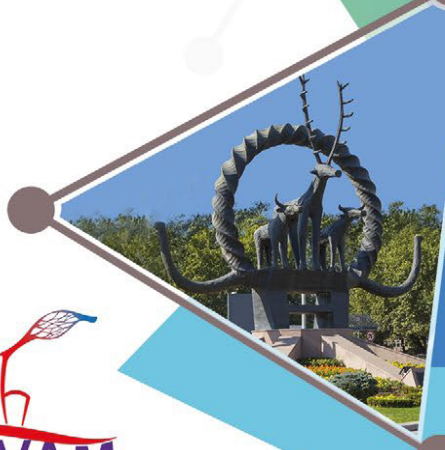




6 Ankara Romatoloji Yılsonu Buluşması

24-26 Aralık
2021

ANKARA



Bildiri Kitabı

KURULLAR

Başkan

Prof. Dr. Sedat Kiraz

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. İhsan Ertenli

Sekreter

Prof. Dr. Şule Apraş Bilgen

Üyeler

Doç. Dr. Ali Akdoğan

Doç. Dr. Levent Kılıç

Prof. Dr. Ömer Karadağ

Sayman

Prof. Dr. Umut Kalyoncu

**6. ANKARA ROMATOLOJİ YILSONU BULUŞMASI 24-26 ARALIK, ANKARA
BİLİMSEL PROGRAM**

24 Aralık 2021, Cuma

Dev hücreli arterit ve Polimiyaljiya Romatika Çalıştayı Klinik, Görüntüleme ve Histopatolojik Perspektif

13:00-13:10	Kursun amaçları	Ömer Karadağ	Oturum Başkanları: Servet Akar, M. Akif Topçuoğlu
13:10-13:20	Dev hücreli arterit& Polimiyaljiya Romatika Epidemiyoloji: Türkiye’de gerçekten az mı?	Emre Bilgin	
13:20-13:40	Dev hücreli arterit semptom ve bulgular		
	Romatoloji perspektifira	Fatma Alibaz	
	Nöroloji perspektifi	İlksen Işıkkay	
	Oftalmoloji perspektifi	Sibel Kadayıfçılar	
13:40-13:55	Polimiyaljiya Romatika: Ne zaman DHA ile birlikte, ne zaman değil?	Ediz Dalkılıç	
13:55-14:10	DHA oftalmolojik değerlendirme	Sibel Kadayıfçılar	
14:10-14:25	Nörolojik ve nöroftalmolojik açıdan DHA	İlksen Işıkkay	
14:25-14:40	Kahve Molası		
14:40-15:00	Normal arterlerin histolojisi Temporal arter biyopsilerindeki patolojik bulgular	Özay Gököz	Oturum Başkanları: Tuncay Hazırolan, Kenan Aksu
15:00-15:20	DHA’de Doppler Ultrasonografi: • Temporal arterler • • Karotis arterler, Subklaviyan ve aksiller arterler	M.Ruhi Onur	
		İlkay İdilman	
15:20-15:40	DHA’de Aorta ve Dalları BT/MR Anjiyografi: Normal Görünüm, ateroskleroz ve vaskülit bulguları	Selin Ardalı	
15:40-16:00	DHA’de PET-BT	Murat Tuncel	
16:00-16:15	Kahve Molası		
16:15-16:30	Dev hücreli arterit tanısı ve sınıflandırma kriterleri	Burak İnce	Oturum Başkanları: Haner Direskeneli, Cemal Bes
16:30-16:40	İndeks DHA hastasının TRVaS ve Trials Network web tabanlı sitemlere girilmesi	Gül Sandal Uzun	
16:40-17:00	Dev hücreli arterit tedavisi ve Dirençli hastalarda tedavi alternatifleri	Ömer Karadağ	
17:00-17:30	Precision Medicine in GCA: A Look Towards the Future	Peter Grayson	
17:30-19:00	TRVaS Çalışma Grubu Toplantısı • AAV Hastalarında Metabolik sendrom sıklığı • AAV hastalarında venöz tromboemboli • AAV hastalarında osteoporoz prevalansı ve prediktif faktörleri • IgG4 ilişkili Hastalık Türkiye Perspektifi-veri tabanı	• Dilek Barutçu Ataş • Elif Ediboğlu • Tuba Demirci • Gözde Yardımcı	

	• AAV hastaların demografik ve klinik özellikleri: Farklı Klinik Alt-gruplar Var Mı? (Latent Class Analizi) • EGPA genel özellikler: İki farklı hastalık mı?	• Ertuğrul Çağrı Bölek • Berivan Bitik	
--	---	---	--

25 Aralık 2021, Cumartesi			
Salon A			
Saat	Konu	Konuşmacılar	Oturum Başkanları
09:00-09:20	Patern göstermeyen artritler	Abdurrahman Tufan	İhsan Ertenli, Gülen Hatemi
09:20-09:40	Romatoid artritde sinoviyal histopatoloji tedavi seçimini öngörebilir mi?	Fatih Yıldız	Murat Turgay
09:40-10:00	Romatoid artritde hasarın değerlendirilmesi: Radyoloji ve hasta kaynaklı ölçütler	Cem Özişler	Şeminur Haznedaroğlu
10:00-10:30	Periferik spondilartrit: Pediatrik bakış açısı Erişkin bakış açısı	Özge Başaran M. Akif Öztürk	Seza Özen
10:30-11:00	Uydu Sempozyumu (UCB) Aksiyal Spondilioartrit Tedavisinde Certolizumab Pegol; "Fc" içermeyen benzersiz bir anti—TNF molekülü¹⁻⁶	10:30 Farmakovijilans sunum 10:35 Certolizumab Pegol Moleküler Yapı ve Özellikleri / Levent Kılıç 10:45 Aksiyal Spondilioartrit Tedavisinde Certolizumab Pegol Abdurrahman Tufan	Moderatörler: Vedat Hamuryudan, İhsan Ertenli
11:00-11:15	Kahve Molası		
11:15-12:15	Psöriyatik Hastalığa Güncel Bakış Psöriyatik artrit tedavisinde güncelleme PsO ve PsA'da kardiyovasküler risk yönetimi	Umut Kalyoncu Gizem Ayan	Hamide Kart Köseoğlu, Salih Pay
12:15-12:45	Otoantikordlarda romatolojik tanı dışı pozitiflik nedenleri	Neslihan Yılmaz	Vedat Hamuryudan
12:45-13:45	Öğle Yemeği		
13:45-14:15	Farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı, mikst konnektif doku hastalığı, çakışma sendromları nedir? Ne değildir? Nasıl ayrılır?	Abdulsamet Erden	Aşkın Ateş
14:15-14:45	İflamatuvar miyozitlerde görüntüleme ve oto antikörlerin kullanımı	Gözde Kübra Yardımcı Berkan Armağan	Yüksel Maraş

	Miyozit / Vaskulitlerde dirençli hastalarda tedavi alternatifleri: IVIG, plazma değişimi		Kemal Üreten
14:45-15:15	Uydu Sempozyumu (Farmanova) Ankilozan spondilit tedavisinde secukinumab farkı: Biyolojik naif hastalarda tedavi sonuçları	Timuçin Kaşifoğlu	Sedat Kiraz
15:15-15:30	Kahve Molası		
15:30-16:00	Uydu Sempozyumu (Pfizer PFE İlaçları) İnfliximab'ın gücü Tecrübe ile buluştu	15:15-15:40 - Levent Kılıç - Romatolojide İnfliksımabın Yeri ve Klinik Çalışma Verileri 15:40-15:45 - Soru & Cevap	Sedat Kiraz
16:00-16:30	Göğüs hastalıkları gözüyle sarkoidoz Romatolog gözüyle Sarkoidoz	Deniz Köksal Hamit Küçük	Eftal Yücel
16:30-17:15	Otoimmün Karaciğer Hastalıkları ve Romatolojik Bulgular Romatolojik hastalıklarda Covid-19 aşılması: ACR 2021 Güncellemesi	Zeynep Aşlar Zehra Özsoy	Berna Göker Ahmet Omma, Orhan Küçükşahin
17:15-17:45	Uydu Sempozyum (Lilly) Psöriyatik Artrit Tedavisinde İxekizumab Klinik Çalışma Verileri	Umut Kalyoncu	Ali İhsan Ertenli
17:45-19:45	Treasure Çalışma Grubu Toplantısı	Sedat Kiraz, İhsan Ertenli, Umut Kalyoncu, Ömer Karadağ	Cemal Bes, Timuçin Kaşifoğlu, Hamit Küçük, Servet Akar, Rıdvan Mercan, Abdülşamet Erden, Belkıs Nihan Coşkun, Burcu Yağız, Muhammet Çınar

25 Aralık 2021, Cumartesi

Salon B

Saat	Konu		Oturum Başkanları
09:00-09:48	Sözlü Bildiriler 1		Şükran Erten, İsmail Doğan
09:00-09:12	Çocukluk çağı Takayasu arteriti tedavisinde değişim rüzgarı	Seher Sener	
09:12-09:24	Çocukluk çağı Takayasu arteriti tedavisinde hangisi daha etkili: Tosilizumab mı yoksa adalimumab mı	Seher Sener	
09:24-09:36	İntrakardiyak trombüsü olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi	Tahir Saygın Ögüt	
09:36-09:48	Büyük Damar Vaskülit ile Görülen Hipoinsünek Hipoglisemi Olgusu	Nilay Erdik	
13:45-14:57	Sözlü Bildiriler 2		Günay Dalgıç, Sevinç Can Sandıkçı
13:45-13:57	Erizipel benzeri eritem görülen ailevi Akdeniz ateşi hastalarının özellikleri	Pınar Özge Avar Aydın	
13:57-14:09	Kronik nonbakteriyel osteomyelit: tek merkez deneyimi	Pınar Özge Avar Aydın	
14:09-14:21	Behçet Sendromu Hastalarında COVID-19 Seyri ve Behçet Hastalığı Semptom Alevlenme Oranları	Bünyamin Polat	
14:21-14:33	İntrakardiyak trombüsü olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi	Tahir Saygın Ögüt	
14:33-14:45	Nedeni bilinmeyen ateş olgusu: Vaskülit mi? Lenfoma mı?	Muhammed Canbaş	

14:45 – 14:57	Takayasu Arteritinde serum Kalprotektin düzeyinin hastalık bulguları ve aktivasyonla ilişkisi	Fatih Yıldız	
---------------	---	--------------	--

6. Ankara Romatoloji Yılsonu Buluşması

26 Aralık 2021, Pazar

İntraartiküler ve Lokal Enjeksiyon Uygulamaları Kursu

(Kursa katılım ücretli ve 25 kişi ile sınırlıdır)

Kurs Koordinatörleri: İhsan Ertenli, Levent Kılıç

Eğitimciler: Muhammet Çınar, Hakan Erdem, Alp Çetin, Levent Kılıç, Emine Duran

Saat	Teorik ve Pratik Uygulamalar
09:00-09:15	Açılış ve kursun tanıtımı Klinik pratikte enjeksiyonların yeri: Ne zaman, kime, hangi dozda?

09:15-10:05	Enjeksiyon anatomisi	
09:15-09:25	Omuz kuşağı anatomisi ve enjeksiyon bölgeleri	
09:25-09:35	Dirsek eklemi-çevre anatomisi ve enjeksiyon bölgeleri	
09:35-09:45	El bileği eklemi anatomisi ve enjeksiyon bölgeleri	
09:45-09:55	Diz eklemi anatomisi ve enjeksiyon bölgeleri	
09:55-10:05	Ayak bileği eklemi anatomisi ve enjeksiyon bölgeleri	
10:05-10:25	Kahve Molası	
10:25-12:30	Bölgelere Göre Enjeksiyon Uygulamaları Pratiği* <i>*Pratik uygulamalar, eğiticiler eşliğinde 5 farklı enjeksiyon bölge istasyonunda, 25 dakikada bir rotasyon şeklinde yapılacaktır.</i>	
Emine Duran İstasyon 1	Glanohumeral eklem Akromiyoklavikuler eklem Sternoklaviküler eklem Subakromiyal bursa Bisipital tendinit	Grup A: 10:25-10:50 Grup B: 10:50-11:15 Grup C: 11:15-11:40 Grup D: 11:40-12:05 Grup E: 12:05-12:30
Muhammet Çınar İstasyon 2	Dirsek eklem içi enjeksiyonu Olekranon bursiti	Grup A: 12:05-12:30 Grup B: 10:25-10:50 Grup C: 10:50-11:15 Grup D: 11:15-11:40 Grup E: 11:40-12:05
Alp Çetin İstasyon 3	El bileği eklem içi uygulama MKF eklem enjeksiyonu Karpal tünel sendromu	Grup A: 11:40-12:05 Grup B: 12:05-12:30 Grup C: 10:25-10:50 Grup D: 10:50-11:15 Grup E: 11:15-11:40
Levent Kılıç İstasyon 4	Diz eklem içi uygulama Prepatellar bursit	Grup A: 11:15-11:40 Grup B: 11:40-12:05 Grup C: 12:05-12:30 Grup D: 10:25-10:50 Grup E: 10:50-11:15
Hakan Erdem İstasyon 5	Tibiotalar eklem enjeksiyonu Retrokalkaneal bursit Plantar fasiit	Grup A: 10:50-11:15 Grup B: 11:15-11:40 Grup C: 11:40-12:05 Grup D: 12:05-12:30 Grup E: 10:25-10:50
12:30-12:45	Genel değerlendirme, katılım belgelerinin dağıtılması ve kapanış	

SÖZLÜ SUNUMLAR

Bildiri Başlığı

Sunan Kişi

1. Çocukluk çağı Takayasu arteriti tedavisinde değişim rüzgârı Seher Şener
2. Çocukluk çağı Takayasu arteriti tedavisinde hangisi daha etkili: Tosilizumab mı yoksa adalimumab mı? Seher Şener
3. Takayasu Arteritinde serum Kalprotektin düzeyinin hastalık bulguları ve aktivasyonla ilişkisi Fatih Yıldız
4. Erizipel benzeri eritem görülen ailevi Akdeniz ateşi hastalarının özellikleri Pınar Özge Avar Aydın
5. Kronik nonbakteriyel osteomyelit: tek merkez deneyimi Pınar Özge Avar Aydın
6. Behçet Sendromu Hastalarında COVID-19 Seyri ve Behçet Hastalığı Semptom Alevlenme Oranları Bünyamin Polat
7. Nedeni bilinmeyen ateş olgusu: Vaskülit mi? Lenfoma mı? Muhammet Canbaş
8. İntrakardiyak trombüsü olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve tedavi sonuçların değerlendirilmesi Tahir Saygın Öğüt
9. Takayasu arteriti tanılı hastaların retrospektif incelenmesi: Tek merkez deneyimi Ali Ekin
10. Büyük Damar Vaskülit ile Görülen Hipoinsüнемik Hipoglisemi Olgusu Nilay Erdik

Çocukluk çağı Takayasu arteriti tedavisinde değişim rüzgarı

Seher Sener, Erdal Atalay, Müşerref Kasap Cüceoğlu, Seza Özen
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatoloji
Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Çocukluk döneminde nadir görülen bir hastalık olan Takayasu arteriti (TA) tedavisinde kanıta dayalı veriler oldukça azdır. Çalışmamızda, çocukluk çağı başlangıçlı TA hastalarımızda kullandığımız tedavilerden ve son yıllarda artan biyolojik ajan kullanımının tedavi stratejilerimizde oluşturduğu yeniliklerden bahsetmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Romatoloji bilim dalında Ağustos 2005-Ocak 2021 tarihleri arasında takip edilen 25 TA hastasının tıbbi tedavi kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular

Hastaların tanıdaki ortalama yaşı 13.6 ± 4 idi ve altısı (%24) erkekti. Numano sınıflamasına göre tip III-V sınıflaması içerisinde ve yüksek akut faz reaktanlarına sahip olan 18 hastamızda (%72) ciddi hastalık tablosu mevcuttu. Tedavi seçiminde başlangıçta ağır hastalığı olanlara sadece steroid (%12) veya steroid+siklofosfamid (%60) kombinasyon tedavisi uygulandı. Tedavide tüm hastalarda kortikosteroid kullanılırken, 16 hastaya (%64) metotreksat, 15'ine (%60) siklofosfamid, 7'sine (%28) azotiyoprin, bir hastaya da (%4) mikofenolat mofetil verildi. İzlemede akut faz reaktanları azalan ve hastalık aktivite skorları (ITAS) normale dönen hastalarımızda biyolojik ajan tedavisine geçildi. Toplam 18 TA hastasında biyolojik ajan kullanıldı. Yirmi beş hastanın 13'ü tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) inhibitörü ajanlarla tedavi edilirken, 10 hastaya da interleukin (IL)-6 reseptör inhibitörü olan tosilizumab tedavisi verildi. TNF- α inhibitörlerinden, 12 hastada adalimumab, bir hastada ise etanersept tercih edildi. Altı hastada manyetik rezonans anjiyografide ilerleme görülmesi ve/veya akut faz reaktanlarında sürekli yükseklik saptanması nedeniyle adalimumab ve tosilizumab tedavileri arasında değişim yapıldı. Dört hasta tosilizumabdan adalimumab tedavisine, üç hastada adalimumabdan tosilizumaba geçiş yapıldı. Geleneksel immünosupresif ajanlarla tedavi edilen hastalar ile (ortalama ITAS= 0.5 ± 0.53) biyolojik ajanlara geçen hastalar (ortalama ITAS= 0.56 ± 0.92) arasında tedavi sonrası hastalık aktivite skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.876$).

