



TR TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ

5

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri

20 - 21
Haziran
2025

The Green Park
Sivas

BİLDİRİ KİTABI

KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. Ali Şahin

Düzenleme Kurulu

Doç. Dr. Gezmiş Kimyon

Uzm. Dr. Neşe Çabuk Çelik

Uzm. Dr. Arif Babayiğit

Uzm. Dr. Fatih Albayrak

BİLİMSEL PROGRAM

20 Haziran 2025, Cuma

08:30-12:00	KAPİLLEROSKOPI KURSU (SALON A)
08:30-09:00	Kapilleroskopi Teorik Oturum Başkanları: <i>Merih Birlik, Süleyman Serdar Koca</i>
08:30-08:40	Kapilleroskopi Nasıl Yapılır? <i>Duygu Temiz Karadağ</i>
08:40-08:50	Tanıda Kapilleroskopi <i>Merih Birlik</i>
08:50-09:00	Kapilleroskopi Görüntülerinde Değerlendirme Yöntemleri <i>Neslihan Gökçen</i>
09:00-09:15	Kahve Arası
09:15-12:00	Kapilleroskopi Pratik Eğitmciler: <i>Duygu Temiz Karadağ, Neslihan Gökçen, Levent Kılıç</i>
08:30-12:10	TEMEL DÜZEYDE KAS İSKELET SİSTEMİ ULTRASONOGRAFİ KURSU (SALON B)
08:30-08:40	Açılış, Kursun Amacı ve Hedefleri <i>Salih Pay</i>
08:40-09:00	Diz Ultrasonografisi <i>Salih Pay</i>
09:00-09:30	Diz Ultrasonografisi Pratik Uygulama <i>Salih Pay, Mustafa Turgut Yıldızgören, Sibel Bakırcı</i>
09:30-09:50	Ayak ve Ayak Bilek Ultrasonografisi <i>Sibel Bakırcı</i>
09:50-10:10	Ayak ve Ayak Bilek Ultrasonografisi Pratik Uygulama <i>Salih Pay, Mustafa Turgut Yıldızgören, Sibel Bakırcı</i>
10:10-10:20	Kahve Arası
10:20-10:40	El ve El Bilek Ultrasonografisi <i>Mustafa Turgut Yıldızgören</i>
10:40-11:10	El ve El Bilek Ultrasonografisi Pratik Uygulama <i>Salih Pay, Mustafa Turgut Yıldızgören, Sibel Bakırcı</i>
11:10-11:30	Kursun Değerlendirilmesi ve Kapanış
11:30-13:00	Öğle Yemeği

BİLİMSEL PROGRAM

20 Haziran 2025, Cuma

13:00-13:40	1. OTURUM Oturum Başkanları: Şükran Erten, Hakan Poyrazoğlu, Berrin Akın
13:00-13:40	Açılış, Saygı Duruşu, İstiklal Marşı ve Düünden Bugüne Sivas Romatoloji Ali Şahin
13:00-13:10	SJIA için Çocuk Romatolojiden Erişkin Romatolojiye Geçişte Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar Özgür Kaspçopur
13:10-13:20	Çocuk Hastalarda FMF Tanı, Tedavi ve Takibi Mehmet Yıldız
13:20-13:30	Gebelik ve Emzirme Döneminde FMF Tedavisine Yaklaşım Serdal Uğurlu
13:30-13:40	Romatolojik Hastalıklarda Çocuklarda Stereoid Tedavisine Endokrinolojik Bakış Serpil Albayrak
13:40-13:50	Erişkin ve Çocukluk Çağı Skleroderması Arasındaki Farklılıklar Amra Adroviç
13:50-14:00	Kahve Arası
14:00-14:40	2. OTURUM Oturum Başkanları: Gülen Hatemi, Emel Güler, Ahmet Altun
14:00-14:10	Romatolojik Hastalıkların Yönetiminde Teknolojik Rehabilitasyon Musa Polat
14:10-14:20	Zero Echo Time MR'ın Romatolojideki Yeri Mustafa Dinler
14:20-14:30	Atlantaaksiyal Subluksasyon'da Tanı ve Tedavi Yaklaşımları, Preop Öneriler Metek Pekdiker
14:30-14:40	Fibromiyalji Yaklaşım Alpaslan Yetişgin
14:40-15:00	Kahve Arası
15:00-15:40	3. OTURUM Oturum Başkanları: Servet Yolbaş, Hasan Ulusoy, Mustafa Tosun
15:00-15:10	Dermatolog Gözüyle Romatolojik Hastalıklar Rukiye Yasak Güner
15:10-15:20	Romatolojik Hastalarda Maligniteye Yaklaşım Celal Alandağ
15:20-15:30	Romatoloji Konsültasyonlarında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar Sezgin Zontul
15:30-15:40	Dermatoloji ve Romatolojinin Karşılıklı İstedığı Konsültasyonlar ve Sonuçları Funda Koç Babayiğit, Arif Babayiğit
15:40-15:50	Kahve Arası

BİLİMSEL PROGRAM

20 Haziran 2025, Cuma

15:50-16:30	4. OTURUM Oturum Başkanları: <i>Gözde Çetin Yıldırım, Mehmet Derya Demirağ</i>
15:50-16:20	Sözlü Bildiriler-I
15:50-15:55	Dermatoloji Polikliniğinde Yeni Tanı Behçet Hastalarının Klinik Özellikleri ve Tedavi Yaklaşımları: Tek Merkezli Retrospektif Gözlemsel Çalışma <i>Funda Koç Babayiğit</i>
15:55-16:00	Paratiroid Adenomuna Sekonder Psödogut Tanılı İki Olgu Sunumu <i>Fatih Albayrak</i>
16:00-16:05	Erişkin Hastalarda İmmünglobulin A Vaskülit: Klinik Özellikler, Organ Tutulum Paterni ve Tedavi Yanıtı Üzerine Tek Merkez Deneyimi <i>Arif Babayiğit</i>
16:05-16:10	Sklerodermalı Hastalarda Toraks BT Tutulum Bulguları <i>Enes Gül</i>
16:10-16:15	Erişkin Başlangıçlı Dermatomiyozit ve Juvenil Dermatomiyozit Karşılaştırması: Tek Merkezli Retrospektif Kohort Çalışması <i>Ece Aslan</i>
16:15-16:20	Psöriyatik subaksiyel subluksasyon: Aksiyel tutulum PsA'da rutin taranmalı mı? <i>Mete Pekdiker</i>
16:20-16:25	Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Kliniğinde Sjögren Sendromu Ön Tanısı İle Minör Tükürük Bezi Biyopsisi Yapılan Hastalarda Sonuçların Değerlendirilmesi: Retrospektif Kohort Çalışması <i>Arefe Yıldırım Türk</i>
16:25-16:30	Triptofan Metabolizmasının Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında İnflamasyonla İlişkisi: Kinurenin Yolu Metabolitlerinin Biyobelirteç Potansiyeli <i>Dilbeste Çelikel</i>
16:30-16:40	Aklımızda Kalanlar (Yarışma) <i>Neşe Çabuk Çelik, Aylin Dolu Karaca</i>
16:40-17:00	Kahve Arası
17:00-17:30	5. OTURUM Oturum Başkanları: <i>Servet Akar, Fatoş Önen, Gezmiş Kimyon</i>
17:00-17:15	Romatoloji Serüvenleri <i>Süleyman Özbek</i>
17:15-17:30	Romatoloji Serüvenleri <i>Ahmet Gül</i>

BİLİMSEL PROGRAM

21 Haziran 2025, Cumartesi

08:30-09:00	Sözlü Bildiriler-II Oturum Başkanları: <i>Neşe Çabuk Çelik, Saliha Sunkak</i>
08:30-08:35	Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında İnterferon Düzenleyici Faktör, İnterferon Alfa ve Beta Düzeylerinin İncelenmesi <i>Melike Yerliyurt Kelici</i>
08:35-08:40	Ankilozan spondilitli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku kalitesine etki eden faktörler <i>Elif Altunel Kılıç</i>
08:40-08:45	Dirençli erişkin başlangıçlı still hastalığında tocilizumab tedavisi: Tek merkezli deneyimi <i>Ezgi Çimen Güneş</i>
08:45-08:50	Romatoid Artritli Hastalarda Total Diz Artroplastisi Sonrası Enfeksiyon Oranları ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi: 142 Hastalık Retrospektif Bir Çalışma <i>Öner Kılınç</i>
08:50-08:55	Behçet Hastalarında Nötrofil-Lenfosit ve Trombosit-Lenfosit Oranlarının Klinik Önemi: Vasküler Tutulumda Yeri <i>Özlem Karakaş</i>
08:55-09:00	Sistemik Sklerozda Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonun Erken Tanısında İnflamatuar Yük İndeksinin Rolü <i>Kayıhan Karaman</i>
09:00-09:40	6. OTURUM Oturum Başkanları: <i>Hakan Ergün, Timuçin Kaşifoğlu, Ali Taylan</i>
09:00-09:10	Makale Yazarken Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar <i>Özgür Kasapçopur</i>
09:10-09:20	Romatolojide İlaç Etkileşimleri <i>Şule Ketenci Ertaş</i>
09:20-09:30	Septik Artrit ve Kristal Artropatilerin Karşılaştırılması <i>Öner Kılınç</i>
09:30-09:40	İnflamatuar Miyozitlere Tanısal Yaklaşım <i>Mehmet Soy</i>

BİLİMSEL PROGRAM

09:40-10:00

Kahve Arası

21 Haziran 2025, Cumartesi

10:00-10:40

7. OTURUM

Oturum Başkanları: *Nevsun İnanç, Eftal Yücel, Timur Pırıldar*

10:00- 10:10

Gut mu, PsA mı Yoksa Psögut mu?

Sadettin Uslu

10:10-10:20

2025'te Öne Çıkan Makaleler

Emre Bilgin

10:20-10:30

PsA Tedavisinde GRAPPA ve NPG Guidelines Güncel Karşılaştırılması

Enes Yayla

10:30-10:40

Romatolojik Hastalıklarda Biyopsikososyal Yaklaşım: BETY

Edibe Ünal

10:40-11:00

Kahve Arası

11:00-11:40

8. OTURUM

Oturum Başkanları: *Ayten Yazıcı, Vedat Hamuryudan, İzzet Fresko*

11:00-11:10

MI ve AFAS ilişkisi

Orhan Zengin

11:10-11:20

Trombotik AFAS ve Obstetrik AFAS Arasındaki Farklar

Fatih Albayrak

11:20-11:30

Lupus Nefriti Tedavinde Yeni Tedavi Seçenekleri

İsmail Koçyiğit

11:30-11:40

EuroLupus ve NIH Protokollerinin Karşılaştırılması

Abdulsamet Erden

11:40-12:10

Uydu Sempozyumu

Spondiloartritlerde Remsima ile Zor Vakaların Yönetimi

Oturum Başkanı ve Konuşmacı: *Ali Şahin*

Komorbideiteli Vakalarda İnfliksımab Tedavisi

Konuşmacı: *Adem Küçük*

Spondiloartritlerde a-TNFlere Ne Kadar Süreyle Devam Edelim?

Konuşmacı: *Duygu Ersözlü*



12:10-13:30

Öğle Yemeği

21 Haziran 2025, Cumartesi

13:30-14:20

9. OTURUM

Oturum Başkanları: *Sedat Kiraz, Mehmet Kırnay, Lütfi Akyol*

13:30-13:40

Büyük Damar Vaskülitleri Güncel Tedaviler

Fatma Alibaz Öner

13:40-13:50

Sistemik Sklerozda Yeni Neler Var?

Ali Akdoğan

13:50-14:00

Lipoma Arborecans

Neşe Çabuk Çelik

14:00-14:10

Hipertrofik Osteoartropat

Burak Öz

14:10-14:20

Son ACR'dan Güncel Notlar

Ertuğrul Çağrı Bölek

14:20-14:50

Uydu Sempozyumu

GO Master - Uzmanı ile AS'de Simponi ile 10 Yıllık Deneyim

Moderatör: *Ömer Karadağ*

Konuşmacı: *Gezmiş Kimyon*



14:50-15:10

Kahve Arası

15:10-15:50

10. OTURUM

Oturum Başkanları: *Ahmet Omma, Adem Küçük, Duygu Ersözlü*

15:10-15:20

Genetiğin Romatolojik Tanılarda Yeri

Mehmet Emin Derin

15:20-15:30

AFR yüksekliğine romatolog olarak Yaklaşım

Hatice Şeyma Eren

15:30-15:40

Toraks BT'de Romatologların Pratik Bilmesi Gerekenler

Dicle Kaymaz

15:40-15:50

Aklımızda Kalanlar (Yarışma)

Neşe Çabuk Çelik, Elif Altunel Kılınc

15:50-16:00

KAPANIŞ

Ali Şahin

KONUŞMA ÖZETLERİ

AKUT FAZ YÜKSEKLİKLERİNE ROMATOLOG OLARAK YAKLAŞIM

Dr. Hatice Şeyma Eren

Gaziantep Dr. Ersin Arslan EAH

AFR'ler inflamasyonun non-spesifik belirteçleridir. Enfeksiyon, inflamasyon veya doku hasarına karşı oluşurlar ve doğru yorumlandığında tanı ve tedavi yönetiminde kritik ipuçları sunar. Akut faz reaktanları romatolojide temel biyobelirteçlerdir.

Akut faz proteinleri, enflamatuar durumlar sırasında plazma konsantrasyonları en az yüzde 25 oranında artan veya azalan proteinler olarak tanımlanır* AFR büyük ölçüde hepatositler tarafından üretilir. Bu da esas olarak makrofajlar, monositler ve çeşitli diğer hücreler tarafından enflamatuar süreç sırasında üretilen sitokinlerin etkilerinden kaynaklanır. İnterlökin 6 (IL-6), çoğu AFR'nin ana indükleyicisidir. Akut faz yanıtını etkileyen diğer majör sitokinlerden bazıları IL-1 beta, tümör nekroz faktörü (TNF)-alfa ve interferon gamadır. ** Yanık, cerrahi, travma gibi akut faz yanıtını tetikleyecek durumlar dışında ESH ve CRP yüksekliğinin en sık nedenleri enfeksiyonlar, maligniteler ve romatizmal hastalıklardır. Bu üç durumun da erken döneminde konstitüsyonel şikayetler, artralji, ESH ve CRP yüksekliği gibi nonspesifik ortak semptomları vardır. Her zaman hastanın semptomları, fizik muayene bulguları ve diğer laboratuvar/görüntüleme sonuçları birlikte değerlendirilmelidir. Klinik bulgu olmadan izole AFR yüksekliği, dikkatli bir değerlendirme gerektirir.

Romatoloji pratiğinde en sık kullanılan AFRler CRP ve sedimentasyondur. Bununla birlikte ferritin, prokalsitonin, serum amiloid A, c3 ve c4 de tanı ve takip aşamasında değerlendirilen akut faz reaktanları arasındadır.

Eritrosit sedimentasyon hızı yaş, cinsiyet gibi faktörlerden etkilenir***Yükselişi yavaştır. CRP yanıtı sedimentasyona göre daha hızlıdır.

AYIRICI TANI

A. İnflamatuar Romatizmal Hastalıklar:

- Romatoid Artrit (RA), Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), Vaskülitler (GPA, GCA), Polimiyalji Romatika (PMR), Spondiloartropatiler.
- Kristal Artropatileri (Gut, Psödogut akut atakları).

B. Enfeksiyonlar:

- Bakteriyel (sepsis, osteomyelit, endokardit), viral, fungal, paraziter.
- Özellikle immünsüpresif hastalarda veya yeni, açıklanamayan ateşte mutlaka akla gelmeli.

C. Maligniteler:

- Solid tümörler, hematolojik maligniteler (lenfoma, miyelom).
- Paraneoplastik sendromlar.

D. Diğer Nedenler:

- Doku nekrozu (MI, pankreatit), travma, cerrahi.
- Obezite, kronik böbrek/karaciğer hastalıkları, gebelik, yaşlılık

Kapsamlı Klinik Değerlendirme:

Detaylı Anamnez: Artralji, artrit, sabah tutukluğu, miyalji, ateş, kilo kaybı, yorgunluk, deri döküntüleri, serozit, fotosensitivite, Raynaud fenomeni, göz bulguları (üveit, sklerit), nefes darlığı, öksürük, oral/genital ülserler, kuru göz/ağız gibi romatolojik hastalıkları düşündüren semptomlar detaylıca sorgulanmalıdır.

Fizik Muayene: Eklem şişliği/hassasiyeti, deformiteler, döküntüler, lenfadenopati, üfürüm, ral,

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

Hedefe Yönelik İncelemeler:

Enfeksiyon: Kan kültürleri, idrar analizi, akciğer grafisi, spesifik serolojiler , prokalsitonin
Malignite: Yaşa uygun kanser taraması, yüksek şüphede görüntüleme (BT, PET-BT).

Romatizmal Hastalığın Doğrulanması: Otoantikor paneli (ANA, RF, anti-CCP, ANCA),
gerekli görülürse genetik testler, etkilenen eklemlerin/organların görüntülenmesi (USG, MRG,
PET-BT veya CT anjiyografi)

Biyopsi (gerekirse): Temporal arter, böbrek,cilt

AFR yüksekliği, romatolojik hasta popülasyonunda yaygın bir bulgudur ve multidisipliner bir
yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Enfeksiyon ve malignite gibi nedenlerin dışlanması, ardından romatolojik hastalıkların özgül
belirti ve bulgularına yönelik detaylı bir araştırma yapılması esastır.

Kaynaklar

*Kushner I. The phenomenon of the acute phase response. Ann N Y Acad Sci.1982;389:39-
48. doi: 10.1111/j.1749-6632.1982.tb22124.x. PMID: 7046595

**Gauldie J, Richards C, Harnish D, Lansdorp P, Baumann H. Interferon beta 2/B-cell
stimulatory factor type 2 shares identity with monocyte-derived hepatocyte-stimulating factor
and regulates the major acute phase protein response in liver cells. Proc Natl Acad Sci U S A.
1987 Oct;84(20):7251-5. doi: 10.1073/pnas.84.20.7251. PMID: 2444978; PMCID:
PMC299269.

***Hayes GS, Stinson IN. Erythrocyte sedimentation rate and age. Arch Ophthalmol. 1976
Jun;94(6):939-40. doi: 10.1001/archopht.1976.03910030473007. PMID: 938284.

Fibromiyaljiye Yaklaşım

Dr.Alparslan Yetişgin

Harran Üniversitesi Hastanesi

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, sık görülen uyku bozuklukları ve yorgunluk ile karakterize kronik bir ağrı sendromudur (1). Tanı alan hastaların %80-90'ı kadınlardan oluşmakta olup en sık 4.dekat civarında görülmektedir (2). Hastalığın patofizyolojik faktörleri henüz tam olarak aydınlatılamamış olup, halen yoğun araştırmaların konusudur. Mevcut bulgular, FMS'nin esas olarak beyindeki ağrı işleme mekanizmalarındaki bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermektedir. FMS hastalarında, yaygın hiperaljezi ve/veya allodini durumuna yol açan, daha düşük bir ağrı eşiği mevcuttur. Çoğu olguda hastalar ağrıya karşı aşırı duyarlı hale gelir. Sürekli ağrıya karşı aşırı duyarlılık hali, psikolojik sorunlarla da ilişkili olabilir (3,4). FMS, kadınlarda erkeklere göre daha yaygın görülmektedir; bunun nedenleri arasında daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri, ağrıya verilen yanıtta farklılıklar, merkezi sinir sistemi girdilerinde değişiklikler ve adet döngüsüne bağlı hormonal etkiler yer almaktadır (3,4). FMS tanısında kullanılan ilk sınıflama kriterleri, Amerikan Romatoloji Derneği (American College of Rheumatology - ACR) tarafından 1990 yılında yayımlanmıştır. Bu kriterlere göre, en az üç aydır süregelen yaygın vücut ağrısının yanı sıra, tanımlanan 18 hassas noktadan en az 11'inde yaklaşık 4 kg'lık basınçla palpasyon sonucu ağrı oluşması tanı için gereklidir (5). Daha sonra ACR tarafından 2010, 2011 ve 2016 yıllarında yeni sınıflama kriterleri geliştirilmiş ve bu kriterler, tanı sürecinde subjektif belirtiler ile birlikte bilişsel ve somatik semptomları da içerecek şekilde revize edilmiştir(6–8). FMS, çeşitli romatolojik, psikiyatrik ve gastrointestinal hastalıklarla birlikte seyredebilir. Bu durumun, hastalığın çok faktörlü patofizyolojisiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. 40 çalışmanın incelendiği bir sistematik derleme ve metaanalizde, inflamatuvar artritli erişkinlerde eşlik eden FMS prevalansı ve hastalık aktivite skoruna etkisi değerlendirilmiştir (9). Buna göre FMS prevalansı romatoid artritlilerde (RA) %4.9–%52 (ortalama %21), ankilozan spondilitlilerde (AS) %4–%25 (ortalama %13), psoriyatik artritlilerde (PsA) %10–%27 (ortalama %18) bulunmuştur. Eşlik eden FMS varlığı, RA'lı hastalarda DAS28 skorunu ortalama 1.24 puan, AS'li hastalarda BASDAI skorunu ortalama 2.22 puan artırmıştır. PsA çalışmalarında da benzer şekilde FMS varlığı, daha yüksek DAS ile ilişkilendirilmiştir. Bu artışların, özellikle öznel değerlendirme bileşenlerinden (örn. hassas eklem sayısı, VAS ağrı skorları) kaynaklandığı dikkat çekmektedir. FMS, RA, AS ve PsA hastalarında yaygındır. Komorbid FMS, hastalık aktivite skorlarını anlamlı şekilde artırmakta ve bu durum, klinik yönetim kararlarını etkileyebilmektedir (9).

Fibromiyalji için Amerikan Ağrı Derneği (American Pain Society) ve EULAR tarafından ortaya konan çok sayıda kanıta dayalı tedavi kılavuzu mevcuttur. Kanada, İspanya ve Almanya gibi ülkelerin ulusal kılavuzlarında da benzer öneriler yer almaktadır. Tüm bu kılavuzlar, tedavide dört geniş ilaç sınıfını içeren ortak farmakolojik yaklaşımları önermektedir: antiepileptik ilaçlar, trisiklik antidepressanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) (10). Diğer ilaçlar arasında kas gevşeticiler, 5-HT3 reseptör antagonistleri, dopaminerjik agonistler, antioksidanlar ve araştırma aşamasındaki ilaçlar bulunmaktadır (11). Ancak ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) yalnızca pregabalın, duloksetin ve milnasipran'ı fibromiyalji tedavisi için onaylamıştır. Diğer tüm ilaçların kullanımı endikasyon dışıdır. Kanada Sağlık Bakanlığı ise yalnızca pregabalın ve duloksetin'i onaylamışken, Avrupa İlaç Ajansı (EMA) bu endikasyon için hiçbir ilacı onaylamamıştır (12).

Tamamlayıcı tedavilerin değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında; akupunktur, Tai Chi ve Çigong uygulamalarının fibromiyalji hastalarında ağrı düzeyi üzerinde olumlu etkiler

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

sağladığı ve standart tedavilere ek olarak uygulanmasının potansiyel faydalar sunabileceği belirtilmiştir. Buna karşılık, meditasyon ve kupa terapilerine ilişkin bulguların ağrı düzeyi üzerindeki etkileri konusunda yeterli tutarlılığın bulunmadığı, dolayısıyla etkinliklerinin net olarak gösterilemediği ifade edilmiştir (13).

KAYNAKLAR

1. Melikoglu M, Melikoglu MA. The prevalence of fibromyalgia in patients with Behçet's disease and its relation with disease activity. *Rheumatol Int.* 2013;33:1219–22.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.
3. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci.* 2021;22:3891.
4. Bhargava J, Hurley JA. Fibromyalgia. [Updated 2022 Oct 10] Statpearls [internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;2023.
5. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter Criteria Committee.
6. Sarzi-Putt,ni P,Atzeni F,Masala IF, et al. Are the ACR 2010 diagnostic criteria for fibromyalgia better than the 1990 criteria? *Autoimmun Rev.*2018;17:33-5.
7. Wolfe F,Clauw DJ,Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011;38:1113-22
8. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum.*2016;46:319-29.
9. Duffield SJ, Miller N, Zhao S, et al. Concomitant fibromyalgia complicating chronic inflammatory arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford).* 2018;57:1453-60.
10. Halpern R, Shah SN, Cappelleri JC, et al. Evaluating guideline-recommended pain medication use among patients with newly diagnosed fibromyalgia. *Pain Pract.* 2015.
11. Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim M. An update on pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16:1347–68.
12. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update *Curr Pain Headache Rep.*2016;20-5
13. Demiray C, Zengin Alpözgen A. Fibromiyalji Sendromunda Tamamlayıcı Tedaviler. *J Health Pro Res* 2022;4:49-56.

Romatolojik Hastalıklarda Çocuklarda Steroid Tedavisine Endokrinolojik Bakış Açısı

Serpil Albayrak¹

Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi

Giriş

Glukokortikoidler çocukluk çağı romatolojik hastalıklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan güçlü anti-inflamatuar ve immünosüpresif ajanlardır. Jüvenil idiyopatik artrit, çocukluk çağı sistemik lupus eritematozus, jüvenil dermatomyozit ve diğer romatolojik hastalıkların yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Endokrinolojik perspektiften bakıldığında, bu tedavilerin çocuklarda erişkinlere göre daha önemli ve kalıcı metabolik - hormonal etkileri bulunmaktadır.

Çocukluk çağında glukokortikoid kullanımının endokrinolojik açıdan farklı olmasının temel nedenleri arasında büyüme ve gelişim sürecinde olmak, hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen immatüritesi, kemik metabolizması ve mineralizasyonun aktif dönemde bulunması, pubertal gelişim üzerine etkileri ve metabolizmaya etkisi yer almaktadır. Düşük doz glukokortikoid kullanımında dahi kardiyovasküler hastalık, ciddi enfeksiyonlar, hipertansiyon, diyabet osteoporoz ve kırık riskini artırır ve eş zamanlı tip 2 diyabet mellitus ile genel mortaliteyi artıran komplikasyonlara yol açması bu konunun önemini oluşturur. Bu durum çocuklarda glukokortikoid tedavisinin planlanması ve uygulanmasında multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

Çocukluk Çağına Özgü Endokrinolojik Riskler

Büyüme ve Gelişim Etkileri

Glukokortikoidlerin çocuklarda hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen üzerinde büyüme duraklaması, gecikmesi ve pubertanın gecikmesi önemli komplikasyonlar olduğu belirtilmektedir. Büyüme üzerine etkiler hem direkt hem de indirekt mekanizmalarla gerçekleşir. Glukokortikoidlerin büyüme hormonu sekresyonunun baskılanması, IGF-1 sentezinin azalması, büyüme plağının direkt inhibisyonu ve protein sentezinin bozulması yer alır. Endokrinolojik açıdan boy uzunluğu ve büyüme hızının düzenli takibini, pubertal gelişimin değerlendirilmesini, kemik yaşı tayini ve kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapılması gerekenler arasındadır. Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği'nin önerilerine göre, büyüme parametrelerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve gerektiğinde büyüme hormonu tedavisinin düşünülmesi önemlidir.

Kalsiyum-Fosfor Metabolizması Üzerine Etkiler

Glukokortikoidler, gastrointestinal sistemde kalsiyum emilimini ciddi şekilde bozar. Renal kalsiyum kaybı, böbrekte 1 α -hidroksilaz enziminin inhibisyonu aktif vitamin D [1,25(OH)₂D₃] sentezini düşürmesidir. D vitamini desteği ve beslenmede kalsiyumdan zengin olması önemlidir.

Tiroid Fonksiyonları Üzerine Etkiler

Glukokortikoidler serum TBG konsantrasyonlarında azalmaya neden olur. Serum TBG düzeylerindeki değişikliklerin serum T4 konsantrasyonlarında azalma ile eşlik ettiği gösterilmiştir. Total hormonlar düşük ancak hasta ötiroid, fT4 ve TSH normal-düşük aralıkta ise, klinik hipotiroidi bulguları yok ise tedavi gerektirmez.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

Metabolik Etkiler

Çocuklarda glukokortikoid kullanımına bağlı metabolik komplikasyonlar arasında insülin direnci ve diyabet riski, obezite ve cushing benzeri görünüm, osteoporoz ve büyüme plağı etkileri ile hipertansiyon yer almaktadır. Bu komplikasyonların çocuklarda erişkinlere göre daha erken ve daha belirgin şekilde ortaya çıkabildiği bilinmektedir.

Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Eksen Süpresyonu

Glukokortikoid tedavisinin en önemli endokrinolojik etkisi hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) eksen süpresyonudur. Çocuklarda eksen immatüresi çocukların glukokortikoid etkilerine karşı erişkinlerden daha hassas olmalarının temel nedenidir.

2024 ESE/Endocrine Society ortak kılavuzuna göre kısa Süreli Tedavi (Düşük Risk):Erişkin için glukokortikoid kullanımı 3-4 haftadan daha kısa sürede doz ne olursa olsun glukokortikoidlerkesilebilir.3-4 hafta veya daha fazla glukokortikoid kullanımı veya glukokortikoid tedavi dozu günlük hidrokortizon eşdeğeri 15-25 mg'dan fazla herhangi bir doz (4-6 mg prednizon veya prednizolon, 3-5 mg metilprednizolon, 0.25-0.5 mg deksametazon) kullanımı adrenal yetmezlik riski oluşturur. Çocuklar için kısa süreli Kullanım (<2 Hafta) düşük riskli kabul edilir ve aniden kesilebilir. Ancak yüksek dozda (>0.5 mg/kg/gün prednizolon eşdeğeri) ve 2 haftaya yakın kullanımlarda kademeli kesme, uzun süreli kullanım (>3 Hafta) mutlaka kademeli azaltma yapılmalıdır. Gerekirse haftada %10–20 doz azaltma yada hidrokortizonagibi daha kısa yarı ömürlü preparat geçiş önerilir. Asemptomatik hastalarda bile HPA eksen iyileşmesi 12 aya kadar sürebilir. Çocuklarda adrenal kriz klinik yansıması akut hemodinamik değişiklikler, ciddi elektrolit dengesizliği ve başka bir nedene bağlı olmayan hipoglisemiye içeren hemodinamik bozulmalar olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda adrenal krizin daha çok primer adrenal yetmezlikte gözlemlendiği, santral adrenal yetmezlikte ise nadiren görüldüğü belirtilmektedir.

Tanı Testleri

Sabah Kortizol Testi:HPA eksenini iyilik durumundan emin olmak için Çocuk Endokrinoloji Derneği Adrenal Çalışma Grubu uzlaşısı raporunda da belirtilen tanı için test yapılma zamanı olarak hidrokortizon kullanan hastalar için önceki akşam dozundan sonraki sabah , prednizolon kullanan hastalarda ise son tedavi dozundan 24 saat sonra testler yapılabilir. Bunun için sabah erken saatte (8:00 ile 9:00 arasında) kortizol seviyesi ölçümü yapılmalıdır. Serum kortizol değerlerinin 3 µg/dL'nin altında olması adrenal yetmezlik tanısı koydururken, 18 µg/dL'nin üzerinde olmasında ise ekarte ettirir. Sabah kortizol seviyesi 3 ila 15 µg/dL arasında olduğunda ise dinamik test yapılması önerilmektedir.

