



TRASD
1947

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Sivas Şubesi



11 SİVAS • ROMATOLOJİ GÜNLERİ

BİLDİRİ ve KONUŞMA ÖZETLERİ KİTABI

KORUMAR EPHEUS OTEL
SELÇUK - İZMİR

www.sivasromatolojigunleri.org

**10-12 MAYIS
2024**

İÇİNDEKİLER

Kurullar.....	2-3
Bilimsel Program.....	4-9
Sponsorlara Teşekkürler.....	10
Konuşma Özetleri.....	11-26
Sözlü Bildiriler.....	27-43
Poster Bildiriler.....	44-49

11

SİVAS

•ROMATOLOJİ GÜNLERİ

10-12 MAYIS 2024
Korumar Ephesus Otel
Selçuk - İzmir

 **TRASD**
1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Sivas Şubesi

KURULLAR

KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Dr. Sami HİZMETLİ

TRASD Sivas Şubesi

Dr. Sami HİZMETLİ (Başkan)

Dr. Ahmet KARADAĞ (Başkan Yrd.)

Dr. Özlem ŞAHİN

Dr. Emrullah HAYTA

Dr. Sevil CEYHAN DOĞAN

Bilimsel Kurul

Dr. Sami HİZMETLİ

Dr. Ece KAPTANOĞLU

Dr. Özlem ŞAHİN

Dr. Ahmet KARADAĞ

Dr. Sevil CEYHAN DOĞAN

Dr. Ahmet Kıvanç CENGİZ

Dr. Yunus DURMAZ

Bilimsel Sekreteryaya

Dr. Ahmet KARADAĞ

Dr. Alper DOĞANCI

11

SİVAS

•ROMATOLOJİ GÜNLERİ

10-12 MAYIS 2024
Korumar Ephesus Otel
Selçuk - İzmir

 **TRASD**
1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Sivas Şubesi

BİLİMSEL PROGRAM

10 MAYIS 2024, CUMA

Saat / Salon	Salon 1
15:00 - 15:15	AÇILIŞ TÖRENİ Prof. Dr. Sami HİZMETLİ <i>Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği, Sivas Şubesi ve Sempozyum Başkanı</i>
15:15 - 16:15	PANEL 1 Oturum Başkanı: Dr. Cahit Kaçar
15:15 - 15:30	Romatoid Artrit Etiyopatogenezinde Güncelleme, Yeni Otoantikorlar Var mı? Dr. Halise Hande Gezer
15:30 - 15:45	Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesi ve Remisyonun Değerlendirilmesi Dr. Nesrin Şen
15:45 - 16:00	Erken ve Geç Dönem Romatoid Artrit Tanı ve Tedavisine Güncel Yaklaşım Dr. Sevcan Uğur
16:00 - 16:15	Soru-Cevap
16:15 - 16:45	KAHVE MOLASI
16:45 - 17:45	PANEL 2 Oturum Başkanı: Dr. Gülcan Gürer
16:45 - 17:00	Aksiyel SPA'da Prognoz Kavramı ve Belirleyicileri Dr. Kemal Erol
17:00 - 17:15	Nonradyografik SPA'da Görüntüleme ve Klinik Özellikler Dr. Duygu Tecer
17:15 - 17:30	Erken SPA Kavramı ve Yeni Tedavi Klavuzları Dr. Sevtap Acer Kasman
17:30 - 17:45	Soru-Cevap

10 MAYIS 2024, CUMA

Saat / Salon	Salon 1
17:45 - 18:45	PANEL 3 Oturum Başkanı: Dr. Simin Hepgüler
17:45 - 18:00	Osteoartrit ve Enflamasyon Dr. Ayşegül Ketenci
18:00 - 18:15	Erken Osteoartrit Kavramı ve Bu Döneme Ait Prediktif Faktörler Var mı? Dr. Simin Hepgüler
18:15 - 18:30	Osteoartritte Güncel Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımları Dr. Nilay Şahin
18:30 - 18:45	Soru-Cevap

11 MAYIS 2024, CUMARTESİ

Saat / Salon	Salon 1
08:00 - 09:00	Sözlü Bildiri Oturumu - 1 Oturum Başkanları: Dr. Ece Kaptanoğlu, Dr. Yunus Durmaz
09:00 - 10:00	PANEL 4 Oturum Başkanı: Dr. Tuncay Duruöz
09:00 - 09:15	Romatoid Artritte Genetik Riskin Hastalık Aktivitesi ve Tedavisinde Önemi Var mı? Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz
09:15 - 09:30	Romatoid Artrit Tedavisinde Neredeyiz? Yeni Yolaklar Etkili mi? Dr. Ebru Atalar
09:30 - 09:45	Komorbitesi Olan Dirençli Romatoid Artritli Olgularda Remisyon Sağlanabilir mi? Dr. Nuran Öz
09:45 - 10:00	Soru-Cevap
10:00 - 11:00	PANEL 5 Oturum Başkanı: Dr. Ayhan Kamanlı
10:00 - 10:15	Dev Hücreli Artritte Tanı ve Tedavi Güncellemesi Dr. İsmihan Sunar
10:15 - 10:30	Takayasu Artritte Tanı ve Tedavi Güncellemesi Dr. Özlem Şen
10:30 - 10:45	Anca İlişkili Vaskülitte Tanı ve Tedavi Güncellemesi Dr. Saliha Sunkak
10:45 - 11:00	Soru-Cevap
11:00 - 11:30	KAHVEMOLASI
11:30 - 12:15	UYDU SEMPOZYUMU – CELLTRION Remsima tedavisinde uzun süreli uluslararası deneyim Moderatör: Sami Hizmetli Konuşmacılar: Gülcan Gürer, Ahmet Kıvanç Cengiz

11 MAYIS 2024, CUMARTESİ

Saat / Salon	Salon 1
12:15 - 13:15	PANEL 6 Oturum Başkanı: Dr. Fatih Çay
12:15 - 12:30	Biyolojik Tedaviye Naif ve Dirençli Ankilozan Spondilit Olgularda Tedavi Yönetimi Dr. Gizem Cengiz
12:30 - 12:45	SPA'da Komorbiditelerin Erken Etkili Tedavisinde Biyolojikler Sürdürülebilir mi? Dr. Yunus Durmaz
12:45 - 13:00	Psöriatik Artrit Tedavisine Güncel Yaklaşım Dr. Kemal Nas
13:00 - 13:15	Soru-Cevap
13:15 - 14:15	ÖĞLE YEMEĞİ
14:15 - 15:15	PANEL 7 Oturum Başkanı: Dr. İlhan Sezer
14:15 - 14:30	Sklerodermada Tedavi Güncellemesi Dr. Erdal Gilgil
14:30 - 14:45	Lupusta Tedavi Güncellemesi Dr. Mehtap Kalçık Unan
14:45 - 15:00	Behçet Hastalığı Tedavisinde Güncel Yaklaşım Dr. Mehmet Çağlayan
15:00 - 15:15	Soru-Cevap
15:15 - 15:45	KAHVEMOLASI
15:45 - 16:45	PANEL 8 Oturum Başkanı: Dr. Ayhan Bilgici
15:45 - 16:00	Aksiyel SPA Tanısında Sınıflama Kriterleri Etkin mi? Dr. Hatice Şule Baklacioğlu
16:00 - 16:15	Aksiyel SPA'da Konvansiyonel DMARD'lar ve Kortikosteroidleri Kullanalım mı? Etkinlikleri Var mı? Dr. Hatice Reşorlu
16:15 - 16:30	Aksiyel SPA'da Önce TNF mi, 1L-17 mi, JAK İnhibitörleri mi? Dr. Sezgin Zontu
16:30 - 16:45	Soru-Cevap

12 MAYIS 2024, PAZAR

Saat / Salon	Salon 1
08:00 - 09:00	Sözlü Bildiri Oturumu - 1 Oturum Başkanları: Dr. Ece Kaptanoğlu, Dr. Yunus Durmaz
09:00 - 10:00	PANEL 9 Oturum Başkanı: Dr. Lale Altan
09:00 - 09:15	Septik Artritte Tanı ve Tedavi Güncellemesi Dr. Tülay Yıldırım
09:15 - 09:30	Sjögrende Tanı ve Tedavi Güncellemesi Dr. Gökhan Çağlayan
09:30 - 09:45	Dermatomiyozit Tanı ve Tedavi Güncellemesi Dr. Mustafa Dinler
09:45 - 10:00	Soru-Cevap
10:00 - 11:00	PANEL 10 Oturum Başkanı: Dr. Hüseyin Demir
10:00 - 10:15	Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Akılcı DMARD Kullanımı Dr. Nurçe Çilesizoğlu Yavuz
10:15 - 10:30	Romatolojik Hastalıkların Tedavisinde Akılcı Steroid Kullanımı Dr. Filiz Meryem Sertpoyraz
10:30 - 11:00	Kapanış



SPONSORLARIMIZA TEŞEKKÜRLERİMİZLE...



abbvie



ABDIİBRAHİM

AMGEN®

NOVARTIS

Lilly



MENARINI
Türkiye

MSD

İLKO
İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.