Sonuç

Sonuç olarak, geleneksel immünosupresanlara ek, biyolojik ajan tedavileri çocukluk çağı TA vakalarında giderek daha fazla kullanılmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda da, çalışmamıza benzer şekilde TA vakalarında, TNF- α veya IL-6 inhibitörleri gibi biyolojik ajanların etkinliği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti (TA), adalimumab, tosilizumab

Çocukluk çağı Takayasu arteriti tedavisinde hangisi daha etkili: Tosilizumab mı yoksa adalimumab mı?

Seher Sener, Erdal Atalay, Müşerref Kasap Cüceoğlu, Yelda Bilginer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) inhibitörleri ve anti-interlökin (IL)-6 reseptör antikorları gibi biyolojik ajanların Takayasu arteriti (TA) tedavisinde çok etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak birinci basamakta hangi biyolojik ajanın kullanılması gerektiği ve optimal tedavi süresi ile ilgili sorular halen belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmada, tedavisi TNF- α inhibitörü (adalimumab) ve IL-6 reseptör inhibitörü (tosilizumab) arasında değiştirilen çocukluk çağı TA tanısı olan yedi hasta ile ilgili deneyimlerimizi sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Romatoloji bölümünde, Ağustos 2005 ile Ocak 2021 arasında takip edilen, 18 yaşından küçük TA'lı yedi hastanın tıbbi tedavi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı 14 (11-15) yılı ve çoğunluğu (%85,7) kadındı. Numano sınıflamasına göre tip III-V tutulumu ve yüksek akut faz reaktanları olduğu için tüm hastaların ağır hastalığa sahip olduğuna karar verildi. Tedavi başlangıcında hastalara sadece steroid veya steroid+siklofosfamid kombinasyonu verildi. Totalde altı hastada siklofosfamid, iki hastada ise metotreksat kullanıldı. İzlemde akut faz reaktanları gerileyen ve Hint Takayasu Klinik Aktivite Skoru (ITAS) normale dönen hastalarda biyolojik ajan tedavisine geçildi. Başlangıçta dört hastaya tosilizumab ve üç hastaya adalimumab tedavisi verildi (Tablo 1). Ancak, takipte bu hastaların manyetik rezonans anjiyografi bulgularında ilerleme saptanması ve/veya akut faz reaktanlarında persistan yükseklik görülmesi nedeniyle, tedavilerinde biyolojik ajanlar arasında değişim yapıldı. Dört hastada (hasta: 1, 2, 3, 4) tosilizumabdan adalimumaba; üç hastada ise tosilizumabdan adalimumaba (hasta: 5, 6, 7) geçildi. Biyolojik ajan değişikliği sonrası ortalama ITAS skorları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$, ortalama ITAS sırasıyla; tosilizumaba geçilenlerde 0 (0-1), adalimumaba geçilenlerde 0 (0-0.5)).

Sonuç

Sonuç olarak, çocuklukta çağı TA'lı hastaların tedavisinde hem TNF- α hem de IL-6 inhibitörleri ilk seçenek olarak kullanılabilir. Bununla birlikte, bu hastaların daha iyi bakımı ve yönetimi için ileriye dönük randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: adalimumab, Takayasu arteriti (TA), tosilizumab

Tablo 1. Biyolojik ajan değişimi yapılan çocukluk çağı başlangıçlı Takayasu arteritli hastalar

Hasta no	Biyolojik öncesi aldığı tedaviler	ITAS (biyolojik değişimi öncesi)	Biyolojik ajan değişimi	ITAS (biyolojik değişimi sonrası)	Son durum
1	Steroid, siklofosfamid	4	Tosilizumab-» adalimumab	0	Remisyonda (komplikasyonsuz)

2	Steroid, siklofosfamid	3	Tosilizumab-» adalimumab	0	Remisyonunda (ancak sol gözde 40% görme kaybı mevcut)
3	Steroid, siklofosfamid, metotreksat	5	Tosilizumab-» adalimumab	0	Remisyonunda (komplikeasyonsuz)
4	Steroid, siklofosfamid, metotreksat	6	Tosilizumab-» adalimumab	1	Remisyonunda (ancak kalp yetmezliği mevcut)
5	Steroid, siklofosfamid	4	Adalimumab-» tosilizumab	1	Remisyonunda (ancak sol gözde %25, sağ gözde %10 görme kaybı mevcut)
6	Steroid, siklofosfamid	5	Adalimumab-» tosilizumab	0	Remisyonunda (komplikeasyonsuz)
7	Steroid	3	Adalimumab-» tosilizumab	0	Remisyonunda (komplikeasyonsuz)

ITAS, Hint Takayasu Klinik Aktivite Skoru

[SS-03]

Takayasu Arteritinde serum Kalprotektin düzeyinin hastalık bulguları ve aktivasyonla ilişkisi

Fatih Yıldız¹, Derya Kılınç Özlü², Işıl Yağmur³, Muhammed Seyithanoğlu³, Adem Doğaner⁴

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji Bilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Amaç: Takayasu arteriti (TA), etyolojisi bilinmeyen, başlıca aorta ve ana dallarının tutulduğu granülomatöz iltihapla karakterize büyük damar vaskülitidir. Serum Kalprotektin (KLP) düzeyi ile inflamatuvar hastalıkların ilişkisi daha önce gösterilmişti. Az sayıda büyük damar vaskülit çalışmasında; KLP'nin aktivasyonu göstermedeki yeri sınırlı bulunmuştur. TA'lı hastalarda KLP düzeyinin hastalık bulguları ve aktivasyonu ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Kesitsel çalışmaya ACR 1990 TA kriterlerini karşılayan 28 TA hastası ve 26 inflamatuvar bağırsak hastası (İBH) ve 26 sağlıklı birey alındı. Demografik özellikleri kaydedildi. Ülseratif kolit (ÜK) klinik aktivite Truelove-Witts, Crohn hastalarında (CH) klinik aktive için CDAI kullanıldı. TA hastaları PGA; Aktif/İnaktif/Persistan olarak gruplandırıldı. Kerr ve ITAS 2010 skorları kaydedildi. CRP, ESR ve Hemogram ile eş zamanlı venöz kan serumunda "Human calprotectin ELISA" kiti kullanılarak KLP çalışıldı.

Bulgular: TA hastalarının (Kadın/Erkek;26/2) yaş ortalaması 40,96±12,93 ve ortalama hastalık süreleri 7,00 ±4,62 yıldır. İBH ve sağlıklı kontrollerin yaş ortalaması 38,92 ±13,54 ve 37,85±9,48 idi. KLP ortancası; TA'da 22,10(20,15-23,81), İBH'da 19,60(18,20-21,02) ve kontrol grubunda 20,30(18,99-22,52) saptandı. TA hastalarının KLP düzeyi İBH göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,013). KLP düzeyi İBH aktivasyonunda WBC, CRP-ESR ile birlikte anlamlı yüksekti. TA ve İBH serum KLP düzeyleri ile kontrollerin KLP düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Kerr ve ITAS 2010'a göre Aktif/İnaktif ve PGA'ya göre Aktif/İnaktif/Persistan hastalarının WBC, ESR, CRP ve KLP düzeyleri arasındaki fark istatistiksel anlamlı değildi (p>0,05). KLP düzeyinin diğer parametrelerle

korelasyonu bulunmadı. TA tiplerinde ve biyolojik ilaç kullanımına göre WBC, ESR, CRP ve KLP arasında fark yoktu.

Sonuç: TA'lı hastalarda serum KLP düzeyi İBH göre anlamlı yüksekti ancak her iki grubun KLP düzeyleri sağlıklı kontrole göre istatistiksel anlamlılığı yoktu. KLP düzeyi ile CRP, ESR, WBC, PGA, Kerr ve ITAS 2010 kriterleri arasında ilişki saptanmadı. TA hastalarında KLP düzeyi aktivasyon veya remisyonda farklı değildi. TA aktivasyonda ve hastalık takibinde KLP kullanımı için geniş çaplı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aktivasyon, Biyobelirteç, İBH, İnflamasyon, Kalprotektin, Takayasu arteriti

Tablo-1:TA hastaları demografik özellikleri

Parametreler	Değerler
Cinsiyet (Kadın/Erkek), n (%)	26(92,9)/2(7,1)
Yaş (yıl), Ort+SS	40,96 ±12,93
Hastalık süresi (yıl), Ort+SS	7,00 ±4,62
Anjiyografik tutulum tipleri, n (%)	
Tip 1	13(46,4)
Tip 2a	5(17,8)
Tip 2b	4(14,3)
Tip 3	0(0)
Tip 4	2(7,1)
Tip 5	4(14,3)
Kullanılan ilaçlar: n(%)	
Kortikosteroid	20(71,4)
Metotreksat	16(57,1)
Azatiyopürin	4(14,3)
Leflunomid	4(14,3)
Tofasitinib	1(3,6)
Tosilizumab	8(28,6)
İnfliksimumab	3(10,7)
Adalimumab	1(3,6)
Tüm Biyolojik ilaçlar	13(46,4)
Tansiyon Farkı Olan Hasta, n (%)	22(78,6)
Girişim (Stent/Bypass), n (%)	9(31,1)
Üfürümü olan Hasta, n (%)	17(60,7)

*Ort: Ortalama+ SS: Standart sapma

Tablo-2:TA, İBH ve kontrollerin Lökosit, ESR, CRP ve KLP düzeyleri

Parametreler*	TA	İBH	Kontrol	P değeri
WBC	8675(6815-9580)	8075(6870-1015)	7370(6540-7990)	0,127
ESR(mm/saat)	11,(6,50-16,50)c	18(9-27)c	4(3-5)a,b	<0,001*
CRP(mg/L),(0-5)	3,14(2,98-6,24)c	8,26(3,14-29,40)c	2,98(2,18-2,98)a,b	<0,001*
KLP (ng/ml)	22,10(20,15-23,81)b	19,60(18,20-21,02)a	20,30(18,99-22,52)	0,013*

Median(Q1-Q3),Kruskal Wallis H test; a:0.05; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı; a:TAK grubuna göre anlamlı; b:İBH grubuna göre anlamlı; c: Kontrol grubuna göre anlamlı

Şekil-1:TA hastalarının Lökosit, ESR, CRP ve KLP düzeyleri

Parametreler*	Kerr kriterleri ve ITAS 2010		P
	İnaktif	Aktif	
WBC	8650(6510-9670)	8700(7460-9490)	0,645
ESR(mm/s)	13(9-22)	10(5-16)	0,249
CRP(mg/L)	3,14(2,98-9,79)	3,14(2,98-5,11)	0,982
KLP(ng/ml)	21,84(19,38-23,43)	22,35(20,39-23,92)	0,504

*Median(Q1-Q3),Mann Whitney U test; İstatistiksel anlamlılık p<0,05

Şekil-2:TA ve İBH aktif hasta Lökosit, ESR, CRP ve KLP düzeyleri

Parametreler*	Kerr ve ITAS Aktif	İBH Aktif	p
WBC	8700(7460-9490)	10150(9280-12130)	0,027*
ESR(mm/s)	10(5-16)	22(18-27)	0,001*
CRP(mg/L)	3,14(2,98-5,11)	26(13,4-53)	0,001*
KLP(ng/ml)	22,35(20,39-23,92)	20,39(19,12-22,71)	0,097

Mann-Whitney U test; a:0.05; farklılık istatistiksel olarak anlamlı

[SS-04]

Erizipel benzeri eritem görülen ailevi Akdeniz ateşi hastalarının özellikleri

Pınar Özge Avar Aydın, Fatma Aydın, Fatoş Yalçinkaya

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD, Ankara, Türkiye

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) en sık görülen ve en iyi bilinen herediter otoenflamatuvar hastalıktır. Erizipel benzeri eritem (ELE), hastalarda ataklara eşlik edebilen patognomonik enflamatuvar cilt bulgusudur. Genellikle ayak dorsal ve ayak bilek ön yüzünde erizipeloid eritematöz döküntü olarak görülür (1). Sıklığı nadir olarak bildirilmektedir.

Amaç: Çalışmada ELE görülen AAA hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin

incelenmesi ve ELE görülmeyen hastalarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD'ndan, 06.2015-06.2021 arasında, en az altı ay AAA tanısı ile takipli hastalar çalışmaya alındı. Ailevi Akdeniz ateşi tanısı Pediatrik Tanı Ölçütlerine göre konuldu (2). Erken başlangıçlı AAA 5 yaş ve altında tanı alan hastalar olarak kabul edildi. Veriler elektronik hasta dosyalarından alınarak retrospektif olarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık $p \leq 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Ailevi Akdeniz ateşi tanısıyla son beş yılda izlenen 515 hasta çalışmaya alındı. Ortalama takip süresi $6,6 \pm 4,1$ yıldır. Hastaların %52,8'i (n: 272) kız cinsiyete sahipti. Ortalama tanı yaşı $6,8 \pm 4,0$ yıldır. Anne-baba arasında akrabalık hastaların % 25,4'ünde ve ailede AAA öyküsü %68,7'sinde bulundu. En sık saptanan genetik mutasyonlar; M694/M694V (%32,3), M694V/- (%18,3) ve M694V/M680I (%10) mutasyonlarıydı. Ateş (%93,6), karın ağrısı (%89,1), göğüs ağrısı (%25,4) ve akut artrit (%24,3) en sık görülen klinik bulgularıydı. Hastaların %6,8'inde (n: 35) ELE, %1,2'sinde (n: 6) uzamış febril miyalji ve %1'inde (n: 5) renal amiloidoz olduğu görüldü.

Erizipel benzeri eritemi olan ve olmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması Tablo 1'de sunulmuştur. Erizipel benzeri eritem olan AAA hastalarında; akut artrit, M694V/M694V ve iki patojenik mutasyon taşıma sıklıkları ve son kolşisin dozları ELE olmayan hastalara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,01$).

Sonuç: Erizipel benzeri eritem AAA'nın sık olmayan bir klinik bulgusu olmakla beraber daha ağır hastalığın bir göstergesidir.

Anahtar Kelimeler: ailevi Akdeniz ateşi, pediatrik, erizipel benzeri eritem

Erizipel Benzeri Eritemi Olan ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması*

	ELE Olan Grup n: 35(%) veya ort $\pm$ SS	ELE Olmayan Grup n: 480(%) veya ort $\pm$ SS	p değeri
AAA tanı yaşı, yıl	$6,8 \pm 4,0$	$6,8 \pm 4,1$	0,879
Erken başlangıçlı AAA	13 (37,1)	193 (40,2)	0,721
Kız cinsiyet	24 (68,6)	248 (51,7)	0,053
AAA yakınmaları			
Ateş	32 (91,4)	450 (93,8)	0,589
Karın ağrısı	30 (85,7)	429 (89,4)	0,502
Göğüs ağrısı	11 (31,4)	120 (25,0)	0,400
Akut artrit	23 (65,7)	102 (21,3)	<0,001
MEFV gen mutasyonu			
M694V/M694V	21 (60,0)	145 (30,2)	<0,001
İki patojenik mutasyon	28 (80,0)	260 (54,2)	0,003
Eşlik eden hastalık varlığı	4 (11,4)	62 (12,9)	0,799
Son kolşisin dozu, mg/m ² /gün	$1,1 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,2$	0,002

* n (%) veya ortalama $\pm$ standart sapma

Kronik nonbakteriyel osteomyelit: tek merkez deneyimi

Pınar Özge Avar Aydın, Zeynep Birsin Özçakar, Nilgün Çakar
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD, Ankara, Türkiye

Giriş: Kronik nonbakteriyel osteomyelit (KNO) çocukluk çağıının en sık görülen otoenflamatuvar kemik hastalığıdır. İlk tanımlanan bilgilerin aksine, hastalık tek (unifokal) veya simetrik olmayan çok odaklı (multifokal) steril kemik enflamasyonuna neden olabilir, tek atak (rekürren olmayan), tekrarlayan atak (rekürren) veya persistan hastalık olarak seyredebilir (1). Sıklıkla sporadik olmakla beraber monogenik enflamatuvar hastalıkların bir özelliği olarak görülebilir. Günümüzde halen bir dışlama tanısıdır.