Stress Dozu Yönetimi

Glukokortikoid nedenli adrenal yetmezliği kanıtlamak için biyokimyasal test yapılmayan mevcut veya yakın zamanda glukokortikoid kullanımı olan hastaların strese maruz kaldıklarında stress dozu alması önerilmektedir.Adrenal kriz açısından hemodinamik instabilite, kusma veya diyare ile başvuran herhangi bir kişi için adrenal kriz tanısı düşünülmelidir. Bu hastalar parenteral glukokortikoid tedavisi ve sıvı resüsitasyonu ile desteklenmelidir.

Hasta eğitimi

Hastalara glukokortikoid tedavisi ve metabolik etkilerini ve riskleri konusunda bilgi verilmelidir.

Sonuç:

Çocukluk çağı romatolojik hastalıklarında glukokortikoid tedavisi, büyüme-gelişim, kemik metabolizması ve HPA eksen fonksiyonları üzerinde erişkinlere göre daha ciddi ve kalıcı endokrinolojik etkiler oluşturduğundan multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Uzun süreli tedavilerde HPA eksen süpresyonu açısından düzenli monitörizasyon ve sabah kortizol takibi ile birlikte stress dozu yönetimi kritik önem taşımaktadır. Hasta ve ailelerin glukokortikoid tedavisinin endokrinolojik etkileri konusunda eğitilmesi, erken tanı ve uygun yönetim protokolleri ile adrenal kriz gibi hayatı tehdit edici komplikasyonların önlenmesinde temel rol oynamaktadır.

Kaynaklar

1. European Society of Endocrinology. Glucocorticoid-Induced Adrenal Insufficiency Clinical Practice Guidelines. 2024.
2. Beuschlein F, Else T, Bancos I, et al. European Society of Endocrinology and Endocrine Society Joint Clinical Guideline: Diagnosis and therapy of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency. *Eur J Endocrinol*. 2024;190(5):G25-G65.
3. mproda, N., Chioma, L., Capalbo, D. *et al*. Glucocorticoid treatment and adrenal suppression in children: current view and open issues. *J Endocrinol Invest* 48, 37–52 (2025).
4. European Society for Paediatric Endocrinology. Glucocorticoid treatment and adrenal suppression in children: current view and open issues. *J Endocrinol Invest*. 2024.

Romatoloji Konsültasyonlarında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Sezgin Zontul

İnönü Üniversitesi

Romatoloji, kas-iskelet sistemi, eklemler, bağ dokusu ve bağışıklık sisteminin otoimmün ve inflamatuvar hastalıklarıyla ilgilenen bir uzmanlık alanıdır. Romatolojik hastalıklar, çoğu zaman yalnızca eklemleri değil; deri, göz, akciğer, kalp, böbrek ve sinir sistemi gibi birçok organı da tutabilen multisistemik özellikte olabilir (1). Bu nedenle romatoloji, sistemik yaklaşım gerektiren, multidisipliner bir tıp alanıdır. Konsültasyon ise hekimin, farklı bir alanda çalışan hekimlerden bilimsel ve teknik açıdan aldığı yardım ya da danışmanlık olarak adlandırılmaktadır.

Konsültasyonun öneminin kavranması, tıbbın bütüncül yaklaşımı esas alan bir meslek olduğunun kavranmasıyla olanaklı olduğundan, tıp eğitiminin her döneminde alanın bu özelliğine dikkat çekmek uygun olur. Konsültasyon yazılı olarak istense bile, olanaklı ise hastanın konsültasyonu sırasında ya da hemen sonrasında hekimler hasta ile ilgili olarak karşılıklı görüşme olanağını bulabilmelidirler. Konsültasyon sonuçlarından hastaların da yeterli ölçüde bilgilendirme hakları vardır. Konsültan hekim de hastayla ilişki süresince, en az hastanın sürekli hekimi kadar sorumluluk aldığını bilmelidir. Konsültasyon işlemi, temelde bir hasta-hekim ilişkisidir. Bu nedenle konsültan hekim de hasta-hekim ilişkisinin bütün gereklerini yerine getirmelidir. Konsültasyon eyleminin daha verimli olabilmesi için, sürekli (müdavi) hekim olanaklı ise her keresinde aynı konsültan hekimle çalışabilmelidir.

Konsültasyon istemi ve yerine getirilmesi sırasında, konsültasyonun ve sonuçlarının kuşkuya yer vermeyecek biçimde açık ve iletişimi en üst düzeyde tutan bir tutanak ile belgelenmesi gerekir. Konsültasyon istemi ve yerine getirilmesi sırasında, konsültasyonun ve sonuçlarının kuşkuya yer vermeyecek biçimde açık ve iletişimi en üst düzeyde tutan bir tutanak ile belgelenmesi gerekir (2).

Romatoloji konsültasyon isteme sebepleri arasında nonspesifik semptomlar (Tekrarlayan ateşler, artralji, yorgunluk, döküntü, anemi, güçsüzlük ve/veya açıklanamayan kilo kaybı), Artrit (mono / oligo / poli), sebebi açıklanamayan ateş, antikor testi pozitifliği, vaskülit bulguları (purpura, hemoptizi, vb.), organ tutulumları ile birlikte otoimmün şüphe (göz, deri) sayılabilir (3,4).

Sadece pozitif Antinuclear Antibody (ANA) ile romatoloji konsültasyonu, travmatik artrit romatolojiye yönlendirme, enfeksiyon dışlanmadan bağ dokusu hastalığı ön tanısı, statin kaynaklı kas ağrılarında miyozit düşünülmesi ise konsültasyon hatalarıdır (5). ANA, Extractable Nuclear Antigen (ENA), Antineutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA) gibi testlerin ayırım yapmadan istenmesi, hastaları gereksiz kaygıya sürükler ve yorumlama hatalarına yol açar. Romatolog, bu testlerin ne zaman anlamlı olduğunu vurgulamalıdır (6).

Kaynaklar:

1. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR (Eds.). *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 10th Edition. Philadelphia: Elsevier; 2016.
2. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Hekimlik Meslek Etiđi Kuralları, Klinik Uygulama Rehberleri
3. American College of Rheumatology. *When To See a Rheumatologist*. [Erişim: 22.05.2025] <https://rheumatology.org/patient-blog/when-to-see-a-rheumatologist>
4. Children's National Hospital. *Rheumatology Referral Guidelines*. [Erişim: 22.05.2025] <https://www.childrensnational.org/for-healthcare-professionals/refer-a-patient/referral-guidelines/rheumatology-referral-guidelines>
5. Combe B, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(1):34–45. | Ranganathan P, et al. Laboratory tests in rheumatology: A rational approach. *Cleve Clin J Med*. 2019;86(3):198–205. | BMJ Best Practice. Evaluation of seronegative arthritis. 2021.
6. Solomon DH, et al. The American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Immunologic Testing Guidelines. *Arthritis Rheum*. 2002.

Lipoma Arborescens

Dr. Neşe Çabuk Çelik

Sincan Eğitim Araştırma Hastanesi

Tanım

Lipoma arborescens, yavaş yavaş ilerleyen ve ağrısız eklem efüzyonu olarak kendini gösteren, sinovyumun iyi huylu lipomatöz çoğalması yani sinovyumun villöz lipomatöz proliferasyonu ile karakterize bir eklem içi bozukluktur.

Sinovyumda villöz proliferasyon ve olgun yağ hücreleri ile subsinovyal doku infiltrasyonu ile karakterizedir. Diffüz artiküler lipomatöz olarak da adlandırılır.

Tarihçe

İlk tanımını Alman bir cerrah olan Albert Hoffa, 1904'te lipoma arborescens'in yaptı; Latince terimi 'arborescens', bu durumun karakteristik villous ve frond benzeri morfolojisini tanımlayan 'ağaç benzeri görünüm' anlamına gelir.

Etiyolojisi

Etiyolojisi bilinmemektedir; ancak osteoartrit ve romatoid artrit gibi sinovyumun kronik iltihabı ile ilişkili olabilir.

Lipoma arborescens'in kesin nedeni bilinmemekle birlikte, neoplastik bir süreçten ziyade kronik travmatik veya enflamatuar uyarılara yanıt olarak spesifik olmayan bir reaktif sinovyal yağ proliferasyonu olduğu varsayılmıştır.

Lipoma arborescens, genellikle diz ekleminin suprapatellar kesesini içeren, sinovyumun villöz lipomatöz proliferasyonu ile karakterize kronik, yavaş ilerleyen bir eklem içi lezyondur.

Klinik

Sıklıkla hastalar patolojinin olduğu dizde ağrı, şişlik ve ilgili eklemden eklem hareket açıklığında kısıtlılıkla başvururlar.

En sık diz eklemi tutulur.

Hastaların tutulan eklemlerinde ve eşlik eden yumuşak dokuda şişlik mevcuttur.

İlk başvuru diğer inflamatuar monoartritlerle aynıdır.

Uzun yıllar devam eden ve aralıklı efüzyonların eşlik ettiği eklem yavaş yavaş ilerleyen ağrısız şişmesi olarak ortaya çıkan eklem içi kitlelerin nadir bir nedenidir.

Klinik sunum genellikle etkilenen eklem ağrısız şişmesinin sinsi bir başlangıcından, genellikle uzun yıllar devam eder ve ardından aralıklı eklem efüzyonu ataklarının eşlik ettiği ilerleyici ağrıdan oluşur.

İlgili eklem aralıklı olarak kötüleşen ağrı ve şişmesi, hipertrofik yağlı villusların hareketli eklem yüzeyleri arasında sıkışması ile ilgili olabilir.

Diz eklemi en yaygın tutulum bölgesi olmasına rağmen, omuz, kalça, dirsek, ayak bileği ve bilek dahil olmak üzere diğer birçok eklem yanı sıra periartiküler bursa ve tendon kılıflarında da lipoma arborescens bildirilmiştir.

Görüntüleme

Ultrasonografide, lipoma arborescens'in villöz yağ çıkıntıları tipik olarak bitişik deri altı yağınine benzer şekilde yüksek bir ekopattern gösterir ve çevredeki efüzyon içinde gerçek zamanlı olarak dalgalanabilir. Pigmentli villonodüller sinovitin (PVNS) sağlam ve sıkıştırılmaz kütlelerinin aksine kitle genellikle kıvamı yumuşak ve sıkıştırılabilir.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

Ayrıca, ultrasonografi ucuz, kolay ulaşılabilir ve çeşitli sinovyal yüzeylerde lipoma arborescens'in yerini ve kapsamını belirlemede oldukça pratik olduğundan, daha pahalı kesitsel görüntülemelerden önce ilk tanı aşamasında kullanılabilir.

MRI, da tüm sekanslarda yağ sinyal yoğunluğuna sahip karakteristik villöz sinovyal kitleleri göstermektedir.

Lipoma arborescensin, diğer herhangi bir yağ içeren lezyondan farklı olarak, genellikle MR görüntülemesinde diğer eklem içi kitle benzeri lezyonlardan ayıran spesifik bir sinyali gözlenir. MR görüntüleme ile effüzyon gibi eşlik eden diğer patolojik görüntüler USG'de olduğu gibi tespit edilebilir. Ayrıca sekonder lipoma arborescens tipinde dejeneratif değişiklikler ve menisküs yırtıkları olabilir. Böylece bu patolojilerde saptanır. Eşlik eden patolojiler sıklıkla primer tipte gözlenmez.

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda tam bir artrit taklitçisi olduğu için birçok patoloji sıralanabilir.

Klinik olarak, eklem kitlelerinin beş sınıflandırılmış alt grubundan herhangi biri (yani enfeksiyöz olmayan sinovyal proliferatif lezyonlar, enfeksiyöz granülomatöz durumlar, depozit eklem hastalıkları veya neoplastik ve vasküler kökenli eklem kitleleri) lipoma arborescens'i taklit edebilir.

Bunlar arasında, sinovyal osteokondromatoz, pigmentli villonodüler sinovit, romatoid artrit, tüberküloz artrit ve gut artropatisi, görüntülemelerde bile tanısız bir ikilem oluşturabilecek bu durum için en yaygın ayırıcı tanılardır.

Tedavi ve Prognoz

Lipoma arborescens, konservatif tedaviye rağmen semptomatik olmadıkça agresif cerrahi tedavi gerektirmeyen iyi huylu bir indolent durumdur.

Lipoma arborescens'in primer tedavisi, sekonder lipoma arborescens ve ilişkili semptomlarının daha fazla ilerlemesini azaltmak için altta yatan herhangi bir patolojiyi hafifletmeye yönelik olmalıdır.

Bununla birlikte, ileri primer vakalarda ve zor sekonder lipoma arborescens vakalarında ameliyat düşünülebilir.

Romatolojide İlaç Etkileşimleri

Dr. Şule Ketenci Ertaş

Acıbadem Kayseri Hastanesi

METOTREKSAT

. Trimethoprim ve Sulfametoksazol (Co-trimoksazol)

- ✓ **Etkileşim:** Bu antibiyotikler, folik asit metabolizmasını etkileyerek metotreksatın toksik etkilerini artırabilir.
- ✓ **Sonuç:** Kemik iliği baskılanması (pansitopeni) ve ciddi enfeksiyon riski.

. Proton Pompa İnhibitörleri (PPI'lar)

- ✓ **Etkileşim:** PPI'lar, metotreksatın böbreklerden atılımını azaltabilir ve kan seviyelerini artırabilir.
- ✓ **Sonuç:** Metotreksat toksisitesi (örneğin, mukozit, karaciğer hasarı).

Penisilinler

- ✓ **Örnekler:** Amoksisilin, ampisilin
- ✓ **Etkileşim:** Penisilinler, metotreksatın böbreklerden atılımını yavaşlatabilir.
- ✓ **Sonuç:** Metotreksat seviyelerinde artış ve toksisite.

Levetirasetam (KEPPRA)

- Leveterasetam ile metotreksatın birlikte uygulanmasının metotreksat klerensini azalttığı ve böylece kandaki metotreksat konsantrasyonunun potansiyel olarak toksik seviyelere kadar artmasına/uzamasına neden olduğu bildirilmiştir

LEFLUNOMİD

Warfarin (Kumadin)

- **Etkileşim:** Leflunomid, warfarinin etkisini artırabilir ve kanama riskini yükseltebilir.
- **Sonuç:** Protrombin zamanı (PT/INR) uzayabilir, ciddi kanama riski oluşabilir.
- **Kolestiramin ve Aktif Kömür**
- **Etkileşim:** Kolestiramin veya aktif kömür, leflunomidin aktif metabolitini bağlayarak vücuttan atılımını hızlandırır. LEF'in atılımı, safra tuzlarına bağlanan ve enterohepatik dolaşımı önleyen bu ilaçla hızla artar
- **Sonuç:** Leflunomidin terapötik etkisi azalabilir.
- **Not:** Bu yöntem, toksisite durumlarında kullanılır (örneğin, aşırı dozda leflunomid alındığında).

CYP2C8 ve CYP1A2 İnhibitörleri/İndükleyicileri

- Leflunomidin metabolizması bu enzimler üzerinden gerçekleşir. Bu nedenle, bu enzimleri etkileyen ilaçlarla etkileşim mümkündür:
- **İnhibitörler:** Örneğin, flukonazol (CYP2C8 inhibitörü), leflunomidin seviyelerini artırabilir.
- **İndükleyiciler:** Örneğin, karbamazepin (CYP1A2 indükleyicisi), leflunomidin etkinliğini azaltabilir
- SÜLFASALAZİN
- **Folik Asit**
- **Etkileşim:** Sulfasalazin, folik asit emilimini ve kullanımını azaltabilir.
- **Sonuç:** Folik asit eksikliği gelişebilir. Bu durum, özellikle hamilelik planlayan kadınlar ve folik asit eksikliği riski taşıyan hastalar için önemlidir.
- **Antikoagülanlar (Warfarin)**
- **Etkileşim:** Sulfasalazin, warfarinin etkisini artırabilir.
- **Sonuç:** Kanama riski artabilir.
- **Digoksin**

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

- **Etkileşim:** Sulfasalazin, digoksinin bağırsaktan emilimini azaltabilir.
- **Sonuç:** Digoksin seviyelerinde azalma ve ilacın etkinliğinde düşüş.
- **Sülfonamidler** bazı hipoglisemik ajanlar ile kimyasal olarak benzer özelliklere sahiptir.
- Sülfonamid kullanan hastalarda hipoglisemi gözlenmiştir.
- Eş zamanlı olarak sülfasalazin ve hipoglisemik ajanlar kullanan hastalar yakından takip edilmelidir.
- **Tiyopürin 6-merkaptopürin (veya ön ilacı olan azatiyoprin)** ve oral sülfasalazinin birlikte kullanıldığı durumlarda, tiyopürin metiltransferaz enzimi inhibe edildiği için kemik iliği baskılanması ve lökopeni geliştiği bildirilmiştir
- **HİDROKSİKLOROKİN**
- **Kalp Ritmini Etkileyen İlaçlar (QT Uzaması)**
- **Örnekler:** Amiodaron, sotalol, kinidin, azitromisin, moksifloksasin
- **Etkileşim:** Hidroksiklorokin, QT aralığını uzatarak kalp ritim bozukluklarına (torsades de pointes gibi) neden olabilir. Bu ilaçlarla birlikte kullanıldığında risk daha da artar.
- **Sonuç:** Ciddi aritmiler ve ani kalp durması riski.
- **Öneri:** EKG ile kalp ritmi takip edilmelidir.
- Hidroksiklorokin hipoglisemik tedavi etkinliğini arttırabildiği için insülin ve antidiyabetik ilaç dozlarının doz azaltılması gerekebilir
- **Tamoksifen** gibi retinopati yapan ilaçlarla birlikte kullanımına dikkat edilmelidir.
- Hidroksiklorokin; **siklosporin A** nın serum konsantrasyonunu arttırarak toksisite geliştirebilir.
- **AZATIOPRİN**
- **Allopurinol ve Febuksostat (Ürik Asit Düşürücüler)**
- **Etkileşim:** Allopurinol ve febüksostat, azatioprinin metabolizmasını yavaşlatarak toksisitesini artırabilir.
- **Sonuç:** Kemik iliği baskılanması (pansitopeni, lökopeni, anemi), enfeksiyon riski ve ciddi yan etkiler.
- **Öneri:** Azatioprin dozu genellikle %25-50 oranında azaltılmalıdır. Doktor kontrolü şarttır.
- **Metotreksat**
- **Etkileşim:** Her iki ilaç da kemik iliği baskılanmasına neden olabilir ve birlikte kullanıldığında bu risk artar.
- **Sonuç:** Pansitopeni, enfeksiyon riski ve karaciğer toksisitesi.
- **Öneri:** Kan testleri (tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri) düzenli olarak yapılmalıdır.
- **Aminosalisilatlar (Mesalazin, Sulfasalazin, Olsalazin)**
- **Etkileşim:** Aminosalisilatlar, azatioprinin toksisitesini artırabilir.
- **Sonuç:** Kemik iliği baskılanması riski artar.
- **Öneri:** Kan testleri düzenli olarak izlenmelidir.
- **Varfarin**
- **Etkileşim:** Azatioprin, varfarinin etkisini azaltabilir.
- **Sonuç:** Kan pıhtılaşma riski artar.
- **Öneri:** Protrombin zamanı (PT/INR) düzenli olarak izlenmelidir.
- **Tiyopürin Metiltransferaz (TPMT) İnhibitörleri**
- **Etkileşim:** TPMT enzimini inhibe eden ilaçlar, azatioprinin toksisitesini artırabilir.
- **Sonuç:** Kemik iliği baskılanması ve toksisite.
- **Öneri:** TPMT aktivitesi tedavi öncesinde ölçülmeli ve gerektiğinde doz ayarlaması yapılmalıdır.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

- **Ribavirin**
- **Etkileşim:** Ribavirin, azatioprinin toksik metabolitlerinin birikmesine neden olabilir.
- **Sonuç:** Kemik iliği baskılanması riski artar.
- **Öneri:** Bu kombinasyon mümkünse kaçınılmalıdır.
- **Sitotoksik İlaçlar**
- **Etkileşim:** Azatioprin ile birlikte sitotoksik ilaçlar kullanıldığında kemik iliği baskılanması riski artar.
- **Sonuç:** Şiddetli immünsupresyon ve enfeksiyon riski.
- **Öneri:** Kombinasyon tedavisi sıkı takip gerektirir.
- **Diğer İmmünsüpresanlar**
- **Örnekler:** Siklosporin, takrolimus
- **Etkileşim:** Kombinasyon tedavisi bağışıklık sistemini daha fazla baskılayabilir.
- **Sonuç:** Enfeksiyon ve toksisite riski artar.
- **MİKOFENOLAT MOFETİL**
- **Antasitler ve Magnezyum/Alüminyum İçeren İlaçlar**
- **Etkileşim:** Antasitler, mikofenolatın emilimini azaltabilir.
- **Sonuç:** Mikofenolatın etkinliği azalabilir.
- **Öneri:** Mikofenolat, antasitlerden en az 2 saat önce veya sonra alınmalıdır.
- **Proton Pompa İnhibitörleri (PPI'lar)**
- **Örnekler:** Omeprazol, lansoprazol
- **Etkileşim:** PPI'lar, mikofenolatın aktif metabolitine dönüşümünü azaltabilir.
- **Sonuç:** Mikofenolatın etkinliği azalabilir.
- **Antibiyotikler**
- **Örnekler:** Metronidazol, sefalosporinler
- **Etkileşim:** Bağırsak mikrobiyotasını etkileyen antibiyotikler, mikofenolatın emilimini azaltabilir.
- **Sonuç:** Mikofenolatın etkinliği azalabilir..
- **Kan Sulandırıcılar (Varfarin)**
- **Etkileşim:** Mikofenolat, varfarinin etkisini artırabilir veya değiştirebilir.
- **Sonuç:** Kanama riski artabilir.
- **SİKLOSPORİN A**
- **CYP3A4 İnhibitörleri (Siklosporin Düzeyini Artırır)**
- Bu ilaçlar siklosporinin metabolizmasını yavaşlatarak kan düzeylerini artırır ve toksisite riskini yükseltir.
- **Sonuç:**
 - Böbrek toksisitesi
 - Hipertansiyon
 - Nörotoksisite
- **CYP3A4 İndükleyicileri (Siklosporin Düzeyini Azaltır)**
- Bu ilaçlar siklosporinin metabolizmasını hızlandırarak kan düzeylerini düşürür ve etkinliğini azaltır.
- **Sonuç:**
 - Organ reddi riski artar.
- **Statinler (Kolesterol Düşürücü İlaçlar)**
- **Örnekler:** Atorvastatin, simvastatin, rosuvastatin
- **Etkileşim:** Siklosporin, statinlerin metabolizmasını azaltarak plazma düzeylerini artırır.
- **Sonuç:** Rabdomiyoliz (kas yıkımı) ve böbrek yetmezliği riski.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

- **Öneri:** Statin dozu düşük tutulmalı ve kas ağrısı gibi yan etkiler izlenmelidir.
- **ACE İnhibitörleri ve ARB'ler**
- **Örnekler:** Ramipril, losartan
- **Etkileşim:** Siklosporin ile birlikte kullanıldığında potasyum seviyeleri artabilir.
- **Sonuç:** Hiperkalemi (yüksek potasyum seviyesi) riski.
- **Öneri:** Kan potasyum düzeyleri düzenli olarak izlenmelidir.
- **Allopurinol**
- **Etkileşim:** Siklosporin ile birlikte kullanıldığında toksisite riski artar.
- **Sonuç:** Böbrek fonksiyonu daha fazla etkilenebilir.
- **Diüretikler**
- **Örnekler:** Furosemid, hidroklorotiyazid
- **Etkileşim:** Siklosporin ile birlikte kullanıldığında böbrek fonksiyonları daha fazla etkilenebilir.
- **Sonuç:** Böbrek hasarı ve elektrolit dengesizlikleri.
- **Öneri:** Böbrek fonksiyonları ve elektrolit düzeyleri izlenmelidir.
- **KOLŞİSİN**
- Kolşisin, karaciğerde **CYP3A4** enzimi tarafından metabolize edilir. Bu enzimi inhibe eden ilaçlar kolşisinin plazma düzeylerini artırabilir.
- **Sonuç:**
 - Kolşisin toksisitesi (kas zayıflığı, karın ağrısı, ishal, nörotoksisite) riski artar.
- **Statinler (Kolesterol Düşürücü İlaçlar)**
- **Örnekler:** Atorvastatin, simvastatin
- **Etkileşim:** Kolşisin ile birlikte kullanıldığında rabdomiyoliz (kas yıkımı) riski artar.
- **Sonuç:** Kas ağrısı, kas zayıflığı, böbrek yetmezliği riski.
- **Öneri:** Kas ağrısı gibi belirtiler izlenmeli ve gerekirse ilaçlar yeniden değerlendirilmelidir.
- **KOLŞİSİN**
- **Digoksin**
- **Etkileşim:** Kolşisin, digoksin düzeylerini artırabilir.
- **Sonuç:** Digoksin toksisitesi (bulantı, kusma, kalp ritim bozuklukları) riski artar.
- **Öneri:** Digoksin düzeyleri izlenmeli ve belirtiler takip edilmelidir.
- **Makrolid Antibiyotikler**
- **Örnekler:** Eritromisin, klaritromisin
- **Etkileşim:** Kolşisin toksisitesi riski artar.
- **Sonuç:** Gastrointestinal semptomlar, kas zayıflığı

Romatolojik Hastalıkların Yönetiminde Teknolojik Rehabilitasyon

Doç. Dr. Musa POLAT

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

Özet

Kelime anlamı “kaybedilen fonksiyonların yeniden kazandırılması” olan rehabilitasyon, kavram olarak “sağlık sorunları olan bireylerde çevreleriyle etkileşim içinde işlevselliği en iyi hale getirmek ve engelliliği azaltmak için tasarlanmış bir dizi müdahale” şeklinde tanımlanır. Hastalıkların etkisini azaltır, hastalıklara bağlı oluşan komplikasyonları önler, medikal ve cerrahi tedavileri tamamlar. Yalnızca engelli kişiler için ya da diğer müdahaleler başarısız olduğunda denenmesi gereken isteğe bağlı bir yöntem değil, hastalık döneminden itibaren sağlık durumunun yönetilminin içinde bulunması gereken bir bileşendir.

Romatolojik hastalıklar, gerek patogeneğinde bulunan immun sistem bozuklukları, gerek ağrı, hareket kısıtlılığı, deformite, denge-koordinasyon bozukluklar, kas gücü ve kondisyonunda kayıp gibi klinik durumlar, gerekse inflamasyonun oluşturduğu kardiyovasküler hastalık risk artışına bağlı komorbiditeler nedeniyle bireylerde işlev kaybına, dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaya yol açar. Bu durumun önlenmesinde ve yönetiminde medikal tedavilerle birlikte rehabilitasyon yöntemlerine de ihtiyaç bulunmaktadır.

Hasta eğitimi, ortezleme, egzersiz, balneoterpi/hidroterpi ve manuel tedavi yaklaşımlarını içinde bulunduran konvansiyonel rehabilitasyon uygulamaları, romatizmal hastalıkların yönetiminde uzun yıllardır başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Modern mühendislik ve bilgi teknolojilerini sağlık hizmetlerine entegre eden teknolojik rehabilitasyon uygulamaları ise daha yüksek verimlilik, hassasiyet, kişiselleştirme ve erişilebilirlik sunarak bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını iyileştirmeyi amaçlar ve romatizmal hastalıkların rehabilitasyonunda kullanılır.

Teknolojik rehabilitasyon modaliteleri, sanal gerçeklik ve artırılmış gerçeklik uygulamalarını, robotik cihazları, teletıpı, giyilebilir sensörleri ve çeşitli yapay zeka uygulamalarını içermektedir. Sanal gerçeklik uygulamaları; hastaları bilgisayar tarafından oluşturulan sanal ortamlara sokarken, artırılmış gerçeklik uygulamaları; dijital verileri gerçek dünyaya bindirerek ortamı zenginleştirir. Robotik cihazlar; hareketin bileşenlerini optimize ederek standart bir rehabilitasyon imkanı sağlar. Teletıp; hastaların klinik ile ev arasındaki bakım boşluğunu kapatır, tedaviye erişimi artırır. Akıllı saatler, sensör teknolojileri, fitness takipçileri gibi giyilebilir cihazlar; hastaların sağlık verilerini (kalp atış hızı, kan basıncı, uyku düzeni, aktivite düzeyi) uzaktan toplar, izler, analiz eder ve optimal rehabilitasyona yardımcı olur. Yapay zeka algoritmalarıysa hastaların klinik verilerinden genetik bilgilerine, yaşam alışkanlıklarından kantitatif görüntü verilerine kadar bilgileri analiz ederek, erken tanıdan yan etkilerin minimize edilip kişiye özel tedavi planları oluşturulmasına kadar sürece katkı sağlayabilir. Bu teknolojik rehabilitasyon uygulamalarının yanında mikro-fizyolojik sistemler ve dijital ikizler gibi henüz gelişmekte olan uygulamalar bulunmaktadır.

Teknolojik rehabilitasyonun romatolojik hastalıkların yönetiminde hasta motivasyonu ve katılımını artırma, tedaviyi kişiselleştirebilme, kolay ve verimli takip imkanı ve iyileşme potansiyelini artırma gibi potansiyel faydaları bulunmaktadır. Ancak, bu teknolojilerin yaygın olarak benimsenmesi ve uygulanması önünde uzun vadeli etkinlik kanıtı ihtiyacı, klinisyenlerin benimseme ve eğitim ihtiyacı, veri gizliliği ve güvenliği ile etik konular, yüksek maliyet gibi önemli zorluklar bulunmaktadır.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

Sonuç olarak, teknolojik rehabilitasyon, romatolojik hastalıkların yönetiminde geleneksel yaklaşımların sınırlılıklarını aşma potansiyeli taşımaktadır. Gelecekte, yapay zeka ve dijital ikizler gibi gelişen teknolojilerin entegrasyonu ile romatolojik rehabilitasyon, proaktif ve önleyici bir modele doğru evrilecektir. Ancak bu dönüşüm, multidisipliner işbirliği ve sürekli eğitim ile desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Artırılmış Gerçeklik, Robotik cihazlar, Sanal Gerçeklik, Teletıp, Yapay Zeka

Obstetrik ve Trombotik Antifosfolipid Sendromu Arasındaki Farklar

Fatih Albayrak¹

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş ve Genel Tanım

Antifosfolipid sendromu (AFAS), fosfolipid bağlayan proteinlere karşı oluşan antifosfolipid (aPL) antikolar aracılığıyla ortaya çıkan otoimmün bir vaskülopatidir. Hastalık, klinik prezentasyonuna göre iki ana varyanta ayrılır: **obstetrik AFAS** (gebelik morbiditeleri ile karakterize) ve **trombotik AFAS** (vasküler trombozla karakterize). Her iki varyant da aynı sınıflandırma kriterlerini kullanmasına rağmen, patogenezi, klinik bulgular, tedavi yaklaşımları ve prognoz açısından belirgin farklılıklar gösterir.