KONUŞMA ÖZETLERİ

ERKEN VE GEÇ DÖNEM ROMATOİD ARTRİT TANİ VE TEDAVİSİNE GÜNCEL YAKLAŞIM

Dr. Sevcan Uğur

Antalya Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği

Romatoid artrit (RA); simetrik, eroziv sinovit ve multisistem organ tutulumu ile karakterize etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, otoimmün bir hastalıktır. RA fonksiyonel durumda azalma, ciddi komorbidite, yaşam süresinde kısaltmaya neden olduğu için hastalığın erken tanısı ve tedavisi oldukça önemlidir. Günümüzde RA tanısını koyduran kesin bir test olmamasına rağmen; çok sayıda eklem tutulumu, şikayetlerin uzun süreli (>6 hafta) olması, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP), Romatoid faktör (RF) ve Anti siklik sitrüllemiş peptid antikorun (Anti-CCP) yüksek titrede pozitif olması RA tanısını destekler. Erken RA zamanı için fikir birliği bulunmamaktadır. Önceleri RA tanısından sonra radyografik hasar ve disabilite gelişinceye kadar geçen süre kabul edilirken, zamanla hastalık başlangıcından sonraki iki yılın erken RA olarak kabul edilmesi önerilmiştir. Günümüzde ise hastalık semptomlarının başlangıcından itibaren geçen üç aylık süre erken RA olarak kabul edilmektedir. 2010 ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri RA hastalarının erken sınıflandırılmasını sağlar ancak bu sınıflandırma kriterleri kendini sınırlayıcı artrit tablolarının RA olarak sınıflandırılmasına neden olabilir. Erken RA kavramından sonra Pre RA isimlendirilmesi güncel olarak üzerinde durulan bir tanımlamadır. Pre RA özellikle seropozitif olan bireylerde klinik olarak artrit gelişmeden önceki dönemi kapsamaktadır. Artraljisi olan bireylerde klinik olarak artrit olmaksızın otoantikorların pozitif olmasıdır. Özellikle Anti-CCP antikorunun pozitif olması Pre RA'nın RA'ya progresyonunda oldukça önemlidir. Pre RA olarak sınıflandırılan hastalarda ilaç tedavisi ile RA progresyonuna dönüşümün değerlendirildiği çalışmalarda dexametazon, rituximab tedavisinin RA progresyonunu engellemediği gösterilmiştir. Abatacept tedavisinin plasebo ile karşılaştırıldığı çalışmada abataceptin RA progresyonunu iki yıl önlediği gösterilmiştir. Ayrıca abatacept kullanan grupta ağrı ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinin plaseboya göre daha iyi olduğu gösterilmiştir. RA'lı hastaların tedavisinde tedavi hedefinin belirlenmesi ve bu hedefe ulaşmak için hastalar sıkı takip edilmelidir. Tedavi hedefi remisyon ve düşük hastalık aktivitesine ulaşmaktır. Tedavide farmakolojik yaklaşımlar farmakolojik olmayan yöntemlerle kombine edilmelidir. Tedavide eklem hasarını ve disabiliteyi önlemek, komorbid hastalıkların tedavisi ve kardiyovasküler olayları azaltmak ve mortaliteyi azaltmak hedeflenir.

Kaynaklar

1. Harris ED JR. Rheumatoid arthritis. Pathophysiology and implications for therapy. N Engl J Med 1990; 3;322(18):1277-1289.
2. Klareskog L, Catrina AI, Paget S. Rheumatoid arthritis. Lancet Lond Engl. 2009;373:659-72
3. Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis Cells 2020, 9, 880
4. Burgers LE, Raza K, van der Helm-van Mil AH. Window of opportunity in rheumatoid arthritis - definitions and supporting evidence: from old to new perspectives RMD Open. 2019 Apr 3;5(1):e000870.
5. Andrei-Flavius Radu and Simona Gabriela Bungau. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. Cells 2021, 10, 2857

ERKEN SPA KAVRAMI VE YENİ TEDAVİ KLAVUZLARI

Dr. Sevtap Acer Kasman

Marmara Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Spondiloartropati (SpA) kavramı tarihsel olarak ankilozan spondilit, psöriatik artrit, reaktif artrit, inflamatuvar barsak hastalığı ilişkili artrit juvenil idiyopatik artrit ve farklılaşmamış SpA hastalıklar grubunu içermektedir. SpA tanısındaki gecikmenin ise en geniş çalışmalarda kadınlarda ortalama 8,8 yıl ve erkeklerde ise 6,5 yıl olduğu öne sürülmüştür. Ancak son yıllarda manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) tanılarda desteği sayesinde hastalıklara daha erken tanı konulmaya başlandı ve "Spondiloartropatiler" kavramı artık aksiyel SpA (Ax-SpA, radyograDEV HÜCRELİ ARTERİTTE TANI VE TEDAVİ GÜNCELLEMESİ

İsmihan SUNAR

Ankara Üniversitesi FTR ABD Romatoloji BD.

Dev hücreli arterit (DHA; Horton hastalığı) büyük ve orta çaplı arterlerin segmental, non-nekrotizan granülatöz inflamasyonuna yol açan panarterittir. Aort, ana dalları ve karotis arterlerin ekstra-kranial dalları etkilenir. Merkezi sinir sistemi ve görme ilişkili olası sonuçlar nedeniyle ivedilikle yönetilmesi gereken bir durumdur (1,2).

Batı ülkelerinde, yaşlı popülasyondaki en sık vaskülitir. Kadın/erkek oranı 2-3/1'dir. Yaşamın 7. dekadında pik yapar. En çok korkulan komplikasyonu görme kaybıdır (%15-20). Görme kaybının en sık sebebi posterior silier arter oklüzyonuna bağlı gelişen anterior arterit iskemik optik nöropatidir (AION). Ani, ağrısız, kısmi ya da tam, tek ya da çift taraflı ve genellikle irreversibldir. Amarozis fugaks ve diplopi (%5) gözlenebilir. Diplopi yaklaşmakta olan görme kaybının bir ön belirtisi olabilir ve temporal arter biyopsi (TAB) pozitifliği ile ilişkilidir. İnme genellikle vertebrobaziller dağılımlıdır. Periferik nöropatiler (mononöritis multipleks) ve polinöropatiler (%7) de görülebilir. Polimiyalja Romatika ve DHA ilişkili durumlar olup, DHA'ya %10 oranında PMR, PMR'ye ise %40-50 oranında DHA eşlik edebilir (1,2).

Hastalık birbiri ile örtüşebilen iki ana klinik yansımayla presente olabilir. Bunlardan ilki kranial DHA'dır. Kranial DHA'da saçlı deride ağrı, hassasiyet, çene/dilde kladikasyon, yeni gelişimli veya karakter değiştiren baş ağrısı, diplopi gibi semptomlar olabilir. Ekstra-kranial büyük damar vaskülit predominant formda ise vertebrobaziller enfarkt, ekstremiteler kladikasyonu, akciğerde fibrozis, myokard infarktüsü gibi bulgular gözlenebilir. Her iki alt tipte de konstitüsyonel semptomlar, yorgunluk, düşük dereceli ateş ve kilo kaybı ve PMR semptomları görülebilir (3).

Adenopati, akciğer infiltrasyonları, mononöritis multipleks, parmak ucunda siyanoz, ülserasyon veya gangren, Orta Serebral Arter alanında inme, glomerülo nefrit ve hızla progresse olan serum kreatinin düzeyi olduğunda alternatif tanımlar düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda göz önüne alınması gereken durumlar; sifiliz, herpes zoster, EBV, CMV, endokardit gibi enfeksiyonlar, ateroskleroz, amiloidoz, maligniteler ve ANCA ilişkili vaskülit, poliarteritis nodosa, Behçet gibi diğer vaskülitlerdir (1).

Fizik muayenede; temporal arter palpasyonu yapılarak eritem ve endurasyon kontrol edilmelidir. Periferik arterler de palpe edilmeli, subklavian, karotid arterler ve torakal ve abdominal aorta oskültasyonu ile olası üfürümler araştırılmalıdır. Kafa derisi ve dilde nekrotik ve iskemik değişiklikler olup olmadığı incelenmeli ve gerekli hallerde fundoskopik değerlendirme yapılmalıdır (2).

DHA için 1990 Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) Klasifikasyon Kriterlerinden sonra 2022'de ACR/EULAR DHA Klasifikasyon kriterleri yayımlanmıştır (4, 5). 1990 Kriterlerindeki 50 yaş üzeri olmak, yeni başlayan lokalize baş ağrısı, temporal arter hassasiyeti veya azalmış nabız, ESR'nin 50 mm/sa üzerinde olması ve temporal arter biyopsi materyalinde nekrotizan arterit, mononükleer hücre infiltratları veya multinükleer hücrelerin eşlik ettiği granülatöz inflamasyon kriterlerinden 3'ünün pozitif olması tanı lehinedir. 2022'de geliştirilen klasifikasyon kriterleri klinik, laboratuvar, görüntüleme ve biyopsiyi içeren ağırlıklandırılmış bir algoritmaya dayanır ve sensitivitesi daha yüksek olup ekstrakranial büyük damar tutulumunu göstermekte daha iyi performans sergiler (5).