Amaç: Pediatrik yaşta KNO tanılı hastalarda tek merkez deneyiminin sunulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD’ndan 2013-2021 yılları arasında en az altı ay KNO tanısı ile takipli hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar tanı döneminde Jansson klinik skoruna göre sınıflandırıldı (2). Altı aylık tedaviye rağmen remisyon izlenmeyen hastalar persistan seyirli olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 24 hasta dahil edildi. Ortanca takip süresi 35,5 aydı (0,6-88,0). Üç hasta tanı öncesinde enfeksiyöz osteomyelit şüphesiyle antibiyotik tedavisi almış; ancak kültürleri negatif bulunmuştu.

Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1’de özetlenmiştir. Tüm hastalarda multifokal başlangıç görüldü. Hastaların %54,2’sinde (n: 13) persistan ve %25’inde (n: 6) rekürren hastalık seyri görüldü. En sık eşlik eden hastalıklar: ailevi Akdeniz ateşi (n: 4) ve yaygın akne idi (n: 2). Hastaların yaklaşık %30’unda MEFV gen mutasyonu bulundu ve tümü ekzon 10 mutasyonuydu. Mutasyonu olan hastaların tedavisine kolşisin eklendi. Hastaların yarısında (n: 12) sadece naproksen tedavisi ile klinik remisyon gözlemlendi. İki hastada görülen yüzde deformasyon gelişimi dışında hastalık komplikasyonu gözlemlenmedi.

Sonuç: Kronik nonbakteriyel osteomyelit farklı hastalık seyirleri gösterebilir. Steroid dışı antienflamatuvar ajanlar tedavide etkindir, persistan veya rekürren hastalık seyirlerinde sıklıkla hastalık modifiye edici ilaç veya biyolojik tedavi ile hastalık remisyonu sağlanır.

Anahtar Kelimeler: Kronik nonbakteriyel osteomyelit, ailevi Akdeniz ateşi, pediatrik

Kronik Nonbakteriyel Osteomyelit Tanılı Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Özellik	Hasta sayısı (n: 24 (%)) veya medyan (min-maks))
Erkek cinsiyet	16 (66,7)
Şikayet başlangıç yaşı, yıl	9,7 (1,5-16,0)
Tanı yaşı, yıl	11,0 (3,5-16,1)
Başvuru yakınmaları	
Ağrı	24 (100)
Eklemlerde şişlik	11 (45,8)
Tanıda toplam klinik skor	41,0 (26,0-63,0)
Normal kan sayımı	17 (70,8)

Akut faz yanıt artışı	15 (62,5)
Anti-nükleer antikor pozitifliği	5 (20,8)
HLA-B27 pozitifliği	1 (4,2)
MEFV gen mutasyon varlığı	7 (29,2)
Tüm vücut görüntüleme bulguları	
Toplam lezyon sayısı	6.50 (2.00-17.00)
Multifokal lezyon	24 (100)
Simetrik lezyon	19 (79,2)
Alt ekstremiteler lezyonu	22 (91,7)
Vertebral lezyon	11 (45,8)
Sakroileit	10 (41,7)
Tedavi	
Steroid dışı anti-inflamatuvar ilaç	24 (100)
Kortikosteroid	6 (25)
Kolşisin	6 (25)
Bifosfonat	4 (16,7)
Metotreksat	3 (12,5)
Anti-TNF ajanlar	9 (37,5)
Hastalık remisyonu	
Klinik ve radyolojik remisyon	10 (41,7)
Klinik remisyon	10 (41,7)
Takipsiz	4 (16,6)

[SS-06]

Behçet Sendromu Hastalarında COVID-19 Seyri ve Behçet Hastalığı Semptom Alevlenme Oranları

Bünyamin Polat¹, Abdulsamet Erden¹, Serdar Can Güven¹, Berkan Armağan¹, Özlem Karakaş¹, Bahar Özdemir¹, Hakan Apaydın¹, İhsan Ateş², Orhan Küçükşahin³, Ahmet Omma¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

Amaç: Behçet Sendromu tanımlı hastalarda COVID-19 seyrini araştırmak ve hastalardaki mortalite, hastaneye ve/veya yoğun bakıma yatış, hastanedeki kalış süresini ve bunlara ek olarak COVID-19 nedenli Behçet Sendromu alevlenme oranlarını incelemek için çalışma yaptık.

Gereç-Yöntem: Behçet tanısı ile takipli hastalar retrospektif olarak incelendi ve bir kohort oluşturuldu. Bu kohorttaki hastalar önceden PCR ile COVID-19 tanısı alan hastalardı. PCR pozitif Behçet Sendromu hastalarının demografik özellikleri, komorbiditeleri, Behçet Sendromu için aktif medikal tedavileri, hospitalizasyon, yoğun bakıma alım ve mortalite ile ilgili bilgiler hastane kayıtlarından elde edildi. PCR pozitif hastalara telefon ile ulaşıp COVID-19 enfeksiyonu öncesi ve sonrasına ait Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Form Skorları (BDCAF) hesaplandı.

Bulgular: 648 tane Behçet Sendromu tanılı hastalardan 59 tanesinde PCR ile COVID-19 tanısı vardı. Hastaların % 88,1'i kolşisin ve % 28,8'i azatiopürin tedavisi alıyordu. 59 hastanın 3 tanesinin COVID-19 tedavisi için hastaneye yattığı saptandı ve hiçbir hastada yoğun bakım desteği ihtiyacı olmadığı görüldü. Hospitalize edilen hastalarda komorbid hastalık sıklığının ve ileri yaşın daha fazla olduğu saptandı. Hastalar BDCAF ile değerlendirildiğinde hastaların % 32,2'sinde en az bir Behçet Sendromu alevlenmesi semptomu olduğu görüldü ve bu semptomların en sık görüleni artralji/artritti.

Sonuç: Behçet Sendromu hastalarında COVID-19 kaynaklı yoğun bakım ünitesine yatış veya mortalite gözlemlenmedi. Fazla sayıda hastada COVID-19 ilişkili Behçet Sendromu semptomlarında alevlenme olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Behçet Sendromu, Coronavirüs, Kolşisin

Alevlenme Olan ve Olmayan Hastaların COVID-19 Semptomlarının Karşılaştırılması

Table 2. Comparison of COVID-19 symptoms and characteristics of BD patients who had COVID-19 with or without exacerbation during follow-up

	BD exacerbation group (n=19)	BD non-exacerbation group (n=40)	p
Male sex, n (%)	11 (57.9)	26 (65)	0.598
Age (years), mean (SD)	37 (27-57)	40.5 (20-67)	0.516
Symptoms on admission, n (%)			
Cough	12 (63.2)	17 (42.5)	0.138
Fever	11 (57.9)	23 (57.5)	0.977
Dyspnea	13 (68.4)	12 (30)	0.005
Headache	13 (68.4)	15 (37.5)	0.02
Arthralgia	17 (89.5)	11 (27.5)	<0.001
Myalgia	8 (42.1)	26 (65)	0.096
Anosmia	7 (36.8)	10 (25)	0.348
Ageusia	8 (42.1)	13 (32.5)	0.472
Abdominal Pain	2 (10.5)	0 (0)	0.1
Patients with ≥1 comorbidities, n (%)	8 (42.1)	16 (40)	0.878
Patient discontinued medication, n (%)	4 (21.1)	6 (15)	0.563

BD: Behçet's disease, COVID-19: coronavirus disease 2019, n: number, SD: standard deviation *p<0.05.

Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the patients at baseline

	All (n=59)	Hospitalized (n=3)
Age, years, median (min-max)	40 (20-67)	52 (26-53)
Gender, male, number (%)	37 (62.7)	1 (33.3)
Patients with ≥1 comorbidities, number (%)	24 (40.7)	2 (66.6)
Comorbidities, number (%)		
Hypertension	13 (22)	1 (33.3)
Diabetes	4 (6.8)	0 (0)
Malignancy	1 (1.7)	0 (0)
Asthma or COPD	5 (8.5)	1 (33.3)
Coronary artery disease	2 (3.4)	0 (0)
Active medical treatment for BD, number (%)		
Colchicine	52 (88.1)	3 (100)
Azathioprine	17 (28.8)	0 (0)
Cyclosporine	1 (1.7)	0 (0)
TNFα inhibitors	2 (3.4)	0 (0)
COVID-19 course		
Need to oxygen supplement, number (%)		2 (3.4)
Hospitalization, number (%)		3 (5.0)
Length of hospital stay (days), median (min-max)		5 (4-9)
ICU admission, number (%)		0 (0)
Death, number (%)		0 (0)

COVID-19: coronavirus disease 2019, PCR: polymerized chain reaction, n: number, min-max: minimum-maximum, TNFα: tumor necrosis factor alpha, ICU: intensive care unit, COPD: Chronic obstructive pulmonary disease, BD: Behcet's Disease.

[SS-07]

Nedeni bilinmeyen ateş olgusu: Vaskülit mi? Lenfoma mı?

Muhammed Canbaş, Özlem Kılıç, Seda Çolak, Emre Tekgöz, Muhammet Çınar
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Burada kliniğimize 3 aydır devam eden ateş, peteşiyel döküntü ve artrit nedeniyle başvuran bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta 3 aydır devam eden ateş, ayaklarda döküntü, sağ ayak bileğinde ve sol dizde ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın şikayetleri 3,5 ay önce yapılan SARS-CoV-2 inaktif

aşısından 2 hafta sonra başlamıştı. Hastanın laboratuvar incelemesinde akut faz yüksekliği mevcuttu. Anti nükleer antikor testi (ANA), anti nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ve romatoid faktör negatif saptandı. Enfeksiyöz etken saptanmadı. Toraks ve abdomene yönelik bilgisayarlı tomografide (BT) en büyüğü parakaval bölgede 2,3 cm olmak üzere çok sayıda LAP bulunması üzerine çekilen PET BT sonucunda en büyüğü sağ aksiller bölgede 42x37 mm boyutlarında olan yaygın LAP saptandı. Lenfoproliferatif hastalıkları için aksiller LAP eksizyonel biyopsi yapıldı ve lenfoma olmadığı, aşı veya ilaç ilişkili olabilecek lökositoklastik vaskülit bulguları olduğu raporlandı. Kemik iliği biyopsisinde de malignite saptanmadı. Hastanın ayak sırtındaki lezyonlarından alınan cilt biyopsisi lökositoklastik vaskülit olarak raporlandı. Biyopsi sonuçları lökositoklastik vaskülit ile uyumlu gelen transaminaz, ferritin, CRP, ESH yüksekliği, klinik bulgularında ateş, LAP ve artrit saptanan hastaya lökositoklastik vaskülit ve erişkin başlangıçlı Still hastalığı ön tanıları ile 3 gün 1g/gün pulse steroid tedavisi başlandı. Hastanın 3. gün ateşi ve CRP değeri düştü. Üçüncü gün sonunda 1mg/kg/gün oral steroid tedavisine geçildiğinde hastanın ateşi tekrarladı. Üç gün daha 1g/gün pulse steroid verildi. Ateşi kontrol altına alınan, CRP değeri düşen hastanın tedavisi tekrar 1mg/kg/gün oral steroid ve siklosporin 2x100 mg olarak planlandı. Tedaviye rağmen ateş ve akut faz yanıtı alınamayan hastanın aksiller lenf nodu biyopsisi tekrar incelendi ve sonuç klasik tip Hodgkin lenfoma zemininde vaskülit ve granülomatöz reaksiyon olarak raporlandı.

Tartışma: Lökositoklastik vaskülit ve artrit gibi klinik bulgular her ne kadar romatolojik hastalıkları ön planda düşündürse de tedaviye yanıt vermeyen hastalarda lenfoma ayırıcı tanıda göz ardı edilmemeli ve tedavi yanıtı olmayan olgularda tanının yeniden gözden geçirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, erişkin başlangıçlı Still hastalığı, vaskülit, lenfoma

[SS-08]

İntrakardiyak trombüsü olan Behçet hastalarının klinik özellikleri ve tedavi sonuçların değerlendirilmesi

Tahir Saygın Ögüt¹, Veli Yazısız¹, Funda Erbasan¹, İbrahim Başarıcı², Mustafa Ender Terzioğlu¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Behçet hastalığında(BH) vasküler tutulum yaygındır ve hastaların yaklaşık üçte birinde vardır (1). Kardiyak tutulum oldukça nadirdir. Kardiyak tutulum sıklığı %1-6 arasında bildirilmektedir (2,3,4). İntrakardiyak trombüs çok nadir görülür ve genellikle vasküler tutulum ile birliktedir (5,6). BH'da intrakardiyak trombüslerin nadir görülmesi hem tanısız zorluklara hem de tedavi yaklaşımlarında fikir birliğinin sağlanmasında güçlükler neden olmaktadır. İntrakardiyak trombüsü olan Behçet hastalarının klinik spektrumu, görüntüleme özellikleri, tedavi yaklaşımları ve bu tedavilerin sonuçları değerlendirilmiştir

Gereç-Yöntem: Akdeniz Üniv. Hastanesi Romatoloji kliniğinde takipli intrakardiyak trombüs saptanan Behçet hastalarının verileri retrospektif olarak toplandı.