2006 yılında güncellenen sınıflandırma kriterlerine göre tanı için, klinik kriterlerden (vasküler tromboz veya gebelik morbiditeleri) en az birinin laboratuvar kriterleri (lupus antikoagülan-LAK, anti-kardiolipin, anti-β2GPI antikoları) ile birlikte 12 hafta ara ile iki kez pozitif saptanması gerekmektedir.

Patogenezi ve Mekanizma Farkları

Trombotik AFAS'de "çift vuruş" hipotezi geçerlidir: İlk vuruş aPL antikolarının varlığı, ikinci vuruş ise enfeksiyon, cerrahi, immobilizasyon gibi tetikleyici faktörlerdir. Patogenezi artmış oksidatif stres, endotel aktivasyonu, protrombotik fenotip gelişimi, kompleman aktivasyonu ve nötrofil ekstraselüler tuzak (NET) oluşumu rol oynar. β2GPI-antikor kompleksi endotel, monosit, trombosit ve nötrofilleri aktive ederek doku faktörü ekspresyonunu artırır, antikoagülan proteinleri (TFPI, protein C, annexin A5) baskılar ve tromboza yatkınlık oluşturur.

Obstetrik AFAS'de ise patogenezi daha karmaşıktır ve multipl mekanizmalar devreye girer. Trombozun yanı sıra direkt trofoblast hasarı, plasental mikrovasküler tromboz, kompleman aracılı inflamasyon, annexin A5'in plasental yüzeylerden uzaklaştırılması, desidual inflamasyon ve trofoblast invazyon bozukluğu gibi non-trombotik mekanizmalar da rol oynar. Önemli olarak, obstetrik AFAS vakalarında tromboz sadece %16'sında görülür, bu da non-trombotik mekanizmaların önemini vurgular.

Klinik Bulgular ve Prognoz Farkları

Trombotik AFAS hastalarında en sık venöz trombozlar (%37.1) görülür, bunun içinde derin ven trombozu en yaygındır. Arteriyel trombozlar (%27) arasında iskemik inme ön plandadır. Pulmoner emboli (%9-14.1), miyokard infarktüsü (%2.8-5.5) ve katastrofik AFAS (<%1, %50 mortalite) diğer önemli komplikasyonlardır. Takipte 5-10 yıl içinde hastaların %15-49'unda rekürrens görülür ve mortalite oranları 5 yılda %5.3, 10 yılda %9.3'tür.

Obstetrik AFAS'de ise tekrarlayan erken düşükler (<10 hafta, ≥3), geç gebelik kayıpları (≥10 hafta), preeklampsi/HELLP sendromu ve intrauterin gelişme geriliği ana bulgulardır. Plasental yetersizlik ve prematur doğum (<34 hafta) sık görülür. s-FLT1/PIGF oranının artması preeklampsi riskini öngörür. Tedavi ile canlı doğum oranları %71'e ulaşır, ancak %20 vaka tedaviye dirençlidir.

Risk Faktörleri ve Prognostik Belirteçler

Her iki varyant için **üçlü antikör pozitifliği** (LAK + anti-kardiolipin + anti-β2GPI) en yüksek riski oluşturur. LAK pozitifliği en güçlü prediktedici faktördür. Anti-domain-I antikoları hem trombotik hem obstetrik bulgularla, özellikle geç dönem gebelik morbiditeleri ile ilişkilidir. Eşlik eden SLE tanısı, etnik köken, kardiyovasküler risk faktörleri her iki varyantı etkiler. Trombotik AFAS'de hipertansiyon arteriyel tromboz riskini, hipertrigliseridemi venöz tromboz riskini artırırken; obstetrik AFAS'de LAK pozitifliği gebelik kaybı için en güçlü risk faktörüdür (OR 8.3).

Tedavi Yaklaşımları

Trombotik AFAS tedavisinde yaşam boyu antikoagülasyon esastır. Primer profilakside düşük doz aspirin ve risk faktörü modifikasyonu, sekonder profilakside warfarin (INR 2-3) veya seçilmiş vakalarda DOAC kullanılır. Yüksek riskli hastalarda INR >3 hedefi veya dual antiplatelet tedavi düşünülebilir.

Obstetrik AFAS tedavisi gebelikle sınırlıdır ve amacı canlı doğum sağlamaktır. Standart tedavi düşük doz aspirin (75-100 mg) ile düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) kombinasyonudur. Gebelik öncesi tromboz hikayesi olanlarda terapötik doz DMAH gereklidir. Dirençli vakalarda düşük doz prednizolon, hidrosiklorokin, IVIG veya plazmaferez eklenebilir. Postpartum 6-8 hafta tromboprofilaksi devam eder.

Sonuç

Obstetrik ve trombotik AFAS, aynı etiyopatogenetik temele dayanan ancak farklı klinik fenotipler sunan iki ayrı varyantır. Obstetrik AFAS'de non-trombotik mekanizmalar ağırlıktadır ve tedavi gebelikle sınırlıyken, trombotik AFAS'de protrombotik mekanizmalar baskındır ve yaşam boyu antikoagülasyon gereklidir. Her iki varyant için erken tanı, uygun risk stratifikasyonu ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımları kritik öneme sahiptir. Gelecekte patogeneze-bazlı tedaviler ve yeni biomarkerlarla daha etkin yönetim mümkün olacaktır.

Kaynakça:

1. Li J, Zhu X, Feng J. Role of β 2-glycoprotein I in the pathogenesis of the antiphospholipid syndrome. *Rheum Autoimmun*. 2023;3:131-9.
2. Salmon JE, Girardi G, Holers VM. Complement activation as a mediator of antiphospholipid antibody induced pregnancy loss and thrombosis. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:46-50.
3. Walter IJ, Haneveld MJK, Lely AT, Bloemenkamp KWM, Limper M, Kooiman J. Pregnancy outcome predictors in antiphospholipid syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev*. 2021;20(10):102901.
4. Antovic A, Sennström M, Bremme K, Svenungsson E. Obstetric antiphospholipid syndrome. *Lupus Sci Med*. 2018;5(1):e000197.
5. Barbaiya M, Zuily S, Naden R, Hendry A, Manneville F, Amigo MC, Amoura Z, Andrade D, Andreoli L, Artim-Esen B, et al. The 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Arthritis Rheumatol*. 2023;75(10):1687-702.
6. DeLoughery T. Guideline: EULAR provided recommendations for thrombotic and obstetric antiphospholipid syndrome. *Ann Intern Med*. 2019;171(6):Je26.

Zero Echo Time MR'ın Romatolojideki Yeri

Mustafa Dinler

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Görüntüleme yöntemleri romatolojik hastalıkların tanısında ve takibinde önemli role sahiptir. Bunlar arasında; X-Ray ve bilgisayarlı tomografi (BT), yapısal hasarları iyi gösterirler, ancak iyonize radyasyon içermektedirler. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ise X-Ray ve BT kadar kemikteki yapısal hasarı göstermez, ancak inflamasyonu iyi gösterir ve iyonize radyasyon içermez (1).

MRI, insan vücuduna ilk kez 1973 yılında Paul C. Lauterbur tarafından uygulanmıştır. 1980 yılında Hawkes tarafından MRI ile ilk lezyon gösterilmiştir. 1984 yılında Schörner ve arkadaşları tarafından MRI'da ilk kontrast madde uygulaması gerçekleştirilmiştir (2). Zero Echo Time (ZTE) tekniği, aslında MRI kadar eskidir, ancak son zamanlarda bu konuya ilgi artmıştır.

Konvansiyonel MRI pulse sekansları, yumuşak doku ve kemik iliğini mükemmel bir şekilde görüntülese de, ultra kısa (<1 ms) T2 sürelerine sahip kemik ve kalsifiye dokular gibi yapıları güvenilir bir şekilde görüntüleyemez. ZTE MRI, kısa T2 sinyali elde edilen dokulardan (örn;kortikal kemik) sinyal yakalamak için ultra hızlı okumalar kullanan yeni bir görüntüleme tekniğidir. Sinyal radyofrekans pulse uygulandıktan hemen sonra elde edilir ve bu da sifıra yakın yankı süreleriyle sonuçlanır. İlk veri okumasından sonra gradyan bozulması, ayarlama ve yerleşme hızla gerçekleştirilir ve ardından çok kısa tekrarlar süresine sahip bir sonraki radyofrekans pulse gelir. Verici modundan alıcı moduna bu hızlı radyo frekansı geçişi, sifıra yakın yankı süresinde başlayarak hızla azalan sinyalin yakalanmasını sağlar ve böylece özellikle kortikal kemikte bulunan az miktardaki sinyal bile yakalanır. ZTE rekonstrüksiyonu, özel yazılım yüklenerek 1.5T veya 3T MR'da gerçekleştirilebilir (1).

ZTE'de, gray-scale inversion ile kortikal kemiği eklem kapsülü, labra ve menisküs gibi çevredeki diğer kısa T2 sinyale sahip (ancak kemik kadar kısa olmayan) kollajen açısından zengin yapılardan ayırt etmeye yardımcı olabilen BT benzeri görüntüler üretir. ZTE, özellikle kas-iskelet görüntüleme protokollerinde kullanılır ve bazı durumlarda BT ile kemik anatomisinin daha detaylı bir şekilde görüntü elde edilmesine olan ihtiyacı ortadan kaldıracaktır. İnflamatuar artritlerde ZTE MRI ile kemikteki erozyonlar kolay bir şekilde görüntülenebilir (şekil-1).

Spondiloartropatili hastalardaki entezit, sakroiliak eklemdaki yapısal hasarları göstermede ZTE MRI ile BT ye benzer görüntüler elde edilebilir (Şekil-2). Ortalama yaşları 14 olan 20 hastaların ZTE MRI, T1 ağırlıklı MRI ve BT ile değerlendirildiği bir çalışmada; düşük doz BT ile ZTE-MRI arasında ($P < 0,001$), mükemmel uyum gösterilmiştir (3).

Ayrıca ZTE MRI kullanarak, standart MRI sekanslarına kıyasla akciğer dokusu da daha iyi bir şekilde görüntülenebilir (Şekil-3). Sistemik skleroz hastalarında akciğer tutulumu için yapılan tekrarlanan tomografi taramaları nedeniyle radyasyon maauziyeti endişesi göz önüne alındığında iyonize radyasyon içermeyen görüntüleme yöntemlerine ilgi artmaktadır (USG, MRI). 65 SSc tanılı hastanın dahil edildiği prospektif bir çalışmada; 45 hastada BT ile interstisyel akciğer hastalığı (ILD), bu hastaların da 41'inde ZTE MRI ileILD tespit edilmiştir. Bu çalışmada; ZTE MRI, BT ile güçlü bir korelasyon göstermektedir (4).

ZTE MRI, radyografi veya BT ile elde edilenlere benzer görüntüler üreten bir MRI tekniğidir. Kas-iskelet sistemine ek olarak akciğer değerlendirmesine de olanak verir. İyonize radyasyon

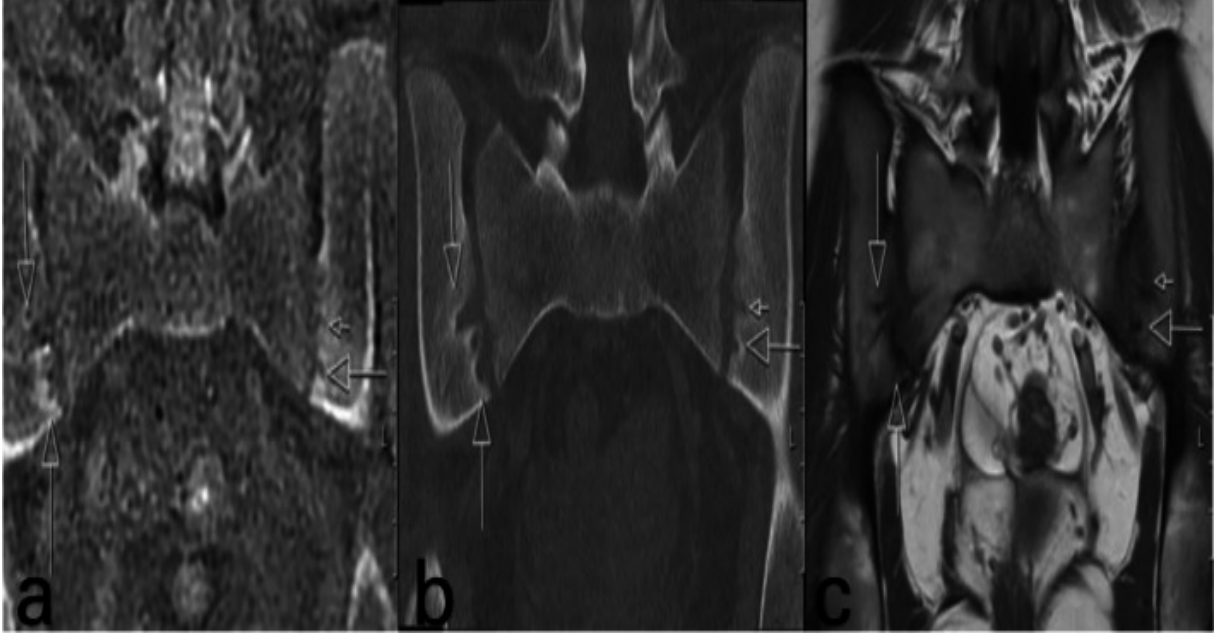
içermemesi ve sistemik skleroz da tekrarlanan BT taramalarına bağlı gelişen radyasyon maazuzyetini azaltması önemli avantajdır. Ancak, tüm bu gelişmelere rağmen ZTE'nin mekansal çözünürlüğü hala BT' ye göre daha düşüktür. Daha fazla klinik çalışma ve yeni teknik gelişmelerle romatolojik hastalıklarda kullanımı yaygınlaşabilir.

Kaynaklar:

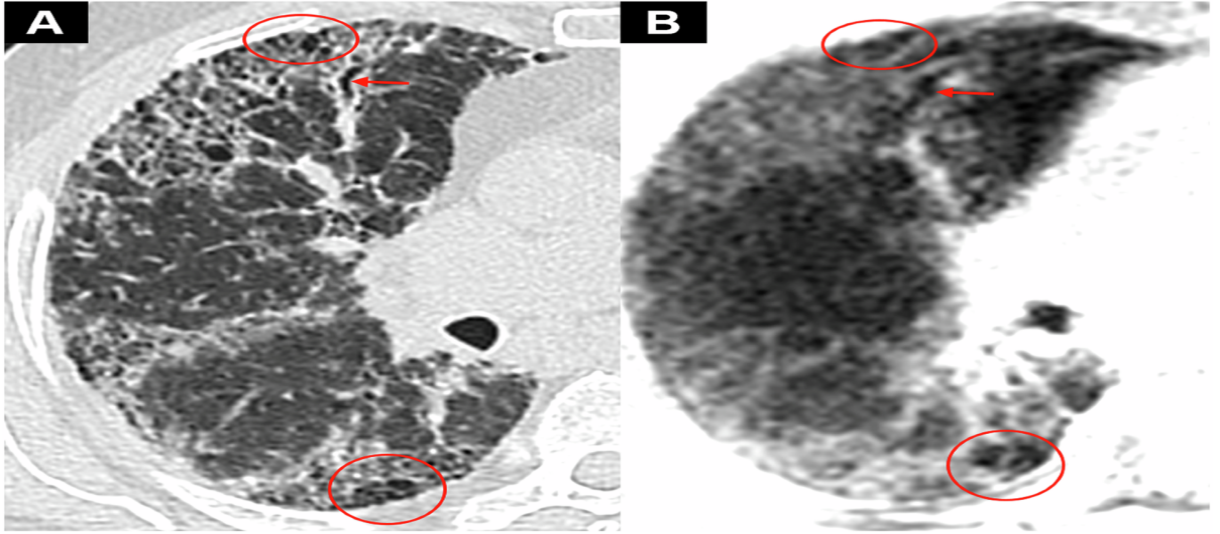
1. Aydıngöz Ü, Yıldız AE, Ergen FB. Zero Echo Time Musculoskeletal MRI: Technique, Optimization, Applications, and Pitfalls. Radiographics. 2022 Sep-Oct;42(5):1398-1414. doi: 10.1148/rg.220029. Epub 2022 Jul 29. PMID: 35904982.
2. Edelman RR. The history of MR imaging as seen through the pages of radiology. Radiology. 2014 Nov;273(2 Suppl):S181-200. doi: 10.1148/radiol.14140706. PMID: 25340436.
3. Bayrak YE, Özer T, Anik Y, Balci S, Aydın D, Şahin N, Sönmez HE. Assessment of sacroiliitis using zero echo time magnetic resonance imaging: a comprehensive evaluation. Pediatr Radiol. 2025 May;55(5):999-1005. doi: 10.1007/s00247-025-06201-w. Epub 2025 Feb 25. PMID: 39998585; PMCID: PMC12065742.
4. Ufuk F, Kurnaz B, Peker H, Sagtas E, Ok ZD, Cobankara V. Comparing three-dimensional zero echo time (3D-ZTE) lung MRI and chest CT in the evaluation of systemic sclerosis-related interstitial lung disease. Eur Radiol. 2025 Jun;35(6):2958-2967. doi: 10.1007/s00330-024-11216-2. Epub 2024 Nov 26. PMID: 39592487.



Şekil-1: 20 yaşında bir kadında seronegatif inflamatuvar artrit. (A) ZTE MRI'dan koronal reformasyon, yaygın periartiküler kemik erozyonlarını (ok uçları) göstermektedir. (B) İlgili koronal STIR MR görüntüsü ayrıca sinovit ve osteit göstermektedir.



Şekil-2: Sakroiliitli 16 yaşında bir kız. a Koronal ZTE-MRI korteks erozyon alanlarını gösteriyor (ok). b Koronal düşük doz BT görüntüsü korteks erozyon alanlarını gösteriyor (ok). c Koronal T1 ağırlıklı görüntü korteks erozyon alanlarını gösteriyor (ok), ancak bunlar daha küçük görünüyor.



Şekil-3: A. SSc tanılı hastanın akciğer parankim BT görüntüsü. B. SSc tanılı hastanın akciğer parankim ZTE MRI görüntüsü

Dermatoloji ve Romatolojinin Karşılıklı İstedığı Konsültasyonlar ve Sonuçları

Funda Koç Babayiğit¹, Arif Babayiğit²

1-Sivas Numune Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,

2-Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD. Romatoloji BD.

Romatolojik hastalıkların önemli bir bölümü, ciltte ortaya çıkan özgül veya nonspesifik bulgularla prezente olabilmektedir. Sistemik lupus eritematozus, sistemik skleroz, dermatomyozit, vaskülitler ve psöriatik artrit gibi bağ dokusu hastalıklarının klinik spektrumunda deri lezyonları hem hastalığın tanısallık sürecine katkıda bulunmakta hem de hastalık aktivitesinin bir göstergesi olabilmektedir [1,2]. Öte yandan dermatolojik hastalıkların da romatolojik komponent içerebileceği veya romatizmal komplikasyonlar geliştirebileceği bilinmektedir. Psoriasis hastalarının yaklaşık %20-30'unda psöriatik artrit geliştiği; atopik dermatit, liken planus gibi hastalıkların da artrit veya entezit ile birlikte görülebildiği bildirilmiştir [3,4].

Vaka-1

22 yaş kadın hasta, orta şiddette akne nedeniyle isotretinoin kullanımı sonrası sakroileit gelişen hasta isoretinoine bağlı sakroileit olarak değerlendirildi. Sistemik tedavisi stoplanıp, nsaii tedavi başlanmıştır. Hastanın HLA-B27 tetkiki istenmiş olup sonuç beklenmektedir. Takip devam etmektedir.

Vaka-2

50 yaş erkek hasta, 4 yıldır AS ile takipli, yaklaşık 2 yıldır infliksimab 500 mg/6 hft tedavisi almakta iken el ve ayakta gelişen lezyonlar sonrası dermatoloji konsültasyonunda biyopsi önerilmiş ancak hasta kabul etmemiştir. Hasta paradoksal psöriazis olarak değerlendirildi, infliksimab tedavisi stoplandı, sekükinumab başlandı. Takipte lezyonlar geriledi, remisyonda takipleri devam ediyor.

Vaka-3

39 yaş kadın hasta dermatolojide DLE ile takipteyken sistemik semptomları gelişmesi üzerine romatolojiye yönlendiriliyor. ANA+ , Anti-DS-DNA + , C3 düşük, C4 düşük ve idrarda proteinüri saptanması üzerine renal biyopsi yapılması planlanıyor ve class-4 lupus nefriti tanısı almıştır. Pulse steroid ve Mikofenolat mofetil başlanmıştır. Remisyonda takip edilmektedir.

Vaka-4

26 yaş erkek hasta 12 yaşından beri FMF ile takipteyken, son zamanlarda ataklarının artması üzerine anakinra tedavisi başlanıyor. Her enjeksiyon sonrası enjeksiyon yerlerinde kızarıklık, şişlik ve ağrı olması üzerine dermatoloji konsültasyonu sonucu ilaca bağlı allerjij reaksiyon olarak değerlendirilmiş olup, antihistaminik ve lokal steroid tedaviye rağmen devam etmesi üzerine anakinra stoplanıp kanakinumab başlanmıştır. Takipleri devam etmektedir.

Vaka-5

26 yaşında erkek hasta ellerinde döküntü şikayeti ile alınan biyopsi sonucu psöriazis gelmiş, hastanın bel ve kalça ağrısı şikayeti olması üzerine romatolojiye konsülte edilmiştir. Hastanın değerlendirilmesinde aktif sakroileiti olması üzerine Psöriatik artrit tanısı almıştır ve MTX başlanmıştır. Remaisyonda takipleri devam etmektedir.

Bu çerçevede dermatoloji ve romatoloji disiplinleri arasında gerçekleştirilen karşılıklı konsültasyonlar; karmaşık olguların multidisipliner değerlendirilmesini, tanının doğrulanmasını ve tedavi yaklaşımlarının optimize edilmesini mümkün kılmaktadır [5]. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bu tür konsültasyonların hasta yönetimine somut katkılar sağladığını ve yanlış tanı riskini azalttığını göstermektedir [6]. Ancak bu konuda ülkemizden yeterince sistematik veri bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Kuhn A, et al. *Cutaneous Manifestations of Connective Tissue Diseases: A Comprehensive Review*. Clin Rev Allergy Immunol. 2017;53(3):330–351.
2. Voulgari PV. *Cutaneous manifestations in rheumatoid arthritis: Diagnostic and prognostic significance*. Curr Opin Rheumatol. 2013;25(3):284–288.
3. Gladman DD, et al. *Psoriatic arthritis—an update*. Arthritis Res Ther. 2011;13(1):214.
4. Boehncke WH, et al. *Psoriasis and psoriatic arthritis: epidemiology and clinical manifestations*. Ann Rheum Dis. 2015;74(3):e1.
5. McGonagle D, et al. *The skin as a target and source of autoimmunity in musculoskeletal disease*. Nat Rev Rheumatol. 2015;11(10):584–593.
6. Villani AP, et al. *Collaborative Dermatology-Rheumatology Clinics Improve Outcomes in Complex Autoimmune Diseases*. Br J Dermatol. 2022;186(2):254–261

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-02]

Ankilozan spondilitli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku kalitesine etki eden faktörler

Elif Altunel Kılıç, Ekim Berrin Çabuk
Osmaniye Devlet Hastanesi

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), omurga ve sakroiliyak eklemleri etkileyerek bel ve sırt ağrısı ile kendini gösteren kronik bir inflamatuvar hastalıktır. AS'li hastalarda uyku kalitesinin bozulması sıkça gözlemlenen bir semptomdur ve yaşam kalitesini önemli derecede etkiler.

AS'li bireylerde, fiziksel semptomların yanı sıra psikolojik ve sosyal faktörler de uyku kalitesini etkileyen önemli unsurlardır. Bu çalışma, AS'li hastalarda uyku kalitesinin belirleyicilerini incelemeyi ve bu konudaki bilgileri derinleştirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve Metod: Çalışmamız Modifiye New York Kriterlerine göre AS tanısı almış 60 hasta ve 30 sağlıklı kontrolün dahil edildiği kesitsel bir çalışmadır. Tüm katılımcılara Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği ve Jenkins uygulanmış, yaş-cinsiyet gibi demografik verileri, aldıkları tedaviler kaydedilmiştir. AS'li hastalara ayrıca; Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru-C-Reaktif protein (ASDAS-CRP), sağlık değerlendirme anketi (HAQ), Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği uygulandı. Bu ölçekler uyku kalitesi iyi olanlar ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: AS tanılı hastaların %70'i (n=42) erkek olup, yaş ortalaması 32±11,2 yıl, sağlıklı kontrol grubunun %67'si (n=20) erkek olup, yaş ortalaması 31,2±6,8 idi. Yaş ve cinsiyet dağılımı açısından her iki grup arasında fark yoktu (p=0,766 ve p=0,840).

AS grubunda PUKI skorları ortalama 8,2±1,2 iken, sağlıklı kontrol grubunda 3,2±0,8 idi (p=0,002). Beck depresyon ölçeği AS grubunda ortalama 12±2,6, sağlıklı kontrol grubunda 6±3,2, Beck anksiyete ölçeği AS hastalarında ortalama 6±3, sağlıklı kontrol grubunda 5±3, AS hastalarında Jenkins uyku ölçeği ortalama 12,3±6,2, sağlıklı kontrol grubunda 3±0,5, AS hastalarında HAQ ortalama 1,6±0,6, sağlıklı kontrol grubunda 0,5±0,2 idi (sırasıyla; p=0,012, p=0,078, p<0,001, p<0,001).

AS hastalarının ASDAS-CRP değerleri ortalama 2,4±1,2 idi. AS hastaları; PUKİ >5 (kötü uyku kalitesi)(n=28) ve PUKİ <5 (iyi uyku kalitesi)(n=32) olanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu iki grubun özelliklerine bakıldığında; PUKİ >5 olan grupta; Beck depresyon ölçeği 14±8,4, Beck anksiyete ölçeği 9±2, Jenkins uyku ölçeği 13,5±5,5, HAQ 2,2±1,7 ve ASDAS-CRP 3,4±1,8 ve PUKİ <5 olan grupta; Beck depresyon ölçeği 12,25±6, Beck anksiyete ölçeği 3,3±1,3, Jenkins uyku ölçeği 9,5±3,2, HAQ 1±0,6 ve ASDAS-CRP 1,5±0,7 idi (sırasıyla p=0,08, p<0,001, p=0,002, p<0,001, p=0,005). PUKİ >5 olan hasta grubunda biyolojik tedavi oranı %64,2(n=18) iken PUKİ <5 olan grupta %56 (n=18) şeklindeydi. İlaç kullanımı açısından iki grup arasında fark yoktu (p=0,860). Regresyon analizi ile uyku kalitesine etki eden faktörlere bakıldığında; kötü uyku kalitesi için; Jenkins, HAQ ve ASDAS-CRP bağımsız risk faktörü idi.

Sonuç: Bu araştırma, AS hastaların uyku kalitesinin sağlıklı gruba göre belirgin şekilde bozulduğunu ortaya koymuştur. Uyku kalitesi bozulmuş olan AS grubunda uyku kalitesi iyi olan AS grubuna göre; hafif düzeyde anksiyete, yaşam kalitesinde bozulma ve artmış hastalık

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

aktivitesi tespit edildi. Çalışmamız; AS tanısı almış bireylerin büyük bir kısmının Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ile kötü uyku kalitesi yaşadığını ortaya koymuştur. Ayrıca hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesinde azalma, kötü uyku kalitesi için bağımsız risk faktörleri idi. Bu bulgular AS'in sadece fiziksel semptomlarla değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal faktörlerle de etkileşim içinde olduğunu göstermektedir. Biyolojik tedavi yöntemlerinin uyku kalitesine etkisi hakkında daha fazla veri gerekmektedir. Sonuçlar, AS hastalarının yönetiminde uyku kalitesinin dikkate alınmasının ve multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Böylece, hastaların genel yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmelidir.

[SS-03]

Paratiroid Adenomuna Sekonder Psödogut Tanılı İki Olgu Sunumu

Fatih Albayrak¹

¹Gaziantep Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep, Türkiye

Giriş: Primer hiperparatiroidizm, paratiroid bezinin aşırı parathormon (PTH) salgılaması sonucu kalsiyum metabolizmasında bozulmaya neden olan endokrin bir hastalıktır. Psödogut ise kalsiyum pirofosfat dihidrat (CPPD) kristallerinin eklem içi birikimiyle karakterizedir. Bu çalışmada, tek eklemde akut monoartrit kliniği ile başvuran ve primer hiperparatiroidizme sekonder psödogut tanısı alan iki olgu sunulmuştur.

Metod: Çalışmamızda, yaş ortalaması 75 olan ve monoartrit şikayetiyle başvuran iki kadın hastanın klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, radyolojik ve sintigrafik görüntülemeleri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası klinik bulguları karşılaştırılmıştır.

Vaka Sunumları: Birinci hasta sağ el bileğinde, ikinci hasta ise sağ ayak bileğinde şişlik şikayetiyle başvurmuştur. Hastaların şikayetleri yaklaşık 3-4 aydır mevcuttur. Diğer romatolojik sorgulamalarında başka şikayetleri yokmuş. Laboratuvar değerlendirmelerinde her iki hastada da tam kan sayımı, üre, kreatinin, magnezyum, AST, ALT, ürik asit, RF ve Anti-CCP değerleri normal sınırlarda saptanmıştır. Ortalama CRP değerleri 11.2 mg/L, sedimantasyon değerleri 29 mm/saat olarak tespit edilmiştir. Hastalarda bakılan enfeksiyon parametrelerinde patoloji saptanmamıştır. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda çıkmıştır. Dikkat çekici olarak, ortalama kalsiyum değerleri 12.9 mg/dL (normal: 8.5-10.5), fosfor 2.0 mg/dL (normal: 2.5-4.5), PTH 350 pg/mL (normal: 12-88) ve Vitamin D seviyeleri <10 µg/L olarak saptanmıştır. Hastalara yapılan paratiroid sintigrafisinde paratiroid bezinde hipoekoik nodül tespit edilmiştir. Birinci hastanın el bileği AP grafisinde, ikinci hastanın ise diz grafisinde yaygın kalsinozis görülmüştür. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular ışığında her iki hastaya da primer hiperparatiroidizme sekonder psödogut tanısı konulmuştur. Hastalara uygulanan paratiroidektomi sonrası takiplerinde tekrar artrit atağı gözlenmemiştir.

Sonuç: Tek eklem tutulumlu artrit olgularında, özellikle ileri yaşta hastalarda, artrit etiyojisinde primer hiperparatiroidizm mutlaka akılda tutulmalıdır. Hiperparatiroidizme sekonder gelişen psödogut olgularında, altta yatan paratiroid patolojisinin tedavisi ile artrit ataklarının önlenildiği görülmüştür. Bu vakalarda erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımı ile hastaların yaşam kalitesinin belirgin şekilde artırılacağı sonucuna varılmıştır. Literatüre baktığımızda paratiroid adenomuna bağlı psödogut olguları çok nadir bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer hiperparatiroidizm, psödogut, monoartrit, kalsiyum pirofosfat dihidrat, paratiroidektomi

[SS-04]

Behçet Hastalarında Nötrofil-Lenfosit ve Trombosit-Lenfosit Oranlarının Klinik Önemi:
Vasküler Tutulumda Yeri

Özlem Karakaş

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

GİRİŞ:

Behçet hastalığı (BH), hem venöz hem de arteriyel sistemdeki tüm damar tiplerini tutabilen sistemik bir vaskülitir. Son yıllarda, ortalama trombosit hacmi (MPV), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve trombosit/lenfosit oranı (PLR) gibi hematolojik parametreler, çeşitli hastalıklarda inflamasyon ve hastalık aktivitesinin potansiyel göstergeleri olarak ilgi görmektedir.