Laboratuvarda ESR ve CRP hemen hemen tüm hastalarda yükselirken, %4 hastada normal aralıkta bulunabilir. Normokrom normositik anemi, trombositoz, düşük albumin ve protein elektroforezinde yüksek alfa2 fraksiyonu ve yüksek fibrinojen görülebilir (1).

Tanı için ACR 2021 DHA Tanı ve Tedavi Kılavuzu temporal arter biyopsisini (TAB) öncelikli olarak önerirken EULAR 2023 büyük damar vaskülitlerinde görüntüleme rehberi ise temporal ve aksiller arter ultrason değerlendirilmesini ilk basamakta tavsiye etmektedir (6, 7). Bu farklılığın esas nedeni, Avrupa'da renkli doppler ultrasonla ilgili daha yaygın tecrübe olması, Amerika'da bu açıdan deneyimin henüz yeterli görülmemesidir. Halo işareti, renkli doppler ultrasonografide saptanan homojen, hipoeoik damar duvarı kalınlaşmasıdır. Kompresyon işareti ise probun uyguladığı basınç ile damar duvar kalınlaşmasının komprese edilememesidir. Bu iki ultrasonografik bulgu mevcut ise sensitivite %77, spesifisite %96'dır (8). TAB için en az 1 cm'lik temporal arter segment eksizyonu önerilir. Unilateral biyopsi sonrası kontralateral biyopsinin ek katkısı %5 olduğu için rutin önerilmemektedir. Histopatolojik olarak segmental, non-nekrotizan granülatöz inflamasyona yol açan panarterit saptanır (1).

Güncel kılavuzlar, konvansiyonel anjiyografiyi erken dönemdeki mural kalınlaşmayı gösterememesi, MR ve BT gibi yeni görüntüleme tekniklerinin gölgesinde kalması ve artmış iyonizan radyasyon yükü nedeni ile geri plana atmıştır (7).

Ekstrakranial büyük damar vaskülit şüphesi olan hastalarda MR, MRA (MR anjiyografi), BT, BTA (BT Anjiyografi), fluorodeoksiglukoz (FDG) pozitron emisyon tomografi (PET) aorta ve dallarının görüntülenmesinde kullanılabilir. MRA ve BTA'dan hangisinin üstün olduğuna ilişkin kesin bilgi bulunmamakta olup teknolojik, profesyonel ve mali dinamikler göz önüne alınarak karar verilmelidir. Epiaortik damar taraması için (karotid, subklavian, aksiller arterler) renkli doppler ultrason da yardım sağlayabilir (7).

Tedavide temel ilaç glukokortikoidlerdir (GK) ve klinik şüphe kuvvetli ise görüntüleme veya histopatolojik konfirmasyon beklenmeksizin tedavi başlanmalıdır. GK tedavinin ilk iki haftası içinde TAB sonuçlarında ciddi sensitivite ve spesifite kaybı ön görülmemektedir. Pozitif biyopsi GK başlanmasından 2 haftadan önce yapıldığında %78 hastada, 2-4 haftada yapılırsa %65, 4 haftadan sonra yapılırsa %40 hastada pozitif gelmiştir (9). TAB sonuçları segmental tutulum, GK tedavisinin etkisi, kısa örnek alınması veya ekstra-kraniyel tutulumun ön planda olması gibi nedenlerle negatif sonuç verebilir. Temporal arter renkli doppler ultrason değerlendirmenin de GK başlandıktan itibaren ilk hafta içinde en erken süreçte yapılması önerilir (8). Tedavi ile ilişkili hem ACR hem de EULAR'ın güncel önerileri bulunmaktadır. EULAR başlangıç tedavisinde günlük 40-60 mg/gün prednizon dozunu önerirken, ACR 1 mg/kg prednizon eş değeri yüksek doz oral kullanımı (max 80 mg/gün) koşullu olarak önermektedir. Alternan doz rejimi önerilmemektedir. Görme kaybı gibi iskemik semptomları olan hastalarda 3 gün ardışık 250-1000 mg/gün pulse tedavi sonrası oral GK ile tedaviye devam edilir. Steroid doz azaltımı için remisyon indüksiyonu sonrası 2 haftada bir 10 mg azaltarak 20 mg'a düşüş, takiben 10 mg dozuna kadar 2-4 haftada bir 2,5 mg doz azaltımı ve takibinde 1-2 ayda bir 1 mg'lık azaltmalar önerilmektedir (10). Yüksek doz GK ilişkili katarakt, enfeksiyon, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz, osteonekroz gibi yan etkiler gelişmesi halinde veya GK-ilişkili yan etki riski yüksek olan (düzensiz diyabet veya kırık öyküsü...) olan hastalarda GK-azaltıcı tedaviler düşünülebilir. Metotreksat (MTX) ve tosilizumab bu amaçla kullanılabilir. ACR Kılavuzu yeni tanı DHA hastalarında tosilizumabın GK'le kombine kullanımını koşullu olarak GK monoterapisine üstün tutmuştur (6). Tosilizumab 162 mg/hafta veya aylık intravenöz infüzyon ile uygulanabilir. Hastalar enfeksiyon, sitopeni, karaciğer fonksiyon test bozukluğu, divertikülit ve gastrointestinal perforasyon gibi yan etkiler açısından dikkatle izlenmelidir. Tedaviye genellikle en az 12-18 ay kadar devam edilir. Akut faz yanıtını baskıladığından takip klinik bulgular ve büyük damar tutulumu söz konusu ise görüntüleme ile yapılmalıdır. MTX ise RA dozunda kullanılmaktadır. Anti-TNF'lerle yapılan çalışmalarda olumlu yanıt elde edilememiştir. Leflunomid, azatioprin gibi ajanlarla ilgili çalışmaların ise kanıt düzeyi yüksek değildir (11). DHA için uzun dönemde mortalite hızında artış saptanmamıştır. Ölüm hastalığın direkt etkisine bağlı olmayıp daha çok ateroskleroz nedeni ile gerçekleşir. Prognostik olarak kranial DHA ve ekstrakranial büyük damar vaskülitli olan DHA formunda bazı farklılıklar gözlenmektedir. Büyük damar vaskülitli olan hastalara daha yüksek kümülatif GK dozuna maruz kalırlar, relaps daha siktir, daha fazla yardımcı immün süpresör tedavi gereksinimi duyarlar, takipte aort anevrizması daha siktir ve torasik aort ruptürü nedeniyle hafifçe artmış mortalite oranları bildirilmiştir (3).

KAYNAKLAR

1. Salvaroni C, Muratore F. (2024). Diagnosis of giant cell arteritis. Uptodate. Retrieved April 2024 from https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-giant-cell-arteritis?search=horton&source=search_result&selectedTitle=1%7E124&usage_type=default&display_rank=1
 2. Salvaroni C, Muratore F. (2024). Clinical manifestations of giant cell arteritis. Uptodate. Retrieved April 2024 from https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-giant-cell-arteritis?search=horton&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
 3. Pugh D, Karabayas M, Basu N, Cid MC, Goel R, Goodyear CS, et al. Large-vessel vasculitis. Nat Rev Dis Primers. 2022;7(1):93.
 4. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, Edworthy SM, Fauci AS, Leavitt RY, Lie JT, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum. 1990 Aug;33(8):1122-8.
 5. Ponte C, Grayson PC, Robson JC, Suppiah R, Gribbons KB, Judge A, Craven A, Khalid S, Hutchings A, Watts RA, Merkel PA, Luqmani RA; DCVAS Study Group. 2022 American College of Rheumatology/EULAR Classification Criteria for Giant Cell Arteritis. Arthritis Rheumatol. 2022 Dec;74(12):1881-1889.
 6. Maz M, Chung SA, Abril A, Langford CA, Gorelik M, Guyatt G, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. Arthritis Rheumatol. 2021 Aug;73(8):1349-1365.
 7. DeJaco C, Ramiro S, Bond M, et al EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 07 August 2023.
 8. Duftner C, DeJaco C, Sepriano A, Falzon L, Schmidt WA, Ramiro S. Imaging in diagnosis, outcome prediction and monitoring of large vessel vasculitis: a systematic literature review and meta-analysis informing the EULAR recommendations. RMD Open. 2018 Feb 2;4(1):e000612.
 9. Narváez J, Bernad B, Roig-Vilaseca D, García-Gómez C, Gómez-Vaquero C, Juanola X, Rodríguez-Moreno J, Nolla JM, Valverde J. Influence of previous corticosteroid therapy on temporal artery biopsy yield in giant cell arteritis. Semin Arthritis Rheum. 2007;37(1):13-9.
 10. Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis In Rheumatology 8th Edition (2022) Editors: Marc C. Hochberg, Ellen M Gravallese, Josef S. Smolen, Desiree van der Heijde, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman. P:1459
 11. Salvaroni C, Muratore F. (2024) Treatment of giant cell arteritis. Uptodate. Retrieved April 2024 from https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-giant-cell-arteritis?search=horton&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
- fik ve non-radyografik) ve periferik SpA olarak sınıflanmaktadır. Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) bu sınıflamayı geliştirilirken inflamatuvar bel ağrısı sınıflama kriterleri ve sakroiliak eklem ve omurganın manyetik rezonans görüntülemeleri tanımlamıştır. ASAS yakın zamanda bir "erken AxAxSpA" tanımlaması da yayınladı: semptomların başlangıcından itibaren 2 yıl içinde olanlar hastalar.