Bulgular: İntrakardiyak trombüsü olan hastaların 3/5'i (%60) erkek ve median yaş 30'du. Bir hastada intrakardiyak tromboz sadece Behçet hastalığının başlangıç semptomu idi. Hastaların hepsinde tromboz sağ kalp kaynaklı idi; sağ ventrikülde (n:4), sağ atriyumda (n:1). 4 hastada intrakardiyak tromboza pulmoner arter trombozu eşlik etmekteydi. 1 hastada kardiyak trombüs, pulmoner arter trombüsü ve pulmoner arter anevrizması birlikteydi. Hastaların ikisinde ise venöz yapılarda (VCİ) trombüs formasyonu izlendi. Bütün hastalarda immünosüpresif tedavi ile birlikte warfarin

Takayasu arteriti tanılı hastaların retrospektif incelenmesi: Tek merkez deneyimi

Ali Ekin, Belkıs Nihan Coşkun, Ediz Dalkılıç, Yavuz Pehlivan

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Takayasu arteriti (TA), özellikle aort ve ana dallarını etkileyen, etiyolojisinde enfeksiyöz ajanların, genetik faktörlerin ve hücrel immünitenin rol aldığı, damarlarda inflamasyona sekonder stenoz, oklüzyon ve anevrizmalarla seyredabilen kronik, granümatöz, otoimmün büyük damar vaskülitlerindendir. Çalışmadaki amacımız, kliniğimizde takipli TA'lı hastalarımızın klinik, demografik ve laboratuvar özelliklerini paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2007-Ekim 2021 arasında Kerr kriterleri ve/veya ACR 1990 TA sınıflandırma kriterlerine göre tanı konmuş kliniğimizden takipli 52 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastalarımızın 50'si kadındı. Yaş ortalaması ve medyan tanı yaşı 40, tanı yaşı ortalaması 33 idi. On iki hasta düzensiz takipli ya da takipsiz olmakla beraber, ortalama takip süresi 51 aydı. Bir hastamız dekompanse kalp yetmezliği ve pnömoni nedeniyle ex olmuştu. Hastaların %44'ünde başvuru esnasında konstitüsyonel semptomlardan en az biri vardı. Tanı anında en fazla kullanılan görüntüleme yöntemi %44 ile Direct Subtraction Angiography(DSA) idi. En sık tutulan arter %53.8 ile karotid arterdi. TA'nin anjiyografik sınıflaması yapıldığında Tip1 tutulumlu hasta oranı %75'ti. Eşlik eden hipertansiyonu olan hasta oranı %40.3, en az bir komorbiditesi olan hasta oranı ise %55.7 idi. Cerrahi ya da anjiyografik girişim yapılmış olan 17 hasta, lezyon bölgesine stent konulan 10 hasta vardı. Başlangıç eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) ortalaması 45.3, c-reaktif protein(CRP) ortalaması ise 8.43'tü. Hastaların altıncı ay kontrol ESH ortalaması 25.1, CRP ortalaması 2 idi. Konvansiyonel disease-modifying anti-rheumatic drug(DMARD) alan hasta oranı %90.3, herhangi bir DMARD almayan hasta oranı %1.9, konvansiyonel DMARD almayan ancak biyolojik DMARD alan hasta oranı %7.6 idi. Biyolojik DMARD tedavisi başlanan toplam 19 hasta vardı. Tedavi sürecinde bir tür biyolojik DMARD(bDMARD) alan 12, iki bDMARD alan 3, üç veya daha fazla bDMARD alan hasta sayısı ise 4'tü. Hastaların tüm özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: TA özellikle genç kadınlarda görülen, çoğu zaman konstitüsyonel semptomlar sonrası damar tutulum özelliğine göre birçok klinikle karşımıza çıkabilen önemli bir vaskülit türüdür. TA'nin tedavisinde konvansiyonel DMARDlar yanında TNF inhibitörleri, tosilizumab, abatasept, ustekinumab, rituksimab gibi biyolojik DMARD'lar da başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Hastalığın klinik, demografik ve laboratuvar özelliklerinin yapılacak bilimsel çalışmalara katkısı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Aort, arterit, biyolojik tedavi, DMARD, Takayasu, tanı yöntemi

Tablo 1: Takayasu Arteriti tanılı 52 hastanın özellikleri

Kadın/Erkek	50/2
Yaş ortalaması(yıl)	40
Medyan yaş(yıl)	40
Tanı yaşı ortalaması(yıl)	33
Ortalama hasta takip süresi(ay)	51
Konstitüsyonel semptomu olan hasta(%)	44

Exitus olan hasta sayısı	1
Tanı yöntemi(n=52)	
-DSA	23
-BT anjiografi	16
-MR anjiografi	6
-PET	2
-BT	1
-Kombine görüntüleme	4
Tutulan arteryel sistem(%)	
-Karotid arter	53.8
-Mezenter arter	17.3
-Renal arter	36.5
-Subklaviyen arter	36.5
-İliak arter	3.8
-Vertebral arter	17.3
-Arkus aorta	5.7
-Arkus aorta dışı aorta bölümü	34.6
Anjiyografik Sınıflandırma(%)	
-Tip 1	75
-Tip 2a	3.8
-Tip 2b	7.7
-Tip 3	7.7
-Tip 4	28.8
-Tip 5	3.8
-Kombine tutulum	30.7
Komorbid hastalığı olan hasta(%)	55.7
Hipertansiyon eşlik eden hasta(%)	40.3
Başlangıç ESH ortalaması	45.3
Başlangıç CRP ortalaması(mg/L)	8.43
Tedavinin 6.ayındaki ESH ortalaması	25.1
Tedavinin 6.ayındaki CRP ortalaması(mg/L)	2

Konvansiyonel DMARD alan hasta(%)	90.3
Herhangi bir DMARD almayan hasta(%)	1.9
Konvansiyonel DMARD almayan biyolojik DMARD alan hasta(%)	7.6
Biyolojik tedavi alan hasta sayısı	19
-Bir biyolojik DMARD alan hasta sayısı	12
-İki biyolojik DMARD alan hasta sayısı	3
-Üç veya daha fazla biyolojik DMARD alan hasta sayısı	4

DSA:Direct Substraction Angiography, ESR:Eritrosit Sedimentasyon Hızı, CRP:C-Reaktif Protein, BT:Bilgisayarlı Tomografi, MR:Magnetik Rezonans Görüntüleme, PET:Pozitron Emisyon Tomografi,DMARD: Disease-modifying anti-rheumatic drug

[SS-10]

Büyük Damar Vaskülitisi ile Görülen Hipoinsülinemik Hipoglisemi Olgusu

Nilay Erdik¹, Zeynep Öztürk¹, Damla Karataş¹, Sümeyye Merve Türk¹, Taner Demirci², Emel Gönüllü¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Sakarya

Giriş: Büyük damar vaskülitisi;orta ve büyük çaplı damarları tutabilen,granülatöz vaskülitir. Takayasu arteriti(TA) ve dev hücreli arterit(DHA) iki alt tipidir. Hipoinsülinemik hipoglisemi(tip B insülin direnci); otoimmün sendromlarla birliktelik gösteren, insülin reseptör antikoru varlığı veya IGF-2 yüksekliğiyle giden bir tablodur.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta 2 yıl önce halsizlik, ellerde titreme ve terleme şikayetiyle başvurusunda kan tetkiklerinde glukoz:33mg/dL,insülin:0,4mU/L izlenmesi üzerine uygulanan uzamış açlık testinde glukoz:49mg/dL,c peptid:0,19 µg/L,insülin:1,1 mU/L izlenmiş,hastaya hipoinsülinemik hipoglisemi tanısı konulmuş.Bakılan IGF-2 negatif.Çekilen bilgisayarlı tomografi(BT) ve pozitron emisyon tomografisinde(PET) aort kavsi,çıkan aorta,vena kava superior, abdominal aorta ve bilateral iliak arterde duvar kalınlaşması izlenmiş, vaskülit açısından değerlendirme önerilince tarafımıza danışıldı. Sorgulamasında birkaç aydır olan halsizlik, yorgunluk, ateş ve iştahsızlık mevcuttu.Hastanın C-reaktif protein(CRP):52mg/L, sedimentasyon(ESR)(1 saat):80, anti nötrofil sitoplazmik antikoru negatifti. Hastada mevcut bulgular ve semptomlarla büyük damar vaskülitisi düşünüldü,vaskülitin ve hipoinsülinemik hipoglisemi tedavisinin glukokortikoidler olması sebebiyle 32mg metilprednisolon başlandı.Üç hafta sonraki kontrolünde semptomlarında gerileme, CRP:30mg/L, ESR(1 saat):47 saptandı.

Sonuç: Literatürde DHA ile inflamatuvar barsak hastalığı veya hipotiroidi birlikteliği sınırlı sayıda olguda bildirilmiştir(1,2). Hipoinsülinemik hipoglisemiyle birlikteliği ile ilgili literatür bilgisi bulunmamaktadır.Hipoinsülinemik hipogliseminin,sistemik lupus eritematozusla birlikte görüldüğü vakalar mevcuttur(3,4). Olgumuzda ise büyük damar vaskülitisi ile hipoinsülinemik hipoglisemi bulgularını birlikte gördük. Bildiğimiz kadarıyla bu vaka büyük damar vaskülitisi ile hipoinsülinemik hipoglisemi bulgularının birlikte görüldüğü literatürdeki ilk hastadır.

KAYNAKLAR

1-Yavne, Y. et al. (2018). Giant cell arteritis and inflammatory bowel disease - Is there a connection?

Results from a population-based study. Autoimmunity reviews,17(11), 1134–1137.

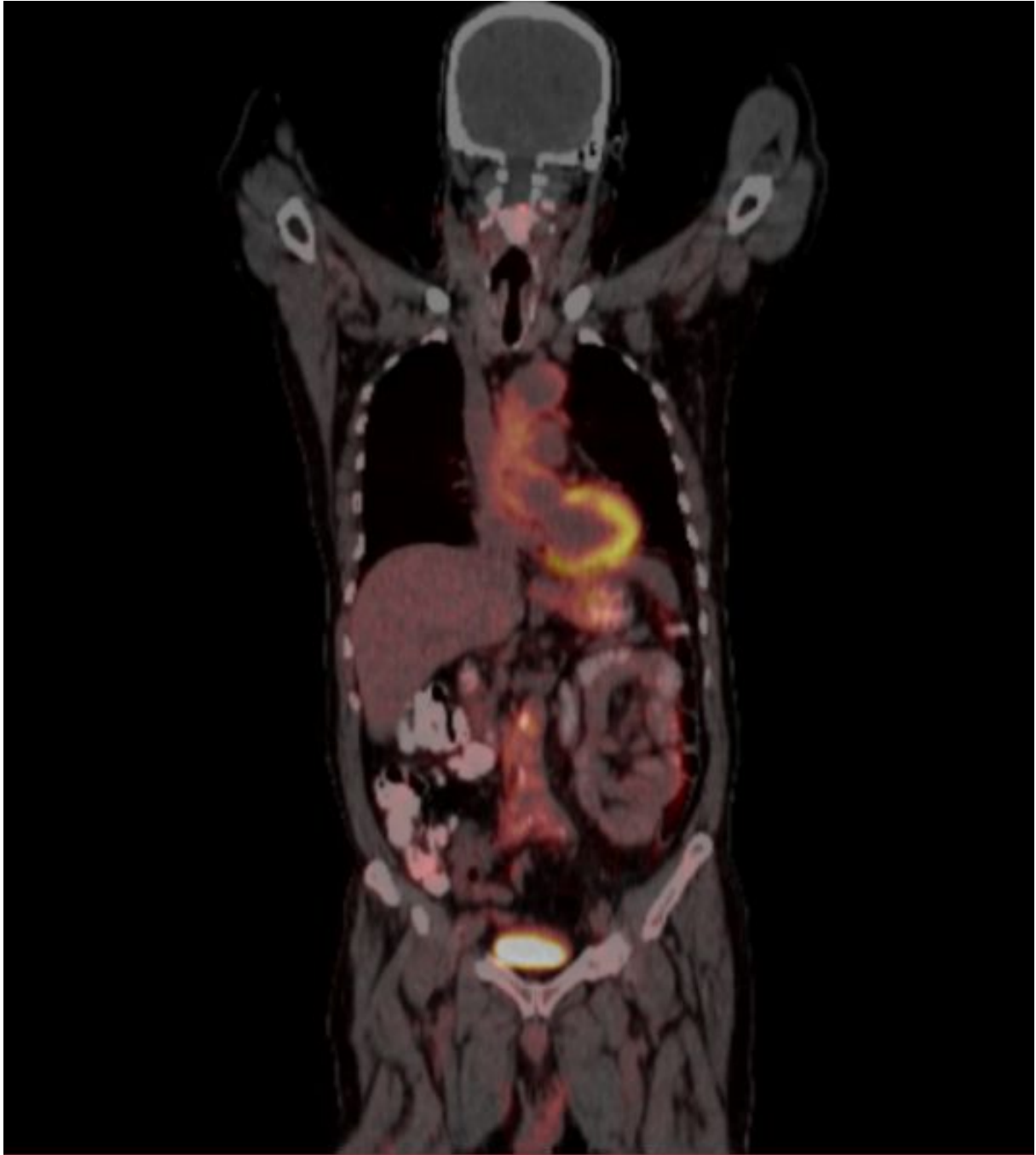
2-Yavne, Y. et al. (2017). Association between giant cell arteritis and thyroid dysfunction in a "real life" population. Endocrine,57(2),241–246.

3-Mahmoud, S. A. et al. (2021). Hypoinsulinemic hypoglycemia as a presenting feature of systemic lupus erythematosus. Medicina clinica,157(3), 156.

4-Moller, D. E. et al. (1988). Autoantibodies to the insulin receptor as a cause of autoimmune hypoglycemia in systemic lupus erythematosus. The American journal of medicine, 84(2),334–338.

Anahtar Kelimeler: Büyük damar vaskülit, dev hücreli arterit, hipoinsülinemik hipoglisemi, sistemik lupus eritematozus

Olgunu tanı ve tedavi öncesi PET görüntüsü



POSTER BİLDİRİLER

Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunan Kişi
1	Fournier Gangreni Sonrası Gelişen Dirençli Reaktif Artrit	Serdar Esmer
2	Nadir görülen bir hastalık: Melorheostosis	Esra Kayacan Erdoğan
3	Dermatomyozit ve Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu	Özlem Kılıç
4	Ritüksimab Tedavisi Alan Hastanın COVID- 19 Aşı Yanıtı	Ayşenur Yalçıntaş Kanbur
6	Mide adenokarsinomu ile ilişkili dermatomyozit ve Sjögren sendromu birlikteliği; olgu sunumu	Özlem Kudaş
7	Romatoid artritte atipik bir prezentasyon: Plevral efüzyon	Abdullah Doğan
8	Behçet hastalığının nadir bir formu: Pakimenenjit	Melek Yalçın Mutlu
9	Bir Enteropatik Artrit Vakasında Tofasitinib Deneyimi	Pınar Akyüz Dağlı
10	IgG4-İlişkili Otoimmün Prostatit Ve Pankreatit: Nadir Görülen Bir Vaka	Hakan Apaydın
11	Ani görme kaybı ile presente olan temporal arterit vakası	Zehra Özsoy
12	Rabdomiyoliz ile gelen sistemik lupus eritematozuslu gebe: vaka sunumu	Berkan Armağan
13	Metastatik kolorektal kanser tanılı hastada Panitumumab ilişkili bursit gelişimi	Bahar Özdemir
14	CoronaVac aşısı sonrası Bell's paralizi görülen SLE olgusu	Özlem Karakaş
15	Sistemik Lupus Eritematozus Tanılı Hastada Postpartum Dönemde Gelişen Miyokardit	Zeynep Yılmaz Bozkurt
16	Akciğer kanseri gelişen sistemik skleroz olgusu	Rabia Pişkin Sağır

17	Dirençli oral ülserleri ‘Talidomid’ ile gerileyen Behçet Sendromu olgusu	Nihal Lermi
18	Primer sjögren sendromu tanılı hastada inflamatuvar bel ağrısı ve sakroiliit	Ayça Ayşe Yücel
19	Pansklerotik morfea tanısı ile takip edilen skleroderma hastasında gelişen skuamöz hücreli karsinom	Dilek Tezcan
20	Nedeni bilinmeyen ateş ile başvuran AFAS Olgusu	Neşe Çabuk Çelik
21	Miks bağ doku hastalığı tanılı hastanın Reaktif artrit kliniği ile prezentasyonu	Mesude Seda Aydoğdu

[PS-01]

Fournier Gangreni Sonrası Gelişen Dirençli Reaktif Artrit

Serdar Esmer

Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji B.D Ankara

Amaç: Fournier gangreni; perineal, genital veya perianal bölgelerin, sinerjistik polimikrobial enfeksiyonunabağlı gelişen nekrozitan fasitisi ile karakterize,geç tedavi edildiğinde ölüm ile sonuçlanabilen bir hastalıktır. Reaktif artrit ise son bir ay içinde veya halihazırda bir enfeksiyona tepki olarak gelişeninflamatuvar artrit şeklidir. Akut (ani başlayan ve 6 haftadan kısa süreli) başlangıçlı olup, bellibakteriyel enfeksiyonlardan sonra, ortaya çıkar. Çoğuzaman, bu bakteriler genital (Chlamydia trachomatis) veya bağırsak (Campylobacter, Salmonella, Shigella ve Yersinia) kaynaklıdır. Burada; Fournier gangreni sonrası gelişen dirençli reaktif artrit vakasını takdim ediyoruz.

Olgu: Bilinen dahili hastalığı olmayan ve düzenli kullandığı ilacı bulunmayan 34 yaşında erkek hasta. Üroloji tarafından Fournier Gangreni tanısı almış ve opere edilmiş. Tanıdan 15 gün sonra hastada bilateral diz eklemlerinde ağrı ve güçsüzlük şikayeti gelişmiş, tanısal ve serolojik tetkikler istenmiş. Fizik muayenesinde aktif artrit saptanması ve sedim crp yüksekliği olması üzerine hastaya ponksiyon yapılmış, septik artrit bulgusu saptanmamış. Gönderilen laboratuvar tetkiklerinden; Sedimantasyon: 60 crp: 214, ANA negatif, Rf negatif, Anti-CCP negatif, p-ANCA negatif, c-ANCA negatif, Geniş ENA paneli negatif, HLA-B27 negatif, Brucella tüp aglütinasyon ve gruber widal negatif olduğu görüldü. Hastaya metilprednizolon 16 mg başlandı. Kontrol tetkiklerinde sedimantasyon ve crp değerlerinde artış olması ve hastada bulantı/kusma şikayeti gelişmesi üzerine prednisolon 10 mg verildi. Kontrolde sedimantasyon ve crp değerleri artış eğiliminde olan ve şikayetleri gerilemeyen hastanın prednisolon dozu 20 mg a çıkıldı ve tedavisine NSAİİ eklendi. Hastanın kontrolde şikayetlerinin gerilemesi ve laboratuvar yanıtının olması üzerine prednisolon dozu 10 mg adüşürüldü. Budozda hastanın şikayetleri tekrardan artış gösterdi ve prednisolon dozu 15 mg açıkıldı. Kontrol sedimantasyon ve crp değerlerinde yükselme olması üzerine hasta Seronegatif undiferansiye artrit kabul edilerek hastaya Sülfasalazin ve Metoteraksat tedavileri başlandı. Mevcut verilen Steroid ve DMARD tedavileri ile hastada remisyon sağlanamadı. Hastanın seronegatif olması ve Fournier Gangreni sonrası 15.gündediz ekleminde gelişen artriti, Reaktif Artrit kabul edildi.