Bu çalışmada amacımız Behçet hastalığında inflamasyon belirteçleri olarak bilinen NLR, PLR ve MPV düzeylerini; vasküler ve nonvasküler tutulumlu hasta grupları ile sağlıklı kontroller arasında karşılaştırarak, bu parametrelerin hastalık aktivitesi ve vasküler tutulumla ilişkisini değerlendirmektir.

METHOD:

Çalışmaya, 46 vasküler, 48 nonvasküler tutulumlu olmak üzere toplam 94 Behçet hastası ve 47 sağlıklı birey dahil edildi. Tüm katılımcılarda başlangıç NLR, PLR ve MPV düzeyleri kaydedildi; hasta gruplarında 6 ay sonra kontrol ölçümleri tekrarlandı. Bulgular, gruplar arasında bağımsız örneklem t-testi ile değerlendirildi; gruplar içi değişim ise eşleştirilmiş t-testi ile analiz edildi.

BULGULAR:

Vasküler grup hastalarının başlangıç NLR düzeyleri, nonvasküler grup hastalarına kıyasla anlamlı derecede yüksek saptandı ($p = 0.012$). PLR ve MPV düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Her iki hasta grubunda da kontrol grubuna göre NLR ve PLR değerleri anlamlı olarak yükseldi. MPV düzeyleri ise üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi. 6 aylık takipte, hem vasküler hem de nonvasküler hastalarda NLR, PLR ve MPV düzeylerinde anlamlı değişiklik izlenmedi.

SONUÇ:

Bulgular, Behçet hastalığında NLR'nin özellikle vasküler tutulum varlığında anlamlı biçimde arttığını ve sistemik inflamasyonun güvenilir bir yansıması olabileceğini göstermektedir. PLR sınırlı bir ayırt ediciliğe sahipken, MPV'nin tanısal veya prognostik açıdan belirgin bir değeri bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Nötrofil lenfosit oranı (NLR), Trombosit lenfosit oranı (PLR), Ortalama trombosit hacmi (MPV), Vasküler tutulum, İnflamasyon

[SS-05]

SKLERODERMALİ HASTALARDA TORAKS BT TUTULUM BULGULARI

Enes Gül, Seda Atik, Deniz Apalan
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Radyoloji ABD

Giriş ve Amaç: Skleroderma veya sistemik skleroz en sık akciğer parankimi ve gastrointestinal traktı tutan, ciltte diffüz fibrozis ile karakterize, vasküler ve konnektif dokularda tutulum gösteren multisistemik bir hastalıktır (1). Etiyolojisi bilinmemektedir. Genellikle sistemik sklerozda tespit edilen en yaygın patern spesifik olmayan interstisyel pnömoni (NSİP) olup olağan interstisyel pnömoni (OİP) ikinci sırada yer alır (2,3). Klasik olarak akciğer parankiminde jukstaplevral, posterior ve bazal kesimleri etkileyerek başlangıçta artan buzlu cam alanları, retiküler intralobüler septal kalınlaşmalar görülür. Zamanla traksiyon bronşektazileri, bronşiolektazi, bal peteği kistik değişiklikleri ile pulmoner fibrozise gidiş izlenir (4,5). Özefagusun distal üçte ikisinde düz kasların tutulumuna sekonder dilatasyon izlenmektedir (6). Kollajen vasküler hastalıklar içerisinde pulmoner hipertansiyon yapan en yüksek prevalansa sahip hastalık sklerodermadır (7). Bu çalışmada amacımız toraks bilgisayarlı tomografide (BT) görülen akciğer tutulumu ve patern sıklığını araştırmak olup eşlik eden özefagus ve pulmoner arter tutulumlarını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız için kurumumuz etik kurul komitesinden onay alınmıştır. Ocak 2015-Mart 2023 tarihleri arasında skleroderma tanılı hastalarının toraks BT görüntüleri olanlar PACS sistemi üzerinden retrospektif olarak tarandı. Toraks BT'si olan 69 hasta çalışmaya alındı. Görüntülerde pulmoner parankimal bulgular, özefagusta dilatasyon ve hava-sıvı seviyelenmesi, pulmoner trunkus çapı incelendi (Şekil 1a.b). parankim bulguları NSİP, OİP, LİP, organize pnömoni ve diffüz alveolar hasar olarak gruplandı (8). Bu olgulardan özefagus çapı için 10 mm, pulmoner trunkus çapı için 29 mm üst sınır alındı (9,10) Bu değerlerden fazla çıkan ölçümler anlamlı kabul edildi. Çalışmamızdaki bireylerin özellikleri sayı, yüzdeler ve ortalama olarak verildi.

Bulgular: Çalışmamızda 69 skleroderma hastasının toraks BT'si değerlendirilmiş olup olguların ortalama yaşı $53,08 \pm 13,64$, yaş aralığı 19-75'tir. 69 olgunun 59(%85,50)'u kadın, 10(14,49)'u erkektir. Olguların 28 (%40,5)'sında akciğer parankim bulgusu saptanmış olup bunların 17 (%24,6)'unda NSİP, 7 (%10,1)'sında OİP paterni, 3 (%4,3)'inde LİP ve 1(%1,4)'inde OP saptanmıştır (Şekil 1). Akciğer tutulumu olan 28 olguda, 17 (%60,7) hastada NSİP paterni, 7 (%25) olguda ise OİP paterni görülmüş olup baskın paternlerdir (Şekil 2). Akciğer parankim bulgusu olan 36 hastanın 32(%88,88)'si kadın, 4(%11,11)'ü erkektir. Akciğer parankim tutulumu açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,867$). 69 olgunun 39(%56,52)'unda özefagus distal 2/3'te dilatasyon ve hava-sıvı seviyelenmesi izlendi (Şekil 3). Akciğer parankim bulgusu olan hastaların 31(%86,11)'inde ise özefageal dilatasyon eşlik etmektedir. Olguların 17(%24,69)'sinde pulmoner trunkus çapı artmış olup ortalama $33,58 \pm 6,04$ mm ölçüldü (Şekil 3). Pulmoner arter ve akciğer parankim bulgusu olan olgu sayısı ise 12(%17,39)'dir. 69 skleroderma hastasının 23 (%30,43)'ünde ise hiçbir tutulum izlenmemiştir.

Tartışma-Sonuç:

Skleroderma,bağ doku tutulumu yapan tipik olarak akciğer,özefagus ve pulmoner arter tutulumu yapan multisistemik bir hastalıktır.İnterstisyel akciğer hastalıkları ve pulmoner hipertansiyon en yaygın iki pulmoner bulgudur. Akciğerler,sklerodermalı hastalarda tutulan en sık ikinci organ sistemidir (11). Günümüzde akciğer YÇBT'si, İAH'nin erken tanısı için invaziv olmayan 'altın standart' araştırma tekniğidir. Skleroderma ilişkili İAH'da tarama yöntemi olarak kullanılması konusunda bir fikir birliği yoktur (8).

Skleroderma hastalığının kadınlarda görülme sıklığını ACR/EULAR 2013'te %86 olarak bildirilmiş olup bizim çalışmamızla (%85,50) benzerdir (12). ACR/EULAR 2013 kriterlerinde interstisyel akciğer hastalığı %12, pulmoner arteriyel hipertansiyon sıklığı %44 olduğu belirtilmiştir (12). Bizim çalışmamızda interstisyel akciğer hastalığı daha yüksek (%40,5), pulmoner arteriyel hipertansiyon daha az (%24,69) oranda saptanmıştır. Liakouli ve ark. Larının yaptığı bir review makalede interstisyel akciğer hastalığının %80'lere kadar çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca litertürde en yaygın tutulum paterninin NSİP ve OİP olduğu bilinmektedir (8). Bizim çalışmamızda skleroderma hastalarının 28 (%40,5)'inde akciğer tutulumu görülmekte olup, akciğer tutulumunda baskın paternler %60,7 oranında NSİP ve %25 oranında OİP'tir. Özefageal dilatasyon ise ACR/EULAR 2013 tanı kriterleri arasında bulunmamakla birlikte bizim çalışmamızda sklerodermalı hastaların %56,52'sinde özefagus distal 2/3'te dilatasyon izlenmektedir. Wangkaew ve arkadaşları artan özofageal çapın, skleroderma ilişkili interstisyel akciğer hastalığının akciğer fibrozuna ilerlemesinin bir öngörücüsü olduğunu buldu (13). Bu nedenle özefageal dilatasyon da önem arz etmekte olup özafegal dilatasyonu olan interstisyel akciğer hastalığında fibrozise ilerleme açısından daha yakın takip gerekmektedir.

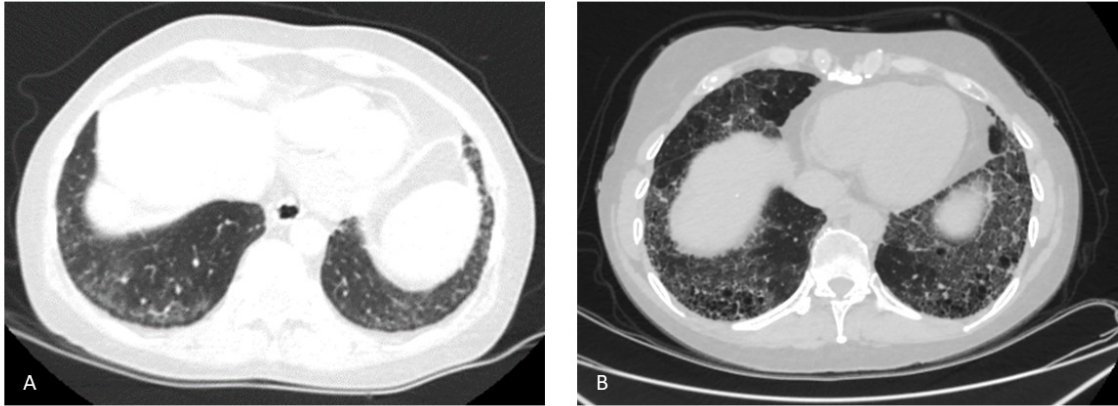
Sklerodermalı hastalarda toraks BT incelemede sık tutulan organlardaki bulguları saptamada oldukça etkin bir rol almaktadır ve literatüre bakıldığında oldukça etkin bir şekilde BT kullanımı dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR:

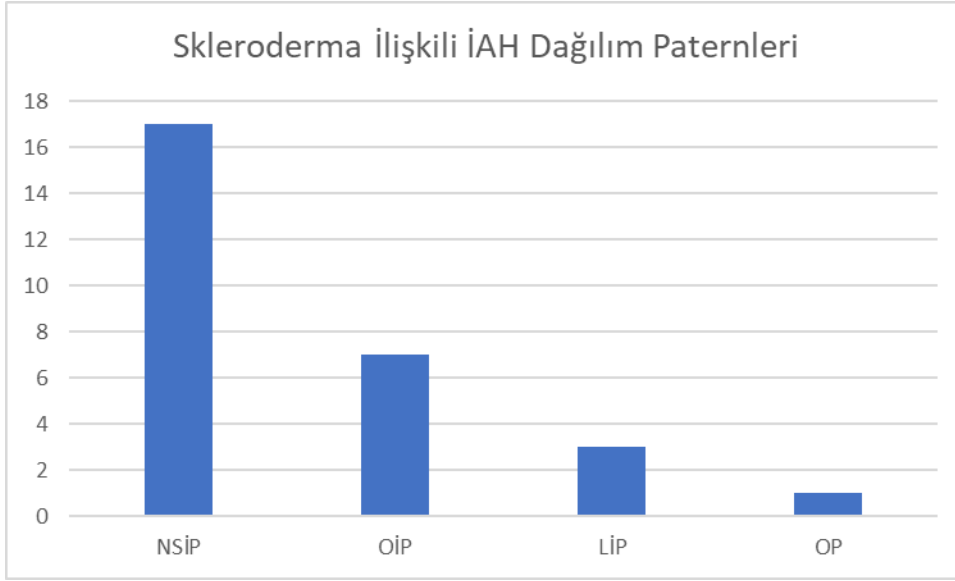
1. Krieg T, Takehara K. Skin disease: a cardinal feature of systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48 Suppl 3:iii14-iii18. doi:10.1093/rheumatology/kep108
2. Schoenfeld SR, Castolino FV. Interstitial lung disease in scleroderma. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(2):237-248. doi:10.1016/j.rdc.2014.12.005
3. Solomon JJ, Olson AL, Fischer A, Bull T, Brown KK, Raghu G. Scleroderma lung disease. *Eur Respir Rev*. 2013;22(127):6-19. doi:10.1183/09059180.00005512
4. Müller NL, Coiby TV. Idiopathic interstitial pneumonias: high-resolution CT and histologic findings. *Radiographics*. 1997;17(4):1016-1022. doi:10.1148/radiographics.17.4.9225401.
5. Bouros D, Wells AU, Nicholson AG, et al. Histopathologic subsets of fibrosing alveolitis in patients with systemic sclerosis and their relationship to outcome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165(12):1581-1586. doi:10.1164/rccm.2106012.
6. Rotondo C, Urso L, Praino E, et al. Thoracic lymphadenopathy as possible predictor of the onset of interstitial lung disease in systemic sclerosis patients without lung involvement at baseline visit: A retrospective analysis. *J Scleroderma Relat Disord*. 2020;5(3):210-218. doi:10.1177/2397198320923545
7. Steen V, Medsger TA Jr. Predictors of isolated pulmonary hypertension in patients with systemic sclerosis and limited cutaneous involvement. *Arthritis Rheum*. 2003;48(2):516-522. doi:10.1002/art.10775
8. Liakouli V, Ciancio A, Del Galdo F, Giacomelli R, Ciccia F. Systemic sclerosis interstitial lung disease: unmet needs and potential solutions. *Nat Rev Rheumatol*. 2024;20(1):21-32. doi:10.1038/s41584-023-01044-x.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

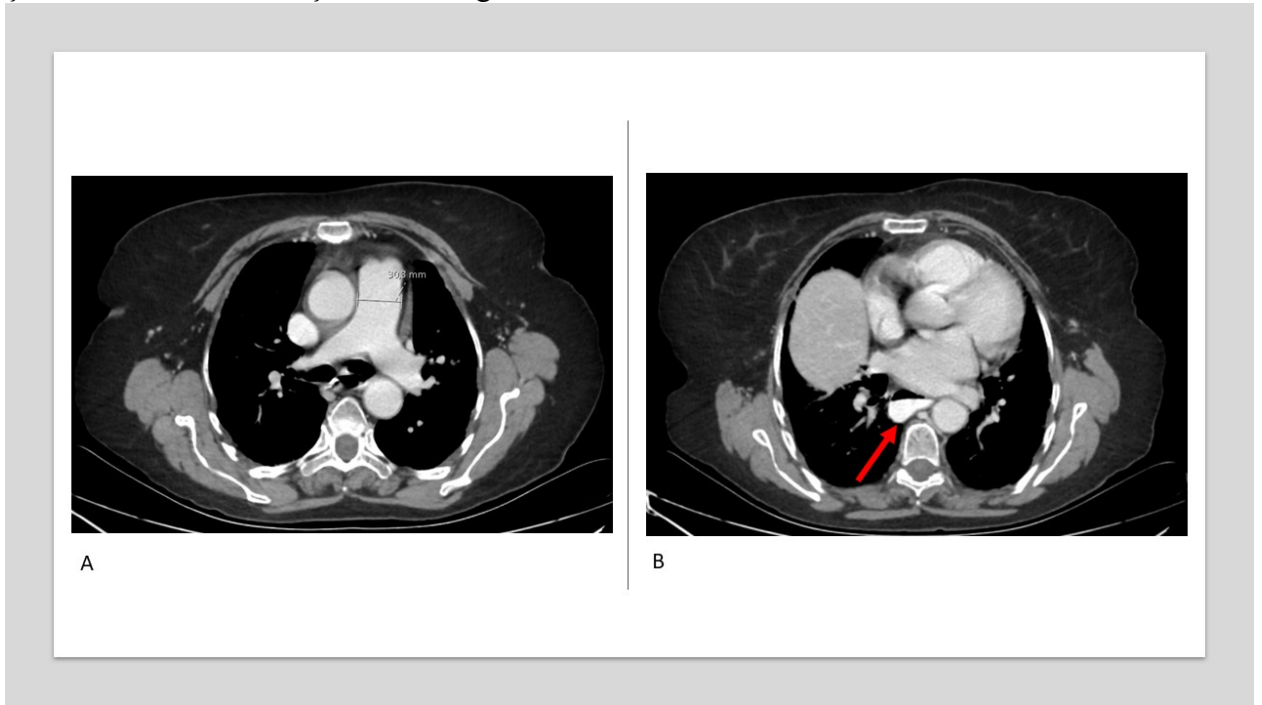
9. Schraufnagel DE, Michel JC, Sheppard TJ, Saffold PC, Kondos GT. CT of the normal esophagus to define the normal air column and its extent and distribution. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(3):748-752. doi:10.2214/AJR.07.3455
10. Bozlar U, Ors F, Deniz O, et al. Pulmonary artery diameters measured by multidetector-row computed tomography in healthy adults. *Acta Radiol.* 2007;48(10):1086-1091. doi:10.1080/02841850701545755
11. Lomeo RM, Cornella RJ, Schabel SI, Silver RM. Progressive systemic sclerosis sine scleroderma presenting as pulmonary interstitial fibrosis. *Am J Med.* 1989;87(5):525-527. doi:10.1016/s0002-9343(89)80608-4
12. van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2013;65(11):2737-2747. doi:10.1002/art.38098
13. Wangkaew S, Losuriya P, Euathrongchit J. Worsening of esophageal dilatation is associated with increase in a high-resolution computed tomography (HRCT) score in early systemic sclerosis-associated interstitial lung disease (SSc-ILD). *Clin Rheumatol.* 2021;40(3):955-963. doi:10.1007/s10067-020-05346-3



Şekil 1: A. Toraks BT’de her iki akciğer alt lob bazallerde NSİP’e uyan subplevral alanların korunduğu buzlu cam alanları, B. OİP görüntüsüne uyan bal peteği alanları



Şekil 2. Skleroderma ilişkili İAH Dağılım Paternleri



Şekil 3: A. Aksiyel planda pulmoner arter çapı artmış (30 mm) bir hasta, B. Aynı hastanın daha distalinden geçen kesitlerinde özefagusta dilastasyon (kırmızı ok) görülmektedir.

[SS-06]

ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI DERMATOMIYOZİT VE JUVENİL DERMATOMIYOZİT KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

Ece Aslan¹, Alican Karakoç², Pelin Öztürk³, Aybüke Günalp¹, Zeynep Torunoğlu Bek¹, Nergis Akay¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Esmâ Aslan¹, Mehmet Yıldız¹, Sezgin Şahin¹, Amra Adrovic¹, Kenan Barut¹, Serdal Uğurlu², Özgür Kasapçopur¹

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

² İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

³ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı

Giriş/Amaç

Dermatomyozit (DM), karakteristik cilt bulguları ve simetrik proksimal kas güçsüzlüğü ile seyreden inflamatuvar bir myopatidir. Erişkin başlangıçlı DM ve juvenil DM (JDM) pek çok ortak noktaya sahip olmakla birlikte; klinik tutulumlar, myozit antikor pozitiflikleri, eşlik eden maligniteler ve mortalite açısından oldukça farklı olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada JDM ve erişkin DM hastalarının benzer ve farklı özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa çocuk romatoloji ve erişkin romatoloji kliniklerinde takip edilen, EULAR/ACR 2017 kriterlerine göre JDM veya DM tanısı almış olan hastaların manuel ve elektronik hasta dosyaları Ocak- Nisan 2025 tarihleri arasında retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular

Juvenil dermatomyozit tanılı 84 hasta (%63,1'i kadın) ve erişkin başlangıçlı DM tanılı 80 hasta (%72,5'i kadın) çalışmaya dahil edildi. Tanı yaşı bimodal dağılım göstermekteydi, ilki 6,9 yıl, ikincisi 44,2 yılda olmak üzere iki piki mevcuttu.

Cilt ve kas tutulumu her iki grupta da en sık görülen organ tutulumlarıyken JDM'de eklem tutulumu (p=0,019), erişkin başlangıçlı DM'de ise kardiyak tutulumu (p=0,038) daha fazlaydı. Kalsinozis, JDM'lerin %33,3'ünde görülürken erişkin DM'de yalnızca bir hastada görülmüştü (p<0,001).

Myozit spesifik antikor panellerinde JDM'de en sık Anti-NXP2 (n=11) ve Anti TIF1g (n=7) antikor pozitiflikleri görülürken erişkin grupta Anti-Mi2 (n=4) ve Anti-Jo1 (n=7) daha sık görülmekteydi. En sık gözlenen miyozit ilişkili antikor Anti-SS-a erişkin DM hastalarında çoğunlukla görülmüştü (p=0,003). Hem tanı anında hem de son vizitte bakılan akut faz reaktantlarından C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı erişkinlerde juvenil gruptan daha yüksekti (hepsi için p<0,050).

Juvenil DM hastalarına tanı anında daha az kas biyopsisi, PET/BT ve EMG uygulanmış ancak daha sık MR çekilmişti (hepsi için p<0,050). Tanı anında PET/BT hiçbir JDM hastasına çekilmemişti.

Kortikosteroidler her iki grupta da ilk tercih edilen ajan olup, her iki grupta %98'den fazla hastada, hastalığın herhangi bir döneminde verilmişti. Güncel tedaviler sorgulandığında ise JDM hastalarının yalnızca %11,6'sı kortikosteroid almaktayken, erişkin başlangıçlı DM hastalarının %60,5'i halen kortikosteroid almaktaydı (p<0,001).

Juvenil DM hastalarının hiçbirinde tanı anında veya izlemde malignite saptanmamışken, 21 (%26,2) erişkin DM hastasında malignite saptanmıştı (p<0,001). Erişkin DM hastalarının %77,5'i en az bir kez hastanede yatmıştı, juvenil DM hastalarında bu oran %40,4 idi (p<0,001).

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

Juvenil DM tanılı hastaların 3'ü, erişkin DM hastalarının ise 18'i izlemde kaybedilmişti. Mortalite oranı erişkin başlangıçlı DM'de daha yüksekti ($p<0,001$).

Tartışma/Sonuç

Dermatomyozit, ilki 7 yaş civarı ikincisi 40-50 yaş civarı olmak üzere iki kez pik yapar. Pek çok ortak noktaları olsa da JDM, daha sık artrit yapması, daha az kardiyak tutulum yapması, daha sık kalsinozis gelişmesi gibi yönlerden erişkin DM'den ayrılır. Bizim çalışmamızda tanı sürecinde PET/BT, kas/cilt biyopsisi, EMG gibi invaziv veya radyoaktif tetkikler juvenil grupta daha az tercih edilirken, MRI juvenil grupta daha fazla tercih edilmişti. Tedavi yaklaşımı her iki grupta benzer ancak JDM'de steroidin kesilme oranı daha yüksekti. Malignite gelişimi, hospitalizasyon gerekliliği ve mortalite erişkin başlangıçlı DM'de daha fazla görülmekteydi.

Aynı hastalığın farklı yaş gruplarında prezente olmuş hali yanılısamasına düşmeden, JDM ve erişkin DM klinik prezentasyonlarının, hastalık seyrinin, organ tutulumlarının, tedavi modalitelerinin ve prognozlarının farklı olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Juvenil Dermatomyozit, Erişkin Başlangıçlı Dermatomyozit, Kalsinozis, Malignite

[SS-07]

Psöriyatik subaksiyel subluksasyon: Aksiyel tutulum PsA'da rutin taranmalı mı?

Metin Pekdiker

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları/Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Giriş: Psöriyatik artrit (PsA), inflamatuvar artritler içerisinde klinik seyri en heterojen olan romatolojik hastalıktır. Bu olgumuzda sessiz seyirli bir aksiyel PsA (axPsA) olgusunu sunarak bu duruma dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Elli yaşında psöriyazis (Ps) tanılı erkek hasta dermatoloji tarafından PsA açısından değerlendirilmek üzere polikliniğimize konsulte edildi. Olgunun Ps dışında aktif şikayeti veya ek hastalığı yoktu; aktif sigara içicisiydi. Yirmi yılı aşkın Ps vulgarisi olan hastanın fizik bakışında sırtta, abdomende, kollarda ve bacaklarda yaygın eritemli skuamli plak lezyonlar mevcuttu; lokomotor bulgusu yoktu. El ve ayak parmaklarında onikoliz, subungal hiperkeratoz ve diskolorasyon bulguları mevcuttu. PASI skoru: 9.3 ve tüm vücut yüzey alanında Ps %20.5 idi. Hemogram, biyokimyasal parametreler ve akut faz yanıtları gibi kan tetkikleri normaldi. Sakroiliyak eklem grafisi normaldi, lateral lomber grafisinde (İmaj 1) şüpheli PsA bulgusu mevcutken lateral servikal grafisinde ise 'subaksiyel subluksasyon' bulgusu saptandı (İmaj 2). Olgu tekrar sorgulandı ve hergangi bir travma veya cerrahi öyküsü yoktu; nörolojik muayanesinde patoloji saptanmadı. Kontrastlı servikal MRG görüntülemesinde ise aktif spondilit bulgusu saptanmazken hafif spinal kanal basısı mevcuttu. Beyin-sinir cerrahisine konsulte edilen olguya konservatif tedavi önerildi. Olguya metotreksat ve psöretin dirençli Ps'si olmasından dolayı anti-interlökin-17 etkili biyolojik ajan başlandı; 6.ayda PASI skoru: 0 idi. Olgunun multidisipliner takip ve tedavisi dermatoloji, romatoloji ve beyin-sinir cerrahisi kliniklerince devam etmektedir.

Tartışma: Aksiyel inflamasyon PsA olgularının %40'ında meydana gelir. Genetik, klinik ve radyolojik olarak ankilozan spondilitten (AS) farklı özellikler gösterir (1). İnflamatuvar bel ağrısı AS'den daha az görülür ve asemptomatik de olabilir. Sakroiliit şiddeti daha az iken özellikle servikal bölgede ciddi tutulum yapabilir (2). Servikal spondilit PsA olgularının %35-75'inde meydana gelir. Uzun Ps süresi ve periferik eroziv hastalık servikal tutulum için risk faktörüdür ve tüm PsA olgularının %7'si izole servikal spondilit ile prezente olur (3). Riskli PsA'lı olguların aksiyel tutulum ve atlantoaksiyel instabilite açısından taranması uygun bir yaklaşım olabilir.

Anahtar sözcükler: servikal vertebra, psöriyatik artrit, omurga

Referanslar:

1. Helliwell PS. Axial involvement in psoriatic arthritis: is it unique? Rheumatology (Oxford). 2024;63(Supplement 2):ii15-ii19.
2. Poddubnyy D, Jadon DR, Van den Bosch F, Mease PJ, Gladman DD. Axial involvement in psoriatic arthritis: An update for rheumatologists. Semin Arthritis Rheum. 2021;51:880-887.
3. Queiro R, Sarasqueta C, Torre JC, Tinture T, López-Lagunas I. Prevalence and predictors of cervical involvement in psoriatic spondyloarthritis. J Clin Rheumatol. 2002;8:23-29.

İmaj 1: Olgunun lateral lomber grafisi; şüpheli yeni kemik oluşumu kırmızı ok ile gösterilmiştir.



İmaj 2: Olgunun lateral servikal grafisi; subaksiyel sublüksasyon bulgusu.



[SS-08]

Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında İnterferon Düzenleyici Faktör, İnterferon Alfa ve Beta Düzeylerinin İncelenmesi

Melike Yerliyurt Kelici¹, Ali Şahin², Halef Okan Doğan³

¹Şarkışla Devlet Hastanesi, Sivas, Türkiye

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas, Türkiye

³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA, Familial Mediterranean Fever; FMF), tekrarlayan, kendi kendini sınırlayan kısa süreli (ortalama 24-72 saat) ateş ve serozit atakları ile klinik bulgu veren, kalıtsal, otozomal resesif, otoinflamatuvar bir hastalıktır (1). 16.kromozomun kısa kolunda bulunan MEFV (Mediterranean FeVer) genindeki mutasyonlar sebebiyle ortaya çıkar (2). Mutasyon sonucu gelişen Pirin işlev bozukluğu IL-1 β ve IL-18'in anormal üretimine neden olur ve bu sitokinler aracılığıyla ateş, lökosit aktivasyonu ve kemotaksisi oluşturur (3,4). Bu durum FMF (Familial Mediterranean Fever) ataklarındaki serozal inflamasyonun (peritonit, plörit, sinovit) karın ağrısı, göğüs ağrısı ve eklem ağrısı gibi sık görülen klinik bulgularını açıklar (5).

Materyal ve Metod: Çalışmamıza Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji polikliniğine 01.03.2022 ile 08.09.2022 tarihleri arasında başvuran FMF tanısı ile takip edilen 18 yaş üstü 40 hasta ve Genel Dahiliye polikliniğine başvuran yine 18 yaş üstü 40 sağlıklı kişi dahil edildi. Çalışmamız prospektif olarak tasarlandı ve çalışmamız için Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (CÜBAP) tarafından (T- 951 nolu proje) mali destek sağlandı. Çalışmaya dahil edilen FMF takipli kişilerin tanıları, kullanmakta oldukları tedaviler, klinik ve laboratuvar bulguları hastalar ile görüşerek ve hasta dosyaları taranarak kayıt altına alındı. Hastaların rutin takiplerinde de kullanılan tetkikler olan MEFV geni, kreatinin, fibrinojen, CRP (C reaktif protein), Hemogram, Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESR), Serum Amiloid A, Spot idrar tetkiki verilerine ek olarak IFN α (İnterferon alfa), IFN β (interferon beta), IRF-3 (interferon regülatör faktör-3), IRF-4 (interferon regülatör faktör-4) ve IRF-7 (interferon regülatör faktör-7) düzeyi de çalışıldı. Toplanan veriler istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi.