Erken hastalıkta erken müdahalenin romatoid artritte iyi sonuçları olsa da SpA grubundaki sonuçlar kesinlik kazanmamıştır. Hipotezler, hayvan deneyleri ve gözlemsel çalışmalar üzerine tahminler, erken tedavinin semptomların ve belirtilerin daha erken azalması sağlayacağını destekler niteliktedir. İnflamasyonun (CRP ve/veya MRG) erken kontrolünün daha iyi radyografik sonuçlarla ilişkili olduğunu gösteren bazı dolaylı kanıtlar da mevcuttur. Daha kısa hastalık süresinin non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlara (NSAİİ'lere) ve TNF inhibitörlerine daha iyi yanıtla ilişkili olduğuna dair kanıtlar olsa da; erken tedavinin AxSpA'da radyografik ilerlemenin azalmasına yol açtığına dair kanıtlar ise hala beklenmektedir. Hastalık modifiye edici ajanlarla (DMARD) erken tedavinin fonksiyonel bozulmayı ve yapısal hasarı önleyip önlemediği yani "fırsat penceresi" kavramı kesinlik kazanmamıştır. Ayrıca ekstraartiküler manifestasyonların oluşumu ile ilgili veri eksikliği de mevcuttur.

SpA'da tedavinin amaçları semptomların kontrol altına alınması, inflamasyonun kontrol altına alınması, yapısal hasarın önlenmesi, fonksiyonun korunması, sosyal katılımın korunması ve mümkün olan en iyi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini sağlamaktır. Tedavi hedefi klinik remisyon veya inaktif hastalık olmalıdır. Bununla birlikte inflamatuvar barsak hastalığı, psoriasis ve üveit gibi extra-muskuloskeletal manifestasyonlar da kontrol altına alınmalıdır. ASAS ve (The European Alliance of Associations for Rheumatology) EULAR 2022 de AxSpA için tedavi önerilerini güncelledi. Tedavinin belirti ve semptomlara (aksiyel, periferik, extra-muskuloskeletal manifestasyonlar), komorbiditelere ve psikososyal faktörler dahil olmak üzere hasta özelliklerine göre bireyselleştirilmesi gerektiğini önermiştir. Non-farmakolojik tedavide eğitimin, düzenli egzersizin, sigaranın bırakılmasının ve yaşam tarzı değişikliklerinin gerekliliğini vurgulanmıştır. Farmakolojik tedavide NSAİİ'ler kontraendikasyon yoksa ilk sırada önerilir. NSAİİ'lerin semptomatik hastada kullanımını desteklemiştir. Seçilmiş hastalarda glukokortikoidlerin, konvansiyonel sentetik DMARD'ların, parasetamol ve opioid analjeziklerin yeri olabilir. Bu tedavilerle kontrol altına alınamayan aktivitede ise biyolojik veya hedefe yönelik DMARD (b/tsDMARD) tedaviler önerilmektedir. Bu b/tsDMARD'lar olarak TNFi, IL-17i veya JAKi belirtilmiş, geleneksel tedavilere rağmen yüksek hastalık aktivitesi olan hastalarda düşünülmesi gerektiği yayınlanmıştır. Mevcut uygulamada öncelikle bir TNFi veya IL-17i başlatmak önerilmektedir. Ekstraartiküler manifestasyonların b/tsDMARD seçiminde dikkate alınması önerilir: Tekrarlayan üveit veya aktif inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü varsa monoklonal bir TNFi önerilirken, ciddi sedef hastalığı olan hastalarda da IL-17i önerilmektedir. Tedavinin etkinliği ve devamı içinse klinisyenlerin kompozit ölçeklerden ASDAS veya BASDAI'yi kullanabileceği belirtilir. b/tsDMARD'ların erken SpA'da özellikle de non-radyografik SpA'da hangi hedeflere etkisinin olduğunun gösterilebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

TAKAYASU ARTERİTTE TANI VE TEDAVİ GÜNCELLEMESİ

Dr. Özlem Şen

Kayseri Şehir Hastanesi

Vaskülit kavramı damar lümeninin parsiyel ya da total oklüzyonu, anevrizma oluşumu ve distal organ fonksiyonunun bozulması ile sonuçlanan damar duvarının enflamasyonu ile karakterize bir grup olayı içerir.

Hem damar duvar bütünlüğünün kaybı sonucu kanama hem de lümen yapısının bozulması ile iskemi ve nekroz ile sonuçlanabilir. Semptomatik tutulum etkilenen organların görevlerini yansıtır ve organların dağılımı, belirli bir vaskülit tipini işaret edebilir.

Vaskülit Sınıflaması

Vaskülit, eski zamanların bir hastalığıdır ve aterosklerozun tanımlanmasından çok önce 1815'te yayınlanan bir sifilitik aortit vakası ilk örnektir.

Yaklaşık iki yüz yıl sonra, vaskülitlerin nasıl en iyi sınıflandırılacağı sorusu hala varlığını sürdürmektedir.

Vaskülitlerin sınıflandırılması ile ilgili ilk girişim, 1952'de yayınlanan Zeek'in çalışmasıdır

1990 ACR sınıflaması

1994 Chappel Hill Konsensus Konferansı sınıflaması

2012 Chappel Hill Konsensus Konferansı sınıflaması (revize edilmiş) mevcut olup yaygın olarak bu kullanılmaktadır. Bu sınıflamaya göre vaskülitler:

Büyük Damar Vaskülit

Orta Damar Vaskülit

Küçük Damar Vaskülit

Değişken Damar Vaskülit

Tek Organ Vaskülit

Sistemik Hastalıklarla İlişkili Olan Vaskülit

Olası Etiyolojilerle Birlikte Olan Vaskülit olarak sınıflandırılır.

Takayasu Arteriti

Epidemiyoloji: Genç kadınlarda görülür.

(Türkiye 8,1/2 çeşitli kohortlarda 1.6: 1 to 8.4: 1)

20-30 yaş

(Çocuklarda ve 60 yaşından sonra da ortaya çıkabilir)

Uzak Doğu ve Asya ülkelerinde daha sık

Türkiye'de Behçet hastalığından sonra ikinci en sık sistemik vaskülit olduğu tahmin edilmektedir.

Klinik:

Genel semptomlar; ateş, gece terlemesi, yorgunluk, artralji, miyalji, kilo kaybı olabilir.

Kabaca 3 evreden oluşur;

Evre 1; Nabızsızlık öncesi evredir. Yapısal belirtilerle karakterizedir. Damar duvarındaki inflamasyona bağlı üfürüm duyulabilir.

Evre 2; Aktif damar enflamasyonuna bağlı damarın lokalizasyonunda ağrı ile karşımıza çıkar. Boyun ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, bazen de ekstremitte ağrısı şeklinde görülebilir. Karotis arter trasesinde ağrı, duyarlılık olması, gömlek veya kazak yakasının teması ile boyunda ağrı olması veya var olan ağrının artması en klasik belirtilerden birisidir (karotidinia)

Evre 3; Damar duvarında inflamasyonun minimal düzeyde olduğu, buna inflamasyonun yerini fibrozise bıraktığı dönemdir. Organlarda iskemi bulguları ve fizik muayende aşikâr derecede üfürümler ortaya çıkmaktadır.

Tutulan damarlara göre semptomlar şu şekildedir:

Subkalvien; Kol ağrısı, fenomeni

Kommon Karotis; Vizüel semptomlar, TIA, stroke, senkop

Vertebral; Vizüel semptomlar, baş dönmesi

Abdominal Aorta; Karın ağrısı, bulantı, kusma

Renal; HT, böbrek yetmezliği

Aortik Ark; Aort yetmezliği, KKY

Çölyak trunkus; Karın ağrısı, bulantı, kusma

Mezenter Arter; Karın ağrısı, bulantı, kusma

İliak; Bacakta kladikasyo

Pulnoner; Atipik göğüs ağrısı, dispne

Koroner; Göğüs ağrısı, MI

Yani hastalık nörolojik, gastrointestinal, kardiyak şikayetlere neden olabilir. Ayrıca göz tutulumu ve kas -iskelet semptomlarına da neden olabilir.