Sonuç: Literatürde Genitoüriner ve Gastroenterolojik enfeksiyonlara sekonder gelişen Reaktif Artrit vakalarısııklıkla mevcut olup tedavi başarısı çok yüksektir. Fournier Gangreni sonrası gelişen Reaktif Artritin de mevcut tedavilere dirençli olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, Reaktif artrit, Direnç

Nadir görülen bir hastalık: Melorheostosis

Esra Kayacan Erdoğan¹, Süleyman Özbek²

¹Ankara Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Melorheostosis veya Leri hastalığı, tubuler kemik korteksinin hiperosteozi ile karakterize nadir görülen bir sklerozan kemik displazisidir. Tek bir kemiği etkileyebileceği gibi çoklu kemik tutulumu da görülebilir. Lezyonlar ağrısız olabileceği gibi hassasiyet, kronik ağrı ve hareket kısıtlılığına yol açabilir.

Olgu: Kemiklerde ağrılı büyüme nedeni ile kliniğimize başvuran 51 yaşındaki hastanın şikayetleri 8 yaşında iken sol el 3. falanksda şekil bozukluğu ile başlamış. İzlemde 2002 yılından itibaren tüm sol el parmaklarında 10 yıl sonra da sol ayakta başlamış. Hastanın şekil bozukluklarına şiddetli ağrı eşlik etmekle birlikte ağrısız dönemler de oluyormuş. Lezyonların üzerinde açık yara hiç olmamış. Hastanın 10 sene önce ayakkabı numarasında da büyüme gelişmiş. Takipte mevcut ayak numarası sağ ayakta 43 iken sol ayakta 48 numaraya kadar ilerlemiş. 2016 yılında kliniğimize başvuran hastanın grafilerine bakıldığında sol ayak 3-4-5. falankslarda, sol femur distal uçta, sol humerusta, sol skapulada ve sol elde 1-4 falankslarda skleroz artışı gözlemlendi. Hastanın bakılan kan tetkiklerinde kalsiyum, parathormon, ALP, sedimentasyon ve CRP değerleri normaldi. Yapılan kemik sintigrafisinde sol üst ve alt ekstremitelerde düzensiz yapıda multipl sayıda aktivite artışı gösteren lezyonlar görüldü. Hastanın mevcut bulguları melorheostosis lehine düşünüldü. Sol elini ve sol ayağını kaldırmakta zorlanan ancak günlük aktivitelerini kendisi yapabilen hasta klinik olarak izlenmektedir.

Sonuç: Melorheostosis endokondral ve intramembranöz kemikleşmede değişikliklerle seyreden mikst sklerozan kemik displazisidir. Kadın ve erkekte görülme sıklığı benzerdir. Genelde ikinci dekatta görülmekle birlikte her yaş grubunda gelişebilir. Beraberinde lineer skleroderma, nörofibromatosis, tuberous sklerosis, hemanjiyomlarla görülebilir. Kas atrofisi, kontraktürler gelişebilir. Hastalık segmental ve unilateral yerleşme ve sklerotomlar boyunca yayılma eğilimindedir. Bu durum erken embriyolojik dönemde öncül hücre göçünde bir defektle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Osteopoikilosis ile ilişkisi görülmüştür. Radyolojik olarak erimiş mum görünümü tipiktir. Sintigrafide artmış aktivite beklenmektedir. Bu durum tanıda osteopoikilositiden ayırmaktadır. Hastalık deformitelere yol açabilmektedir. Tedavide konservatif yaklaşımlar ve deformitelere yönelik cerrahi girişimler denenmekte olup etkilerinin sınırlı olması nedeni ile tatmin edici bir yaklaşım bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: melorheostosis, sklerozan kemik displazisi, deformite

Resim 1



Hastaya ait ayak grafisi

Resim 2



Hastaya ait el grafisi

[PS-03]

Dermatomiyozi ve Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Özlem Kılıç, Fahrettin Bıçakçı

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Dermatomyozit (DM) seyrinde bilinmesi gereken en önemli noktalardan birisi de artmış malignite gelişim riskidir. Burada DM ile eş zamanlı küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) tanısı konulan hasta sunulmuştur.

Olgu: 64 yaşında erkek hasta 1 aydır giderek artan proksimal kas güçsüzlüğü ve disfaji yakınmalarına son 1 haftadır eklenen yüz, gövde ve ekstremitelerde döküntüler nedeniyle değerlendirildi. Öyküsünde 40 paket-yıl sigara içimi mevcuttu. Sistem sorgusunda son bir aydır ara ara ateş yüksekliği ve istemsiz kilo kaybı mevcuttu. Fizik muayenede göz kapaklarında lila renginde döküntü ve ödem, bilateral uyluk ön yüzünde ve abdominal bölgede eritematöz makulopapüler döküntüler mevcuttu. Bilateral alt ekstremitelerde kalça fleksörleri ve üst ekstremitelerde omuz fleksör ve abduktör kas kuvvetleri 3/5 olarak ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde CK total:10700 DU/L, AST:355 U/L, ALT:86 U/L, ESH:72 mm/h, CRP:19,7 mg/L şeklindeydi. DM ön tanısıyla yapılan EMG aktif miyopati ile uyumlu olarak değerlendirildi. Uyluk MRG'da miyozit ile uyumlu değişiklikler izlendi. Cilt biyopsisi DM ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya DM tanısı ile krikofarengeal kas tutulumu nedeniyle 3 gün 1000 mg/g iv pulse steroid tedavisi başlandı ve sonrasında 64 mg/g dozunda devam edildi. Cilt lezyonları nedeniyle tedaviye hidroksiklorokin 200 mg/g eklendi. Eş zamanlı malignite taraması amacıyla yapılan tetkiklerde PET sonucuna göre şüpheli alanlardan EBUS bronkoskopi ile alınan örneğin patoloji sonucu KHAK ile uyumlu olarak raporlandı. Kemoterapi de başlanan hastanın tedavinin 10. gününde disfaji semptomunda iyileşmeyle beraber kas enzimlerinde belirgin gerileme izlendi (CK 307, AST 59, ALT 23). Fizyoterapi desteği de başlanan hasta halen kemoterapi ve kortikosteroid tedavisi altında hastalık bulguları kontrol altında takip edilmektedir.

Sonuç: Paraneoplastik DM'nin nadir görülen bir hastalık olması yanında hastada DM ile ilişkili deri ve kas bulgularına eşlik eden ateş ve kilo kaybı gibi konstitüsyonel semptomların akut bir şekilde prezentasyonu durumunda tanı aşamasında eş zamanlı malignite açısından ileri tetkiklerin de yapılarak hastanın tedavisinde gecikmeye neden olunmamasını vurgulamak adına bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: dermatomyozit, malignite, paraneoplastik

[PS-04]

Ritüksimab Tedavisi Alan Hastanın COVID- 19 Aşı Yanıtı

Ayşenur Yalçıntaş Kanbur, Çağdaş Şahap Oygur, Berivan Bitik, Günay Şahin Dalğıç, Ahmet Eftal Yücel
Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İmmünsüpresif tedavi altındaki hastanın COVID-19 enfeksiyonu ve COVID-19 aşı yanıtını değerlendirmek

Olgu: Romatoid Artrit nedeniyle ritüksimab tedavisi alan hasta son rituximab dozundan 3 ve 7 ay sonra iki kez COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş. İkinci enfeksiyon daha ağır seyretmiş, yoğun bakım yatışı gerektirmiş ve 50 gün süreyle yatırılarak tedavi edilmiş. İlk COVID-19 enfeksiyonundan 2 ay sonra hastanın bakılan COVID-19 (SARS-CoV-2) IGG antikorları negatif gelmiş. İkinci geçirilen COVID enfeksiyonundan dört ay sonra, 21 gün arayla iki doz Pfizer-BioNTech (diğer adıyla BNT162b2) aşısı uygulanmış. Son aşı dozundan iki ay sonra, birer gün arayla iki kez bakılan COVID-19 (SARS-CoV-2) IGG antikorları negatif raporlanmış. On beş aydır ritüksimab alamayan, klinik olarak stabil seyreden hasta yakın takip edilmektedir.

Sonuç: Anti CD20 monoklonal antikorları olan ritüksimab, B hücrelerinin azalmasıyla humoral bağışık yanıtında dolayısıyla aşıların etkinliğinde azalmaya yol açar. Bu durumla başa çıkmak için, immünsüpresif hastalara ek doz aşılar yapılabilir veya anti CD 20 tedavisini geciktirerek hastaların aşılarını zamanında olabilmesi ve B hücrelerinin düzelmesi için gerekecek zaman kazanılmış olur. Vakamızda iki kez COVID-19 enfeksiyonu geçirip, iki doz da aşı olmasına rağmen antikor geliştiremeyen hastamızı paylaştık. Ritüksimabın B hücreleri üzerindeki baskılayıcı etkisi yaklaşık 6-9 ay sürer, naif B hücre popülasyonları tipik olarak 12 ay sonra iyileşir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 aşısı, İmmünsüpresyon, Ritüksimab

[PS-06]

Mide adenokarsinomu ile ilişkili dermatomyozit ve Sjögren sendromu birlikteliği; olgu sunumu

Özlem Kudaş

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Dermatomyozit (DM) tipik deri bulgularıyla karakterize idiopatik inflamatuvar miyopatidir. İdiopatik miyozitlerle malignite ilişkisi bilinmektedir. Dermatomyozitli hastalar malignite açısından yüksek riske sahiptir. Paraneoplastik sendrom şeklindeki miyozitlerde primer malignitenin tedavisiyle miyozit geriler. Burada yutma güçlüğü-cilt bulgularıyla dermatomyozit tanısı alan, malignite taramasında erken evre mide adenokarsinomu saptanan, cerrahi-kemoradyoterapi (KRT) sonrası miyozit kliniği gerilemeyen, Sjögren sendromu tanısı konulan hastayı sunduk.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta, 7 yıldır yüzde, boyunda morumsu döküntüler, ağız-göz kuruluğu, son yıllarda artan yutma güçlüğü, kilo kaybı, kollarını yukarı kaldırarak yapılan işlerde zorlanma şikâyetleriyle başvurdu. Öz-soy geçmişi özellik yoktu. Muayenede üst ekstremiteler proksimal kas kuvveti 3/5 idi. ESR 58, ANA 1/180 pozitif, kreatinin-kinaz 800 U/L'dü. EMG'de miyopatik motor ünit potansiyeller izlendi. DM düşünülen hastanın malignensi taramasında gastroskopide mide kardiyayı dolduran lezyon mevcuttu. Biopsisi adenokarsinom olarak geldi. Kolonoskopi, toraks-abdomen BT, PET-BT'de patoloji saptanmadı. Erken evre mide CA tanısı konulan hastaya total gastrektomi yapıldı, KRT uygulandı. Hastanın tedaviye rağmen cilt lezyonlarında gerileme olmadı, yutma güçlüğü ilerleyen

hasta oral alamadığından cerrahiden bir yıl sonra hastaneye yatırıldı,TPN tedavisi başlandı. Malignite nüksü açısından yapılan kolonoskopi, toraks-abdomen BT ve PET-BT’de patoloji saptanmadı. Gastroskopide özofajit ve özofagus peristaltizminde azalma olduğu belirlendi. Cilt biopsisinde subakut kutanöz lupus benzeri eritem mevcuttu. Laboratuvarında ESR 47,ANA 1/320 pozitif, anti-SSA-SSB pozitif, RF 50, ENA profili negatif, tam idrar tetkiki-CRP-Brucella aglutinasyon-RPR VDRL-HIV-hepatit serolojisi-immüoglobulinler, C3-C4 normaldi. Schimmer 3 mm'di. Minör tükürük bezi biopsisinde fokus skoru 3’tü-amiloid negatifti. Hasta mevcut bulgularla Sjögren sendromu olarak kabul edildi. Üç gün 1000 mg pulse-sonrasında 1mg/kg/gün metilprednisolon tedavisi başlandı. Tedaviye dramatik yanıt alındı. Oral alımı düzelen, cilt lezyonları gerileyen hastanın takip-tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Hastamızda mide adenokarsinomuyla ilişkili DM ve Sjögren sendromu birlikteliği mevcuttu. İmmünsüpresif tedaviye dramatik yanıt alındı. Eşlik eden sistemik malignitenin tedavisiyle DM bulguları gerileyebilir ve tümör tekrarlırsa DM bulguları da aktifleşebilir. Primer hastalık nüksü ekarte edilmiş, tedaviye yanıt alınamamış malignite ilişkili DM’lerde overlap sendromu da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dermatomyozit, Malignite, Sjögren Sendromu

[PS-07]

Romatoid artritte atipik bir prezentasyon: Plevral efüzyon

Abdullah Doğan, Özlem Kılıç

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Romatoloji B.D/ Ankara

Giriş

Romatoid artrit (RA) toplumda sık görülen inflamatuvar bir hastalık olup plöropulmoner tutulum ise RA’nın ekstrartiküler manifestasyonlarından (1, 2). Burada plevral efüzyon etiyojisi araştırılan ve RA tanısı konulan bir olgu sunduk.

Olgu sunumu

Göğüs ağrısı ve dispne şikâyetleri ile değerlendirilen 61 yaşında erkek hasta, plevral efüzyon tespit edilmesi nedeniyle göğüs hastalıkları kliniğine etiyojik araştırma için takibe alındı. Hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraksta matite vardı ve dinlemekle solunum sesleri azalmıştı. Tetkiklerinde lökosit:12 bin, CRP: 84 mg/dL, sedimantasyon hızı 96 mm/saat idi. Plevral mayi biyokimyasal incelemesinde; glukoz: 7 mg/dL, LDH: 1903 mg/dL, total protein: 5,6 mg/dL, albümin: 2,7 mg/dL saptandı. Mayi eksuda vafında idi ve AARB: negatif saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ hemitoraksta plevral efüzyonla uyumlu görünüm mevcuttu (Şekil 1, 2). İki haftadır şikâyetleri olan ve akciğer enfeksiyonu düşünülerek dış merkezde antibiyotik başlanmış olan hastanın plevral efüzyonu öncelikle enfeksiyona sekonder ampiyem olarak değerlendirilmişti. Ancak klinik ve radyolojik yanıt alınamaması, takibinde akut faz yanıtında gerileme olmaması ve eklem yakınmaları nedeniyle hasta romatolojiye konsulte edildi. Bir aydır sabahları el eklemlerinde bir saati aşan tutukluk olan hastanın fizik muayenesinde her iki el metakarpofalengial ve proksimal interfalengial eklemlerde şişlik ve hassasiyet vardı. Tetkiklerinde RF:135, anti CCP > 1000 saptandı. Hastaya romatoid artrit tanısı konuldu ve plevral efüzyonun RA’ya bağlı geliştiği değerlendirildi. Metilprednisolon ve leflunomid tedavisi başlan hastanın takibinde dispne ve artrit kliniği düzelmiş, AFR normalleşmiş, akciğer grafisinde efüzyonu düzelmişti (Şekil 3, 4).