Bulgular: FMF tanılı hastaların %72,5'i kadın olup, yaş ortalaması 40 hastada 35,65 yıl; sağlıklı kontrol grubunun ise %70'i kadındı ve yaş ortalaması 40 sağlıklı birey için 45,35 idi. Cinsiyet ve yaş dağılımı açısından her iki grup arasında fark yoktu (p=0,999 ve p=0,062). Hasta grubunda %20,51 oranında M694V mutasyonu saptandı. Hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyete ek olarak WBC (white blood cell) (p=0,105), CRP(p=0,479), Fibrinojen (p=0,629), Serum Amiloid A (p=0,149), Proteinüri (p=0,999) parametrelerinin tümünde anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı (p> 0,05). Bu parametrelerin dışında çalışılan Eritrosit Sedimentasyon Hızı (p=0,030), Interferon Alfa (p=0,001), Interferon Beta (p=0,001), Interferon Regülatör Faktör 3 (p= 0,001), Interferon Regülatör Faktör 4 (p=0,001) ve Interferon Regülatör Faktör 7 (p=0,004) parametrelerinde ise p<0,05 olarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada FMF hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki IFN α , IFN β , IRF-3, IRF-4 ve IRF-7 belirteçlerinin düzeylerini karşılaştırdık. Atak dışı dönemde subklinik inflamasyonu göstermek ve hastalık takibinde kullanılmak için uygun biyobelirteçler olup

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

olmadıklarını tespit etmeye çalıştık. IFN α , IFN β , IRF-3, IRF-4 ve IRF-7 düzeylerini karşılaştırdığımız bu çalışmada hasta grubunda sağlıklı kontrol grubun oranla anlamlı düzeyde yükseklik saptadık. İncelenen belirteçlerin FMF hastalarında daha yüksek saptanması bu parametrelerin FMF kliniğine yol açan inflamasyon kaskadında görev almaları, devam eden subklinik inflamasyonun sebebi ya da sonucu olması nedeniyle gerçekleşmiş olabilir. Bu belirteçlerin yanı sıra çalıştığımız WBC, CRP, ESR, SAA (serum Amiloid A), fibrinojen, proteinüri, yaş ve cinsiyet parametrelerinden ise yalnızca ESR düzeyinde anlamlı yükseklik saptandı. ESR yüksekliği hasta grubunda daha ileri yaş hastalar bulunması yada kadın hastaların çoğunlukta olması kaynaklı olabilir. FMF hastalarının atak dönemini de kapsayan daha geniş çaplı araştırmalar mevcut biyobelirteçlerin rolünü daha net ortaya koyabilir.

Anahtar Kelimeler: FMF, inflamasyon, interferon alfa, interferon beta, interferon regülatör faktör.

Kaynaklar:

- 1-Fonnesu C, Cerquaglia C, Giovinale M, Curigliano V, Verrecchia E, de Socio G, et al. Familial Mediterranean Fever: A review for clinical management. *Joint Bone Spine*. 2009 May 1;76(3):227–33.
- 2- Arakelov G, Arakelov V, Nazaryan K. Complex formation dynamics of native and mutated pyrin's B30.2 domain with caspase-1. *Proteins: Structure, Function, and Bioinformatics* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2022 Sep 11];86(6):676–83.
- 3- Koga T, Migita K, Sato S, Umeda M, Nonaka F, Kawashiri SY, et al. Multiple Serum Cytokine Profiling to Identify Combinational Diagnostic Biomarkers in Attacks of Familial Mediterranean Fever. *Medicine* [Internet]. 2016 [cited 2022 Oct 2];95(16).
- 4- Gabay C, Lamacchia C, Palmer G. IL-1 pathways in inflammation and human diseases. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2010 Apr [cited 2022 Sep 17];6(4):232–41.
- 5- Erdem I, Saritas F, Karaali R, Ardic E, Emeksiz GK, Kara SP, et al. A rare cause of fever in an adult: a case of familial Mediterranean fever. *Int Med Case Rep J* [Internet]. 2018 Mar 13 [cited 2022 Sep 18]; 11:37–40.

[SS-09]

Erişkin Hastalarda İmmünglobulin A Vaskülit: Klinik Özellikler, Organ Tutulum Paterni ve Tedavi Yanıtı Üzerine Tek Merkez Deneyimi

Arif Babayigit¹, Ali Şahin¹

1.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları /Romatoloji SİVAS

GİRİŞ

İmmünoglobulin A vaskülit (IgAV; eskiden Henoch-Schönlein purpura [HSP] olarak adlandırılır) 100.000'de 3 ila 27 insidans aralığı ile çocuklarda en yaygın sistemik vaskülit şeklidir (1). Vakaların yüzde doksanı pediatrik yaş grubunda ortaya çıkar. Erişkinlerde daha nadir görülür, böbrek tutulumu daha ağır seyirlidir (2-3). Diğer birçok sistemik vaskülit formunun aksine, IgAV tipik olarak kendi kendine sınırlıdır. IgAV öncelikle sonbahar, kış ve ilkbaharda görülür, ancak nadiren yaz aylarında görülür (4), muhtemelen IgAV'nin enfeksiyonlarla ilişkisi ile açıklanmaktadır.

ÇALIŞMA ÖZETİ

Çalışmada 2022 yılı ile 2025 yılları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji kliniğinde IgAV tanısı alan 18 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların en küçüğü 18 yaş, en yaşlısı 80 yaş olmak üzere yaş ortalaması 44.9'du. Kadın erkek oranı eşitti. 13 hasta atağı literatürle uyumlu olarak sonbaharda geçirmişken, 5 hasta kış mevsiminde geçirmişti. Hastalardan 4 tanesinde eşlik eden FMF tanısı bulunmaktaydı. 4 hastada artrit mevcutken, 13 hastada artralji saptanmıştı. 10 hastada karın ağrısı mevcuttu ve 4 hastada ishal, 1 hastada kanlı ishal şikayeti mevcuttu. Döküntü 6 hastada sadece alt ekstremitede iken, 5 hastada alt ve üst ekstremitede, 7 hastada alt ve üst ekstremitede birlikte gövdede mevcuttu. Böbrek fonksiyon bozukluğu olan 4 hastadan 1 tanesinde diyaliz ihtiyacı gelişti, 2 hastada sadece proteinüri tespit edildi. Tanı anında CRP: 47,2 mg/dl iken, ESH: 34,7 mm/h olarak hesaplandı. Tam hastalar kortikosteroid tedavisi almışken 7 hasta pulse steroid alması gerekmiş. 12 hastada tedaviye Azatoprin eklenmiş. Böbrek tutulumu olan diyaliz ihtiyacı olan hasta exitus olmuş, diğer hastalar remisyona girmiş, 2 hastada IgAV atağı ikinci kez geçirmiş olarak görülmüştür, 3 hasta en son takiplerinde remisyonda iken takipleri bırakmış, 8 hasta en az 2 yıl kadar takip edilmiş ve atakları tekrarlamamış, kalan 6 hasta ise son 1 yıl içinde tanı almış ve takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, erişkin hastalarda immünglobulin A (IgA) vaskülit klinik spektrumunun, laboratuvar bulgularının, organ tutulum paternlerinin ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Literatürde çoğunlukla pediatrik yaş grubuyla ilişkilendirilen IgA vaskülit, erişkinlerde daha nadir görülmekle birlikte, bu yaş grubunda hastalık seyri daha komplike olabilmektedir. Bulgularımız, erişkin olgularda renal tutulum sıklığının ve ciddiyetinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ve bu tutulumun prognoz açısından belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların %22'sinde renal tutulum saptanmıştır. Özellikle proteinüri, hematüri ve böbrek fonksiyon bozukluğunun varlığı, daha agresif tedavi gereksinimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, Pillebout ve arkadaşlarının erişkinlerde IgA vaskülitine dair kohort çalışmasında belirttiği üzere, erişkin yaş grubunda nefrit gelişme riskinin çocuklara kıyasla daha yüksek olduğuna dair verilerle örtüşmektedir (5).

Erişkinlerde gastrointestinal tutulum, çocuklardan farklı olarak genellikle daha hafif seyretmiş ancak nadiren de olsa invajinasyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olmuştur.

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

Çalışmamızda bir hastada GİS kanama görülmüş olup stabil seyretmiştir, semptomatik hastalarda abdominal BT ve endoskopik incelemelerin yapılması uygun olacaktır. Kutanöz bulgular tüm olgularda başlangıç semptomu olarak öne çıkmış ve tanı için yol gösterici olmuştur. Deri biyopsisi yapılan hastaların büyük kısmında IgA birikimi immünfloresan mikroskopi ile gösterilmiş ve tanının doğrulanmasında yardımcı olmuştur. Ancak, biyopsi materyalinin alınma zamanı IgA birikiminin saptanabilirliğini etkileyebileceği için, erken dönemde yapılan biyopsilerin tanı değerinin daha yüksek olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında retrospektif dizayn, örneklem büyüklüğünün görece sınırlı olması ve takip süresinin bazı olgularda kısa kalması yer almaktadır. Ayrıca, böbrek biyopsisi her olguda uygulanmamış olup, renal tutulum derecelendirmesi klinik verilere dayandırılmıştır. Bu da histopatolojik korelasyon eksikliği açısından metodolojik bir sınırlı oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, erişkinlerde IgA vaskülitisi daha komplike seyir gösterebilen, özellikle renal tutulum yönünden yakından izlenmesi gereken bir vaskülit türüdür. Klinik heterojenite ve tedavi yanıtındaki değişkenlik, bu hasta grubunda daha bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, daha büyük örneklemli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Oni L, Sampath S. Childhood IgA Vasculitis (Henoch Schonlein Purpura)-Advances and Knowledge Gaps. *Front Pediatr.* 2019 Jun 27;7:257. doi: 10.3389/fped.2019.00257. PMID: 31316952; PMCID: PMC6610473.
2. Batu ED, Sarı A, Erden A, Sönmez HE, Armağan B, Kalyoncu U, Karadağ Ö, Bilginer Y, Akdoğan A, Kiraz S, Özen S. Comparing immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönlein purpura) in children and adults: a single-centre study from Turkey. *Scand J Rheumatol.* 2018 Nov;47(6):481-486. doi: 10.1080/03009742.2018.1448111. Epub 2018 Jun 18. PMID: 29912602.
3. Calvo-Río V, Loricera J, Mata C, Martín L, Ortiz-Sanjuán F, Alvarez L, González-Vela MC, González-Lamuño D, Rueda-Gotor J, Fernández-Llaca H, González-López MA, Armesto S, Peiró E, Arias M, González-Gay MA, Blanco R. Henoch-Schönlein purpura in northern Spain: clinical spectrum of the disease in 417 patients from a single center. *Medicine (Baltimore).* 2014 Mar;93(2):106-113. doi: 10.1097/MD.0000000000000019. PMID: 24646467; PMCID: PMC4616305.
4. Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Henoch-Schönlein Purpura in Children: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev.* 2020;16(4):265-276. doi: 10.2174/1573396316666200508104708. PMID: 32384035.
5. Pillebout, E., Thervet, E., Hill, G., Alberti, C., Vanhille, P., & Nochy, D. (2002). Henoch-Schönlein Purpura in adults: outcome and prognostic factors. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 13(5), 1271–1278. <https://doi.org/10.1097/01.asn.0000013883.99976.22>

[SS-10]

Dirençli erişkin başlangıçlı still hastalığında tocilizumab tedavisi: Tek merkez deneyimi

Ezgi Çimen Güneş¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş

Erişkin başlangıçlı still hastalığı (EBSH), etiyojisi bilinmeyen nadir bir sistemik inflamatuvar hastalıktır. Hastalığın başlıca klinik belirtileri ateş, makulopapüler somon pembesi döküntü, artralji ve artrittir (1). EBSH için birincil tedavi seçeneği kortikosteroidler ve geleneksel immünoşüpresif (metotreksat, siklosporin, leflunomid) ilaçlardır (2). Refrakter hastalık için biyolojik ilaçlar gerekebilir ve hastalığın patogeneğinde yer alan IL-6 iyi bilinen etkileri nedeniyle, bu yolun inhibisyonu olumlu tedavi seçeneklerinden biridir (3).

Amaç

Bu çalışmada, konvansiyonel tedavilere dirençli tocilizumab tedavisi altında EBSH olan hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2016 ile Ocak 2025 tarihleri arasında EBSH olan toplam 64 hasta taranmıştır. Konvansiyonel tedaviye dirençli ve refrakter hastalık nedeniyle tocilizumab tedavisi alan toplam 8 EBSH hastası dahil edildi. Hastaların verileri hasta dosyalarından elde edildi. Tüm hastalara Yamaguchi ve ark.'nın kriterlerine göre EBSH tanısı konmuştur.

Bulgular

Konvansiyonel tedaviye dirençli ve refrakter hastalık nedeniyle tocilizumab tedavisi alan toplam 8 EBSH hasta dahil edildi. 4 hasta erkek, 4 hasta kadın ve hastaların yaş ortalaması 51,0±10,5 idi. Hastaların başvuru şikayetlerinde tüm hastalarda ve en sık ateş görüldü. Sırasıyla başvuru şikayetleri 4 hasta döküntü, 3 hasta artralji, 3 hasta artrit ve 2 hasta kilo kaybıydı. Tocilizumab tedavisine başlamadan önce tüm hastalara en az bir konvansiyonel tedavi (7 hasta metotreksat, 3 hasta leflunomid) uygulandı. Tüm hastalar kortikosteroid tedavisi aldı. Eşlik eden en sık komorbidite diabetes mellitusdu (3 hasta). Tocilizumab tedavisi uygulama şekli 4 hastada 162 mg/hafta subkutan şekilde verildi. Her iki uygulama şeklinde de hastaların tamamında remisyon elde edildi. Hastaların en son takiplerinde 6 hasta tocilizumab tedavisi almaya devam etmektedir (Tablo 1).

Sonuç

EBSH sırasında aktif hastalığı ve konvansiyonel tedavilere dirençli artriti olan hastalar için biyolojik ilaçlara nadiren ihtiyaç duyulabilir. Ancak, birçok sitokin hastalığın patogeneğinde rol oynar, IL-6 inhibitörleri olan tocilizumab tedavisi konvansiyonel tedavilere dirençli EBSH hastaları için etkili görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Erişkin başlangıçlı still hastalığı, tocilizumab, tedavi

Kaynaklar

1-Giacomelli R, Ruscitti P, Shoenfeld Y. A comprehensive review on adult onset Still's disease. J Autoimmun. 2018;93:24-36. doi:10.1016/j.jaut.2018.07.018

2-Seco T, Cerqueira A, Costa A, Fernandes C, Cotter J. Adult-Onset Still's Disease: Typical Presentation, Delayed Diagnosis. Cureus. 2020;12(6):e8510. Published 2020 Jun 8. doi:10.7759/cureus.8510

5.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri, 20 - 21 Haziran 2025

3-AI-Homood IA. Biologic treatments for adult-onset Still's disease. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(1):32-38. doi:10.1093/rheumatology/ket250

Tablo 1. Tocilizumab tedavisi kullanan hastaların klinik özellikleri

Hasta no.	Yaş/Cinsiyet	Başvuru şikâyeti	Konvansiyonel tedavi	Biyolojik ilaç dozu	Hastalık durumu	Komorbidite	Son durum
1	34/E	Artralji, Döküntü, Ateş	CS, MTX	162 mg/hafta	Remisyon	-	TOC + MTX
2	42/K	Artrit, Kilo kaybı, Ateş	CS, MTX	162 mg/hafta	Remisyon	-	TOC + MTX
3	43/K	Döküntü, Ateş	CS, MTX	8 mg/kg/ay	Remisyon	DM	TOC
4	52/K	Artrit, Ateş	CS, MTX, LEF	162 mg/hafta	Remisyon	Karpal tünel sendromu	TOC + MTX
5	54/E	Artrit, Ateş	CS, MTX	8 mg/kg/ay	Remisyon	-	TOC + MTX
6	56/E	Döküntü, Ateş	CS, LEF	8 mg/kg/ay	Remisyon	DM, HT	TOC
7	61/K	Artralji, Döküntü, Ateş	CS, MTX	162 mg/hafta	Remisyon	Akciğer kanseri	Kemoterapi + Radyoterapi
8	65/E	Artralji, Kilo kaybı, Ateş	CS, MTX, LEF	8 mg/kg/ay	Remisyon	DM, HT	LEF

E: Erkek, K: Kadın, CS: Kortikosteroid, MTX: Metotreksat, LEF: Leflunomid, TOC: Tocilizumab, DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon

[SS-11]

Romatoid Artritli Hastalarda Total Diz Artroplastisi Sonrası Enfeksiyon Oranları ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi: 142 Hastalık Retrospektif Bir Çalışma

Öner Kılıncı¹

¹ Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç:

Bu çalışma, 2005–2020 yılları arasında total diz artroplastisi (TKA) uygulanan romatoid artrit (RA) hastalarında enfeksiyon oranlarını ve ilişkili risk faktörlerini belirlemek, literatürle karşılaştırmak ve uzun dönem sağkalım sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmaya, Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) kriterlerine göre tanısı doğrulanmış ve TKA uygulanan 142 RA hastası dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), hastalık süresi, kullanılan ilaçlar (metotreksat, biyolojik DMARD, uzun süreli steroid), RF pozitifliği, HAQ ve VAS ağrı skorları ile erken (ilk 1 yıl) ve geç dönem (1 yıl sonrası) periprostetik enfeksiyon oranları incelenmiştir. Ortalama takip süresi $4,3 \pm 2,1$ yıl (minimum 1 yıl, maksimum 10 yıl) idi.

Bulgular:

Ortalama yaş 58 (aralık: 45–72), ortalama hastalık süresi 10,2 yıl (aralık: 5–20 yıl) idi. Hastaların %82'si kadın (n=116), %18'i erkek (n=26) idi. Toplam enfeksiyon oranı %5 (n=7) olup, bunların 3'ü erken dönem, 4'ü ise geç dönemde meydana gelmiştir. Enfeksiyon gelişen hastaların tamamı RF pozitif (n=7) idi; bu grupta biyolojik DMARD kullanımı %80 (n=6), uzun süreli steroid kullanımı %60 (n=4) idi. Enfeksiyon gelişmeyen 135 hastanın biyolojik DMARD kullanımı %40 (n=54), uzun süreli steroid kullanımı %50 (n=68) idi. Ortalama HAQ skoru enfeksiyon gelişenlerde 1,8 (aralık: 1,5–2,1), gelişmeyenlerde 1,2 (aralık: 0,8–1,5); VAS ağrı skoru enfeksiyon gelişenlerde 7,2 (aralık: 6,5–8,0), gelişmeyenlerde 5,1 (aralık: 3,5–6,8) idi. Ayrıca, uzun dönem sağkalım oranlarının RA ve osteoartritli hastalar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği izlendi.

Sonuç:

Bu çalışmada saptanan %5'lik (n=7) enfeksiyon oranı, literatürde bildirilen %3,0 (1) ve %4,1 (2) oranlarıyla uyumlu bulunmuş ve RA'lı hastalarda osteoartritli hastalara göre enfeksiyon riskinin daha yüksek olduğu doğrulanmıştır. Enfeksiyon gelişen hastalarda RF pozitifliği, biyolojik DMARD ve uzun süreli steroid kullanımı oranlarının yüksek olması, enfeksiyon gelişimini artıran temel faktörler olarak öne çıkmaktadır (3,4). Ito ve arkadaşlarının (5) uzun dönem takipte enfeksiyon ve gevşeme oranlarının arttığını vurgulamaları, çalışmamızdaki geç dönem enfeksiyon vakalarıyla paralellik göstermektedir. Himanen ve arkadaşlarının (6) RA ve OA hastalarında benzer sağkalım oranlarını bildiren verileriyle uyumlu olarak, çalışmamızda uzun dönem sağkalım oranlarının osteoartritli hastalarla benzer olduğu izlenmiştir. Bu nedenle, RA'lı hastalarda cerrahi planlama öncesi risk faktörlerinin dikkatle değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşımın uygulanması, enfeksiyon riskinin azaltılmasında ve cerrahi başarının artırılmasında kritik öneme sahiptir.

Kaynakça

1. Bongartz T, Halligan CS, Osmon DR, Reinalda MS, Bamlet WR, Crowson CS, et al. Incidence and risk factors of prosthetic joint infection after total hip or knee replacement in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;59:1713–1720.
2. Rodriguez JA, Saddler S, Edelman S, Ranawat CS. Infection following total knee arthroplasty. Management and outcome. *J Bone Joint Surg Am.* 1998;80:855–859.
3. Garcia S, Hernández-Vaquero D, Carnero S, Suárez-Vázquez A. Revision total knee arthroplasty in rheumatoid arthritis patients. *Int Orthop.* 2009;33:817–821.
4. Berbari EF, Osmon DR, Duffy MC, Harmssen RN, Mandrekar JN, Hanssen AD, et al. Outcome of prosthetic joint infection in patients with rheumatoid arthritis: the impact of medical and surgical therapy in 200 episodes. *Clin Infect Dis.* 2006;42:216–223.
5. Ito J, Koshino T, Okamoto R, Saito T. 15-year follow-up study of total knee arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. *J Arthroplasty.* 2003;18:984–992.
6. Himanen AK, Belt E, Nevalainen J, Hämäläinen M, Lehto MU. Survival of the AGC total knee arthroplasty is similar for arthrosis and rheumatoid arthritis. Finnish Arthroplasty Register report on 8,467 operations carried out between 1985 and 1999. *Acta Orthop.* 2005;76:85–88.

[SS-12]

Dermatoloji Polikliniğinde Yeni Tanı Behçet Hastalarının Klinik Özellikleri ve Tedavi Yaklaşımları: Tek Merkezli Retrospektif Gözlemsel Çalışma

Funda Koç Babayigit

Sivas Numune Hastanesi

Giriş

Behçet hastalığı (BH), etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, sıklıkla erişkinleri etkileyen sistemik ve kronik seyirli, inflamatuvar bir vaskülit tablosudur. Genellikle oral ve genital ülserler, oküler tutulum ve cilt lezyonları ile karakterizedir; ancak gastrointestinal sistem, merkezi sinir sistemi ve vasküler yapılar gibi birçok organ ve sistemi etkileyebilir. Hastalığın prevalansı, özellikle İpek Yolu coğrafyasında, yani Türkiye, Orta Doğu ve Uzak Doğu ülkelerinde daha yüksek olup, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Tanı, özgül bir biyobelirteç bulunmaması nedeniyle klinik kriterlere dayanarak konulmaktadır. Bu da tanıda birtakım zorluklara neden olmaktadır. Tedavi ise semptomların şiddetine ve tutulan organlara göre değişkenlik göstermektedir. (1)

Çalışma Özeti

Çalışmada Ağustos 2022- Mayıs 2025 tarihleri arası Sivas Numune Hastanesi deri ve zührevi hastalıkları polikliniğinde ilk kez tanı alan Behçet hastaları değerlendirilmiştir. Çalışmaya toplam 12 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların 8'i kadın 4'ü erkekti. Hastalar yaş ortalaması 31,3 (20 yaş-47 yaş) idi. 12 hastanın 11'inde polikliniğe başvuru şikayetleri genital ağrılı ülserdi. Diğer 1 hasta ise oral aft şikayeti ile başvurdu ve genital ülser yoktu ancak üveit eşlik ediyordu. Tüm hastalarda oral aft mevcuttu. 4 hastada oral aftlar sürekli oluyordu. Hastaların yalnızca 1'inde ailede Behçet hastalığı mevcuttu. Artrit sadece 2 hastada, üveit ise 1 hastada vardı. Paterji testi %25 hastada pozitif. Kutanöz bulgular değerlendirildiğinde 2 hastada eritema nodosum, 1 hastada akneiform erupsiyon mevcuttu. Hastaların tanı anında ortalama ESH 23,3mm/H, CRP:18,8 mg/dl olarak hesaplandı. Tüm hastalara başlangıç tedavisi olarak kolşisin başlanmış, bu hastalardan 7'sine ek kolşisin tedavisine ek olarak sistemik steroid tedavisi de eklenmiş. Bu hastaların 3'ünde takipte adalimumab ihtiyacı olmuş ve bir hastada da sonrasında infliksimab tedavisi almıştır.

Tartışma

Bu çalışmada, deri ve zührevi hastalıkları polikliniğinde ilk kez tanı alan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları değerlendirilmiştir. Olguların büyük çoğunluğunda başvuru semptomu genital ülser olup, tüm hastalarda oral aft varlığı dikkat çekicidir. Genital ülserin sık başvuru nedeni olması, dermatoloji kliniklerinde Behçet hastalığının tanısında genital bulguların önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Bu nedenle tanı anında ki genital ülser bulgularının atlanması tanıda gecikmelere yol açmaktadır. Bu nedenle jinekolog, dermatolog ve ürologlar tarafından tanınması ve şüphelenilmesi önemlidir. Çünkü genital lezyonlarda skardan tanıya gitmek daha zordur. Üveit ve artrit gibi sistemik tutulumlar nispeten az sayıda hastada gözlenmiş olsa da, bu bulgular hastalığın multisistemik doğasını ortaya koymaktadır. Tedavi açısından değerlendirildiğinde, tüm hastalara kolşisin başlanması standart yaklaşımı yansıtırken, hastaların önemli bir kısmında sistemik steroid ihtiyacı ve üç hastada biyolojik tedavi gereksinimi olması, bazı olguların daha ağır seyredildiğini ve erken dönemde yakın takibin önemini ortaya koymaktadır. Bu veriler, Behçet hastalığının heterojen klinik seyir gösterdiğini ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerine ihtiyaç duyulduğunu desteklemektedir. (2)

Kaynaklar

- 1-Hatemi, G., Christensen, R., Bang, D., Bodaghi, B., Celik, A. F., Fortune, F., ... & Yazici, H. (2018). 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77(6), 808–818. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-213225>
- 2- Alpsy, E., Bozca, B. C., & Bilgic, A. (2021). Behçet Disease: An Update for Dermatologists. *American journal of clinical dermatology*, 22(4), 477–502. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00609-4>

[SS-13]

Sistemik Sklerozda Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonun Erken Tanısında İnflamatuar Yük İndeksinin Rolü

Kayıhan KARAMAN, Sefa Erdi ÖMÜR

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), cilt ve iç organlarda fibrozis ve aşırı kollajen birikimi, kronik inflamasyon, otoimmün disregülasyon ve mikrovasküler endotel disfonksiyonu ile karakterize karmaşık, multisistem bir hastalıktır. Cilt tutulumunun yaygınlığına göre karakterize iki SSc formu vardır. Sınırlı kutanöz SSc ağırlıklı olarak el, kol ve yüz derisini tutar ve diffüz SSc geniş cilt alanlarını ve birden fazla organı etkiler. Her iki form da önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili sistemik hastalıklardır. Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), SSc'de önde gelen ölüm nedenidir. SSc'li tüm hastaların yaklaşık %12'sini etkiler ve PAH tanısı konulduktan sonraki 3 yıl içinde %50 ölüm oranına sahiptir. Diğer PAH formlarıyla karşılaştırıldığında, SSc ile ilişkili PAH (SSc-PAH) hastalarında ölüm riski üç kat daha fazladır ve sinsi başlangıcı ve kardiyak, kas-iskelet ve pulmoner parankim komorbiditelerinin yüksek prevalansı nedeniyle hastalar hastalığın geç evrelerinde teşhis edilebilir. Bu nedenle, bu hastaların erken evrede teşhis edilmesi son derece önemlidir.

Literatürde inflamasyonun PAH patogenezinde rol oynadığına dair kanıtlar artmaktadır. Pulmoner arteriyel sistemdeki endotel hücreleri bu inflamasyonda önemli bir rol oynar. Artan serum sitokin seviyeleri endotel disfonksiyonuna ve vazokonstriksiyona neden olur. Ayrıca, PAH hastalarında artmış perivasküler inflamatuvar hücre ve inflamatuvar sitokin seviyeleri bildirilmiştir. CRP ile nötrofil-lenfosit oranının çarpılmasıyla hesaplanan ve bu hastalardaki inflamatuvar yükü yansıtan inflamatuvar yük indeksinin (IBI) bu hastalardaki inflamatuvar yükü de göstereceğini düşündük.

Yöntemler: Çalışma retrospektif olarak planlandı. Çalışmaya SSc-PAH'lı 32 hasta ve kontrol grubu olarak 55 hasta dahil edildi. Kontrol grubu, PAH olmaksızın dispne nedeniyle kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar arasından seçildi. Hastalarda IBI hesaplandı ve gruplar arasında değerlendirildi.

Sonuçlar: Hastaların demografik ve anjiyografik değerlendirmeleri, ekokardiyografik bulguları ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Eşlik eden hastalıklar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1). SSc grubunda hastaların kullandığı kalsiyum kanal blokleri ve PAH tedavisi açısından anlamlı bir fark vardı (Tablo 1).

Laboratuvar ve ekokardiyografik parametreler gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı farklar vardı (Tablo 2). Laboratuvar parametrelerinde; PAH grubunda nötrofil sayısı ($6,33 \pm 2,26$ vs $3,66 \pm 1,8$ $p < 0,001$), lenfosit sayısı ($1,33 \pm 0,22$ vs $2,69 \pm 0,39$ $p < 0,001$), ürik asit ($17,21 \pm 5,02$ vs $16,3 \pm 3,57$ $p: 0,003$), CRP ($26,39 \pm 3,82$ vs $6,12 \pm 0,21$ $p < 0,001$), NT-proBNP ($1021,83 \pm 103,45$ vs $33,22 \pm 8,93$ $p < 0,001$) ve IBI ($128,15 \pm 11,28$ vs $8,35 \pm 2,41$ $p < 0,001$) anlamlı olarak yüksekti. Ekokardiyografik parametreler karşılaştırıldığında; TRV ($4,12 \pm 0,87$ m/sn'ye karşı $2,11 \pm 0,23$ m/sn $p < 0,001$), sPAP ($59,87 \pm 20,53$ mm/mmHg'ye karşı $25,12 \pm 5,18$ mm/mmHg, $p < 0,001$), TAPSE ($1,14 \pm 0,31$ mm'ye karşı $2,12 \pm 0,20$ mm, $p < 0,001$), TAPSE/sPAP ($0,28 \pm 0,05$ mm/mmHg'ye karşı $1,8 \pm 0,07$ mm/mmHg, $p < 0,001$), RA alanı ($25,13 \pm 3,18$ cm²'ye karşı $11,85 \pm 2,63$ cm², $p < 0,001$) RV-FAC ($22,59 \pm 3,63$ 'e karşı $45,42 \pm 3,69$ $p < 0,001$), IVC çapı ($2,87 \pm 0,65$ cm vs $1,26 \pm 0,12$ cm, $p < 0,001$) ve PA çapı ($38,47 \pm 2,12$ cm vs $19,43 \pm 1,51$ cm, $p < 0,001$) PAH grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Şekil 1'de gösterilen ROC analizinde, SSc gelişen PAH için IBI skorunun kesme değeri %80 duyarlılık ve %81 özgüllükle 103.11 olarak belirlendi (AUC=0.813 CI95=0.694-0.882, $p < 0,001$).

Sonuç: Sonuç olarak, IBI'nin basit, ucuz, noninvaziv ve kolay erişilebilir bir biyokimyasal parametre olarak PAH hastalarının, özellikle SSc'li hastaların tanı ve takibinde yararlı olabileceğini bulduk.