Takayasu Arteriti sınıflamasında 1990 ACR ve 2022 ACR/EULAR sınıflaması mevcuttur.

Tanı:

Tanıda klinik ile labaratuvar ve görüntüleme önemlidir.

Laboratuvar; CRP ve sedimantasyon (Hastalığın aktif döneminde yükselir ancak %25-30 normal olabilir, nonspesifik)

Anti aorta ve anti endotel antikorların yüksekliği gösterilmiş ancak hastalığa spesifik bulunmamış.

Pentraksin -3 (PTX3) çalışılmış ancak yeri net değil.

TAK gelişimi için genetik risk faktörü HLA-B52 ilk tanımlanan ve en güçlü olanıdır.

Görüntüleme;

Konvansiyonel anjiyografi

Doppler USG

MRA

BTA

PET-CT kullanılabilir.

- Damar duvarında homojen kalınlaşma ve lümeninde değişiklikler
- Erken enflamatuvar bulgular; damar duvarı kalınlaşması ve mural enflamasyon
- Geç komplikasyonlar; stenoz, oklüzyon ve anevrizma

Takayasu Arteriti Değerlendirmesinde Kompozit Ölçütler;

Kerr (NIH) Kriterleri (herhangi 2 tanesi):

Konstitüsyonel bulgular

Akut-faz yanıtı

Vasküler iskemi ya da inflamasyon bulguları:

Klodikasyon azalmış/kaybolmuş nabızlar, üfürüm, vasküler ağrı asimetrik KB ölçümü

Tipik anjiyografik özellikler

Tedavi:

Cerrahi endikasyon;

- Renal arter stenozuna bağlı refrakter HT
- Aort koartasyonu ve çıkan aorta dilatasyonu ve / veya AY
- İskemik kalp hastalığı
- Serebral iskemi
- Mezenter iskemi

Ciddi ekstremitte tehdit edici kladikasyo

Tedavide 2018 EULAR önerileri;

Aktif hastalıkta remisyon indüksiyonu için yüksek doz glukokortikoid (GC) tedavisi (40-60 mg/gün prednizon eşdeğeri) hemen başlatılmalıdır. Hastalık kontrol altına alındığında, GC dozunun 2-3 ay içinde 15-20 mg/gün hedef doza ve 1 yıl sonra ≤10 mg/gün olacak şekilde azaltılmalıdır.

Konvansiyonel DMARD olarak metotreksat, azotioprin, mikofenolat mofetil, leflunomid ve siklofosamid verilebilir.

Tosilizumab veya TNF-inhibitörleri, konvansiyonel DMARD tedavisine rağmen nükseden veya refrakter hastalık durumunda düşünülebilir. Relapslarda steroid dozu arttırılmalı.

6 aydır remisyonunda olan ve hedef glukokortikoid dozuna düşmüş hastalarda anti TNF tedavi azaltılabilir.

Antiplatelet veya antikoagülan tedavi, başka nedenlerle (örneğin koroner kalp hastalığı veya serebrovasküler hastalık vb.) endike olmadıkça Takayasu Arteriti tedavisi için rutin olarak kullanılmamalıdır.

Elektif endovasküler girişimler veya rekonstrüktif cerrahi, stabil remisyon evrelerinde gerçekleştirilmelidir.

Tedavide 2021 ACR/VF önerileri;

Yüksek doz (1mg/kg'dan) prednizon başlanması önerilir.

Başlangıç DMARD olarak metotreksat, azotioprin veya TNF-inhibitörleri önerilir.

Refrakter hastalıkta DMARD değişikliği önerilir. TNF-inhibitörleri tosilizumab a göre öncelikli önerilir.

En az 6-12 aydır remisyonunda olan hastalarda steroid dozuna azaltmayı düşün.

Aktif ve kritik kraniyal veya vertebrobaziler tutulumu olan hastalar için şartlı olarak aspirin veya başka bir antiplatelet tedavi eklenmesini önerilir.

Elektif endovasküler girişimler veya rekonstrüktif cerrahi, stabil remisyon evrelerinde gerçekleştirilmelidir.

ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİTLER: SINIFLANDIRMA VE TEDAVİYE GÜNCEL BAKIŞ

Uzm. Dr.Saliha Sunkak

Kayseri Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ,Romatoloji Kliniği

Anti-Nötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) pozitif vaskülitler,nadir görülen hastalıklardır;mortalite ve morbiditeleri yüksek olması nedeni ile romatolojik hastalıklar arasında önemli bir yer tutar.Klinik bulgular izole organ tutulumundan hayati tehdit edici sistemik tutulumu kadar geniş bir spektrumda görülebilir. AAV'ler içerisinde esas olarak Granülamatozlu PolianjiitisGPA, Mikroskopik polianjiitis (MPA) ve Eosinofilik Granülamatozlu Polianjiitis(EGPA) yer almakta ancak bazı kaynaklarda renal limited form da AAV sınıflaması içinde kendine yer bulabilmektedir.

Glukokortikoidler ile siklofosfamidin kullanıma girmesi ile ANCA ilişkili vaskülitler hayati tehdit eden hastalıklar olmaktan çıkıp tedavi edilebilir duruma geldiler. Klasik olarak hayati organ tutuluşu yapmış AİV'lerin remisyon indüksiyon tedavisinde siklofosfamid, rituksimab ve yüksek doz kortikosteroid kullanılmaktadır. Hayati olmayan tutuluşlarda, metotreksat, azatioprin, mikofenolat mofetil gibi ajanlar kullanılabilir. İdame tedavide azatioprin, mikofenolat mofetil, rituksimab, uygun olgularda metotreksat kullanılır. Yakınlarda tamamlanmış çalışmalar son dönem böbrek yetmezliği gelişimi üzerine plazma değişiminin etkisinin olmadığı şeklinde sonuçlansa da,uygun aktif AİV'li hastalarda plazma değişimi seçilecek tedavi şekillerinden biri olabilir.

Bu tedavilerin %80 ila %90 gibi yüksek remisyon oranları olmasına rağmen, 5 yıllık mortalite %10 ila %20 arasında hala yüksektir. ANCA ilişkili vaskülitli hastalarda tedaviye bağlı enfeksiyonlar ve kardiyovasküler hastalıklar, aktif vaskülit ile birlikte başlıca ölüm nedenleridir. Son 40 yıl içinde immü- nosupresif tedaviler tekrar tanımlanarak toksisite azaltılmaya çalışılmıştır. Rituksimab sayesinde ANCA ilişkili vaskülitlerde çığır atlanmıştır ancak hala karşılanmamış bir ihtiyaç vardır. Bunun sebebi immünosupresif tedavi devam etse bile beş yıl içinde hastaların çoğunda hastalığın tekrarlamasıdır. Ayrıca, hastaların bir kısmı mevcut tedavilerin tümüne karşı dirençli olabilirler. İlaç toksisitesi, mortaliteyi ve hasarı artıran diğer bir faktördür. Özellikle tedavide kullanılan, aktif AİV'de kullanılmak zorunda kalınan ajanlardan birisi de kortikosteroidlerdir. Gerek indüksiyon gerek idame tedavide hastanın bireysel özelliklerine göre doz ve sürede kullanılan rituksimabın daha etkin kullanılması ve avacopan gibi yeni ajanların kullanımı kortikosteroid ihtiyacını azaltmaktadır.

BIYOLOJİK TEDAVİYE NAİF VE DİRENÇLİ ANKİLOZAN SPONDİLİT OLGULARDA TEDAVİ YÖNETİMİ

Dr. Gizem Cengiz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD / Romatoloji BD, Kayseri

Aksiyal spondiloartrit (axSpA), en temel özellik olarak sakroiliak eklemler ve omurgayı etkileyen, HLA-B27 antijeni ile ilişkisi olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Radyografik olmayan axSpA ve radyografik axSpA veya ankilozan spondilit (AS) hastalığının iki ana formlarını temsil etmektedir. Aksiyal tutulumun yanı sıra bazı hastalarda periferik eklem tutulumu görülür ve sıklıkla asimetrik mono artrit veya oligo artrit şeklinde olup ve ağırlıklı olarak alt ekstremit eklemlerini etkileme eğilimi göstermektedir. Entezit, daktilit, akut anterior üveit, psöriazis ve inflamatuvar bağırsak hastalığı olarak Crohn hastalığı ve ülseratif kolit gibi tutulumlar hastalığın en tipik eklem dışı belirtileridir. AxSpA tanısında ve tedavisinde son iki dekatta büyük gelişmeler görüldü. Ankilozan spondilitte biyolojik DMARD'ların yapısal hasarın durdurulması ve ilerlemesi üzerindeki etkisine ilişkin yeni veriler, remisyona giren hastalarda TNF inhibitörlerinde dozun azaltılmasına veya tedavinin durdurulmasına ilişkin araştırmalar, axSpA'da hedefe yönelik tedavi stratejisi, tedavisi zor aksiyal spondiloartrit ve yeni moleküllerde faz III çalışmaları axSpA ile ilgili çok önemli konulardır. Biyolojik ilaçların (bDMARD) ve hedefe yönelik sentetik DMARD'ların (tsDMARD') geliştirilmesiyle son yıllarda tedavi önemli ölçüde değişti ve gelişti.

Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) veya Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS) ile yapılır. AxSpA tedavisi için remisyon temel hedefi oluşturmaktadır, ancak bu başarılmadığı takdirde düşük hastalık aktivitesi hedeflenir. Aksiyel spondiloartritin hem radyografik hem de radyografik olmayan formları için remisyon, düşük BASDAI skoru ve normal CRP değeri veya düşük ASDAS şeklinde tanımlanmıştır. 2029 Amerikan Romatoloji Koleji (ACR), Amerika Spondilit Derneği (SAA) ve Spondiloartrit Araştırma ve Tedavi Ağı (SPARTAN) tedavi önerilerinde AS ve radyografik olmayan aksiyal SpA için tedavi öneriler benzer olup NSAID kullanımı aktif hastalık şiddeti, eşlik eden komorbiditelere, örneğin gastrointestinal, böbrek ve kardiyovasküler hastalık varlığına göre karar verilir. İlk biyolojik ajan olarak TNFi önerilmektedir. İlk TNFi'ye birincil yanıt alınamayan hastalarda ikinci bir TNFi kullanımı yerine Secukinumab veya ixekizumab önerilmektedir. TNFi, secukinumab ve ixekizumab, tofacitinib'e tercih edilir. Sülfasalazin veya metotreksat yalnızca belirgin periferik artriti olan vakaların tedavisinde veya TNFi'nin kullanılmadığı durumlarda önerilmiş. Literatür verileri, remisyon veya düşük hastalık aktivitesi ulaşıldıktan sonra TNFi'nin kesilmesinin, hastaların %60-74'ünde, bazen de tedavinin kesilmesinden sonraki birkaç hafta ila aylar içinde relapslarla sonuçlandığını ortaya konulmuştur.

Aksiyel spondiloartritin tedavisi için ASAS-EULAR önerileri: 2022 güncellemesinde ise AS hastalarının tedavisi için biyolojik DMARD'ların diğer bir isimle TNFi, interlökin-17 inhibitörleri (IL-17i), ve tsDMARD'ler, yani Janus kinaz inhibitörleri endikasyonuna yer verilmektedir. Hastalık Aktivite Skoru $\geq 2,1$ ve başarısız ≥ 2 NSAID ve aynı zamanda yüksek C reaktif protein, veya sakroiliak eklem MRI'da inflamasyonun veya radyografik sakroiliit varlığının bulunması öneriliyor. Mevcut olan önerilerde bir TNFi veya IL-17i başlatmaktır. Üveit veya inflamatuvar barsak hastalığı tedavisinde ise monoklonal TNFi ve ciddi psöriazis varlığında IL-17i önerilmektedir. Tedavi başarısızlığı, tanının yeniden değerlendirilmesini ve komorbiditelerin varlığının dikkate alınmasını önermektedir.

Kaynaklar:

- 1- Sieper, Joachim, and Denis Poddubnyy. "Axial spondyloarthritis." The Lancet 390.10089 (2017): 73-84.
- 2- Ward, Michael M., et al. "2019 update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis." Arthritis & rheumatology 71.10 (2019): 1599-1613.
- 3- Ramiro, Sofia, et al. "ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update." Annals of the rheumatic diseases 82.1 (2023): 19-34.

SPA'DA KOMORBİTELERİN ERKEN ETKİLİ TEDAVİSİNDE BİYOLOJİKLER SÜRDÜRÜLEBİLİR Mİ?

Dr. Yunus Durmaz

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği

Spondiloartrit (SpA) terimi, esas olarak aksiyal iskeleti etkileyen inflamatuvar romatizmal hastalıkları kapsamaktadır. Doğrudan SpA hastaları ile ilişkili olan bu belirtilerin yanı sıra, klasik olarak "komorbiditeler" olarak adlandırılan başka belirgin ek antitelerden de muzdarip olabilirler. Komorbiditeler baştan beri var olabilir ve ya hastalığın klinik seyri sırasında ortaya çıkabilir. Romatizmal hastalıklarda komorbiditelerin etkisine ilişkin kanıtların çoğu RA çalışmalarından gelmektedir.

Çalışmalarda osteoporoz, SpA'da oldukça yaygın bir komorbiditedir ve genel popülasyona göre yüksek sıklıkta görülür. Çalışmalar SpA'da; hastalık seyri boyunca en az bir kez BMD ölçümü yapılması gerektiğini desteklemektedir. SpA'lı hastalarda inflamasyonun varlığına bağlı olarak kardiyovasküler (KV) risk de artmaktadır. Bu hastalarda sigarayı bırakmanın teşvik edilmesi ve KV riskin periyodik olarak değerlendirilmesi gerektiği konusunda fikir birliği vardır. Kanseri durumunda, SpA'ya özgü artan bir risk yok gibi görünmektedir. Ancak SpA tedavileri, örn., P-UVA; TNFi ile ilgili veriler tartışmalıdır. Yine, enfeksiyon riski ile ilgili olarak, RA ile karşılaştırıldığında veriler seyrektiler.

Bu komorbiditeler için sistematik tarama, komorbid SpA hastalarında kısa ve uzun vadeli sonuçları iyileştirebilir (1).

Kaynak

1.Moltó A, Nikiphorou E. Comorbidities in Spondyloarthritis. Front Med (Lausanne). 2018 Mar 12;5:62. doi: 10.3389/fmed.2018.00062. PMID: 29594122; PMCID: PMC5857562.

SLE TEDAVİ GÜNCELLEMESİ

UPDATES ON SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS TREATMENT

DR. Mehtap Kalçık Unan

Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi FTR AD/Romatoloji BD

2023 EULAR SLE tedavisi önerileri

Genel ilkeler

A. SLE, hasta ve topluma olan maliyetleri dikkate alarak, hasta eğitimi ve ortak karar verme ile multidisipliner, bireyselleştirilmiş yönetim gerektirir.

B. SLE hastalığı aktivitesi, her klinik ziyarette, organ hasarının değerlendirilmesiyle (en az yılda bir kez), valide edilmiş araçlar kullanılarak değerlendirilmelidir.

C. Güneşten korunma, sigarayı bırakma, sağlıklı, dengeli beslenme, düzenli egzersiz ve kemik sağlığını geliştirmeye yönelik önlemler dahil olmak üzere farmakolojik olmayan müdahaleler, uzun vadeli sonuçları iyileştirmek için önemlidir.

D. Farmakolojik müdahaleler hasta özellikleri, organ tutulumunun tipi ve şiddeti, tedaviye bağlı zararlar, komorbiditeler, ilerleyici organ hasarı riski ve hasta tercihleri ile yönlendirilir.

E. Erken SLE teşhisi, organ tutulumu için düzenli tarama, remisyon amaçlayan tedavinin derhal başlatılması ve tedaviye sıkı sıkıya bağlı kalma, alevlenmeleri ve organ hasarını önlemek, prognozu iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için gereklidir.

Bireysel öneriler

1. Hidroksiklorokin, kontrendike olmadıkça tüm hastalar için (1b/A) 5 mg/kg gerçek vücut ağırlığı/gün (2b/B) hedef dozda önerilir, ancak alevlenme (2b/B) ve retina toksisitesi riskine göre bireyselleştirilir.

2. Glukokortikoidler, gerekirse, organ tutulumunun türüne ve ciddiyetine (2b/C) göre dozlanır ve ≤5 mg/gün (prednizon eşdeğeri) (2a/B) idame dozuna düşürülmeli ve mümkün olduğunda geri çekilmelidir; orta ila şiddetli hastalığı olan hastalarda, intravenöz metilprednizolon pulsarı (günde 125-1000 mg, 1-3 gün boyunca) (3b/C) düşünülebilir.

3. Hidroksiklorokine yanıt vermeyen hastalarda (tek başına veya glukokortikoidlerle kombinasyon halinde) veya glukokortikoidleri kronik kullanım için kabul edilebilir dozların altına indiremeyen hastalarda, immünomodüle edici/immünosüpresif ajanların (örneğin, metotreksat (1b/B), azatiyoprin (2b/C) veya mikofenolat (2a/B)) ve/veya biyolojik ajanların (örneğin, belimumab (1a/A) veya anifrolumab (1a/A)) eklenmesi düşünülmelidir.

4. Organı tehdit eden veya hayatı tehdit eden hastalığı olan hastalarda intravenöz siklofosfamid (2b/C) düşünülmelidir; refrakter vakalarda rituksimab (2b/C) düşünülebilir.