Sonuç

Plöropulmoner tutulum RA’nın genellikle eklem bulgularından sonra görülmesine karşın, nadiren başlangıç bulgusu olabilir (3). Tüm hastalarda sistem sorgusunun ihmal edilmeden yapılması, altta yatan nadir nedenlerin tespitinde anahtar rol oynayabilir. Antibiyoterapiye yanıt vermeyen hastada,

inflamatuvar özellikteki eklem yakınmaları hastanın tanıs al s urecinin   n n  açmıştır. Plevral effüzyon saptanan hastalarda özellikle RA ve otoimmün ba  dokusu hastalıkları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ekstartik ler manifestasyon, pleural efüzyon

Şekil

1: Başvuru akciğer grafisi



2: Başvuru toraks tomografisi



3: Tedavi sonrası takipte



4: Son kontrolde



Hastanın akciğer görüntülemeleri

[PS-08]

Behçet hastalığının nadir bir formu: Pakimenenjit

Melek Yalçın Mutlu, Fatih Yıldırım, Duygu Sevinç  zg r, Bilgin Karaalio lu, Cemal Bes
Ba ak ehir  am ve Sakura  ehir Hastanesi. Romatoloji BD, İstanbul

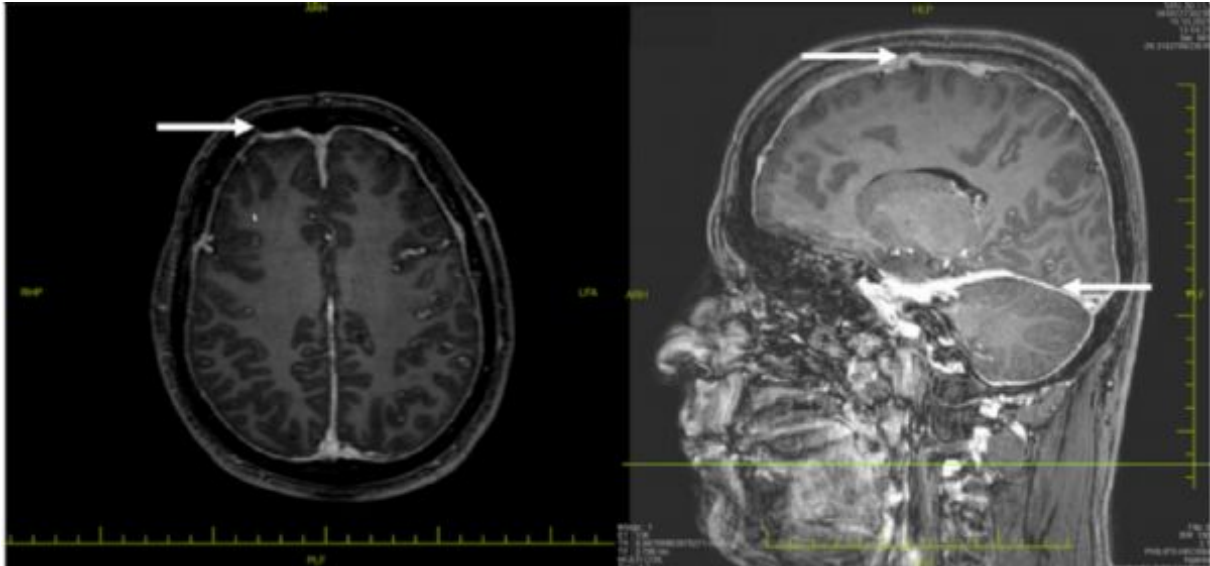
Amaç: Behçet hastalığı (BH), mukokutanöz bulgular ve çeşitli sistemik tutulumlarla karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır. BH'nda santral sinir sistemi tutulumu, parankimal veya nonparankimal tutulum (venöz sinüs trombozu şeklinde vasküler tutulum) olarak görülür. Sıklıkla parankimal tutulum

görülür; parankim hastadır ve etkilenen bölge sıklıkla beyin sapı, talamus, pons gibi orta hat yapılarıdır. İzole meningeal tutulum oldukça nadirdir. Biz burada baş ağrısı ile tarafımıza başvuran, pakimenejit tanısı koyduğumuz bir BH olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 29 yaşında erkek hasta, baş ağrısı yakınması ile başvurdu. Hikayesinde 5 yıl önce baş ağrısı nedeniyle hastaneye başvurduğu ve yapılan incelemeler sonucunda sağ sagittal sinüs trombozu saptandığı öğrenildi. Antikoagülan tedavi ile takibe alınarak diğer yandan da trombofili paneli dahil tromboza neden olabilecek etyolojiler açısından araştırılmış. Takibinde boyun ağrısı, kolda şişlik gelişmiş, juguler vende tromboz saptanmış. Romatolojiye danışılan hastaya tekrarlayan trombozlar, eşlik eden akut faz reaktan yüksekliği ve deride akneiform lezyonları olması üzerine Behçet hastalığı tanısı konmuş. 1 gram/ay olacak şekilde totalde 6 gram siklofosfamid/iv tedavi sonrası azatioprin 150 mg/gün ile idame edilmiş. Bize başvurusunda yapılan fizik muayenede fokal nörolojik defisit ya da meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Tansiyon 110/70 nabız 76/dk idi. Tetkiklerinde sedimentasyon:13mm/h, C-reaktif protein:2 mg/L bulundu. Kontrastlı kranial MR'da periferik beyin-omurilik sıvısı (BOS) mesafesinde minimal artış ve duramaterde kalınlaşma izlendi (Resim1). Parankim, vasküler yapılar normaldi. Göz muayanesinde papilödem izlenmedi. Lomber ponksiyonda BOS basıncı yüksekti, hücre sayımında 5 lökosit, 1 polimorf nüveli mevcuttu, protein-glikoz ve LDH düzeyleri normaldi. Kültürde üreme olmadı ve TBC-PCR negatifti. Hastaya Behçet hastalığı ilişkili pakimenejit tanısı kondu. Pulse metilprednisolon 1 gram/gün dozunda 7 gün süreyle verildi, idamesinde 1 mg/kg prednisolon ile devam edildi. Bu tedavi ile hastanın baş ağrısı tamamen geçti. Sonuç: Pakimenejit, Nöro-Behçet hastalığının oldukça nadir bir formu olmakla birlikte baş ağrısı ile başvuran, görüntülemelerde vasküler ya da parankimal lezyon saptanmayan hastalarda akılda tutulmalıdır. Bu tablonun tedavisinde yüksek doz glukokortikoidler ile immunsupresif ilaçlar kullanılmakta ve genellikle iyi yanıt alınabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Nöro-behçet, pakimenejit

Resim 1



Aksiyal ve sagittal düzlemde T1 post-gadolinium MR kesitlerinde pakimenejit kontrastlanma (beyaz oklar).

Bir Enteropatik Artrit Vakasında Tofasitinib Deneyimi

Pınar Akyüz Dağlı, Abdülsamet Erden

Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH) etyolojisi ve patogenezi tam olarak aydınlatılamayan, gastrointestinal sistemle sınırlı olmayıp diğer organ ve sistemleri de etkileyen multi-sistemik bir hastalıktır. Enteropatik artrit ise, sıklıkla İBH ilişkili olup Spondiloartrit (SpA) spektrumundaki hastalıklardan biridir.

Bu yazıda enteropatik artrit nedeniyle takipli, mevcut tedavilere yanıtı olmayan olguda tofacitinib tedavisini ve sonuçlarını paylaşmayı amaçlamaktayız.

Olgu: 6 yıldır Ülseratif kolit ve 3 yıldır enteropatik artrit aksiyal tutulum ile takipli 24 yaşında erkek hasta kanlı dışkılama, diz ağrısı, kalça ağrısı, bel ağrısı ve dizde şişlikle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde bilateral diz eklemi hassas ve şişti, bilateral FABER'leri kısıtlı, abdomen muayenesinde barsak sesleri artmıştı. C-reaktif protein (CRP) 16mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 6mm/saat olarak ölçüldü. Diğer laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Gaitada entamoeba histolytica adezin antijeni ve clostridium difficile Toksin A+B negatifti. Kolonoskopik incelemede endoskopik aktivite indeksi 10'du. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Daha önce mesalazin ve sülfasalazin kullanan hastanın tedavi yanıtı olmaması nedeniyle infliksimab 5 mg/kg, 0-2-6 haftalarda sonrasında 8 haftada bir olarak başlandı. Remisyonda takip edilen hastanın infliksimab tedavisi altında günde 10-15 kez kanlı mukuslu dışkılaması ve yaygın eklem ağrısı, bel ağrısı, kalça ağrısı olması nedeniyle infliksimab kesilerek tofacitinib 2x5mg/gün başlandı. Tofacitinib tedavisi öncesi BASDAI skoru 5,65'di. Tofacitinib tedavisi sonrası 2. ayda değerlendirilen hastanın günlük dışkılama sayısı 2'ydi ve dışkıda kan, mukus yoktu, eklem şikayetleri gerilemişti. Tofacitinib sonrası BASDAI skoru 0,7'ydi. Laboratuvar tetkiklerinde hb 14,9g/dl, beyaz küre sayısı 5670, trombosit sayısı 440000, CRP 3 mg/L, ESR 5mm/saattir. Hasta barsak ve romatolojik semptomlar açısından klinik remisyona ulaştı.

Sonuç: Janus kinaz inhibitörleri romatoid artrit, psöriatik artrit, sistemik lupus eritematozis, ankilozan spondilit gibi romatizmal hastalıkların yanı sıra İBH ve kronik plak psöriazis ve atopik dermatit gibi immün aracılı dermatolojik hastalıklarda belirti ve semptomları azaltmada etkilidir.

İBH ve SpA, patofizyolojilerinde bağırsak mikrobiyotasının rolü ile birlikte bir dizi genetik ve immünopatogenik yönü paylaşmaktadır. Janus kinazlar, spondiloartritin patogenezinin altında yatan birçok immün hücre yanıtı için sitokin sinyali aracılık eder. İBH'de ekstra-intestinal manifestasyonların tedavisi için tofacitinibin etkinliğine ilişkin sınırlı veri bulunmaktadır. Bildirdiğimiz olguda tofacitinib ile klinik ve laboratuvar olarak remisyon sağlanırken hastanın takibi devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: enteropatik artrit, tofacitinib, ülseratif kolit, spondiloartrit

IgG4-İlişkili Otoimmün Prostatit Ve Pankreatit: Nadir Görülen Bir Vaka

Hakan Apaydın, Berkan Armağan

Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ:

IgG4-ilişkili hastalık(IgG4-RD), ilk olarak pankreasta tanımlanan, çeşitli organları etkileyen immün aracılı bir fibroinflamatuvar hastalıktır(1).

VAKA ÖZETİ:

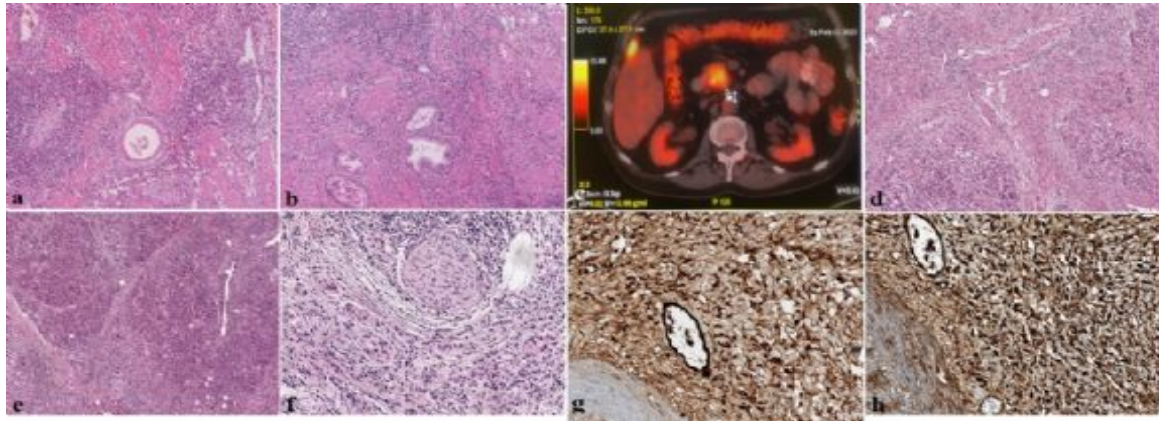
67 yaşında özgeçmişinde özellik olmayan erkek hastaya, sık ve kesik kesik idrara çıkma şikayetleriyle benign prostat hiperplazisi tanısı konmuş ve obstrüktif semptomları olması nedeniyle transüretal prostat rezeksiyonu yapılmış. Prostatın histopatolojik değerlendirmesinde eozinofiller, lenfositler ve plazma hücrelerinden zengin yoğun yaygın inflamasyon, storiform fibrozis ve flebit saptandı (Şekil 1a,b). Serum IgG, IgG4 ve IgE seviyeleri yüksek bulundu. Hastaya IgG4-ilişkili hastalık tanısı konuldu, diğer sistemik otoimmün hastalıklar dışlandı ve 0,5 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. Bir yıl sonra 12 mg/gün metilprednizolon tedavisi altında hasta karın ağrısı ve sarılık şikayeti ile başvurdu. Laboratuvar testlerinde serum kolestatik enzimlerinde ve karbonhidrat antijenleri (CA)19-9 ve 125'te yükselme saptandı. PET/BT'de pankreas başında hipermetabolik nodüler bir lezyon (SUV max: 7) saptandı (Şekil 1c). Multipl ultrason altında endoskopik pankreas biyopsileri tanısız değildi. Gastroenteroloji cerrahisi tarafından pankreas kanseri ön tanısı ile Whipple prosedürü uygulandı. Pankreasın histopatolojik incelemesinde yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, storiform fibrozis, flebit, nörit ve perivenüler inflamasyon saptandı. İmmünohistokimyasal boyama, >50 IgG4-pozitif plazma hücresi/HPF ve IgG4/IgG oranı %40'ın üzerinde olan IgG-pozitif plazma hücreleri gösterdi (Şekil 1d, e, f, g, h). Hasta daha sonra tarafımıza cerrahi sonrası konsülte edildi. Serum IgG4 seviyesi 15,2 g/L (0,04 - 0,86 g/L) idi. Hastaya IgG4-ilişkili otoimmün pankreatit tanısı konuldu. Remisyon indüksiyonu için metilprednizolon ve rituksimab tedavisi başlandı. 3 ay sonra hastanın karın ağrısı ve sarılık şikayetleri tamamen düzeldi, kolestatik enzimler ve akut faz reaktanları normale döndü.

TARTIŞMA:

Prostat tutulumu, son zamanlarda tanımlanan bir IgG4-ilişkili hastalık belirtisidir ve pankreas tutulumu ile ilişkili olabilir (2). IgG4-RD, pankreasta bir kitle ile prezente olabilir ve malignite ile karıştırılabilir (3). PET/CT, IgG4-RD'nin diğer sistem tutulumlarını saptamak için yardımcı olabilir. Pankreas lezyonlarının ayırıcı tanısında IgG4-RD düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: IgG4-ilişkili hastalık, Otoimmün Prostatit, Otoimmün Pankreatit

Resim 1



[PS-11]

Ani görme kaybı ile presente olan temporal arterit vakası

Zehra Özsoy, Gizem Ayan, Güllü Sandal Uzun, Levent Kılıç, Umut Kalyoncu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı & Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA) büyük ve orta çaplı damarları tutan kronik bir vaskülitir. Hastalar halsizlik, kilo kaybı, ateş, baş ağrısı, çene kladikasyonu, kafa derisinde hassasiyet, görme kaybı ile başvurabilmektedir (1). En sık karotis arterin eksternal dallarının, sıklıkla da temporal arterin tutulumu saptanmaktadır. En korkulan komplikasyonu görme kaybıdır (2).

Olgu: 76 yaşında kadın hasta, sağ gözde ani gelişen görme kaybı nedeniyle dış merkezde yapılan tetkiklerinde retinal vasküler oklüzyon saptanıyor. Tetkikleri devam ederken diğer gözünde de bulanık görme şikayetinin gelişmesi üzerine merkezimize yönlendiriliyor. Göz muayenesinde sağ gözde disk soluk, etrafında cotton wool spot, periferik retinada druzenler; sol gözde disk hafif hiperemik, periferik retinada druzenler saptandı. Her iki gözde de ışık refleksi alındı. Hastanın göz şikayetine ilaveten çene hareketleri ile artan bıçak saptanır karakterde baş ağrısı ve temporal bölge hassasiyeti saptandı. Son 5 ayda 15 kilo kaybı olan hastada halsizlik ve yorgunluk şikâyeti mevcuttu. Fizik muayenede sağ tarafta temporal hassasiyetinin yanında temporal nabız alınamadı. Temporal doppler ultrasonografisinde sağ temporal arter duvar kalınlığında artışın yanı sıra arter distaline akım saptanmadı. Bulgular DHA işaret etmekte idi. C-reaktif protein 5,71 mg/dl ve sedimentasyon 41 mm/saat olarak saptanan hastaya yapılan temporal arter biyopsisi sonucu beklenmeden 3 gün 1000 mg metilprednizolon/gün tedavisi uygulandı. Biyopsi sonucu temporal arterit ile uyumlu geldi. Metotreksat (haftalık 15 mg/hafta) başlandı. Tedavi sonrası görme kaybı tama yakın düzeldi. **Sonuç:** DHA'nın en korkulan komplikasyonu görme kaybıdır. Tedavide geç kalındığı takdirde hastaların %10-20'sinde kalıcı görme kaybı gelişebilmektedir. Ani görme kaybı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda DHA ön planda düşünülmelidir (1,2). Olgumuzda olduğu gibi DHA'ye bağlı görme kaybı düşünülen hastalarda erken dönemde agresif tedavinin başlanması ile olası görme hasarının önüne geçilebilir.