Anahtar kelimeler: Sistemik Skleroz, Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon, İnflamatuvar Yük İndeksi, Ekokardiyografi

Değişken	Skleroderma Grubu (n = 32)	Kontrol Grubu (n = 55)	p-değeri
Cinsiyet (kadın, n/%)	21 (65,62%)	36 (65,45%)	0,159
Yaş (ortalama ± SS)	43,41 ± 11,50	43,52 ± 10,23	0,776
BKİ (ortalama ± SS)	27,31 ± 5,21	26,33 ± 7,12	0,361
Hipertansiyon (n/%)	13 (40,62%)	22 (40,00%)	0,337
Hiperlipidemi (n/%)	6 (18,75%)	10 (18,18%)	0,570
Diyabet Mellitus (n/%)	3 (9,37%)	5 (9,09%)	0,705
Koroner Arter Hastalığı (n/%)	2 (6,25%)	3 (5,45%)	0,683
Astım (n/%)	1 (3,12%)	2 (3,63%)	0,147
KOAH (n/%)	1 (3,12%)	0 (0%)	0,053
Beta bloker kullanımı (n/%)	10 (31,25%)	17 (30,90%)	0,103
KKB kullanımı (n/%)	17 (53,12%)	8 (14,54%)	0,005
ACE/ARB kullanımı (n/%)	11 (34,37%)	18 (32,72%)	0,267
ERA kullanımı (n/%)	32 (100%)	0 (0%)	<0,001
PDE5 inhibitör kullanımı (n/%)	22 (68,75%)	0 (0%)	<0,001
Prostanoid kullanımı (n/%)	3 (9,37%)	0 (0%)	<0,001
IP agonist kullanımı (n/%)	1 (3,12%)	0 (0%)	<0,001

BKİ: Beden Kitle İndeksi; KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; ACE: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü; ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokeri; KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri; ERA: Endotelin Reseptör Antagonisti; PDE5: Fosfodiesteraz Tip 5 İnhibitörü.

Değişken	Skleroderma Grubu (n=32)	Kontrol Grubu (n=55)	p değeri
Hemoglobin (g/dL)	11,22 ± 2,35	12,39 ± 1,58	0,055
Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	5,32 ± 1,11	6,15 ± 1,33	0,051
Nötrofil ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	6,33 ± 2,26	3,66 ± 1,80	<0,001
Lenfosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	1,33 ± 0,22	2,69 ± 0,39	<0,001
Ürik Asit (mg/dL)	17,21 ± 5,02	16,30 ± 3,57	0,003
Kreatinin (mg/dL)	0,92 ± 0,23	0,89 ± 0,26	0,055
CRP (mg/L)	26,39 ± 3,82	6,12 ± 0,21	<0,001
TSH (ng/dL)	3,12 ± 0,81	3,06 ± 0,87	0,573
ALT (U/L)	29,23 ± 0,57	28,99 ± 0,59	0,640
NT-proBNP (ng/mL)	1021,83 ± 103,45	33,22 ± 8,93	<0,001
İnflamatuvar Yük İndeksi (IBI)	128,15 ± 11,28	8,35 ± 2,41	<0,001
Sol Ventrikül EF (%)	55,22 ± 3,01	56,12 ± 3,03	0,083
TRV (m/sn)	4,12 ± 0,87	2,11 ± 0,23	<0,001
Sol Atriyum Çapı (cm)	37,53 ± 3,51	36,92 ± 3,47	0,215
sPAB (mmHg)	59,87 ± 20,53	25,12 ± 5,18	<0,001
TAPSE (cm)	1,14 ± 0,31	2,12 ± 0,20	<0,001
TAPSE/sPAP Oranı (mm/mmHg)	0,28 ± 0,05	1,80 ± 0,07	<0,001
Sağ Atriyum Alanı (cm ²)	25,13 ± 3,18	11,85 ± 2,63	<0,001
Pulmoner Arter Çapı (cm)	38,47 ± 2,12	19,43 ± 1,51	<0,001

ALT: Alanin aminotransferaz, CRP: C-reaktif protein, EF: Ejeksiyon fraksiyonu, IBI: İnflamatuvar Yük İndeksi, NT-proBNP: N-terminal pro-B tipi natriüretik peptid, sPAB: Sistolik pulmoner arter basıncı, TAPSE: Triküspit anüler düzlem sistolik ekskürsion, TRV: Triküspit yetmezlik hızı, TSH: Tiroit uyarıcı hormon

Şekil-1

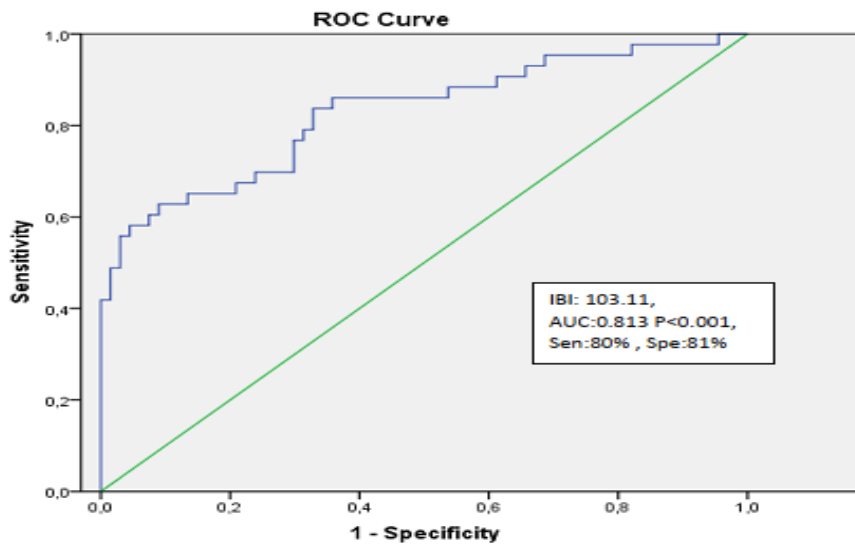


Figure 1. ROC analysis for IBI in patients with systemic sclerosis who developed pulmonary arterial hypertension

[SS-14]

Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Kliniğinde Sjögren Sendromu Ön Tanısı ile Minör Tükürük Bezi Biyopsisi Yapılan Hastalarda Sonuçların Değerlendirilmesi: Retrospektif Kohort Çalışması

Arefe Yıldırım Türk¹, Arif Babayiğit¹, Ali Şahin¹

1.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları ABD /Romatoloji BD, Sivas

Amaç: Sjögren Sendromu (SS) lenfosit proliferasyonu egzogrin bezlerde ilerleyici hasarı ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. SS esas olarak orta yaştaki kadınları etkiler. Genel popülasyonda SS prevalansı %0,5'tir(1,2). SS tanısı, karmaşık klinik görünümü ve spesifik olmayan bulguları nedeniyle zordur. SS tanısı için tek başına yeterli bir klinik veya laboratuvar testi bulunmamaktadır. 1965'ten beri, çeşitli sınıflandırma kriteri setleri önerilmiştir. Son olarak 2016 yılında primer SS için ACR/EULAR sınıflama kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterlerde SS tanısı için histopatolojik veya serolojik kriterlerden birisinin mutlaka bulunması gerekir. Seronegatif olan veya sadece anti -La pozitifliği olan hastalarda SS tanısı için minör tükürük bezi biyopsisi yapılmalıdır. Günümüzde minör tükürük bezi biyopsisi hastalığa özgüllüğü, minimal invaziv olması nedeniyle SS tanısında en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir (3). Bizde kliniğimizde ağız-göz kuruluğu atralji semptomları olan otoantikorları negatif olan hastalara minör tükürük bezi biyopsisi sıklıkla yapmaktayız. Bu çalışmadaki amacımız SS ön tanısı ile alınan minör tükürük bezi biyopsi sonuçlarının değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak 2022 ile Mayıs 2025 yılları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji kliniğinde ağız kuruluğu ve/veya göz kuruluğu şikâyeti ile başvuran ve ön tanıda SS düşünülüp minör tükürük bezi biyopsisi yapılan 271 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri otoantikor testleri ve biyopsi sonuçları ve diğer laboratuvar bulguları hastane otomasyon sisteminden alınmıştır. Tükürük bezi biyopsi spesimen lenfosit infiltrasyonunu göstermek için Chisholm-Mason sınıflaması kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmadaki medyan yaş 58 (18-80) yılıdır. Hastaların 247'si (%91.1) kadın 24'ü erkek(%8,9). Hastaların 93'ünde (%34.3) Chilsom skoru 3 ve 4'dü. Hastaların 65'i (%24) primer sjögren tanısı almıştı. İkinci en sık tanı, 42 hasta ile farklılaşmamış bağ doku hastalığıydı (%15.5). Hastaların 161'inde (%59.4) ANA profili negatifti. Hastaların 37'sinde (%13.7) SSA 6'sında (%5.0) SSB ve 4'ünde (%3.6) hem SSA hem de SSB pozitif. RF 44 hastada(%16.2) ve CCP 13 hastada (4.8) pozitifdi. Chilsom skoru 3 ve 4 olanlar ileri yaş grubunda, RF pozitif olanlarda, primer tanısı olanlarda daha fazla olup istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Kadın cinsiyette, SSA pozitif olanlarda, CCP pozitif olanlarda Chilsom skoru 3 ve 4 fazla olup istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Minör tükürük bezi biyopsisi SS tanısında çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle Anti SS-A ve Anti SS-B antikorları negatif olan hastalarda minör tükürük bezi biyopsisi SS tanısı koymada anahtar rol alabilir. Bu çalışmada retrospektif yapılmış olması ve hasta sayısının az olması kısıtlılık oluşturmaktadır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Sjögren Sendromu, minör tükürük bezi biyopsisi, RF,CCP

Kaynaklar

- 1- Negrini, S., Emmi, G., Greco, M., Borro, M., Sardanelli, F., Murdaca, G., Indiveri, F., & Puppo, F. (2022). Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. *Clinical and experimental medicine*, 22(1), 9–25.
- 2- Qin B, Wang J, Yang Z, Yang M, Ma N, Huang F, Zhong R. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015 Nov;74(11):1983-9. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205375. Epub 2014 Jun 17. PMID: 24938285.
- 3- Liao, R., Yang, H. T., Li, H., Liu, L. X., Li, K., Li, J. J., Liang, J., Hong, X. P., Chen, Y. L., & Liu, D. Z. (2022). Recent Advances of Salivary Gland Biopsy in Sjögren's Syndrome. *Frontiers in medicine*, 8, 792593.

[SS-15]

Triptofan Metabolizmasının Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında İnflamasyonla İlişkisi: Kinurenin Yolu Metabolitlerinin Biyobelirteç Potansiyeli

Dilbeste Çelikel¹, Salih Demir¹, Halef Okan Doğan², Ali Şahin³

1 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

2 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas

3 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş ve Amaç: İnflamasyon, bağışıklık sisteminin zararlı uyarıcılara karşı verdiği karmaşık ve çok aşamalı bir yanıttır. Kronik inflamasyon birçok hastalıkta patogeneze rol oynamaktadır (1,2). Triptofan, esansiyel bir amino asit olarak sadece protein sentezinde değil, aynı zamanda serotonin, melatonin ve NAD⁺ gibi biyolojik olarak aktif moleküllerin üretiminde rol oynar. Triptofanın yaklaşık %90'ı karaciğerde kinurenin yoluyla metabolize olur (3). Kinurenin yolu metabolitleri, bağışıklık yanıtında ve inflamasyonda etkili olabilir. FMF, tekrarlayan inflamasyon atakları ile karakterize genetik bir hastalık olup, bu yolakla ilişkili metabolik değişiklikler patogeneze etkili olabilir (1,2). Bu çalışmanın amacı, Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) hastalarında triptofan metabolizmasının kinurenin yolu bileşenlerinin serum düzeylerini analiz ederek, inflamatuvar patogeneze rollerini ve biyobelirteç potansiyellerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen 54 FMF hastası ve 46 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Serum örnekleri Mayıs 2023 - Ekim 2023 tarihleri arasında alınmıştır. Triptofan ve metabolitlerinin düzeyleri, LC-MS/MS cihazı ile pozitif elektro sprey iyonizasyon modunda analiz edilmiştir. Metabolit düzeyleri hasta ve kontrol gruplarında karşılaştırılmış, korelasyon analizleri yapılmıştır. Metabolit seti zenginleştirme analizleri ile biyolojik yolaklar incelenmiştir.

Bulgular: 3-hidroksi-antranilik asit ve triptofan düzeyleri hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Ksantorenik asit düzeyi hasta grubunda daha düşük olup istatistiksel anlamlılık sınırındadır. Yaş ve cinsiyet kontrolü sonrası yalnızca 3-hidroksi-antranilik asit düzeyindeki fark anlamlı kalmıştır. Metabolit seti analizleri, triptofan katabolizması, kinurenin yolu ve NAD⁺ biyosentezi ile hücreyel yaşlanma süreçlerinin inflamasyonla ilişkili olduğunu göstermiştir ($p<0.05$). Sedimantasyon hızı ile pikolinik asit, fibrinojen ile kinurenin ve triptofan arasında zayıf fakat anlamlı korelasyonlar bulunmuştur.

Sonuç: Triptofan metabolizması, özellikle kinurenin yolu metabolitleri FMF ve inflamasyonun fizyopatolojisinde önemli rol oynayabilir. Bu moleküller, biyobelirteç ve tedavi hedefi olarak değerlendirilebilir. Triptofan metabolizmasının inflamasyondaki rolü, ileri araştırmalarla daha iyi aydınlatılmalıdır. Gelecekteki çalışmalar, bu yolak üzerine odaklanarak inflamasyonun kontrolünde yeni stratejiler geliştirebilir.

Bu çalışma T-2024-1042 nolu Tıpta Uzmanlık Projesi olarak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (CÜBAP) tarafından desteklenmiştir.

Kaynaklar:

1. Tufan, A., & Lachmann, H. (2020). Familial Mediterranean fever, from pathogenesis to treatment: A contemporary review. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(10), Article 3.
2. Şahin A, Derin ME, Albayrak F, Karakaş B, Karagöz Y. Assessment of effectiveness of anakinra and canakinumab in patients with colchicine-resistant/unresponsive familial Mediterranean fever. *Adv Rheumatol*. 2020 Jan 30;60(1):12. doi: 10.1186/s42358-020-0117-1. PMID: 32000860.
3. Yan, J., Chen, D., Ye, Z., Zhu, X., Li, X., Jiao, H., Duan, M., Zhang, C., Cheng, J., Xu, L., Li, H., & Yan, D. (2024). Molecular mechanisms and therapeutic significance of tryptophan metabolism and signaling in cancer. *Molecular Cancer*, 23, Article 32.
4. Boros, F. A., Vécsei, L. (2019). Immunomodulatory Effects of Genetic Alterations Affecting the Kynurenine Pathway. *Frontiers in Immunology*, 10, 2570.

E-POSTER BİLDİRİLER

[EP-01]

Romatoid Artrit Tedavisinde Dasatinib: Bir Olgu Sunumu

Ali Aras¹, Mete Pekdiker²

1. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay
2. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Giriş: Günümüzde hücre içi küçük molekülleri hedefleyen tedavilerin kullanımı hematolojik, romatolojik ve bazı inflamatuvar hastalıklarda artan endikasyonlarla devam etmektedir. Bu olgumuzda dasatinib tedavisi kullanan kronik myeloid lösemi (KML) hastasında romatoid artrit (RA) yönetimini sunmayı amaçladık.

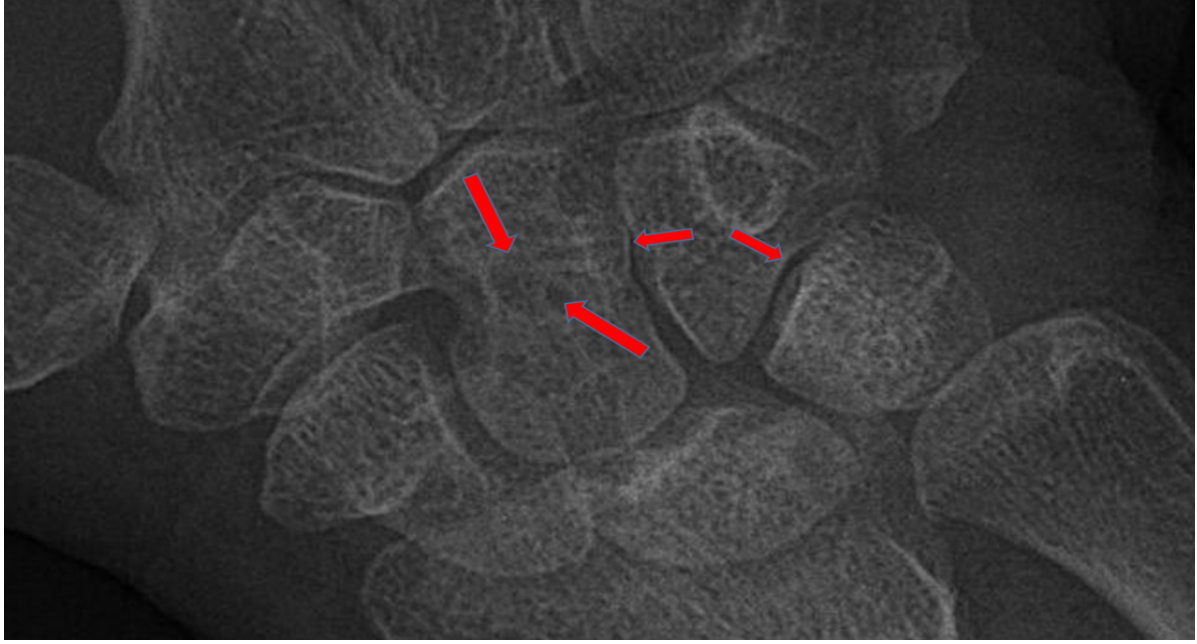
Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta bir olan yaygın ağrı şikayeti ile tarafımıza hematoloji polikliniğinden yönlendirildi. Olgunun özgeçmişinde on yılı aşkın süredir olan KML mevcuttu; tedavisinde ise önce imatinib daha sonra ise dasatinib tedavisi geçilmişti. Vital bulgular stabildi. Fizik bakısında tüm tetik noktaları hassas idi ve fibromyalji ile uyumlu bulguları mevcutken aktif artrit bulgusu saptanmadı. Hemogram, biyokimyasal testler, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri normaldi. Romatoid faktör: 46 IU/ml, anti-CCP: negatif, anti-nükleer antikor: negatif ve el grafisinde ise sağ el bileğinde interkarpal eklemlerde daralma ve karpal kemik erozyonları mevcuttu (İmaj 1). Olgu remisyonunda RA ve FMS olarak değerlendirildi, duloksetin 30mg/gün tedavisi ile şikayetleri tamamen düzeldi. Dasatinib tedavisi altında hem RA hem de KML tedavisi başarılı bir şekilde devam etmektedir.

Tartışma: Dasatinib, kronik miyeloid lösemnin (KML) Philadelphia kromozomunun altında yatan kromozom 9 ve 22 arasındaki translokasyondan kaynaklanan bir füzyon geninin ürünü olan benzersiz BCR-ABL tirozin kinaz reseptörünün oral yoldan alınabilen, küçük bir molekül inhibitörüdür. Dasatinib aslında bir çoklu kinaz inhibitörüdür ve ayrıca scr, c-Kit ve ephrin reseptörlerine karşı da aktiviteye sahiptir. İmatinib dirençli olgularda kullanılan bir tedavi seçeneğidir (1). Dasatinib ayrıca, İL-6, İL-1 β , TNF- α gibi proinflamatuvar sitokin sentezini inhibe eder. Fibroblast benzeri sinovyal hücre proliferasyonu ve migrasyonunu da inhibe eder. Hayvan modellerinde kollajenle indüklenen artrit tedavisinde eklem destrüksiyonunu ve inflamasyon şiddetini azalttığı gösterilmiştir (2). Yine hayvan RA modeli ile yapılan bir çalışmada eklem hasarını önlediği gösterilmiştir (3). Günümüzde RA tedavisine dasatinib tedavisinin endikasyonu yoktur. Olgumuzda dasatinib tedavisi öncesinde eklemlerinde kronik artrit öyküsü mevcut olup dasatinib sonrasında eklem yakınmaları kalmamış idi. Romatolojik hastalıklara eşlik eden malign hastalıkların tedavisi zor ve komplike olup multidisipliner ilişki şarttır.

Referanslar:

1. Keerikkadu M, Bangera PD, Tippavajhala VK, Rathnanand M. Dasatinib Pharmacokinetics and Advanced Nanocarrier Strategies: from Systemic Limitations to Targeted Success. *AAPS PharmSciTech* 2025;26:131.
2. Guo K, Bu X, Yang C, Cao X, Bian H, Zhu Q, et al. Treatment Effects of the Second-Generation Tyrosine Kinase Inhibitor Dasatinib on Autoimmune Arthritis. *Front Immunol.* 2019;9:3133.
3. Min HK, Kim SH, Won JY, Kim KW, Lee JY, Lee SH, et al. Dasatinib, a selective tyrosine kinase inhibitor, prevents joint destruction in rheumatoid arthritis animal model. *Int J Rheum Dis.* 2023;26:718-726

İmaj 1: Olgunun el bilek grafisi



[EP-02]

İlaç ilişkili diskoid lupus eritematozus: Bir olgu sunumu

Ali Sakallı¹, Mete Pekdiker²

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Bilim Dalı, Hatay

Giriş: Biyolojik ajanlar, özellikle inflamatuvar artrit tedavisinde günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Hedefe yönelik blokaj yapan bu ilaçların immun yan etkilerine karşı günlük pratikte dikkatli olunmalıdır.

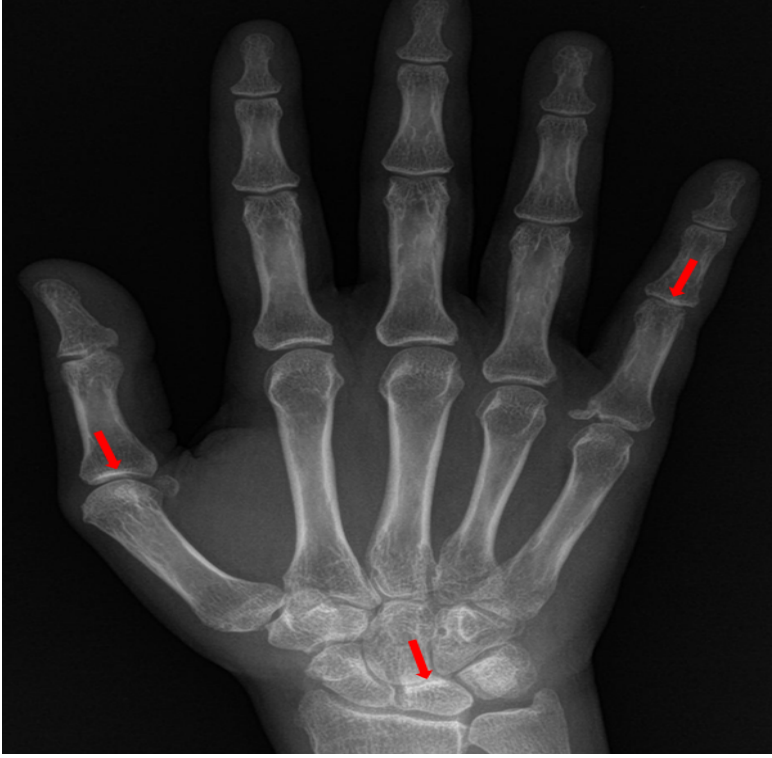
Olgu: Yirmi sekiz yaşında ünitemizde romatoid artrit (RA) tanısı ile düzenli takip ve tedavilerine devam eden olgu tarafımıza saç dökülmesi şikayeti ile başvurdu. Beş yıllık RA açısından hastalık süresi olan olgu Etanersept (ETA) 50mg/hafta tedavisini bir yıldır kullanmaktaydı. Özgeçmiş veya soygeçmişinde başka özellik yoktu. Vital bulguları stabildi. Fizik bakışı normaldi; herhangi bir lokomotor bulgu yoktu. Hemogram, biyokimyasal testler, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri normaldi. Romatoid faktör, anti-CCP, anti-nükleer antikor: (ANA), anti-dsDNA ve anti-SSA gibi serolojik tetkikleri negatifti; el grafisinde RA tipi eklem aralığı daralmaları mevcuttu (İmaj 1). Olgunun saçlı derisinde lokal birkaç alanda total saç kaybı mevcuttu (İmaj 2). Dermatoloji polikliniğine yönlendirilen olguya cilt biyopsisi yapıldı ve sonuç 'diskoid lupus eritematozus' ile uyumlu geldi. Olgu ilaç ilişkili otoimmünite olarak (ATIL: Anti-TNF Induced Lupus) olarak değerlendirildi, ETA tedavisi kesildi ve Janus-kinaz inhibitörü ile tedavisine devam edildi. Saçlı deri lezyonları için dermatoloji tarafından hidroklorokin ve topikal steroid enjeksiyon tedavisi verildi; 6.ayında kezyonlarında %70 düzelme sağlandı. Olgunun takip ve tedavisi kliniğimizde devam etmektedir.

Tartışma: Anti-TNF etkili biyolojik ajanlar grup yan etkisi olarak Tip 1 interferon salınımı arttırarak B-lenfosit hiperaktivasyonu yol açar ve durumun yan etkisi olarak otoimmünite artışı olmaktadır (1). Biyolojik ajanlar ile indüklenen otoimmün hastalıkların %72'sinde etyolojide anti-TNF etkili ajanlardır ve tedavi edilen olguların %60'ında ise primer hastalık ise RA'dır (2). İmmunolojik yan etkiler, biyolojik ajan kullanımı sırasında karşımıza çıkabilecek bir yan etkidir ve dikkatli takip edilmelidir (3). Janus kinaz inhibitörleri ise tip 1 interferon, IFN- γ , IL-6, IL-12, and IL-23 gibi pro-inflamatuvar sitokin salınımı inhibe edeler ve ikincil bir otoimmün hastalığa sahip RA olgularında mantıklı bir tedavi seçeneği gibi durmaktadır (4).

Referanslar:

1. Sloka S. Observations on recent studies showing increased co-occurrence of autoimmune diseases. J Autoimmun. 2002;18:251-257.
2. Pérez-De-Lis M, Retamozo S, Flores-Chávez A, Kostov B, Perez-Alvarez R, Brito-Zerón P, et al. Autoimmune diseases induced by biological agents. A review of 12.731 cases (BIOGEAS Registry). Expert Opin Drug Saf. 2017;16:1255-1271.
3. Pichler WJ. Adverse side-effects to biological agents. Allergy. 2006;61:912-920.
4. Schwartz DM, Kanno Y, Villarino A, Ward M, Gadina M, O'Shea JJ. JAK inhibition as a therapeutic strategy for immune and inflammatory diseases. Nat Rev Drug Discov. 2017;16:843-862.

İmaj 1: Olgunun el bilek grafisi



İmaj 2: Olgunun diskoid lupus lezyonları



[EP-03]

Ankilozan Spondilit Tanılı Bir Hastada Dermatomyozit Gelişmesi

Çisem CAĞDAŞER¹, Berkan ARMAĞAN¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

GİRİŞ

İdiyopatik inflamatuvar miyopatiler, immun aracılı kas hasarı ile karakterize otoimmün bir hastalık grubudur (1). Bu grup içerisinde yer alan dermatomyozit, proksimal kas güçsüzlüğü ve Gottron papülü, heliotrop döküntü, yüzde ve üst gövdede kırmızı lekeler gibi patognomik cilt bulguları ile ortaya çıkar (2). Her biri farklı klinik fenotipe sahip çok sayıda otoantikör dermatomyozit ile ilişkilendirilmiştir. Bu vakada sizlerle 2022 yılından beri ankilozan spondilit tanısı ile takip edilen NXP2, anti-Mi-2 ve anti-Ku antikörlerine sahip bir dermatomyozit vakası paylaşacağız.

VAKA SUNUMU

58 yaşında, bilinen ankilozan spondilit tanısı olan kadın hasta, bir ay önce başlayan halsizlik, yaygın vücut ağrısı, ön gövdede kızarıklık ve proksimal kas güçsüzlüğü ile polikliniğe başvurdu. Hasta kollarını kaldıramıyor ve oturduğu yerden kalkmakta zorlandığını ifade ediyordu. Romatolojik öykü sorgulamasında 2022 yılında üveit atağı sonrası romatoloji başvurusunda inflamatuvar bel ağrısı, akut faz yüksekliği ve bilateral evre 3 sakroiliit ile ankilozan spondilit tanısı alan hasta, tanı anından itibaren sülfasalazin 2x1000mg/gün ve bel ağrısı olduğu zaman diklofenak 75 mg kullanıyordu. HLA-B27 testi negatifti. 2024 yılına kadar klinik ve akut faz yanıtı olarak izlenen hasta son 1 yıldır kontrollerine gelmiyordu. Hastanın özgeçmişinde 2004 yılında serviks kanseri nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenede göğüs üst bölgesinde eritem mevcuttu. Vücudun geri kalanında döküntü izlenmedi. Alt ekstremitelerde kalça fleksörleri kas gücü 4/5, diğer kas güçleri 5/5'di. Ele gelen kitle veya lenf düğümü yoktu. Poliklinik başvurusunda laboratuvar değerleri kreatinin kinaz (CK):4605 U/L (33-211U/L), AST:85 U/L (<35U/L), LDH:360 U/L (120-246 U/L) saptandı. Sülfasalazin ve nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç tedavilerine ara verilen hastanın takiplerinde CK değeri 8600 U/L değerine kadar yükseldi. ANA 1:100 homojen patternde pozitif, ENA: anti-Ku +1 anti Mi-2 +2, CRP:16,8 mg/L (0-5 mg/l), ESR:25 mm/saat idi. Tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri ve AST dışında karaciğer enzim değerleri normaldi. Miyozit panelinde anti-Mi-2, anti-Ku ve anti-NXP2 antikörleri pozitif saptandı. Elektromiyografi alt ekstremitelerde proksimal, üst ekstremitelerde proksimal ve distal kaslarda myojenik tutulum ile uyumlu geldi. Kontrastlı uyluk manyetik rezonans değerlendirmesinde; bilateral kuadriseps femoriste, sartoriusta, semimembranosus-semitendinosus kaslarında, adductor kaslarda, gracilis kasında sinyal artışı ve asimetric fokal kitlesel olmayan kontrast parlaklaşmaları ile bilateral uyluk çevresinde lateral kompartmanda daha belirgin olarak izlenen cilt altı yumuşak dokularda ve kas planları arasında ödematöz intensite değişiklikleri mevcut olup bulgular miyozit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Sağ rektus femoris kasından yapılan kas biyopsisi inflamatuvar miyopati ile uyumlu sonuçlanan hastaya malignite tarama amaçlı toraks bilgisayarlı tomografi (BT), abdomen BT, mamografi çekildi. Endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Serviks kanser öyküsü olan hastanın jinekolojik muayenesi yapıldı, PAP-smear alındı. Yapılan tetkiklerde malignite lehine bulgu saptanmadı. Toraks BT ve solunum fonksiyon testleri ile değerlendirilen hastada interstisyel akciğer hastalığı saptanmadı. Anti-Ku, anti-Mi ve anti-NXP2 antikör pozitifliğinin eşlik ettiği dermatomyozit olarak değerlendirilen hastaya metilprednizolon 40 mg başlandı. Steroid tedavisi ile hastanın laboratuvar ve klinik bulguları geriledi. Takiplerinde tedaviye

mikofenolat mofetil 2x1000mg/gün eklenen hastanın steroid dozu yavaş bir şekilde azaltılmakta ve hastanın takibine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Dermatomiyozit proksimal kas güçsüzlüğü, cilt bulguları ve antikor pozitifliği ile seyreden inflamatuvar bir miyopatidir. Tanı anından sonraki bir yıl içerisinde artmış malignite riski ile ilişkilidir ve bu risk 3-5 yıl boyunca devam etmektedir. Literatürde anti-NXP2 antikorlu atipik cilt bulguları, yaygın kas tutulumu ve artmış malignite riski ile ilişkilendirilmiştir (3). Literatürde Ankilozan spondilite eşlik eden dermatomiyozit vakası olmakla birlikte geçmişte malignite öyküsü olması ve antikor pozitifliği olması hastamızda malignite açısından yakın takip gerektirmektedir (4).

