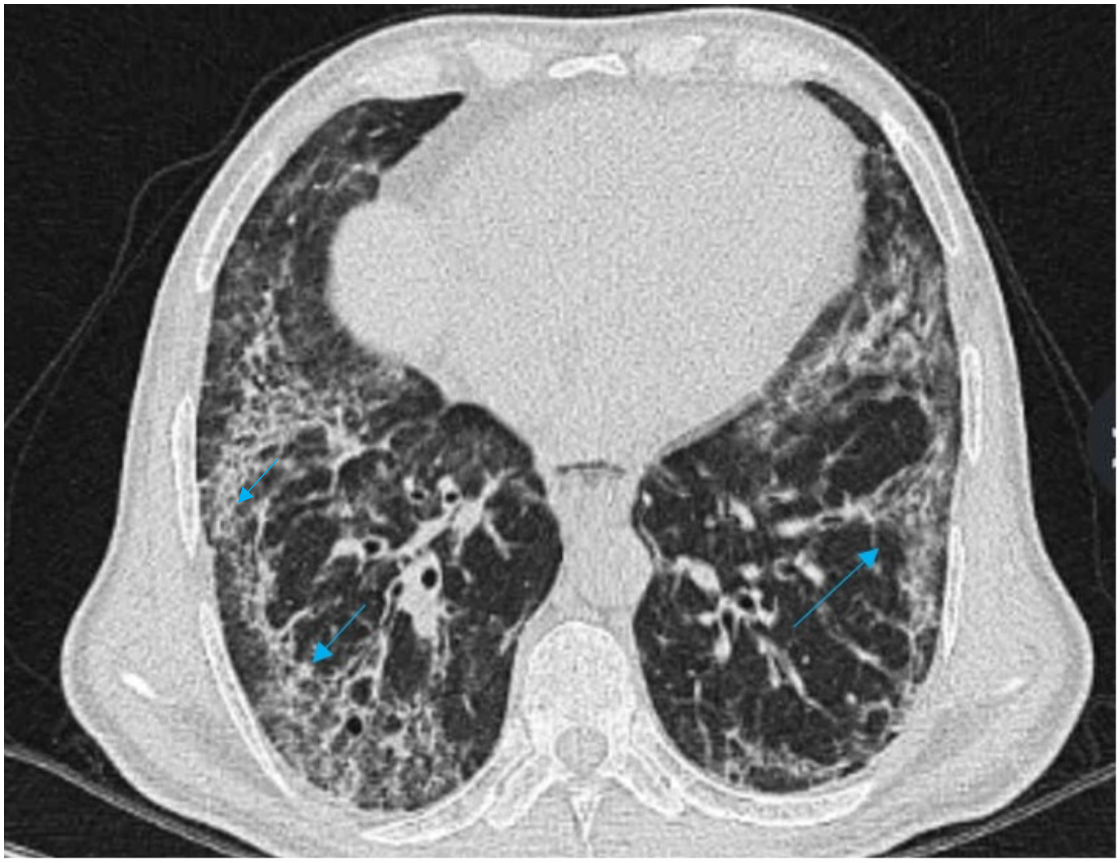
Olgu: 9 yıldır SS ve 3 yıldır intersitisiyel akciğer hastalığı ile İç Hastalıkları Romatoloji Polikliniği'nde takip edilen 52 yaşında erkek hasta bacaklarda giderek artan şişlik ve başağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede her 2 koldan ölçülen kan basıncı 160 / 100 mmHg idi. Her 2 alt ekstremitede gode bırakan +++/+++ pretibial ödem dikkati çekiyordu. Kardiyak muayenesi normal olan hastanın akciğer oskültasyonunda bibaziller yaygın ince raller duyuluyordu. Akciğer grafisinde her 2 alt lob periferinde yaygın retiküler opasiteler (Figür 1) HRCT' sinde bilateral bazallerde subplevral retiküler opasiteler, traksiyon bronşiektazileri , buzlu cam ve bal peteği görülüyordu (Figür 2). Laboratuarda lökosit: 6500 /ml (4000-9750), hemoglobin 14 gr/dl (13,4-17,6), trombosit 250 k/ul (151-387), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 22 mm/h (0-18), C-reactive protein (CRP): 7 mg/dl (0-5), kreatinin 0.53 mg/dl (0,7-1,2), albumin: 1.6 g/dL (3.5 – 5.0), düşük dansiteli lipoprotein (LDL): 250 mg/dl (<100), idrar analizinde ++++ protein görüldü, hematüri veya lökositüri yoktu. 24 saatlik idrarda 20 g/gün (<150 mg) proteinüri tespit edildi. Hepatit B ve C serolojisi negatifti. İmmünolojik testlerinde anti-nükleer antikor (ANA) 1/320 kaba benekli ekstrakte nükleer antikor (ENA) profilinde anti-SSA +++, anti-SSB +++ görüldü. Anti çift sarmal DNA (anti-ds-DNA) ve anti-Sm antikorlar negatif, kompleman 3 (C3): 0.99g/L (0.83-1.77 g/L) ve kompleman 4 (C4): 0.33g/L (0.12-0.36 g/L) bulundu. Romatoid faktör (RF : 80 IU/ml (<20) olup anti nötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) negatifti. İmmünglobülinler normal aralıktaydı ve kriyoglobulin negatif bulundu. Bu sonuçlara göre hesaplanan Sjögren Sendromu Hastalık Aktivite İndeksi (ESSDAI) skoru 20 olup yüksek hastalık aktivitesi lehineydi. Hastanın almakta olduğu ilaçları; oral mikofenolat mofetil (MMF) 2000 mg/gün, oral hidroksiklorokin 400 mg/gün , oral nintedanib 300 mg/gün, ve metilprednizolon 2 mg/gündü. Böbrek biyopsi patoloji raporunda immünfloresan boyama ile glomerül kapiller duvarlarında granüler tip IgG (+2) ve C3 (+3) boyanma tespit edilmesi üzerine membranöz glomerülonefrit tanısı koyuldu. Primer membranöz GN açısından Nefroloji konsültasyonu sonucunda istenen fosfolipaz A2 reseptör antikoru (PLA2R) negatif geldi. Nefroloji ve Romatoloji Blim Dalı'nın ortak konseyi sonucunda halihazırda akciğer tutulumu da olan hastaya hem böbrek, hem akciğer tutulumuna etkili olan rituksimab verilmesine karar verildi. Almakta olduğu steroid dozu 1mg/kg/güne arttırıldı. 15 gün arayla 2 kez 1000 mg intravenöz rituksimab verilmesinden sonra hastanın proteinürisinin 7 gr/düne azaldığı, albüminin 2.2 gr/dl ye yükseldiği, ve