5. Aktif cilt hastalığının tedavisi, ikinci basamak tedavi olarak kabul edilen anifrolumab (1a/A), belimumab (1a/B), metotreksat (1b/B) veya mikofenolat (4/C) ile birlikte gerektiğinde topikal ajanları (glukokortikoidler, kalsinörin inhibitörin inhibitörleri) (2b/B), antimalaryaller (hidroksiklorokin, klorokin) (1a/A) ve/veya sistemik glukokortikoidleri (4/C) içermelidir.

6. SLE'ye atfedilen aktif nöropsikiyatrik hastalıkta, enflamatuvar belirtiler için glukokortikoidler ve immünsüpresif ajanlar (1b/A) ve aterotrombotik/antifosfolipid antikorları (aPL) ile ilişkili belirtiler (2b/C) için antiplatelet ajanlar/antikoagülanlar düşünülmelidir.

7. Şiddetli otoimmün trombositopeninin akut tedavisi için, yüksek doz glukokortikoidler (intravenöz metilprednizolon pulsarı dahil) (4/C), IVIG (4/C) ve/veya rituksimab (2b/B) ve/veya yüksek doz intravenöz siklofosfamid (4/C) ve ardından rituksimab (2b/B), azatiyoprin (2b/C), mikofenolat (2b/C) veya siklosporin (4/C) ile bakım tedavisi düşünülmelidir.

8. Aktif proliferatif lupus nefriti olan hastalar düşük doz (EuroLupus) intravenöz siklofosfamid (1a/A) veya mikofenolat (1a) ve glukokortikoidler (intravenöz metilprednizolon pulsarı ve ardından daha düşük oral dozlar) almalıdır; belimumab (siklofosfamid veya mikofenolat (1b/A) ile) veya kalsinörin inhibitörleri (özellikle voklosporin veya takrolimus, mikofenolat, 1b/A ile birlikte) ile kombinasyon tedavisi düşünülmelidir.

9. Böbrek yanıtını takiben, LN tedavisi en az 3 yıl (2b/B) devam etmelidir; başlangıçta tek başına veya belimumab veya kalsinörin inhibitörü ile kombinasyon halinde mikofenolat ile tedavi edilen hastalar bu ilaçlarla devamı (1a/A), mikofenolat veya azatiyoprin ise başlangıçta tek başına siklofosfamid (1a) veya belimumab (1a/A) ile kombinasyon halinde tedavi edilenler için siklofosfamidin yerini almalıdır.

10. Böbrek yetmezliği için yüksek risk altındaki hastalarda puls intravenöz metilprednizolon ile kombinasyon halinde yüksek doz (NIH) intravenöz siklofosfamid (1a/A) düşünülebilir.

11. Sürekli remisyon elde eden SLE'li hastalarda, önce glukokortikoidlerin geri çekilmesi (2a/B) ile tedavinin kademeli olarak azaltılması düşünülmelidir.

12. Trombotik antifosfolipid sendromu (APS) ile ilişkili SLE, ilk arteriyel veya venöz trombotik olaydan (1b/B) sonra uzun süreli K vitamini antagonistleri ile yönetilmelidir; yüksek riskli aPL profili (2a/B) olan SLE'li/APS'siz hastalarda düşük doz aspirin (75-100 mg/gün) düşünülmelidir.

13. Enfeksiyonların önlenmesi (herpes zoster virüsü, insan papilloma virüsü, influenza, COVID-19 ve pnömokok), kemik sağlığının yönetimi, nefroproteksiyon ve kardiyovasküler risk ve malignitelerin taranması için bağışıklamalar yapılmalıdır (5/D).

Kaynaklar

Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, Boletis J, Bruce IN, Cervera R, Doria A, Dörner T, Furie RA, Gladman DD, Houssiau FA, Inês LS, Jayne D, Kouloulas M, Kovács L, Mok CC, Morand EF, Moroni G, Mosca M, Mücke J, Mukhtyar CB, Nagy G, Navarra S, Parodis I, Pego-Reigosa JM, Petri M, Pons-Estel BA, Schneider M, Smolen JS, Svenungsson E, Tanaka Y, Tektonidou MG, Teng YO, Tincani A, Vital EM, van Vollenhoven RF, Wincup C, Bertsias G, Boumpas DT. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2024 Jan 2;83(1):15-29. doi: 10.1136/ard-2023-224762. PMID: 37827694.

AKSİYEL SPONDİLOARTRİT SINIFLAMA KRİTERLERİ ETKİN Mİ?

Dr. Hatice Şule Baklacioğlu

Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastalıkları Hastanesi, Samsun

Spondiloartropatiler, inflamatuvar bel ağrısı, periferik artrit, entezit, üveit, psoriasis ve inflamatuvar bağırsak hastalığı (IBD) gibi ortak klinik özellikleri paylaştan kronik romatizmal hastalıklardır.

SpA kavramı, birbirleriyle ilişkili ancak farklı bozuklukları kapsar: aksiyel spondiloartrit (axSpA), psoriatik artrit (PsA), reaktif artrit (ReA), IBD ilişkili artrit ve tanımlanamayan spondiloartrit. Özellikle axSpA, esas olarak SİE (sakroiliak eklem) ve omurgayı etkileyen kronik inflamatuvar hastalıklar grubudur. AxSpA genellikle iki klinik antiteyi içerir: radyografik olmayan axSpA (nr-axSpA) ve radyografik axSpA (r-axSpA).

Sınıflama kriterleri, klinik ve epidemiyolojik çalışmalar için oldukça homojen bir hasta grubunu tanımlamak amacıyla tasarlanmıştır. AxSpA için henüz bir tanı kriteri geliştirilmemiştir, bu nedenle sınıflama kriterleri zaman zaman (yanlış bir uygulama olsa da) tanı kriteri yerine de kullanılabilir.

Ankilozan spondilit (AS) için sınıflama kriterleri

- 1961 Roma Kriterleri
- 1966 New York Kriterleri – 1984 modifiye New York (mNY) Kriterleri
- 1990 Amor Kriterleri
- 1991 Avrupa Spondiloartropati Çalışma Grubu (ESSG) kriterleri
- 2009 Aksiyel Spondiloartrit (AxSpA) için ASAS sınıflama kriterleri

2009'da geliştirilen ASAS kriterleri, axSpA'nın sınıflandırılmasında önemli bir ilerlemedir. Bu kriterler, inflamatuvar bel ağrısı ve görüntüleme ile sakroiliiti içeren hem klinik hem de görüntüleme parametrelerini içermektedir.

ASAS, yeni sınıflama kriterlerini ESSG ve Amor kriterleriyle karşılaştırmıştır. ASAS kriterlerinin duyarlılığı %77.8 ve özgüllüğü %82.9 olarak saptanmıştır. Modifiye ESSG kriterlerinin duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %62.5 ve %81.1 ve Amor kriterlerinin duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %39.8 ve %97.8 olarak belirtilmiştir.

2009 ASAS AxSpA sınıflama kriterleri; yüksek duyarlılığa sahip olması, erken dönemde SpA tanısı konmasına yardımcı olması ve daha büyük hasta popülasyonlarının etkin tedavi ile buluşmasına katkı sağlaması gibi olumlu yönleri sahiptir. Bunların yanı sıra klinik ve görüntüleme kolunda çakışmalar ve kafa karışıklığı olabilmesi, nr-axSpA ve r-axSpA/AS arasında demografik-klinik-laboratuvar-prognoz farklılıklarının olması, axSpA için genetik çalışmaların yeterli olmaması ve spondiloartrit grubu hastalıkların heterojen ve farklı klinik yanıtları olan hastalıklar olması nedeniyle yetersiz yönleri mevcuttur.

Sınıflama kriterleri, değişikliklere veya güncellemelere açık dinamik kavramlardır. 2009 ASAS AxSpA sınıflama kriterleri, aksiyel spondiloartrit hastalarını erken tedavi etme şansımızı artırmıştır. Sınıflama kriterlerindeki mevcut heterojeniteyi azaltmak, axSpA klinik- genetik ve laboratuvar özelliklerinin ağırlığını belirlemek ve MR ile ilişkilendirilmiş sakroiliit tanımlarını netleştirmek için çalışmalar devam etmelidir.

Kaynaklar:

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009; 68:777–83.
2. Akkoc N, Khan MA. ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis: a look at the unfilled part of the glass. *Clin Exp Rheumatol*. 2014; 32(6 Suppl 87):S-14–5
3. Akkoc N, Khan MA. ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis: time to modify. *Clin Rheumatol*. 2016;35(6):1415-1423
4. Poddubnyy D. Classification vs diagnostic criteria: the challenge of diagnosing axial spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2020; 59(suppl 4):iv6-iv17
5. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A (1984) Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 27(4):361–368

AKSİYEL SPA'DA KONVANSİYONEL DMARDAR VE KORTİKOSTEROİDLERİ KULLANILIM MI? ETKİNLİKLERİ VAR MI?