KAYNAKLAR

- 1-Idiopathic inflammatory myopathies: current insights and future frontiers,Connolly, Caoilfhionn M et al. The Lancet Rheumatology, Volume 6, Issue 2, e115- e127
- 2-Ashton, C., Paramalingam, S., Stevenson, B., Bruschi, A. and Needham, M. (2021), Idiopathic inflammatory myopathies: a review. Intern Med J, 51: 845-852. <https://doi.org/10.1111/imj.15358>
- 3- Ichimura Y, Matsushita T, Hamaguchi Y, et al, Anti-NXP2 autoantibodies in adult patients with idiopathic inflammatory myopathies: possible association with malignancy,Annals of the Rheumatic Diseases 2012;71:710-713.
- 4- Prajapati, Pradip K.. Spondyloarthritis Associated with Inflammatory Myositis: An Unusual Case Report. Indian Journal of Rheumatology 14(3):p 244-246, September 2019. | DOI: 10.4103/injr.injr_63_19

[EP-04]

MPA Hastasında Yaygın Kaviter Lezyonlar ve SSS Tutulumu ile Seyreden Nocardia Enfeksiyonu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Handenur Koç Kanık, Serdar Sezer, Mücteba Enes Yayla, Emine Uslu, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD-Romatoloji BD

Giris: Mikroskopik Poliangeit (MPA), sıklıkla böbrek ve akciğer tutulumu ile karakterize nekrotizan bir vaskülit tipidir ve genellikle immünsüpresif tedavi gerektirir, ancak bu tedavi enfeksiyon riskini artırabilir. Nocardia spp., özellikle bağışıklığı baskılanmış bireylerde ciddi akciğer ve santral sinir sistemi enfeksiyonlarına neden olabilen, nadir bir fırsatçı patojendir. Bu yazıda, ANCA negatif MPA hastasında gelişen Nocardia enfeksiyonu ve eş zamanlı CMV viremisi sunulmuş; tedavi süreci ve izlem sonuçları tartışılmıştır.

Vaka özeti: 70 yaş erkek hasta nefes darlığı, vücutta şişlik, baş ağrısı yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Tetkiklerinde akut böbrek hasarı (bazal cre 1 mg/dl, başvuru cre 1.8mg/dl) eşlik eden non-selektif 11 gr proteinüri ve aktif idrar sedimenti saptanması üzerine yapılan renal biyopsi sonucunda granülom olmaksızın kresentrik nekrotizan pauci İmmün glomerulonefrit ile uyumlu bulgular saptandı. Gönderilen ANCA-IFA, MPO-ANCA, PR3 ANCA, C3, C4, İmmünglobulin, ezofinofil tetkikleri normal aralıkta saptandı. Hasta mevcut bulgularla ön planda MPA olarak değerlendirilerek prednizolon beraberinde mikofenolat mofetil doz titrasyonu ile başlandı. Tedavinin 3. ayında nefes darlığı balgamlı öksürük, ateş, baş ağrısı ve bulantı yakınmaları gelişmesi nedeniyle tetkik edildi. Crp 200 mg/l, Toraks bt'de sol akciğer alt lob 24x27 mm ve sağ akciğer alt lob 32x30 mm konsolide alanlar ve çok sayıda kaviter lezyon ve kranial mr görüntülemesinde bilateral periventriküler ve parietal alanda kontrastlanan abse lehine lezyonlar ile uyumlu görünüm saptandı. Akciğerdeki yaygın kaviter lezyonlara yönelik EBUS eşliğinde yapılan biyopsi sonucunda Nocardia enfeksiyonu, eş zamanlı yapılan tetkiklerde cmv viremisi de saptandı. İmmünsüpresif tedaviye ara verilerek hastaya 2gr/kg IVIG tedavisi akabinde imipenem, linezolid ve gansiklovir başlandı. İv antibiyoterapi sonrası Nocardia'ya yönelik oral Tmp/smx ile tedaviye devam edildi. Tedavinin 3. ayında akciğerdeki kavite ve beyindeki multiple apse odaklarında gerileme izlenmesi üzerine Tmp/smx tedavisine ek olarak Mmf ve prednizolon 8 mg tekrar başlandı. Takiplerinde kreatinin progresyonu nedeniyle Tmp/smx kesilerek oral linezolid ile devam edildi. 6. ay değerlendirmesinde hastanın proteinürisi 800 mg/gün, kreatini 0,9 mg/dl kadar gerilemiş, akciğerdeki kavite ve Sss apse odaklarında tamamiyle regresyon olduğu saptandı.

Tartışma: Bu olguda dikkat çeken başlıca unsur, ANCA negatif MPA'da tedavinin erken döneminde gelişen ciddi fırsatçı enfeksiyonlardır. Nocardia enfeksiyonları, özellikle immünsüpresif ajan kullanımında akciğer ve beyin tutulumuyla kendini gösterebilir. EBUS biyopsisiyle tanı konulması, enfeksiyonun erken tanısında önemli rol oynamıştır. Sss apseleri ve yaygın akciğer kavitasyonları ile seyreden enfeksiyonun yönetiminde IVIG, imipenem, linezolid ve TMP/SMX kullanımı başarılı sonuçlar vermiştir. Ayrıca CMV viremisi saptanması immünsüpresif tedaviye bağlı immün yetmezliğin derinliğini göstermektedir. Enfeksiyonun kontrol altına alınması sonrası MPA tedavisine yeniden başlanması ve renal fonksiyonlarında iyileşme izlenmesi, multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Mikroskopik Poliangeit, Nocardia, Oportunistik enfeksiyon

[SS-05]

Tek Mutasyon, Farklı Hikâyeler: SOCS1 Eksikliğine Bağlı Monogenik Lupus'ta Ailevi Fenotipik Çeşitlilik

Nergis Akay¹, Sezgin Şahin¹, Zeynep Torunoğlu Bek¹, Ece Aslan¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Esmâ Aslan¹, Aybüke Günalp¹, Mehmet Yıldız¹, Amra Adrovic¹, Kenan Barut¹, Serdal Uğurlu², Özgür Kasapçopur¹

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

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

Giriş

Monogenik lupus; erken başlangıçlı, ailesel geçişin ve kümelenmenin gösterilebildiği yaklaşık 50'nin üstünde hücresel düzeyde immun mekanizmalardan sorumlu tek gen mutasyonları ile tanımlanan ağır bir fenotiple seyredabilen sistemik lupus eritematozus'un (SLE) nadir formu olarak bilinmektedir. Özellikle interferon sinyal yolağının kontrolsüz uyarılmasını denetleyen ve doğal bir JAK inhibitörü görevi gören SOCS1 proteinin genindeki mutasyon sonucu SLE gibi otoimmün hastalık dışında multisistemik otoimmünitenin eşlik ettiği immun disregülasyonlar, kronik otoimmün sitopeniler ve malignitelerin gelişebildiği gösterilmiştir. Biz de ailesel geçişini gösterdiğimiz ve farklı fenotiplere sahip SOCS1 mutasyonu olan ailemizi sunmak istedik.

Olgu

Bilinen bir hastalığı olmayan 15 yaşında kız hasta 10 yaşında iken halsizlik, solukluk, iştahsızlık ve baş ağrısı şikayeti ile tetkik edilirken otoimmün hemolitik anemi tanısı ile takibe alındı. Takibinde baş ağrısı, bilinç bulanıklığı gelişen hastanın kranial görüntülemesinde inferior sagittal sinüs ven trombozu tespit edildi. Hastaya antikoagülan ve steroid tedavisi başlandı. Fizik muayenesinde; soluk görünümünde, yaklaşık 2 cm splenomegalisi ve sol göz hareketlerinde laterale bakışta hafif kısıtlılık olduğu görüldü. Tetkiklerinde C3:0.77 g/dl ↓, C4: 0.07 g/dl ↓, Antinükleer antikor (ANA) 1/1280 homojen benekli pozitif, anti-dsDNA IgG: 287 IU/L ve antifosfolipit antikorları pozitif saptanması üzerine hastaya SLE sekonder antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) tanısı konuldu ve azatiopürin, hidroksiklorokin, metilprednizolon ve aspirin tedavileri başlandı. Takibinde el bileği ve el eklemlerinde artrit gelişen hastanın tedavisine subkutan metotreksat eklendi. Eş zamanlı aile anamnezi sorgulandığında annesinde 42 yaşında her iki boyunda, koltuk altında karın bölgesi sağ yanda ele gelen şişlik, 3 ayda 15-16 kilo kaybı, halsizlik şikayeti ile yapılan lenf bezi biyopsisi sarkoidoz ile uyumlu bulundu. 45 yaşında ateş, malar döküntü, fotosensitivite, alopesi, ağız kuruluğu, inflamatuvar bel ağrısı ve artralji olması üzerine yapılan tetkiklerinde ANA 1/1280 pozitif, anti-dsDNA, anti-SSA, anti-SSB negatif, CENP-B +++ , Ro-52 zayıf pozitif, C3 ve C4 normal, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 71 mm/sa, C reaktif protein (CRP): 28 mg/l, lökopeni (lenfopeni) ve trombositopenisi saptanması üzerine SLE, Sjögren ön tanıları ile hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Baba (54 yaşında) 2 sene önce her iki elde el eklemlerinde tutukluk şişlik şikayetleri ile çekilen el grafisinde sol el PIF ve DIF eklemlerde, sağ el DIF eklemlerinde erozif değişiklikler görüldüğü, CRP: 21 mg/l, ESR:35 mm/sa, ANA 1/320 homojen ince benekli + ,RF + ,anti-CCP – olup romatoid artrit tanısı aldığı ve metotreksat, hidroksiklorokin, prednizolon,tedavisi almakta olduğu öğrenildi. Ablasında (26 yaş) 14 yaşında iken otoimmün hemolitik anemi tanısı aldığı takibinde fotosensitivite, alopesi, oral aft, artralji şikayetleri geliştiği ve SLE, Sjögren hastalığı ön tanısı ile hidroksiklorokin ve steroid

tedavisi başlandığı öğrenildi. Dayıda Behçet hastalığı ve annenin halasında Sarkoidoz tanısı olduğu belirtildi. Anne baba arasında akraba evliliği olmamasına rağmen hastamızda erken yaşta bulguların prezente olması ve ailede benzer otoimmün ve otoinflamatuar hastalığa sahip bireyler olması nedeni ile monogenik lupus açısından tüm ekzom dizileme analizi hastamız, annesi, babası ve kız kardeşinden çalışıldı. Hastamızda, annesinde ve ablasında SOCS1 geninde (NM_003745.1):c.476_480dup (pMet161Alafs*46) heterozigot patojenik mutasyon saptandı. İmmunolojik açıdan tetkik edilen hastamıza ve annesinde immün disregülasyonda saptanmış olup JAK inhibitörü tedavisi başlandı ve bu tedavi altında klinik bulgularında belirgin düzelme olduğu görüldü.

Sonuç

Erken yaşlarda SLE bulguları gelişen ve ailede benzer semptomları olan bireyler mutlaka monogenik lupus açısından araştırılmalıdır. Bu olgu bize aynı ailede aynı gende mutasyonu olup farklı şekilde ve yaşlarda prezente olan bireylerin olduğunu bu nedenle tüm aile taramasının ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımının ne kadar önemli olduğunu göstermiştir. Özellikle SOCS1 proteini lupus patogeneğinde interferon sinyal yolağında (JAK-STAT) aşırı uyarımı önleyerek aslında doğal bir JAK inhibitör görevi üstlenmektedir ancak bizim olgumuzda ve ailesinde görüldüğü gibi genetik olarak SOCS1 mutasyon varlığının gösterilmesi JAK inhibitörü başlanmasını kolaylaştırmış ve klinik olarak fayda alınmıştır.

KAYNAKLAR

- 1) Körholz J, Chen LS, Strauss T, Schuetz C, Dalpke AH. One gene to rule them all - clinical perspectives of a potent suppressor of cytokine signaling - SOCS1. *Front Immunol.* 2024;15:1385190.
- 2) Hadjadj J, Castro CN, Tusseau M, et al. Early-onset autoimmunity associated with SOCS1 haploinsufficiency. *Nat Commun.* 2020;11(1):5341.
- 3) Hadjadj J, Wolfers A, Borisov O, et al. Clinical manifestations, disease penetrance, and treatment in individuals with SOCS1 insufficiency: a registry-based and population-based study [published correction appears in *Lancet Rheumatol.* 2025 May;7(5):e311.

[EP-06]

DİFFÜZ ALVEOLAR HEMORAJİ İLE TANI ALAN NADİR BİR SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

Zeynep Torunoğlu Bek¹, Ece Aslan¹, Nergis Akay¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Esmâ Aslan¹, Aybüke Günalp¹, Mehmet Yıldız¹, Sezgin Şahin¹, Amra Adrovic¹, Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopur¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ ve AMAÇ

Çocukluk çağı başlangıçlı sistemik lupus eritematozus (SLE), 18 yaşın altında görülen, vücudun farklı organlarını tutabilen kronik otoimmün bir hastalıktır ve SLE hastalarının yaklaşık %15-20'sini temsil eder.

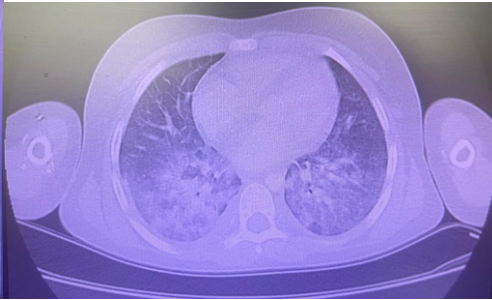
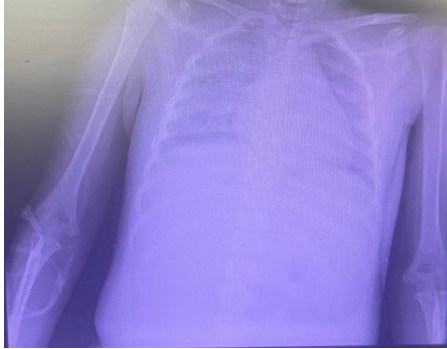
Diffüz alveolar hemoraji (DAH) ise SLE hastalarında ortaya çıkabilen nadir ancak yaşamı tehdit eden bir pulmoner komplikasyondur. SLE'deki DAH, yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili olması nedeniyle hızlı tanı konulması ve tedavi olması gereken bir klinik durumdur. Biz de bu olgumuz ile SLE vakalarının ilk bulgusunun pulmoner hemoraji olabileceğini ve ayırıcı tanıda SLE'nin düşünülmesi gerektiğini sunmak istedik.

OLGU

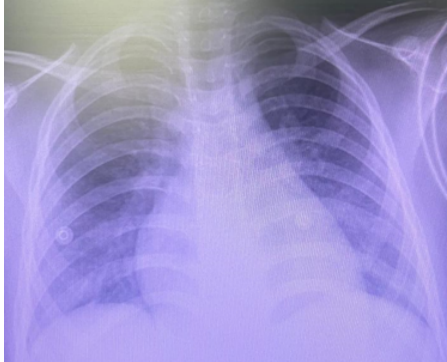
7 yaşında daha önce bilinen bir hastalığı olmayan kız hasta, yaklaşık 1,5 ay önce ateş ve boğaz ağrısı, gövdesinde, üst ekstremitesinde, kalçasında ve yüzünde maküler kaşıntısız eritemli döküntü, bilateral gözlerinde kızarıklık ve akıntı, gece terlemesi ve kilo kaybı, el ve ayak bileklerinde ve parmaklarında şişlik ve ağrı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde yüzde malar raş, palmar ve plantar eritematöz döküntü (Resim 1) ve yapılan ilk tetkiklerinde; kompleman düşüklüğü (C3:0.21 g/L ve C4:0.06 g/L), eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği (ESH:59 mm/st) ve Anti-nükleer antikor (ANA) pozitifliği saptanan hasta SLE ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacı ile servise yatırıldı. Takibinde hemoptizi ile beraber oksijen ihtiyacı gelişen ve ani hemoglobin düşüşü (Hgb:6.5 gr/dl) tespit edilen hastaya posterior-anterior akciğer grafisi (PA AC) çekildi. PA AC grafisinde şüpheli infiltratif bulgu olması nedeniyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); her iki akciğerde yaygın komplet-inkomplet konsolide alanlar bilateral minimal plevral mayi görüldü (Resim 2). Hastada ön planda SLE ilişkili diffüz pulmoner hemoraji düşünüldü ve hastaya 1 ünite eritrosit süspansiyonu, 30mg/kg/gün pulse steroid, 4-6mg/kg/gün hidroklorokin başlandı ancak pnömonik infiltrasyon tanısı ekarte edilemediği için seftriakson-vankomisin antibiyoterapileri eklendi. Sistemik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık, ateş: 36°C, tansiyon:122/90 mmHg, döküntülerine ek olarak bilateral 1 cm den küçük axiller ve inguinal lap ve 2 cm hepatomegali mevcuttu. Bakılan tetkiklerinde; Lökosit: 7000/µL Hgb: 9.5 gr/dl MCV: 80.3 fl Platelet: 276000/µL C3:0.12 g/L C4: 0 g/L ANA titresi:1/1280 Homojen anti-Ds DNA IgG: 300 IU/ml (Yüksek titrede pozitif) C reaktif protein(CRP): 4 mg/L, eritrosit Anti-Kardiyolipin IgG: 49.4 GPL Anti-Fosfolipit IgG: 107.22 U/ml Ferritin: 294 ng/mL Lupus Antikoagülan: 34.1 sn olarak tespit edildi. 30 mg/kg pulse steroid tedavisi 7 güne tamamlandı. Takibinde SLE bağlı akciğer tutulumu nedeni ile siklofosfamid 1000mg/m²/doz tedavisi ayda 1 infüzyon olacak şekilde başlandı. İdame tedavide; metilprednizolon, hidroklorokin, mikofenalat mofetil tedavileri ile devam edildi. Bu tedaviler altında klinik bulguları kontrol altına alındı ve kontrol PA AC grafisinde belirgin radyolojik düzelme görüldü (Resim 3). Hasta yatışının 12. gününde taburcu edilerek ayaktan takibine devam edilmektedir.



Resim 1 Malar raş, palmar ve plantar eritemöz döküntüler



Resim 2 Hemoptizi sonrası PA AC grafisi ve Toraks BT parankim penceresi kesiti



Resim 3 Tedavinin 3. Gününde kontrol PA AC grafisi

TARTIŞMA VE SONUÇ

DAH'ın SLE hastalarının yaklaşık %1-5'inde görüldüğü, yaşamı tehdit eden solunum sıkıntısı, hemoptizi ve hipoksemi ile ortaya çıktığı ve acil müdahale gerektirdiği bilinmektedir. Sonuç olarak, bu vaka DAH ile gelen vakalarda SLE'nin akılda tutulması gerektiğini, hızlı tanı koymanın ve agresif tedavi uygulamanın önemini vurgulamaktadır.

Kaynaklar:

1. [Esma Aslan](#), [Sezgin Sahin](#), [Sule Bektas](#), [Nergis Akay](#), [Umit Gul](#), [Elif Kilic Konte](#), [Aybuke Gunalp](#), [Fatih Haslak](#), [Mehmet Yildiz](#), [Oya Koker](#), [Amra Adrovic](#), [Kenan Barut](#), [Ozgur Kasapcopur](#). The performance of the 2019 EULAR/ACR classification criteria in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2025 Apr;34(5):511518.doi:10.1177/09612033251325321. Epub 2025 Mar 4.
2. [Sergi Huerta-Calpe](#), [Ignacio Del Castillo-Velilla](#), [Aida Felipe-Villalobos](#), [Iolanda Jordan](#), [Lluïsa Hernández-Platero](#). Severe Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus: A Case Series-Based Review and Update Children (Basel). 2023 May 10;10(5):852.doi: 10.3390/children10050852.
3. [Fatema Jamsheer](#), [Sharifa Alzayani](#), [Njood Alsudairy](#). Diffuse Alveolar Hemorrhage as a Life-Threatening Complication of Systemic Lupus Erythematosus: A Case Report *Cureus*. 2024 Nov 13;16(11):e73586.doi: [10.7759/cureus.73586](#)
4. [Mahdieh Vahedi](#), [Reza Nejad Shahrokh Abadi](#), [Abdolreza Malek](#), [Farrokh Seilanian Toosi](#), [Maryam Naseri](#), [Narges Hashemi](#). Rapidly progressing pediatric Lupus with Diffuse Alveolar Hemorrhage and CNS involvement *Clin Case Rep*. 2024 Jun 27;12(7):e9106. doi: [10.1002/ccr3.9106](#)
5. NK Al-Adhoubi and J Bystrom. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. *Al-Adhoubi NK, Bystrom J. Lupus*. 2020;29:355–363. doi: 10.1177/0961203320903798.

[EP-07]

Spontan Ekstansör Pollicis Longus Tendon Ruptürü ile Seyreden Romatoid Artrit Olgusu

Müge Atalay¹, Zehra Devlez¹, Ahmet Kıvanç Cengiz²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Romatoid artrit (RA), inflamatuvar artrit ve ekstra-artriküler bulgular ile karakterize sistemik, otoimmün, inflamatuvar bir hastalıktır. RA'da kas-iskelet sistemi komplikasyonları arasında tendon dejenerasyonu ve ruptürleri de yer almaktadır. Ekstansör pollicis longus tendon (EPL) ruptürü de RA'nın ciddi fonksiyon kaybı yaratan komplikasyonlarından.

Olgu Sunumu: Yaklaşık 18 yıldır seropozitif RA tanısı ile izlenmekte olan 51 yaşında kadın hasta, sol el başparmağını hareket ettirmekte zorluk yakınması ile başvurdu. 8 ay kadar önce sabah uyandığında sol elinin başparmağını kaldıramadığını fark eden hasta, bu yakınmasının birden bire meydana geldiğini, her hangi bir travma öyküsü olmadığını, ağrı hissetmediğini ve o dönemde parmağını fazlaca kullanmasını gerektirecek bir aktivite değişikliği içerisinde olmadığını ifade ediyordu. RA tedavisi için daha önce metotreksat, hidroksiklorokin, prednizolon, leflunomid, golimumab ve baricitinib tedavileri kullanmış olan hastanın artrit, hassas eklemleri ya da sabah tutukluğu yoktu. Steroid tedavisi uzun zaman önce kesilmişti. Ek hastalıkları arasında hipertansiyon ve astım yer alıyordu. Fizik muayenesinde sol el 1. parmak interfalangeal eklem pasif hareketlerinin korunmuş ve ağrısız olduğu görüldü. Sol el 1. parmakta aktif ekstansiyon kaybı saptandı. Ultrasonografide (USG), EPL tendonunun devamlılığının kaybolmuş olduğu gösterildi. Hasta EPL tendon tamiri için el cerrahisi bölümüne yönlendirildi.

Tartışma: RA hastalarında EPL tendon ruptürü, genellikle kronik sinovit, mekanik sürtünme ve sinovyal invazyonun etkisiyle gelişir. Lister tüberkülü bölgesi anatomik olarak EPL için zayıf bir noktadır. Ruptür, genellikle travma öyküsü olmaksızın aniden ortaya çıkar ve ekstansiyon kaybı ile prezente olur. Tanı klinik bulgularla konulsa da ultrasonografi ya da manyetik rezonans görüntüleme ile tendon devamlılığının olmadığını gösterilmesi ile desteklenmelidir. Hastamızda uzun hastalık süresi ve sinovyal proliferasyonun tendonun zayıflamasına neden olduğunu düşünüyoruz. EPL ruptürü tedavisinde tercih edilen yöntem Ekstansör İndicis Proprius (EIP) transferi olup yüksek başarı oranlarına sahiptir.

Sonuç: RA hastalarında, gelişen başparmak ekstansiyon kaybı, EPL tendon ruptürünü akla getirmelidir. Erken tanı ve cerrahi girişim, fonksiyonel kaybı önlemek açısından önemlidir.

Kaynaklar:

- 1) Ozalp T et al. Extensor indicis proprius transfers for extensor pollicis longus ruptures secondary to rheumatoid arthritis AOTT 2007; 41: 48-52
- 2) Watanabe K et al. Spontaneous EPL tendon rupture in rheumatoid arthritis. J Hand Surg Am. 2020
- 3) Park MJ et al. Extensor tendon rupture in rheumatoid arthritis. J Am Acad Orthop Surg. 2013.

[EP-08]

Tekrarlayan oral aft nedeni İnflamatuar Barsak Hastalığı olan olgu

Enes Keskin¹, Adem Küçük¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Amaç: Oral aft ve eritema nodozum ile başvuran hastalar öncelikle Behçet hastalığı açısından değerlendirilmelidir. Bunun yanında karın ağrısı ve ishal tarifleyen, Sedimantasyon ve Crp yüksekliği olan bir hastada İnflamatuar barsak hastalıkları özellikle Crohn hastalığı mutlaka araştırılmalıdır. İki hastalığın ortak yönleri olmakla birlikte tanıda ve tedavide önemli ayırım noktaları vardır.

Olgu: 30 yaşında kadın hasta 10 gündür olan dudakta dilde ve damakta ağrılı aft, dirsekte ağrılı kızarıklık, karın ağrısı ve yaygın eklem ağrıları şikayetiyle başvurdu. Bilinen hastalık öyküsü olmayan hastanın dirsekteki lezyonu eritema nodozum olarak değerlendirildi. Hastanın sorgusunda genital ülser, üveit, tromboz ve düşük öyküsü olmadığı; son 1 yıl içinde ara ara oral aftların yaklaşık 2-3 gün içinde kendiliğinden gerilediği, karın ağrısının son günlerde şiddetlendiği ve ara ara ishalinin olduğu kanlı dışkılama olmadığı öğrenildi. Hastanın başvurusunda Sedimantasyon 36 mm/h, CRP 289 mg/l, TİT'te lökosit: 310 olması üzerine kan ve idrar kültürleri alınarak ampirik seftriakson tedavisi başlandı. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastada genital ülser ve skar görülmedi. Hasta üveit açısından göz hastalıklarına konsülte edildi; üveit saptanmadı. Paterji testi negatif geldi. HLA-B51 mutasyonu saptanmadı.

Hastaya Toraks ve Abdomen Kontrastlı Bilgisayarlı Tomografi (BT), Pulmoner arter, Torakal ve Abdominal aorta ve dalları BT anjiyografi çekildi. Pulmoner arter anevrizması, büyük damar vaskülitini düşündürecek bulgu saptanmadı.

Abdomen BT'nin; 'Sigmoid, inen ve transvers kolon düzeyinde yoğun inflamatuvar duvar kalınlaşması ve komşuluğunda milimetrik lenf nodları vardır' şeklinde raporlanması üzerine hasta gastroenteroloji ile konsülte edilerek kolonoskopi yapıldı.

Kolonoskopi raporu; İnen kolon proksimalinden sigmoid kolon distaline kadar uzanan yer yer rölatif darlık oluşturan, frajil ve granüler yapıda, çökük beyaz eksüdalı ülserasyonlar izlendi, forceps ile çoklu biyopsiler alındı.

Patoloji raporu; Ülserasyon, İltihabi Granülasyon Dokusu olarak gelen hastaya mevcut bulgularla Crohn hastalığı düşünülerek Gastroenteroloji Poliklinik kontrolü önerildi.

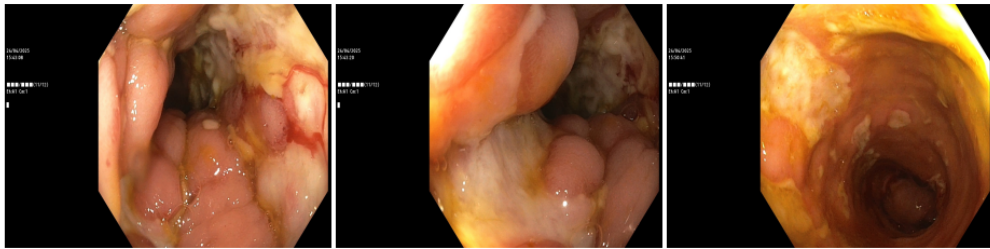
Sonuç: Romatolojiye tekrarlayan oral aft ve eritema nodozum ile başvuran hastalarda Behçet hastalığı öncelikle akla gelmeli ve hastalar genital ülser, üveit varlığı araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda inflamatuvar barsak hastalığı düşündürecek karın ağrısı ishal gibi semptomları olan hastalar görüntüleme ve gerekirse kolonoskopi ile değerlendirilmelidir. Behçet ve Crohn hastalıkları klinik olarak benzer bulgularla gelebileceğinden Behçet şüphesinin güçlü olmadığı hastalarda Crohn da ayırıcı tanıda ön planda değerlendirilmelidir.



Resim 1:

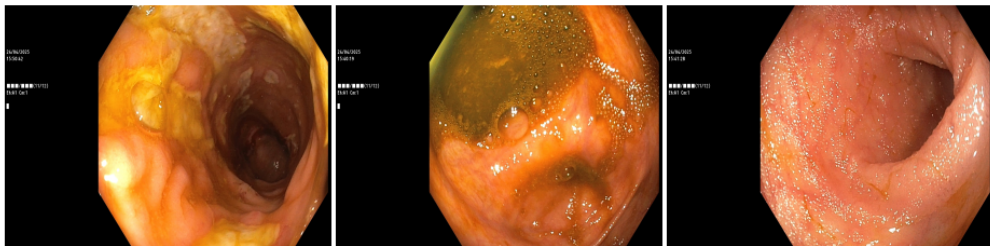


Resim 2:



çekum tabanı

terminal ileum



Resim 3:

[EP-09]

Gizli Çölyak Hastalığı, Kronik Diz ve Omuz Ağrılarının Perde Arkası: Romatolojik mi, Gastrointestinal mi?

Fatma TAKAK, Ayşegül ARSLAN, Alparslan YETİŞGİN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş:

Çölyak hastalığı sıklıkla gastrointestinal semptomlarla tanınmakla birlikte, atipik olgularda kas-iskelet sistemi bulguları ön planda olabilir. Bu olgu sunumunda, uzun süredir devam eden diz ve omuz ağrıları nedeniyle romatolojik değerlendirmeye alınan ancak nihai olarak çölyak hastalığı tanısı konulan bir hasta tartışılacaktır. Bu bağlamda seronegatif artrit olgularında çölyak hastalığı taramasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

Olgu:

31 yaşında erkek hasta, 10 yıldır süregelen diz, son 3-4 yıldır da omuz ve dirsek ağrıları nedeniyle başvurdu. Yedi yıldır güvenlik görevlisi olarak çalışan hastada, ayakta uzun süre kalmaya bağlı gelişen mekanik zorlanmalar semptomları artırmaktaydı. Ağrılar özellikle kış aylarında ve yazın klimalı ortamlarda belirgin şekilde artmakta, suprapatellar bölgede inatçı ödem ve dizlerde hareket kısıtlılığı tariflemekteydi. Bel, kalça ve topuk bölgelerinde semptom yoktu. Fizik muayenesinde bel ve kalçada özellik olmayan hastanın dizlerinde sağda daha belirgin olmak üzere suprapatellar efüzyon ve patellar şok pozitifliği mevcuttu. Boyun ve üst ekstremit eklemler hareket açıklıkları tam ve ağrısızdı; yalnızca sol dirsek ekstansiyonunun terminal fazında hafif ağrı mevcuttu.