Kaynaklar:

1-) Ameer MA, Peterfy RJ, Bansal P, Khazaeni B. Temporal Arteritis. 2021 Jul 18.StatPearls Publishing; 2021

2-) Sodhi G, Mundae R, Lee M et al. Sudden-onset unilateral painless vision loss. Surv Ophthalmol 2021 Oct 8;S0039-6257(21)00190-9.

Anahtar Kelimeler: arterit, vaskülit, temporal, görme kaybı

[PS-12]

Rabdomiyoliz ile gelen sistemik lupus eritematozuslu gebe: vaka sunumu

Özlem Karakaş¹, İsmail Doğan², Berkan Armağan¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

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

Amaç:

Otoimmün bağ dokusu hastalıkları reproduktif dönemdeki kadınlarda önemli morbidite ve mortaliteye sebep olabilir.Gebelik esnasındaki aktif hastalığın, olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili

olduğu bilinmektedir. Rabdomiyoliz; miyalji ve kas güçsüzlüğü ile sonuçlanan, akut kas hasarı ile karakterize bir durumdur. Bu yazıda rabdomiyoliz şüphesi ile tetkik edilen ve sistemik lupus eritematozus tanısı alan bir vakayı sunuyoruz.

Olgu:

29 yaşında, 12 haftalık gebe hasta, yaygın vücut ağrısı şikayeti, karaciğer fonksiyon testleri, kreatinin kinaz (CK) ve Laktat dehidrogenaz (LDH) yüksekliği ile Romatoloji Kliniğine konsulte edildi. Romatolojik sorgusunda; yaygın vücut ağrısı ve özgeçmişinde primer raynaud sendromu dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde kas güçsüzlüğü saptanmadı. Herbal veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde; (başvuru-takip değerleri) Aspartat Aminotransferaz (AST): 351-1659 U/L (N<35), Alanin Aminotransferaz (ALT): 150 U/L-260 U/L (N<35), CK: 2814-2655 U/L (N: 32-294), LDH: 596-412 U/L (N: 120-246) saptandı. C reaktif protein: 41 gr/dL (N<5), Eritrosit sedimentasyon hızı: 45 mm/sa (N<20), lökosit sayısı: 4100/mm³ (N: 3900-10200), Hemoglobin: 9 gr/dL (N: 12-15.6), Trombosit: 137000/mm³ (N: 150000-400000), kreatinin: 0.42 mg/dL (N: 0.5-1.1), TSH: 0.68 mU/L (N: 0.33-4.59; 1. Trimester), TİT: protein+1, eritrosit: 1p/HPF, Anti nükleer antikor: 1/3200 homojen, Anti dsDNA >800 (N<99), Anti sm-RNP 3+, Anti nükleozom antikor 3+, kompleman 3 (C3) düşük saptandı. 4 kez yapılan Covid PCR testi negatifti. Görüntüleme tetkiklerinde; abdomen ultrasonografi (USG), portal ven doppler ve fetal USG normal saptandı. EKO'da; EF%60, Spab: 26 mmHg, sağ ventrikül fonksiyonları normal saptandı. Mevcut bulgular ile hastada Sistemik lupus eritematozus (SLE) düşünüldü. CK yüksekliği olan, ancak miyalji dışında kas güçsüzlüğü ve dermatomiyozite özgü döküntüsü olmayan hastada, overlap miyozit şüphesi nedeniyle elektromiyografi, kas MRI ve sonucuna göre kas biyopsisi planlandı. Ama hastanın kliniği müsaade etmediği için yapılamadı. Olası diğer ön tanımız rabdomiyoliz idi. Kliniği hızla progrese olan hastaya metilprednizolon 1 gr/gün, 3 gün süreyle verildi. Hidroksiklorokin 2x1 ve İntravenöz immunglobulin (IVIG) 0.4 gr/kg/gün dozunda başlandı. Takipte CK değeri 10684 U/L'e, AST: 758 U/L'ye, ALT: 174 U/L'ye, LDH: 621 U/L'ye geriledi. Tedaviye rağmen solunum sıkıntısı gelişen ve progresif olarak artan hastanın akciğer grafisinde pulmoner ödem ile uyumlu bulgular saptandı (resim 1). IVIG ara verilerek plazmaferez tedavisi başlandı. İlk seans plazmaferez sonrası genel durum kötüleşmesiyle solunum arresti oldu, kardiyopulmoner resusitasyona rağmen hasta ve fetüs exitus oldu.

Sonuç:

Literatürde gebelikte rabdomiyoliz vakaları; hiperemesis gravidarum, distal renal tubuler asidoz gibi patolojilere bağlı elektrolit bozuklukları ve ilaçlara sekonder olarak bildirilmiştir. Çok nadir miyozite sekonder vakadan bahsedilmiştir. Literatürde rastlayamadığımız SLE ile rabdomiyoliz birlikteliğini bu vaka ile göstermek istedik.

Anahtar Kelimeler: sle, gebe, rabdomiyoliz

[PS-13]

Metastatik kolorektal kanser tanılı hastada Panitumumab ilişkili bursit gelişimi

Bahar Özdemir¹, Şükran Erten²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Panitumumab, metastatik kolorektal kanserde önemli sağkalım yararı gösteren bir epidermal büyüme faktörü reseptör (EGFR) inhibitörüdür. Burada; panitumumab tedavisi başlanması sonrası deri döküntülerine ek olarak bursit gelişen bir vakayı takdim ediyoruz.

Olgu: 50 yaş erkek hasta, ek hastalık yok. 14 paket/yıl sigara öyküsü mevcut exsmoker. İleus operasyonundan sonra rektum müsinöz adenokarsinom tanısı almış (T3N2b Evre3C). Adjuvan kemoradyoterapi sonrasında 2 yıl sonra nüks gelişmiş. KRAS (Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog) ve NRAS (neuroblastoma RAS viral oncogene homolog) wild tip mutant gelmesi üzerine tedavisine, Panitumumab (6mg/kg) eklenmiş. Tedavisinin 2. ayında yüz, boyun ve gövdede grade 2-3 deri döküntüsü oluşmuş ve lokal steroid tedavisi kullanmış. Romatoloji polikliniğine; 3. doz panitumumab sonrasında sağ dirsekte şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Sorgulamasında özellik yok, fizik muayenesinde; ateş 36.6C, sağ dirsek olekranon çevresinde hassasiyet hafif ısı artışı ve şişlik mevcuttu. Tetkiklerinde; lökosit 5552/mm³ (4000-10000/mm³), C-reaktif protein (CRP) 28 mg/dl (0-5 mg/dl), anti nükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF), Anti-sitrüline protein antikorları (Anti-CCP)) negatifti. Yüzeysel ultrasonografisinde; olekranon komşuluğunda, yaklaşık 33x10 mm boyutlarında bursit izlendi. Panitumumab ilişkili bursit düşünüldü. Nonsteroidal anti inflamatuvar ilaçla (NSAID) başarıyla tedavi edildi.

Sonuç: Literatürde panitumumab ilişkili deri bulguları sıklıkla bildirilmiş olsa da deri bulgularına ek olarak bursit gelişimi de akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Bursit, Epidermal growth faktör, Panitumumab

[PS-14]

CoronaVac aşısı sonrası Bell's paralizi görülen SLE olgusu

Özlem Karakaş, Kevser Gök
Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş:

Bell paralizi (BP), fasiyal sinirin akut başlangıçlı periferik mononöropatisidir. Klasik olarak yüzde güçsüzlük, oral yetmezlik, konuşmada değişiklik ve göz kapaklarını kapatamama ile birlikte tek taraflı felç olarak ortaya çıkar.

Burada, CoronaVac aşısını takiben BP gelişen, ancak aşı dışında net tanımlanabilir etiyolojisi olmayan vakamızı sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu:

61 yaşında kadın hasta, 2011 yılında Sistemik Lupus Eritematozus(SLE) tanısı alan ve hidroksiklorokin ve metilprednizolon ile takip edilen hastanın 2015 yılında SLE akciğer tutulumu gelişmesi üzerine tedavisine mikofenolat mofetil eklenmiş. Takiplerine herhangi bir şikayeti olmayan ve ek komplikasyon gözlenmeyen hasta, Covid-19 pandemisi nedeniyle önerilen CoronaVac aşısını yaptırmış. İlk 2 dozda belirgin bir yan etki görülmeyen hastada, 4ay sonra hatırlatma dozu amaçlı uygulanan 3.doz CoronaVac aşısı sonrası 3.günde ağızda kayma, sol gözde kapanmada güçlük şikayetleri başlamış. Polikliniğimize bu şikayetlerle başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde; sol taraf kaşta düğümlük, sol göz kapağını tam kapatamama ve sol dudak kenarında düğümlük saptandı. Aktif eklem bulgusu yoktu. Akciğer muayenesi doğaldı.

Hastanın laboratuvarında; beyaz küre:5750/µL, hemoglobin:13.5gr/dL, trombosit:189000/µL, eritrosit sedimentasyon hızı:6mm/sa, C reaktif protein:8g/dL olarak tespit edildi. Kompleman 3 ve 4 seviyeleri normal sınırdıydı.

Temporal manyetik rezonans görüntüleme (MRG); sol fasiyal sinirin labirentin ve genikulad ganglion segmentlerinde sağa oranla belirgin fazla kontrast tutulumu saptandı. Beyin MRG'de mevcut klinik tabloyu açıklayacak patoloji saptanmadı.

Nöroloji ve Kulak Burun Boğaz hastalıklarına danışıldı, hastada BP tespit edildiği belirtildi ve

metilprednizolon tedavisi başlanması önerildi.

Mevcut SLE tedavisine ek olarak metilprednizolon 64mg/gün başlandı, 15gün süreyle doz azaltılarak tedavi devam etti. Hastanın takiplerde BP tablosu geriledi ve steroid tedavisi kesildi.

Tartışma:

Covid-19 profilaksisi için kullanılan mRNA kökenli aşılar da literatürde BP ile ilgili vakalar olduğu belirtilmiştir. Ancak CoronaVac aşısı sonrası BP ile ilgili kesin bir bilgi yoktur. Burada aşı sonrası gözlemlendiğimiz bir BP vakamızı paylaşmak istedik. Ancak Covid-19 aşıları ve BP arasındaki kesin bir potansiyel ilişkiyi tanımlamak için daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: CoronaVac, Aşı, SLE

[PS-15]

Sistemik Lupus Eritematozus Tanılı Hastada Postpartum Dönemde Gelişen Miyokardit

Zeynep Yılmaz Bozkurt, Yavuz Pehlivan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), nedeni bilinmeyen vücudun birçok organını etkileyebilen, kronik otoimmün bir hastalıktır. SLE hastalarında %10 oranında miyokardit görülebilir. Bu olgumuzda postpartum kardiyomiyopatiye bağlı kalp yetmezliği gelişen hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuzbeş yaşında kadın hasta, ondokuz yaşındayken gezici artırt, subfebril ateş, ellerde morarma şikayetleri nedeniyle yapılan anti-nükleer antikor (ANA) 1/10.000 titrede, anti-Smith (Sm) pozitif gelmesi üzerine SLE tanısı almış. Anti-fosfolipid antikorları (aPL) negatif olan hasta mart 2021’de ikinci doğumunu yapmış. Postpartum üçüncü ayda nefes darlığı, göğüs ağrısı, halsizlik şikayetlerinin giderek artması üzerine yapılan ekokardiyografisinde (EKO) ejeksiyon fraksiyonu (EF) %20, sol ventrikül global hipokinetik ve çapları artmış, 2-3. derece mitral yetmezlik saptandı. Hastanın koroner anjiyografisi normaldi. C reaktif protein(CRP):16.8mg/L, sedimentasyon:3 mm/saat, kreatinin:0.76 mg/dl, tam kan sayımı, kreatinin kinaz(CK-MB), kompleman 3c(C3c) ve C4 normal aralıkta, tam idrar tetkikinde protein negatifti. Kardiyomiyopati (KMP) etyolojisine yönelik viral markerlar negatifti. Kardiyoloji kliniğinde kalp yetmezliği tedavisi düzenlenen hastaya romatoloji konsültasyonu istendi. Tarafımızca SLE miyokarditi düşünülerek siklofosfamid 500 mg, onbeş günde bir olmak üzere toplam altı kür ve metilprednizolon 0.5 mg/kg tedavisi planlandı. İmmüsupresif tedavinin başlangıcından bir hafta sonra yapılan EKO’da EF% 29, 45 gün sonraki EKO’da EF %45 olarak saptanan, şikayetlerinde gerileme olan hasta tedavisine kardiyoloji ve romatoloji polikliniklerinde devam edilmek üzere taburcu edildi. **Sonuç::** Literatürde SLE hastalarının postpartum kardiyak tutulumları ile ilgili veriler sınırlıdır. SLE hastalarında peripartum KMP insidansı bilinmemekle birlikte, genel anne popülasyonundaki insidans 1300’de 1 ile 15.000 canlı doğumda 1’dir.

Ritchie ve arkadaşlarının yaptığı literatür taramasında SLE nefritli gebelerde maternal ölüm nedenleri arasında gebelik ile ilişkili KMP %5.9 olarak saptanmıştır. Postpartum KMP gelişmesi durumunda %50 oranında kardiyak fonksiyonlarda tam iyileşme olmamakta ve %6-10 oranında kardiyak transplantasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Mortalitenin %19 saptanması ve kardiyak fonksiyonları tam düzelen annelerin bile sonraki gebeliklerinde hastalığın tekrarlama oranının % 17 olması nedeniyle SLE’li gebelerde, gebeliklerinin son ayı ve postpartum beş ay boyunca KMP açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: miyokardit, postpartum, sistemik lupus eritematozus

[PS-16]

Akciğer kanseri gelişen sistemik skleroz olgusu

Rabia Pişkin Sağır, Süleyman Serdar Koca

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Sistemik skleroz (SSk); cilt başta olmak üzere birçok organ ve sistemi tutan, vaskülopati, oto-antikor pozitifliği ve progresif fibrozis ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. SSk hastalarında genel topluma kıyasla 1,5 ila 5 kat daha fazla kanser geliştiği tahmin edilmektedir. Sistematik bir literatür taraması ve meta analizde, kalp ve akciğer tutulumundan sonra SSk'de üçüncü en yaygın ölüm nedeninin kanser olduğu gösterilmiştir. Kanser tanısı hastalığın ortaya çıkmasından önce, hastalıkla eş zamanlı veya hastalığın tanısından sonra görülebilir. Diffüz deri tutulumu olması, kadın cinsiyet, ve tanı anında yaştan ileri olması kanser gelişimi için risk faktörleri arasındadır. Biz de burada diffüz deri tutulumu olan ve akciğer kanseri gelişen SSk tanılı olguyu sunduk.

Olgu: Yaklaşık 4 yıldır SSk nedeni ile takip edilen 62 yaşında kadın hasta tarafımıza nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hasta yapılan muayenesinde dispneik ve takipneikti, bilateral akciğer bazallerinde ral ve pretibial ödem vardı. Hastaya diüretik tedavi uygulandı ve plevral efüzyon etyolojisi nedeni ile tetkik edildi. EKO ve pulmoner hipertansiyon nedeni ile sağ kalp kataterizasyonu yapıldı. Plevral mayiden örneklem yapıldı, ancak sitoloji sonucu malignite şüphesi olarak raporlanıp net sonuç elde edilemedi. Hastanın diüretik tedaviye dirençli plevral efüzyonu olduğundan plörodez ile birlikte plevral biyopsi yapıldı. Plevral biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlandı. Ancak bu süreçte hastanın klinik tablosu kötüleştiğinden viral pnömoni açısından Covid PCR testi yapıldı ve PCR sonucu pozitif olarak geldi. Hasta pandemi servisine verildi ancak PCR pozitifliğinin 3. gününde covid pnömonisi nedeni ile exitus oldu.