bacaklardaki şişliğin azaldığı görüldü. Hasta halen nefroloji kliniği ile ortak şekilde takip edilmektedir.

Sonuç: Bu vaka ciddi proteinüri ile başvuran SS' larında altta yatan neden olarak SS'na sekonder membranöz glomerülonefrit görülebileceğini göstermekte olup, klinisyenlerin bu konuda uyanık olması gerekmektedir. Tedavinin hastanın SS 'na bağlı ek tutulumu olup olmamasına ve nefroloji kliniğinin görüşü de alınarak düzenlenmesi faydalı olacaktır.



Figür 1. Her 2 akciğer alt loblarda periferi tutan diffüz retiküler opasiteler (kırmızı oklar)



Figür 2. HRCT de her akciğerde buzlu cam ve bal peteği görüntüsü (mavi oklar)

Kaynaklar

[1]. Qiu DD, Li Z, Wang JJ, Chen DQ, Tu YM, Liang SS, Xu F, Liang DD, Zhang T, Cheng Z. The spectrum and prognosis of Sjögren's syndrome with membranous nephropathy. Clin Kidney J. 2024 Dec 11;18(2):sfae384. doi: 10.1093/ckj/sfae384. PMID: 39927251; PMCID: PMC11806635.

[2]. R. Chen, J. Wang, Q. Xie, J. Xue, and C. Hao, “Sjögren's Syndrome Complicated With Membranous Nephropathy, a Cause or Coincidence?,” International Journal of Rheumatic Diseases 24 (2021): 1086–1094

[EP-05]

Romatoloji polikliniğine konsülte edilen hastalarda sevk özellikleri ve tanı dağılımı

Sinem Kübra Beke
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç:
Romatoloji polikliniğine konsültasyon istenen hastaların demografik özellikleri, konsültasyon nedenleri ve tanı dağılımının değerlendirilmesi ve bulguların gerçek yaşam verileri ışığında incelenmesi amaçlandı.