Romatolojik incelemelerde; RF, anti-CCP, ANA, HLA-B27 ve diğer otoimmün belirteçler negatif olup, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP normal sınırlardaydı. Hemogram, böbrek fonksiyon testleri, TSH, kalsiyum (9.8 mg/dl), fosfor, albümin ve ürik asit (6.7 mg/dl) düzeyi normal sınırlarda olan hastanın normal üst sınırı 40 U/L olan ALT ve AST düzeyleri hafif yüksekti (sırasıyla 80 U/L ve 56 U/L). GGT ve ALP değerleri normal sınırlarda olup hepatit ve HIV markerları negatifti. Serum ACE düzeyi 86 U/L (normal <52 U/L) olmakla beraber kontrastlı torax bilgisayarlı tomografisi dahil diğer görüntüleme ve laboratuvar bulguları sarkoidozla uyumlu değildi. Manyetik rezonans görüntüleme bulgularında bilateral grade 1 meniskopati, suprapatellar bursit ve belirgin sıvı artışı izlenmişti. Ayrıca servikal disk dejenerasyonu ve boyun omurlarında hafif disk protrüzyonu saptanmıştır. Ancak bu radyolojik bulgular, hastanın genel semptomatolojisini açıklamakta yetersiz kalmıştır.

Özgeçmişinde ishal, karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomlar yer almayan hastada, genişletilmiş tetkikler sırasında anti-endomisyum (IgA ve IgG) ve anti-transglutaminaz (IgA ve IgG) antikorlarının yüksek titrede pozitif saptanması üzerine, hastanın kız kardeşinin de çölyak hastası olduğu öğrenilmiştir. Endoskopi ve duodenum biyopsisi de çölyak hastalığı ile uyumlu gelen hastanın tanısı doğrulanmıştır. Hasta glutensiz diyetle başlatılmış ve düzenli izleme alınmıştır. Diyete iyi uyum gösteren hasta, ilk 3 ayda 9 kg kaybetmiştir. Glutensiz diyetin ilk 6 haftasında tüm eklem ağrıları gerilemiş, suprapatellar ödem neredeyse tamamen kaybolmuştur. Hasta, dizleri açısından son 10 yılın en iyi 3 ayını geçirdiğini, omuz şikayetlerinin de belirgin azaldığını ifade etmiştir. Takiplerde kış döneminde kısa süreli diz ağrıları %10-15 düzeyinde nüks etse de, hastanın yaşam kalitesinde belirgin klinik iyileşme gözlemlendi.

Sonuç:

Çölyak hastalığı, atipik seyrinde inflamasyon bulgusu göstermeyen seronegatif artrit taklit

eden kas-iskelet sistemi yakınmalarıyla karşımıza çıkabilir. Etiyolojisi açıklanamayan ve tedaviye dirençli periferik artrit olgularında, çölyak hastalığı mutlaka ayırıcı tanıda düşünölmeli ve çölyak antikorlarına yönelik tarama testleri yapılmalıdır. Glutensiz diyet, yalnızca gastrointestinal şikayetlerde değil, eklem ağrılarında da semptomlarda anlamlı düzelme sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Çölyak Hastalığı, Eklem Ağrısı, Suprapatellar Bursit

[EP-10]

Görünmeyeni Görmek: HLA-B27 Flow Sitometri Negatif, PCR Pozitif Bir Ankilozan Spondilit Olgusu

Ayşegöl ARSLAN, Fatma TAKAK, Alparslan YETİŞGİN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş:

Ankilozan Spondilit (AS), özellikle omurga ve sakroiliak eklemleri (SİE) tutan kronik, inflamatuvar bir spondiloartritir. Hastalığın patogeneğinde HLA-B27 alleli önemli bir rol oynar. Popölasyona göre değişmekle birlikte AS hastalarının yaklaşık %90'ı HLA-B27 pozitifdir. Klinik pratikte HLA-B27 tespiti çoğunlukla flow sitometri ile yapılmakta; pratikliği, düşük maliyeti ve hızlı sonuç vermesi nedeniyle yaygın olarak tercih edilmektedir. Ancak bazı durumlarda bu yöntem sınırlı kalabilir. Moleküler temelli, daha duyarlı PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) yöntemiyle yapılan testlerde pozitiflik saptanması, kliniği şüpheli vakalarda tanı ve hastalık yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır.

Olgu Sunumu:

32 yaşındaki erkek hasta, 20'li yaşlarda başlayan aralıklı bel ağrılarının olduğunu, özellikle eğilme sonrası doğrulma sırasında ağrı hissettiğini belirtmiştir. Bu olay hariç gündüz-gece tamamen rahat olduğunu ifade etti. Ancak son 2-2.5 yıldır şikayetlerinin artarak özellikle sabahları yarım saat civarı sertlik geliştiğini ifade etti. Halen gece uyandıran ağrısı olmadığını ama 1 saat araba kullanımı sonrası belirgin bel sertliği ortaya çıktığını ve boyun ağrısını ikincil ve daha önemsiz olarak değerlendirmiştir. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde annesinin AS olması dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde bel eklem hareket açıklığı (EHA) muayenesinde el-parmak-zemin mesafesi 15 cm olarak ölçölmüş, lateral fleksiyonlarında uç noktada kısıtlılık saptanmıştır. Düz bacak kaldırma ve Laseq testleri negatif olan hastada motor defisit yoktu. FADIR testleri negatif FABER testinde ise lombosakralde hafif ağrı tariflemektedir. Kalça internal rotasyonları dışında ekstremite hareket açıklıkları normal sınırlardaydı.

Lomber ve SİE grafilerinde özellik olmayan hastanın Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile her iki SİE'de subkondral skleroz, sağ tarafta ise ödem ile uyumlu sinyal artışı gözlemlendi.

Lomber MRG'de inflamatuvar değişikliklere eşlik eden Schmorl nodülleri ve kemik iliği ödemi, servikal MRG'de lordoz düzleşmesi ile servikal tek seviyeli bulging dikkati çekti. Laboratuvar testlerinde hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, parathormon seviyeleri ile eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP normal sınırlardaydı. HLA-B27 flow sitometri ile negatif, ancak PCR yöntemi ile pozitif bulunmuştur. Hasta, Meloksikam tedavisinden %80-90 oranında fayda görüp egzersiz programı verilmiştir.

Tartışma-Sonuç:

Ankilozan spondilit tanısında HLA-B27 varlığı önemli bir destekleyici parametre olup, özellikle klinik şüphe durumlarında tanısal süreci kolaylaştırmaktadır. Ancak flow sitometri yöntemi, düşük ekspresyon gösteren bazı HLA-B27 alt tiplerini saptamada yetersiz kalabilir ve bu durum yalancı negatif sonuçlara yol açabilir. Buna karşılık, PCR gibi moleküler tanı yöntemleri, daha yüksek duyarlılık sunarak özellikle şüpheli olgularda pozitifliği daha güvenilir biçimde ortaya koyabilir. Sunulan olgu, HLA-B27 negatifliği söz konusu olsaydı dahi 2009 ASAS sınıflama kriterlerini karşılamaktaydı. Bununla birlikte, klinik şüpheye rağmen flow sitometri ile elde edilen yalancı negatif sonuçlar tanıda gecikmelere neden olabilir. Bu tür durumlarda, HLA-B27 varlığının kesin olarak değerlendirilmesi amacıyla PCR yöntemiyle analiz yapılması uygun bir yaklaşım olabilir.

Anahtar Kelimeler:

Ankilozan Spondilit, HLA-B27, Flow Sitometri, PCR, Moleküler Tanı

[EP-11]

BEL AĞRISI İLE BAŞVURAN MULTİPLE MYELOM OLGUSU

Fatma TAKAK, Ayşegül ARSLAN, Alparslan YETİŞGİN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

Multiple myelom, erişkinlerde kemik kaynaklı en sık görülen malign tümördür ve monoklonal immünoglobulin sentezleyen plazma hücrelerinin malign proliferasyonundan kaynaklanır. Klinik olarak en sık kemik ağrısı ve patolojik kırıklarla ortaya çıkar. Hastaların yaklaşık %25'inde tanı, spontan kırık nedeniyle başvuru sırasında konulmaktadır. Bu olguda, osteoporozu bulunmayan bir hastada, minör bir travma sonrası gelişen kompresyon kırığına bağlı bel ağrısı şikâyetiyle başvurusunun ardından multiple myelom tanısı konulan bir vaka sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Özgeçmişinde bel veya kalça ağrısı olmayan 46 yaşında kadın hasta, 4 aydır devam eden bel ağrısı şikâyeti ile başvurdu. 4 ay önce ayağının kayması sonucu belinin geriye doğru zorlandığını ancak düşme ya da çarpma olmadığını ifade etti. Dış merkezde çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) L2 vertebra korpusunda kompresyon kırığı tespit edilip, medikal tedaviler (opioidler dahil), korseleme, nöralterapi ve fizik tedavi (15 seans) dahil olmak üzere çeşitli tedaviler uygulanmıştır. Bu tedaviler ile ağrısının %60 azaldığını ama halen giyinme dahil günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtti. Fizik muayenede bağımsız ve hafif lateral eğiklik ile yürüyebilen hastanın bel fleksiyon ve ekstansiyonu hareket açıklığının sonunda ağrılı, lateral fleksiyonları ise başlangıcında ağrı ile kısıtlıydı. Kalça hareket açıklıkları normal olan hastada nörolojik defisit saptanmadı; düz bacak kaldırma, Lasegue, FABER ve FADIR testleri negatifti. Muayene sedyesinden kalkarken desteğe ihtiyaç duyacak kadar ağrısı olan hastanın en çok ağrı tariflediği bölge L2 vertebra civarı, daha az olarak pelvis yan taraflarıydı.

DEXA sonucu normal sınırlarda olan hastada osteoporoz saptanmamış olmasına rağmen minör travma ile kompresyon fraktürü gelişmesi altta yatan başka bir patoloji düşündürdü. Dış merkezde uygulanan tedavilerden önce herhangi bir kan tetkiki istenmemişti. Polikliniğimizde istenen tetkiklerde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 81 mm/saat, Hb: 11.4 g/dl, parathormon 9.6 pg/dL (n:19-88) dışında (kalsiyum ve tümör markerları dahil) patoloji yoktu. Kontrastlı torakal-lomber MRG'de vertebralarda çok seviyeli yükseklik kaybı ve T1 hipointensite ile uyumlu infiltratif görünüm izlendi (Şekil 1). Tekrarlanan tetkiklerde ESH: 113 mm/saat, Hb: 10.4 g/dl idi. Tetkik sonuçları ile yönlendirildiği hematoloji bölümünde yapılan tetkikler sonrası multipl myelom tanısı almış olup tedavi süresince otolog kemik iliği transplantasyonu da uygulandı.



Şekil 1

TARTIŞMA

Multiple myelom hastaları sıklıkla bel ve sırt ağrısı ile başvururlar. Bu ağrının en sık sebebi litik kemik lezyonları veya osteoporozla bağlı kompresyon kırıklarıdır. Yüksek ESH, hiperkalsemi ve anemi sık görülen hematolojik bulgular arasındadır. Olgumuzda, osteoporoz olmamasına rağmen minör travmayla oluşan vertebra fraktürü, yüksek ESH ve anemi bulguları malignite şüphesini gündeme getirmiştir. Literatürde erken tanı açısından bu bulguların dikkatle değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

SONUÇ

Minör travma sonrası gelişen ve osteoporozu olmayan hastalarda patolojik kırıkların altta yatan ciddi hastalıkların bir belirtisi olabileceği düşünülmeli ve gerekli kan tetkikleri dahil ayrıntılı olarak incelenmelidir. Erken tanı açısından uygun laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin zamanında uygulanması yaşam kurtarıcı rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bel Ağrısı, Multiple Myelom, Eritrosit Sedimentasyon Hızı

[EP-12]

Sjögren Sendromu Her Zaman Serolojik Başlamaz: On yıllık Takipte Gecikmeli Antikor Pozitifliği Olan Bir Vaka

Ayşegül ARSLAN, Fatma TAKAK, Alparslan YETİŞGİN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş:

Sjögren Sendromu (SS), sıklıkla ağız ve göz kuruluğunun eşlik ettiği otoimmün bir hastalıktır. Tanıda klinik bulguların yanı sıra anti-RO/SSA, anti-La/SSB antikorları ve minör tükürük bezi biyopsisi önemli rol oynar. Ancak bazı hastalarda serolojik ve histopatolojik bulgular başlangıçta negatif olabilir. Tanının gecikmesine neden olabilecek bu gibi durumlarda tanı, uzun süreli klinik izleme oluşturulabilir. Bu bildiride, SS dahil farklı ön tanımlar açısından yıllar süren izlem sürecinde antikorları geç (yaklaşık 10 yıl sonra) pozitifleşen bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:

1966 doğumlu kadın hasta, 2015 yılından itibaren (49 yaş), yaklaşık 3-4 yıldır devam eden diz, bel (lomber spinal stenoz tanılı) ve omuz ağrıları nedeniyle fizik tedavi ve romatoloji kliniklerinde izlenmiştir. Yıllar boyunca farklı merkezlerde gonartroz, jeneralize osteoartrit, fibromiyalji, Brucella enfeksiyonu sekeli ve lomber spinal stenoz gibi tanımlar almıştır. Farklı dönemlerde göz kuruluğu, yaygın eklem ağrıları, dizlerde şişlik, sabah tutukluğu gibi SS ile uyumlu semptomlar göstermiştir. Ancak Anti-nükleer antikor (ANA), anti-RO/SSA ve anti-La/SSB antikorları uzun yıllar defalarca (2016, 2021 ve 2022 yıllarında) bakılmasına rağmen negatiftir. Gözyaşı kırılma zamanı (3 saniye) ve Schirmer testi (1 mm) ile objektif göz kuruluğu (sicca) bulguları saptanmıştır. Ancak, iki kez gerçekleştirilen minör tükürük bezi biyopsisinden biri yetersiz materyal nedeniyle değerlendirilememiş; diğeri ise bir patolog tarafından Sjögren sendromu lehine yorumlanmamış, farklı bir patolog tarafından ise şüpheli olarak değerlendirilmiştir. Bu süreçte hekimlerin görüşleri farklılık göstermiş; bazı uzmanlar inflamatuvar bir süreci ön planda değerlendirirken, bazıları mekanik ve dejeneratif nedenleri öne çıkarmıştır. Örneğin, SS ön tanısıyla başlanan ilaç tedavileri, başka romatologlar tarafından osteoartrit tanısı ile kesilmiştir. Zamanla diz ağrıları ve şişlikleri artıp, fizik muayene ve direkt radyografide de tespit edilebilen gonartroz bulguları şiddetlenmiştir. Hasta bu süreçte bazı hekimler tarafından verilirken, bazıları tarafından kesilen kortikosteroid tedavisine her defasında yanıt vermiştir.

Sonunda, yaklaşık 10 yıl sonra (2024 yılı itibarıyla), anti-SSA antikorları 2+ düzeyinde pozitifleşmiş, ANA zayıf pozitif bulunmuştur. Böylece geç serokonversiyonla birlikte SS tanısı daha da netleşmiştir.

Tartışma:

Sjögren Sendromu tanısında antikorlar tanıda kıymetli olsa da, erken dönemde negatif olabilirler. Antikor pozitifliğinin zamanla geliştiği durumlar, özellikle klinik olarak şüpheli olgularda tanının gecikmesine veya atlanmasına yol açabilir. Bu nedenle klinik olarak güçlü şüphe varsa, tanı yalnızca serolojik bulgulara dayanılarak dışlanmamalıdır.

Bu vaka, klasik Sjögren semptomları olmasına rağmen tanının yıllar sonra ancak antikor pozitifleşmesiyle netleştirildiğini göstermektedir.

Seronegatif Sjögren olguları, uzun süreli izleme seropozitif hale gelebilir ve klinik tabloya güvenmek esas ve gereklidir.

Sonuç:

Bu vaka, Sjögren sendromu tanısının sadece laboratuvar bulgularına dayandırılmayacağını, uzun süreli klinik gözlemin tanının konmasında belirleyici rol oynayabileceğini göstermektedir. Seronegatif SS hastaları zamanla seropozitif hale gelebileceğinden, klinik uyum gösteren olgular dikkatle ve sabırla izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler:

Sjögren Sendromu, Anti-Ro/SSA, Anti-La/SSB, Gecikmiş Antikor Pozitifleşmesi

[EP-13]

Romatoid Artrit Hastalarında Uyku Kalitesi: Klinik ve Demografik Faktörler ile İlişkisi, Tek Merkez Bilimsel Araştırması

Marjan Pakzadmanesh¹, Arif Babayiğit², Ali Şahin²

1-Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Öğrenci, Sivas

2- Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp fakültesi, İç hastalıkları ABD Romatoloji BD, Sivas

Giriş

Romatoid artrit (RA), kronik, sistemik ve inflamatuvar bir hastalık olup yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, RA hastalarında uyku bozukluklarının sık görüldüğünü ve hastalığın seyri ile yakın ilişkili olduğunu göstermektedir. Uyku kalitesinin bozulması; ağrı, yorgunluk, depresyon ve genel sağlık durumunda kötüleşmeye yol açmakta, bu da hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir [1,2]. RA hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi, hem hastalığın yönetimi hem de yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde RA ve uyku kalitesi ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu alanda yapılacak yeni araştırmalar, hastalığa özgü tanı ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır [3]. Ayrıca, RA'da uyku bozukluklarının sadece hastanın yaşam kalitesini değil, hastalığın aktivitesini ve uzun dönem prognozunu da olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir [4,5]. Uyku kalitesinin bozulması, inflamasyonun artması ve kardiyovasküler riskin yükselmesiyle de ilişkilendirilmektedir [6].

Yöntem

Bu kesitsel çalışmaya, romatoid artrit tanısı alan 30 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 30 tıp öğrencisinden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Her iki grupta da demografik veriler ve uyku kalitesi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile değerlendirilmiştir. Ağrı, yorgunluk, depresyon ve fonksiyonel durum gibi klinik parametreler kaydedilmiştir. Veriler "SPSS 23.0" programı ile analiz edilmiştir. Parametrik varsayımların karşılanmadığı Shapiro-Wilk testi ile gösterilmiş; bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, kategorik verilerde ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Hasta grubundaki bireylerin 23'ü (%76,7) kadın, 7'si (%23,3) erkektir. Kontrol grubunda ise 15'i (%50) kadın, 15'i (%50) erkektir. Her iki grupta uyku kalitesi düşük bulunmuş, ancak gruplar arasında uyku kalitesi puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (tablo-1) ($p>0.05$). Her iki grupta da uyku süresi açısından farklılık istatistiksel olarak önemsizdir (tablo-2). RA hastalarında ağrı, yorgunluk, depresyon ve fonksiyonel durum ile uyku kalitesi arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo-1 uyku kalitesi RA ve kontrol grubu

gruplar	hasta	S	3	11	14
		%	21,4%	78,6%	100,0%
	kontrol	S	8	22	30
		%	26,7%	73,3%	100,0%
Total		S	11	33	44
		%	25,0%	75,0%	100,0%

$X^2=0,14$ $p=0,709$ $p>0,05$ önemsiz

Tablo 2 uyku süresi RA ve kontrol grubu

	N	ortalama	Standart sapma	ortanca	Minimum	Maximum	sonuç
hasta	30	8,16	4,22	8,00	,00	17,00	$P=0,372$
kontrol	30	6,93	4,04	7,00	,00	15,00	

Tartışma

Bu çalışmada, hem RA hastalarında hem de tıp öğrencisi kontrol grubunda uyku kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. RA hastalarında uyku bozukluklarının ağrı, yorgunluk, depresyon ve fonksiyonel kapasiteyle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde de benzer şekilde, uyku bozukluklarının RA hastalarında yaşam kalitesini ve hastalık aktivitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Kontrol grubunun tıp öğrencilerinden oluşması, bu bireylerin de uyku kalitesinin düşük olması nedeniyle çalışmada gruplar arasında anlamlı fark saptanamamasına yol açmıştır.

Ayrıca, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve verilerin özbildirime dayalı olması, çalışmanın önemli kısıtlarıdır.

Uyku kalitesinin iyileştirilmesi, RA hastalarının yaşam kalitesini artırabilir. Multidisipliner yaklaşım ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri geliştirilmelidir. Gelecekte daha büyük, farklı kontrol gruplarıyla ve uzun süreli takip içeren çalışmalar gereklidir.

Sonuç

RA hastalarında uyku kalitesi genellikle düşüktür ve bu durum ağrı, yorgunluk, depresyon gibi klinik parametrelerle yakından ilişkilidir. Ancak, bu çalışmada kontrol grubunun da (tıp öğrencileri) uyku kalitesinin düşük olması ve örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bu nedenle, RA hastalarında uyku kalitesi mutlaka değerlendirilmeli ve tedavi süreçlerinde dikkate alınmalıdır. Farklı ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak ileri çalışmalar, uyku kalitesi ve RA ilişkisine dair daha sağlam sonuçlar sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Nicassio PM, et al. The association of pain, sleep, and mood disturbances with fatigue in rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum**. 2012;64(8):2495-2503. [doi:10.1002/art.34453]
2. Sariyildiz MA, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis: relationship between the disease severity, depression, functional status and the quality of life. **J Clin Med Res**. 2014;6(1):44-52.
3. Abad VC, et al. Sleep and rheumatologic disorders. **Sleep Med Clin**. 2016;11(3):275-287.
4. Luyster FS, Chasens ER. Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. **J Clin Sleep Med**. 2015;11(8):843-850.
5. Drewes AM, et al. Sleep in rheumatoid arthritis: a comparison with healthy controls and studies of sleep/wakefulness in other chronic diseases. **Ann Rheum Dis**. 2011;70(10):1785-1791.
6. Cutolo M, et al. Circadian rhythms and arthritis. **Arthritis Rheum**. 2011;63(3):846-852.

[EP-14]

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Polikliniğine Başvuran FMF Tanılı Hastalarda BECK Depresyon Testinin Değerlendirilmesi ve Kontrol Grupla Karşılaştırılması

Alireza Rezaei Shirmatrd¹, Arif Babayiğit², Ali Şahin²,

1.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Öğrenci, Sivas

2. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Romatoloji BD, Sivas

GİRİŞ

Ailevi Akdeniz Ateşi (Familial Mediterranean Fever, FMF), otozomal resesif geçişli, otoinflamatuar bir hastalık olup tekrarlayan ateş atakları, peritonit, plevrit ve sinovit gibi serozal inflamasyonlarla karakterizedir. MEFV gen mutasyonları ile ilişkili olan bu hastalık, özellikle Türkiye, Ermenistan, Arap ülkeleri ve Yahudi popülasyonlarında sık görülmektedir. Türkiye’de hastalığın prevalansının 1:1000 civarında olduğu bildirilmektedir(1). Beck depresyon envanteri erişkinlerde depresif belirti taramalarında sıkça kullanılan “duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyonel” depresif belirtilerin ortaya konmasında etkili, 21 maddelik bir ölçektir(2,3). FMF, yalnızca fiziksel belirtilerle sınırlı kalmamakta; kronik ağrı, tekrarlayan ataklar ve yaşam kalitesinde düşüş gibi nedenlerle psikolojik durumu da önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Özellikle depresyon, FMF hastalarında sık bildirilen bir psikiyatrik komorbidite olup, hem hastalığın yönetimini zorlaştırmakta hem de bireyin genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.FMF hastalığına eşlik eden depresyon, yalnızca ruhsal durum üzerinde etkili olmakla kalmayıp, hastaların tedaviye uyumunu azaltmakta, atak sıklığını artırmakta ve yaşam kalitesini ciddi biçimde düşürebilmektedir. Ayrıca depresyonun, inflamatuvar süreçleri etkileyen biyolojik mekanizmalarla (örneğin sitokin düzeylerindeki değişiklikler) ilişkilendirildiği bilinmektedir; bu da FMF gibi inflamatuvar hastalıklarda psikiyatrik durumların önemini daha da artırmaktadır(4).

ÇALIŞMA ÖZETİ

Bu kesitsel anket çalışması, 2025 yılının Mart ve Mayıs ayları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Dahiliye/Romatoloji Polikliniği'ne başvuran FMF tanılı hastalar üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya FMF tanısı olan 30 hasta ile birlikte 30 sağlıklı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisinden oluşan bir kontrol grubu dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü, G.power 3.1.9.4 programı kullanılarak, etki büyüklüğü (d) 0.74, α (anlamlılık düzeyi) 0.05 ve β (hata payı) 0.20 (güç = 0.80) olarak belirlenmiş olup, her grup için 30'ar katılımcı gerekliliği hesaplanmıştır. Bu analiz sonucunda çalışmanın istatistiksel gücü 0.8064346 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya FMF tanısı olan 30 hasta ile birlikte 30 sağlıklı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisinden oluşan bir kontrol grubu dahil edilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, kendi kendine uygulanan bir psikolojik değerlendirme aracı olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. BDÖ, 21 maddeden oluşur ve her madde 0–3 puan arasında derecelendirilir. Ölçeğin toplam puan aralığı 0–63'tür ve uygulama süresi genellikle 5–10 dakikadır. Uygulama genellikle kendi kendine doldurma yöntemiyle yapılmakla birlikte, klinik ortamlarda yapılandırılmış görüşme şeklinde de uygulanabilir. BDÖ puanlarına göre depresyon düzeyleri şu şekilde sınıflandırılmıştır: 0–9 puan minimal/yok depresyon, 10–16 puan hafif depresyon, 17–29 puan orta düzeyde depresyon ve 30–63 puan şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir.

BULGULAR

Her iki grubun toplam katılımcıları incelendiğinde, katılımcıların %66,7'si (n=20) kadın, %33,3'ü (n=10) erkek bireylerden oluşmaktadır. Hasta grubun yaş ortalaması 41 iken sağlıklı kontrol yaş ortalaması 22.3 olarak heaplanmıştır. FMF hastaları ve kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Gruplar ve Beck Depresyon Kodu (BDÖ düzeyleri) arasındaki çapraz tablo analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=7,59$, $p=0.055$). Ancak, istatistiksel olarak önemsiz olmasına rağmen, kontrol grubundaki bireylerin daha yüksek oranda "Minimal / Yok" depresyon düzeyinde olduğu görülürken (%56.7), hasta grubundaki bireylerin daha fazla oranda "Hafif" (%46.7), "Orta düzeyde" (%16.7) veya "Şiddetli" (%0.0) depresyon düzeylerinde yer aldığı tespit edilmiştir.

Tablo-1 FMF ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırması

	beckkod	Total					
	1,00	2,00	3,00	4,00			
gruplar	hasta	S	11	14	5	0	30
		%	36,7 %	46,7 %	16,7 %	0,0%	100,0%
	kontrol	S	17	6	4	3	30
		%	56,7 %	20,0 %	13,3 %	10,0 %	100,0%
Total	S	28	20	9	3	60	
	%	46,7%	33,3 %	15,0 %	5,0%	100,0%	

$X^2=7,59$ $p=0,055$ $p>0,05$ önemsiz

Her iki gruptaki bireylerin beck depresyon koduna göre karşılaştırdığında gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur. Farklık istatistiksel olarak önemsiz bulunmasına rağmen görüldüğü gibi kontrol grubundaki bireyler daha fazla oranda normal olarak değerlendirilirken hasta grubundaki bireyler daha fazla oranda hafif,orta,ağır olarak depresyon değerlendirmiş.

Tablo-2 FMF ve sağlıklı kontrol grubu

	N	ortalama	Std. Deviation	ortanca	Minimu m	Maximu m	sonuç
hasta	30	11,5333	5,77589	11,50	4,00	23,00	P=0,331
kontrol	30	11,1000	9,28978	8,00	1,00	39,00	

TARTIŞMA

Bu durum, kronik otoinflatuvar bir hastalık olan FMF'in tekrarlayan ateş atakları, serozit, artralji/artrit gibi semptomlarının, hastaların günlük yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşları üzerinde bir yük oluşturabileceğini düşündürmektedir. Her ne kadar bu çalışmada istatistiksel anlamlılığa ulaşılammış olsa da, klinik pratikte göz ardı edilmemesi gereken bir eğilime işaret etmektedir. Literatürde FMF hastalarında depresyon prevalansının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin, bazı araştırmalar FMF hastalarında anksiyete ve depresyon semptomlarının daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Çalışmamızın bulguları, istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermese de, FMF hastalarında

depresyonun varlığına dair literatürdeki genel eğilimle örtüşen bir paterni yansıtabilir. Bulgularımızdaki istatistiksel anlamlılık eksikliği, muhtemelen nispeten küçük örneklem büyüklüğümüzden (her grupta 30 katılımcı) kaynaklanıyor olabilir. Yeterli güç analizine rağmen, özellikle psikometrik değerlendirmelerde daha büyük örneklem, ince farklılıkları yakalamada daha etkili olabilir. Ayrıca, çalışmanın kesitsel doğası, hastalığın ve depresyonun zaman içindeki dinamik ilişkisini incelememizi engellemektedir. Hastalık aktivitesinin veya atak sıklığının depresyon üzerindeki etkileri gibi faktörler bu çalışmada detaylı olarak incelenmemiştir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında tek merkezli bir çalışma olması, genel popülasyona genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Kontrol grubunun tıp fakültesi öğrencilerinden oluşması da, genel sağlıklı popülasyona kıyasla belirli sosyo-demografik ve stres faktörlerine sahip bir grup olması nedeniyle bir sınırlılık teşkil edebilir. Ayrıca, depresyon düzeyleri yalnızca Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiş olup, klinik psikiyatrik görüşme veya ek psikometrik testler yapılmamıştır. Sonuç olarak, FMF hastalarında depresyonun taranması ve yönetimi, multidisipliner bir yaklaşımın önemli bir parçası olmalıdır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, FMF hastalarında depresif semptomlara yönelik gözlemlenen eğilim, klinisyenlerin bu popülasyondaki psikolojik durumları yakından takip etmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Gelecekte yapılacak daha geniş örneklemli, çok merkezli ve prospektif çalışmalar, FMF ve depresyon arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

1. Livneh, A., Langevitz, P., Zemer, D., Zaks, N., Kees, S., Lidar, T., Migdal, A., Padeh, S., & Pras, M. (1997). Criteria for the diagnosis of familial Mediterranean fever. *Arthritis & Rheumatism*, 40(10), 1879-1885.
2. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
3. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
4. Tunca, M., Akar, S., Onen, F., Ozdogan, H., Kasapcopur, O., Yalcinkaya, F., Tutar, E., Ozen, S., Topaloglu, R., Yilmaz, E., Arici, M., Bakkaloglu, A., Besbas, N., & Turkish FMF Study Group. (2005). Familial Mediterranean fever (FMF) in Turkey: Results of a nationwide multicenter study. *Medicine*, 84(1), 1-11.



**TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ**

5 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Romatoloji Günleri

20 - 21
Haziran
2025

The Green Park
Sivas

Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon

İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5/25 Bay Plaza Kat: 12

Ataşehir/İstanbul • Tel: 0216 573 18 36

kongre@devent.com.tr

www.devent.com.tr