Sonuç: Çeşitli otoimmün romatizmal hastalıklarda kanser insidansını inceleyen retrospektif bir çalışmada, akciğer kanseri riski yüksek olan tek hastalığın SSk olduğu görülmüştür. Bununla birlikte SSk hastalarında en sık görülen malignitenin de akciğer kanseri olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle risk faktörü taşıyan hastalar akciğer kanseri başta olmak üzere kanser açısından taranmalı ve bizim hastamızda olduğu gibi dirençli plevral efüzyonu da mevcutsa tanı koymak için gerekirse plevral biyopsi örneklemesi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, plevral efüzyon, sistemik skleroz

[PS-17]

Dirençli oral ülserleri 'Talidomid' ile gerileyen Behçet Sendromu olgusu

Nihal Lermi, Ediz Dalkılıç

Bursa Uludağ Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Behçet Sendromu (BS), kronik, tekrarlayıcı, ağrılı oral ve genital ülserler, cilt lezyonları, üveit, vasküler, gastrointestinal ve nörolojik tutulumlar ile seyredabilen multisistemik, inflamatuvar bir vaskülitir. Bu olgu sunumunda, BS ile takip ettiğimiz, dirençli oral ülser tedavisinde talidomid ile başarılı sonuçlar elde ettiğimiz hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk bir yaş bilinen hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, Mart 2019'da ağızda ve genital bölgede yaralar, her iki bacakta sivilceler, dirsek ağrısı, ayak bileğinde şişme yakınmaları başlamış.

Şubat 2020’de başvurduğu Dermatoloji polikliniğinde vitamin B12, ferritin, hemogram normal saptanmış. Paterji 4/6 pozitifliği ve HLA-B51 pozitifliği saptanan ve eritema nodosumu da olan hasta BS kabul edilerek kolşisin, triamsinolon asetonid başlanmıştır. Bu tedavi ile oral aft dışındaki yakınmaları gerilemiştir. Takiplerinde dirsek ağrısı devam eden hastaya Temmuz 2020 prednisolon tedavisi başlanmıştır. Eklem bulguları ve oral aftları gerileyen hastanın takiplerinde cushingoid görünümü olması nedeniyle prednisolon tedavisi kesilmiştir. Artraljileri ve oral aftları tekrarlayan hastaya Ekim 2020’de etanercept tedavisi başlanmıştır fakat yanıt alınamamıştır. Hastaya Kasım 2020’de azatioprin başlanmıştır. Şubat 2021’de gluteal bölgedeki papülopüstüler lezyonda yapılan biyopsisi ‘Behçet Foliküliti’ ile uyumlu geldi. Oral aftları devam eden hastaya Şubat 2021’de talidomid tedavisi başlandı. Oral aft ve genital ülserlerinde gerileme olan hastanın takip ve tedavisi tarafımızca devam etmektedir. Sonuç: BS’de görülen oral ülserler, rekürren aftöz stomatit (RAS) tipindedir ve bu ülserasyon sıklığı %97-100’dür. BS oral ülser tedavisinde amaç ağrının azaltılması, rekürrens önlenmesi ve hayat kalitesinin artırılmasıdır. Topikal tedavi, kortikosteroidler ve immünsupresif tedavi kullanılabilir. Mikofenolat mofetil, pentoksifilin, kolşisin, dapson ve talidomid de tedavi seçenekleri arasındadır, fakat yan etkileri nedeniyle daha dikkatli kullanılmalıdır. Biz de tekrarlayan dirençli oral ülserleri olan hastamıza önce kolşisin, prednisolon, etanercept, azatioprin tedavilerini denedik. Tedavilere yanıtız olgumuzda talidomid ile başarılı bir sonuç elde ettik. Talidomidin en sık yan etkisi olan nöropati hastamızda gelişmedi. Talidomid dirençli oral ülser tedavisinde yan etkileri de göz önünde bulundurularak uygun hastalarda tedavide akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, oral ülser, talidomid

[PS-18]

Primer sjögren sendromu tanılı hastada inflamatuvar bel ağrısı ve sakroiliit

Ayça Ayşe Yücel

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Sjögren Sendromu (SS) tükürük bezi, lakrimal bez ve diğer ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu; göz ve ağız kuruluğu ve dolaşan otoantikorlar ile karakterize kronik otoimmün hastalıktır. SS’de sıklıkla parmak eklemlerinin, el bilek ve ayak bileklerinin etkilendiği; intermitan seyirli; non-eroziv; poliartiküler tutulum gösterir. İnflamatuvar bel ağrısı ve sakroiliit ile karakterize aksiyel tutulum nadir görülür. Biz takiplerinde inflamatuvar bel ağrısı ve sakroiliit gelişen primer SS tanılı hastayı sunmayı amaçladık.

43 yaşında 10 yıldır primer SS tanısı ile takip edilen ve hidroklorokin 2x200 mg, methotreksat 10mg/hafta kullanmakta olan kadın hasta; kontrolünde yaklaşık 6 aydır devam eden, gece uykudan uyandıran, sabah daha fazla olan ve gün içerisinde hafifleyen, 30 dakika süren sabah tutukluğunun eşlik ettiği bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın eski anamnezlerinde 10 yıl önce yaygın vücut ağrısı, ağız kuruluğu ve göz kuruluğu şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurduğu; schirmer testi sonucunun bilateral 5 mm’in altında olduğu; ANA IFA boyanma paterninin 1/1000 granüler tarzda, SS-A/Ro 60 pozitif, SS-A/Ro 52 pozitif, SS-B/La negatif olduğu; minör tükürük bezi biyopsisi sonucunun chilsom grade 3 olarak raporlandığı görüldü. İnflamatuvar bel ağrısı tarifleyen hastanın fizik muayenesinde FABER testi solda pozitif; sakroiliak kompresyon testi pozitif saptandı. Laboratuvar incelemesinde CRP 3,49 mg/dL, sedimentasyon 38 mm/saat, HLA B27 pozitif saptandı. Radyolojik incelemesinde AP pelvis grafisinde modifiye newyork kriterlerine göre bilateral grade 2 sakroiliit saptandı. Sakroiliak eklemin MRG ile incelemesinde solda belirgin olmak üzere her iki sakroiliak eklem

inferiorunda periartiküler yerleşimli kemik iliği ödemi ve subkondral skleroz ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın tedavisine naproksen 2x500 mg eklendi ve 2 hafta sonra kontrole çağırıldı. SS'li hastalarda inflamatuvar bel ağrısı ve sakroiliit birlikteliği nadir görülür. Literatürde az sayıda olgu sunumu bildirilmiştir. SS'de görülen sakroiliit öncelikli olarak eşlik eden spondiloartrit grubu hastalıkları ve diğer sakroiliit yapan durumları düşündürür. Aksiyel tutulum sıklığı ve SS'nin sık sakroiliit yapan hastalıklar ile birlikteliği üzerine daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, sakroiliit, inflamatuvar bel ağrısı

[PS-19]

Pansklerotik morfea tanısı ile takip edilen skleroderma hastasında gelişen skuamöz hücreli karsinom

Dilek Tezcan¹, Selda Hakbilen²

¹Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Skleroderma,etiyojisi bilinmeyen,fibrozan bağ dokusu bozukluklarının heterojen bir grubudur. Pansklerotik morfea,çoğu zaman çocukları etkileyen agresif ve sakatlayıcı nadir bir varyantıdır. Dermisi ve deri altı yağı etkileyen panskleroz ile karakterizedir ve fasya, kas ve kemiğe uzanabilir. Diğer klinik özellikler, tedaviye dirençli kronik ülserler,sık cilt enfeksiyonları, kontraktür deformiteleri,kas-iskelet atrofisi,hareketsizlik,skuamöz hücreli karsinom(SCC), ektopionu içerir. Hastalık immunsupresif tedaviye dirençlidir ve prognozu kötüdür.İmmünoşupresyon, kronik ülserler,sık cilt enfeksiyonları, kronik inflamasyon,skar dokusu ve önceki cilt kanserleri gibi SCC'e yatkın hale getiren birçok risk faktörüne sahiptir. Bu olgu sunumu ile uzun süredir devam eden morfea lezyonlarında olası tümör gelişimi ve hastalığın komplikasyonları hakkındaki farkındalığı artırmak amaçlanmıştır.

Olgu: 15 yıllık pansklerotik morfea öyküsü olan 69 yaşında bir kadın hasta karın cildinde ülser lezyon ile başvurdu. Fizik muayenede,oral açıklıkta azalma,yaygın telenjektaziler,sadece avuç içleri, tabanlar,koltuk altı,kafa derisi ve kulakları koruyan, vücudunun neredeyse tüm yüzeyini tutan şiddetli panskleroz vardı. Bilateral alt ve üst ekstremitelerinde daha belirgin olmak üzere tüm derisinde parlak bir görüntü,sertlik,özellikle gövdesinde olmak üzere hiperpigmente ve hipopigmente makül ve yamalar mevcuttu. Bilateral üst ve alt kapak ektopionu mevcuttu.Karın cildinde 9x8x1,5 cm ölçülerinde yüzeysel düzensiz görünümlü ülser lezyon saptandı. İki taraflı ayak bileği,el bileği ve dirsek eklemi kontraktürleri, hareket kısıtlılığı ile özellikle alt ekstremitelerde belirgin kas atrofisi vardı. Laboratuvar testlerinde;Lökosit:6400 K/ul, hemoglobin:10,9g/dl, trombosit:368000K/ul, CRP:5,5mg/dl, ESR:13mm/sa, ANA ve anti-Scl-70 pozitif saptandı.Ekokardiyogramda pulmoner arter basıncı 30 saptandı.Bilgisayarlı akciğer tomografisinde her iki akciğerde bronşektazik değişiklikler, özafagus 1/3 kesiminde genişleme mevcuttu. Bu hastalığın seyri sırasında antibiyoterapi, prednizon, metotreksat ve mikofenolat mofetil ile tedavi edilmiş ve minimal iyileşme kaydedilmiş ve kronik ülserler ve sık cilt enfeksiyonları görülmüştür. Karın cildindeki iyileşmeyen dirençli ülser lezyondan derin punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemeler SCC ile uyumlu geldi. Lenfovasküler ve perinöral invazyon izlenmedi. Hasta ilgili bölümlere yönlendirildi. Takip ve tedavisi devam etmektedir. **Sonuç:** Pansklerotik morfea, önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Fibrozis, inflamasyon ve kronik ülserasyonlar sonunda cilt neoplazmalarını teşvik edebilir.

Anahtar Kelimeler: morfea, skleroderma, skuamöz hücreli karsinom

Resim 1



Üst ekstremitelerde pansklerotik morfea

Resim 2



Karın cildince gelişen, skuamöz hücreli karsinom

[PS-20]

Nedeni bilinmeyen ateş ile başvuran AFAS Olgusu

Neşe Çabuk Çelik, Burak Karakaş, Beliz Karataş, İlker Yalçın, Gizem Pire, Hatice Şeyma Eren, Ali Şahin
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Antifosfolipid antikor sendromu (AFAS), venöz veya arteriyel tromboz ve/veya antifosfolipid antikorlarının (aPL) kalıcı pozitifliği sonucu tanı konulan bir hastalıktır. Genellikle kadın hastalarda

tekrarlayan düşüklerle sonuçlanan gebelikle karakterizedir. APS, primer olarak ya da genellikle sistemik lupus eritematozus (SLE)'ye sekonder olmak üzere ortaya çıkar.

27 yaşında kadın hasta, ateş ve her iki bacakta şişlik nedeniyle intaniyede yatan hastanın çekilen doppler USG'nu 'common femoral vende akım geçişini sınırlayan rekanalize olmuş kronik trombüs ile uyumlu görünüm izlendi.' şeklinde raporlandı. Tarafımıza konsülte edilen romatoloji servisine devir alındı. Lupus antikoagülanı ve beta2 glikoprotein değerleri pozitif sonuçlandı. ANA, ANA profili, Anti-ds DNA değeri ve diğer romatolojik otoantikörleri negatif sonuçlandı. Bakılan spot idrarda +2 protein kaçağı olan olgudan 24 saatlik idrarda protein/kreatinin bakıldı. Oran 230 mg/gr kreatinin (referans aralığı:0-200) şeklinde sonuçlandı. Hastaya mevcut kliniği ile AFAS tanısı kondu. 3 gün 1 gr metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın ateşi sınırladı ve mobilize oldu. Ayrıca ek olarak warfarin, azatiyopirin, hidroksiklorokin tedavisi eklendi. Şikayetleri gerileyen olgu önerilerle taburcu edildi.

Sonuç olarak ister primer ister sekonder olsun AFAS olguları çok çeşitli tablolarla ve kliniklerle karşımıza çıkabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ateş, AFAS, trombüs

[PS-21]

Miks bağ doku hastalığı tanılı hastanın Reaktif artrit kliniği ile prezentasyonu

Mesude Seda Aydoğdu, Rabia Pişkin Sağır, Süleyman Serdar Koca, Ahmet Karataş
Firat Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Romatoloji pratiğinde sıklıkla birlikte görmediğimiz iki hastalık grubunun bir arada olması.
Olgu: 37 yaşında kadın hastanın 10 yıl önce raynaud fenomeni, dispne, ağız ve göz kuruluğu, artrit şikayetleri ile yapılan tetkiklerinde Anti Scl 70 ve Anti Ro yüksek titrede pozitif olup mevcut kliniği ile miks bağ doku hastalığı (MBDH) tanısı alarak romatoloji kliniğinde takipleri yapılmaktadır. Hastanın interstisyel akciğer hastalığı da mevcut olup rituksimab 6 ayda bir 2 gr ve mikofenolat mofetil günlük 2*2 gr tedavilerini düzenli olarak almaktadır. Hasta 3 hafta önce geçirdiği idrar yolu enfeksiyonu sonrasında gelişen sabah tutukluluğu, bel ağrısı, sol ayak 2. parmakta, sağ el 3. parmak PIF'te, sağ ayak bileği ve bilateral el bileklerinde şişlik gelişmesi nedeni ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede FABERE ve FADIR kısıtlı, sol ayak 2. parmakta daktilit, sağ el 3. parmak PIF'te, el bileklerinde, sağ ayak bileğinde artrit mevcuttu. Sakroilak MR görüntülemesi sakroiliit ile uyumlu sonuçlandı. Hastada NSAİİ'e yanıt alındı. Hastadan alınan anamnezde, özgeçmiş ve soygeçmişinde psöriazis ve inflamatuvar barsak hastalığı mevcut değildi. Hasta reaktif artrit ile uyumlu spondiloartropati (Spa) tanısı aldı.
Sonuç: MBDH sıklıkla sistemik lupus eritematozus, sistemik skleroz, sjögren sendromu ve polimiyozit gibi birden fazla bağ doku hastalığına ait bulgular ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. MBDH ile Spa birlikte görülmesi beklenen bir durum değildir. Literatürde ankilozan spondilit tanısı ile miks bağ doku hastalığı birlikteliğini bildiren çok nadir olgu sunumları bulunmaktadır. Vakamızı ilginç kılan MBDH ile Spa'ların bir arada görülmesinin yanı sıra hastanın yoğun immünsupresif tedavi altındayken rituksimab ve mikofenolat mofetil almasına rağmen yaygın artritlerinin oluşmasıdır.

Anahtar Kelimeler: artrit, miks bağ doku hastalığı, spondiloartropati

Resim 1



sağ el 3. parmak PIF artriti

Resim 2



sol ayak 2. parmakta daktilit



6 Ankara Romatoloji Yılsonu Buluşması

24-26 Aralık 2021, ANKARA

Bilimsel Sekreteryası



Hacettepe Romatoloji Derneği

Sağlık Mah. Halk Sok. No:3/2 Çankaya, Ankara

Tel: +90 312 432 52 82

info@hacetteperomatoloji.org

www.hacetteperomatoloji.org

Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon

Barbaros Mah. Begonya Sk.

Kolektif House, NidaKule Batı No:1/2

34746 Ataşehir – İstanbul

Tel : +90 216 573 18 36

E-posta : istanbul1@devent.com.tr

www.devent.com.tr