Yöntem:
Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2025 – Temmuz 2025 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı polikliniğine farklı kliniklerden konsültasyon amacıyla yönlendirilen hastalar dahil edildi. Toplam 335 hasta tarandı; klinik değerlendirmesi tamamlanan ve tanısı netleştirilen 298 hasta analizlere alındı. Demografik veriler, konsültasyon nedenleri, klinik bulgular ve laboratuvar parametreleri kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programı ile yapıldı ve kategorik değişkenler yüzde (%) olarak ifade edildi.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalaması 55.8±16.5 yıl olup, %74.2'si kadındı. En sık konsültasyon nedeni eklem şikayetleri (%35.9) olarak saptandı; bunu interstisyel akciğer hastalığı (İAH) (%11.4) ve vaskülit ile ilişkili bulgular (%6.4) izledi. Hastaların %23.5'i otoantikor pozitifliği nedeniyle konsülte edilmiş olup, en sık romatoid faktör pozitifliği (%10.1) saptandı. Tanı dağılımı incelendiğinde en sık romatoid artrit (%12.8) tanısı konulduğu, bunu undiferansiye bağ dokusu hastalığı (%10.7), ailesel Akdeniz ateşi (%9.7) ve Sjögren sendromunun (%8.7) izlediği görüldü. Hastaların %26.8'inde romatolojik hastalık saptanmadı. İAH nedeniyle konsültasyon istenen hastalarda ise en sık tanı IPAF (%26.5) olup, bu grubun %55.9'unda romatolojik bir hastalık saptanmadı.

Sonuç:
Romatoloji polikliniğine başvuran hastalar heterojen bir dağılım göstermekte olup, başvuruların önemli bir kısmı özgül olmayan klinik ve laboratuvar bulgularına dayanmaktadır. En sık başvuru nedeni eklem şikayetleri olmakla birlikte, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) nedeniyle yönlendirilme oranının dikkat çekici olduğu görülmüştür. Bu durumun, IPAF kavramının klinik pratikte giderek daha fazla yer bulmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

[EP-06]

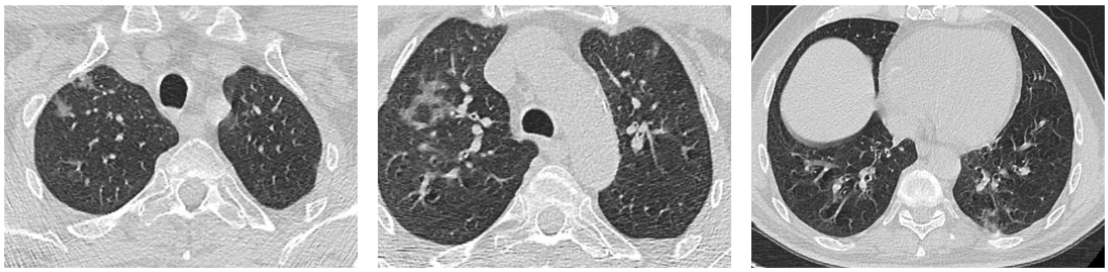
Dermatomiyozitte Mortalite Nedeni Olarak CMV Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

Şükran Sevde Sağlam
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Dermatomiyozit, proksimal kas güçsüzlüğü ve sistemik tutulumlarla seyreden inflamatuvar miyopatilerin bir alt grubudur. Solunum kas tutulumu, disfaji, kardiyak tutulum gibi ciddi organ tutulumları olan hastalarda verilen yoğun immünsüpresif tedaviler, ciddi fırsatçı enfeksiyonlar ve mortalite açısından önemli risk oluşturur. Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu özellikle ağır immünsüpresyon altında yaşamı tehdit eden pnömoniye yol açabilir.

Olgu Sunumu: 59 yaşında prostat adenokanser öyküsü olan hasta; yaygın kas güçsüzlüğü, yutma güçlüğü, boyun kaslarında güçsüzlük ve kilo kaybı ile başvurdu. Muayenede yüz ve alt ekstremite cildinde ödem ve eritem; proksimal kas gücünde azalma; EMG'de yaygın myopatik tutulum, uyluk MR'da kas dokuda yaygın ödematöz değişiklikler saptandı. Anti-NXP2 ve anti Ro-52 pozitifliği mevcut olan hastada ön planda dermatomiyozit düşünülerek pulse steroid sonrası yüksek doz metilprednizolon, hidroksiklorakin, metotreksat, mikofenolat mofetil ve IVIG tedavileri uygulandı. Disfaji ve solunum kas etkilenmesi nedeniyle enteral beslenme, yoğun solunum fizyoterapisi ve sekresyon aspirasyonu uygulandı. Servis takibinde ilerleyici hipoksemik solunum yetmezliği gelişti. Toraks BT'de başlangıçta sağ üst-orta lob ve sol bazalde infiltrasyonlar izlenirken, sonraki görüntülemelerde bilateral yaygın buzlu cam infiltrasyonları ve konsolidasyon alanları ile uyumlu progresif değişiklikler saptandı. Solunum panelinde sırasıyla *Haemophilus influenzae* ve Influenza A(H3) pozitifliği izlendi. Geniş spektrumlu antibiyotik, antiviral ve antifungal tedavilere rağmen oksijen ihtiyacı arttı. Bronkoskopi klinik instabilite nedeniyle yapılamadı. Pnömoni etkene yönelik yapılan incelemelerde plazma CMV PCR sonucu 789.554 kopya/mL saptandı ve gansiklovir tedavisi başlandı. Hastada persistan hipoksemi ve mekanik ventilasyon ihtiyacı gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesinde izleme alındı. Takibinde pansitopeni ve çoklu organ yetmezliği tablosu gelişen hasta mevcut tedavilere rağmen exitus oldu.

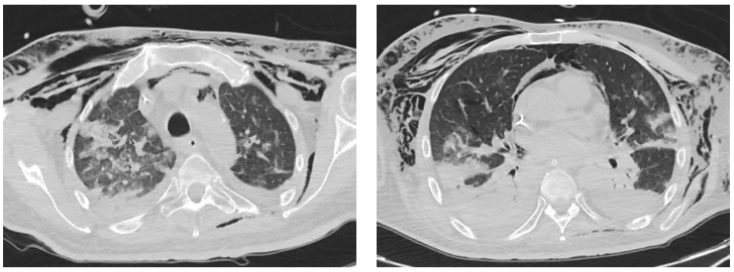
Tartışma: Dermatomiyozitte solunum kas tutulumu ve yoğun immünsüpresyon, ağır fırsatçı enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Ciddi hipoksemi ve bilateral buzlu cam infiltrasyonları olan hastalarda CMV pnömonisi akılda tutulmalıdır. Erken CMV taraması ve hızlı antiviral tedavi kritik olsa da mortalite ile sonuçlanabilmektedir.



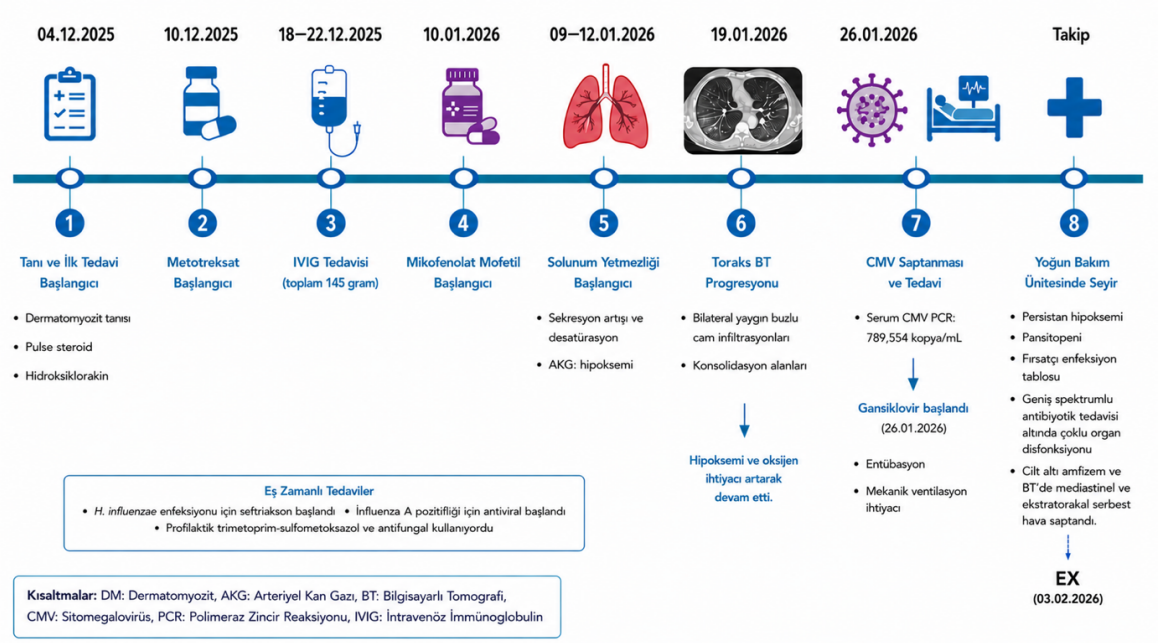
12.01.2026



19.01.2026



31.01.2026



[EP-07]

Sistemik skleroz ile takipli bir hastada gelişen akciğer adenokarsinomu: olgu sunumu

Utku Aksu
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Amaç ve Giriş

Bağ dokusu hastalıklarının, belirli organ ya da bölgelere özgü bazı malignitelerle ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir.Bazı çalışmalarsa Sistemik Skleroz (SSc) hastalarında akciğer kanseri (AK) sıklığının arttığı gösterilmiştir.Amacımız bu olgu ile AK ile SSc arasındaki olası ilişki açısından dikkat çekmektir.

Bulgular ve Olgu

63 yaşında kadın hasta SSc (tanı tarihi 2009),interstisyel akciğer hastalığı (İAH),pulmoner hipertansiyon (PHT) ile takipliyken solunum semptomlarında artış nedenli değerlendirildi ve direkt grafisinde sağ akciğerinde tek taraflı efüzyon saptandı.İleri inceleme için yapılan akciğer tomografisinde sağda apeksten bazale kadar uzanan yaygın plevral effüzyon gözlendi.Hastaya Girişimsel Radyoloji görüşü alınarak torasentez ve tüp drenaj uygulandı alınan örneklerden hücre sitolojisi ve transuda/eksuda ayrımı için örnek gönderildi.Hastanın gönderilen plevral mayi örneği eksuda olarak sonuçladı.Sitoloji değerlendirmesi akciğer adenokarsinomu açısından şüpheli malign hücre pozitif olarak sonuçlandı.Malignite saptanması üzerine tüp drenaj işlemi sonrası hastaya Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi (PET-BT) görüntülemesi yapıldı.PET-BT görüntülesinde sağ akciğer alt lobunu ve orta lob medial segmenti dolduran, sağ hiler bölgeye uzanan ve bronşiyal yapıları çevreleyen yumuşak doku yapılanmasında patolojik hipermetabolizma ve sol hiler bölgede hafif artmış metabolik aktiviteye sahip lenf nodu görüldü.Beyin Manyetik Rezonans (MR) görünrülemesinde metastaz saptanmadı.Göğüs hastalıkları tarafından bronkoskopi yapılan hasta Tıbbi Onkoloji tarafından da takibe alındı.

Sonuç

SSc ve AK birlikteliği sık rastlanmayan ancak son yıllarda daha fazla saptanan bir patolojidir.Bu birliktelik farkındalığının artması malignitenin erken saptanması, tedavi planlaması ve komorbidite yönetimi açısından önem taşıyabilir.Bu olgumuz ile bu birlikteliğe dikkat çekmek istedik.

KAYNAKLAR

1. Colaci M, Giuggioli D, Sebastiani M, et al. Lung cancer in scleroderma: results from an Italian rheumatologic center and review of the literature. *Autoimmun Rev*. 2013;12(3):374-379. doi:10.1016/j.autrev.2012.06.003
2. Chen M, Liu X, Xu Y, et al. Clinicopathological characteristics of lung cancer in patients with systemic sclerosis. *Clin Respir J*. 2020;14(12):1131-1136. doi:10.1111/crj.13249

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

D Event Turizm Organizasyon
İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5/25 Bay Plaza Kat:12 34752 Ataşehir/İstanbul
Tel: +902165731836 • E-posta: kongre@devent.com.tr • www.devent.com.tr

sivasromatoloji.org.org