Dr. Hatice Reşorlu

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

Aksiyel spondilartropatiler (axSpA) ilerleyici sırt ağrısı ve tutukluk ile karakterize, inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Bu hastalığın tedavisindeki amaç semptomları ve inflamasyonu kontrol altında tutarak, ilerleyen yapısal hasarı engellemek ve yaşam kalitesini artırmaktır. Bu amaçla non-farmakolojik ve farmakolojik tedaviler kombinasyon halinde uygulanmaktadır. Semptomatik aksiyel spondilartropatili hastaların çoğunda farmakolojik tedavi başlangıcında non steroidal anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) kullanılmaktadır. Aksiyel spondilartropatilerde kortikosteroidlerin kullanımı ile ilgili veriler sınırlıdır. Ankilozan spondilit hastalarında düşük doz oral kortikosteroid kullanımının yararlı olmadığı ve yan etkiler nedeniyle uzun süre kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir. Kortikosteroidlerin sistemik kullanımı ile ilgili yapılan, 2 haftalık RKC'de, 20 mg oral prednizolon, 50 mg/gün prednizolon ve plasebo etkinliği incelenmiştir. Sonuçta sadece oral 50 mg prednizolonun plaseboya göre üstün olarak kısa süreli etkinlik gösterdiği sonucuna varılmıştır. Sakroiliak eklem etrafına periartiküler kortikosteroid enjeksiyonunun da en az 8 hafta boyunca devam eden yanıt ile etkili olduğu gösterilmiştir.

Metotreksat (MTX) ve sülfasalazin (SSZ) gibi geleneksel sDMARD'lerin, aksiyel hastalık için etkili olmadığı gösterilmiştir. Bu ilaçlar periferik eklem tutulumu olan axSpA hastalarında etkilidir. Leflunomid ise ASAS 20 cevabını esas alan bir çalışmada etkisiz bulunmuştur. Hidroksiklorokin, siklosporin ve azatioprin kullanımı güncel kılavuzlar tarafından desteklenmemektedir.

Kaynaklar

1. Haibel H, Fendler C, Listing J, Callhoff J, Braun J, Sieper J. Efficacy of oral prednisolone in active ankylosing spondylitis: results of a double-blind, randomised, placebo-controlled short-term trial. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jan;73(1):243-6.
2. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, Dubreuil M, Yu D, Khan MA, Haroon N, Borenstein D, Wang R, Biehl A, Fang MA, Louie G, Majithia V, Ng B, Bigham R, Pianin M, Shah AA, Sullivan N, Turgunbaev M, Oristaglio J, Turner A, Maksymowych WP, Caplan L. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2019 Oct;71(10):1599-1613.
3. Chen J, Lin S, Liu C. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 27;(11):
4. Chen J, Veras MM, Liu C, Lin J. Methotrexate for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;(2):CD004524.
5. van Denderen JC, van der Paardt M, Nurmohamed MT, de Ryck YM, Dijkmans BA, van der Horst-Bruinsma IE. Double blind, randomised, placebo controlled study of leflunomide in the treatment of active ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2005 Dec;64(12):1761-4.

AKSİYEL SPA'DA ÖNCE TNF Mİ, IL-17 Mİ, JAK İNHİBİTÖRLERİ Mİ?

Dr. Sezgin ZONTUL

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD. Romatoloji BD

Aksiyal spondiloartrit (axSpA) hem radyografik hem de radyografik olmayan axSpA'yı kapsar. Aksiyal iskeleti tutma eğilimi olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Genellikle yaşamın üçüncü on yılında ortaya çıkar. Radyografik axSpA için erkek/kadın oranı 2:1 iken nonradyografik axSpA'lı hastalar arasında eşit cinsiyet dağılımı vardır. Prevalansı %0,3 ile %1,4 arasında değişmektedir. (1) AxSpA'nın birincil patofizyolojisi, entezlerde ve subkondral kemikte meydana gelir. Entez ve kemik patolojisi, spesifik genetik altyapıya sahip bireylerde ortaya çıkar. Genetik çalışmalar, kalıtsallığın %90'dan fazla olduğunu tahmin etmektedir. En önemli genetik risk faktörü HLA-B27'dir. (1)

Tedavinin temel amacı; semptomların ve inflamasyonun kontrolü, ilerleyici yapısal hasarın önlenmesi, fonksiyon ve sosyal katılımın korunması/normalleştirilmesidir. Tedavi, belirli bir hedefe göre sıkı kontrol yoluyla yönlendirilmelidir. Genellikle sürdürülebilir remisyon ve mümkün değilse düşük hastalık aktivitesinin elde edilmesi hedeflenmelidir. axSpA tedavisi, hastalar ve romatologlar arasındaki ortak kararlara dayanmalı, farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavileri içermelidir. (1)

European League Against Rheumatism (EULAR), geleneksel tedavilere rağmen hastalık aktivitesinin sürekli yüksek olduğu hastalarda TNFi, IL-17i veya JAKi düşünülmesi gerektiğini ve öncelikle bir TNFi veya IL-17i ile başlanmasını önermektedir. Ayrıca tekrarlayan üveit veya aktif inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü olan hastalarda, monoklonal antikor olan bir anti-TNF, belirgin psöriyazisi olan hastalarda ise IL-17 tercih edilmesini önermektedir. (2) American College of Rheumatology (ACR) ise önerilerini öncelikle anti-TNF inhibitörleri, sonrasında IL-17 inhibitörleri ve daha sonra tofasitinib olarak sıralamaktadır. Üveit ve inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü olan hastalardaki önerisi ise EULAR ile benzerdir. (3)

Psoriasis, psoriatic artrit veya ankilozan spondilitli 12.319 hastayı kapsayan bir çalışmada sekukinumab tedavisi sırasında yeni tüberküloz veya latent tüberküloz aktivasyonu saptanmamıştır. (4)

TNF inhibitörü kullanımı, hem alevlenmelerin hem de yeni başlangıçlı multipl skleroz (MS) insidansının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Sınırlı da olsa, sekukinumab tedavisinin MS hastalarında, manyetik rezonans görüntülemeye görülen lezyon sayısında azalma ile ilişkili olduğunu öne süren veriler mevcuttur. (5)

Sonuç olarak; öncelikli olarak tercih edilecek tedavi, hastanın mevcut klinik durumu ve ek hastalıklarına göre değişmektedir.

Kaynaklar:

- 1.Navarro-Compán V, Sepriano A, El-Zorkany B, van der Heijde D. Axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2021 Dec;80(12):1511-1521.
- 2.Webers C, Baraliakos X, Landewé RBM, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023 Jan;82(1):19-34. doi: 10.1136/ard-2022-223296. Epub 2022 Oct 21.
- 3.Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2019 Oct;71(10):1285-1299.
- 4.Elewski BE, Baddley JW, Deodhar AA, et al. Association of Secukinumab Treatment With Tuberculosis Reactivation in Patients With Psoriasis, Psoriatic Arthritis, or Ankylosing Spondylitis. JAMA Dermatol. 2021 Jan 1;157(1):43-51. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.3257. Erratum in: JAMA Dermatol. 2021 Jan 1;157(1):124.
- 5.Monks G, Rivera-Oyola R, Lebwohl M. The Psoriasis Decision Tree. J Clin Aesthet Dermatol. 2021 Apr;14(4):14-22. Epub 2021 Apr 1.

AKILCI DMARD KULLANIMI

Dr. Nurçe Çilesizoğlu Yavuz

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

Romatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan DMARDS(disease-modifying antirheumatic drugs) tedavileri hastalık seyrine etki eden anti-romatizmal ilaçlardır. Sentetik DMARD' lar konvansiyonel sentetik DMARD'lar (ksDMARD), hedefe yönelik sentetik DMARD' lar, Biyolojik DMARD' lar orijinal biyolojik DMARD' lar (obDMARD) ve biyo-benzer DMARD'lar (bbDMARD) olarak gruplandırılabilir. Konvansiyonel sentetik DMARD' lar metotreksat, leflunomid, sulfasalazin, hidroksiklorokindir.

Metotreksat(mtx) bir ön ilaçtır. Hücre içinde folat bağımlı enzimlere afinite gösteren aktif form olan mtx poliglutamata dönüşür. Pürin-pirimidin sentezi ve hücre replikasyonunda folatın kofaktör olduğu enzimlerle folik asitle yarışır,T hücre fonksiyonu inhibisyonu yapar, IL-1, TNF-alfa, VCAM, E-selektin ekspresyonunu azaltır, güçlü bir antiinflamatuvar olan adenozin salınımını artırır. Yalnızca %50 si proteinlere bağlı taşındığından diğer ilaçlarla minimum etkileşir. Folik asit metabolizmasını etkileyen Trimetoprim sülfametoksazol ile beraber kullanımı artmış kemik iliği süpresyon riskinden dolayı önerilmez. Yüzde 80-90 ı renal yolla değişmeden atılır, rutin diyaliz ile temizlenebilen bir ilaç değildir, Glomerüler filtrasyon hızı 30 ml/dk altında olan değerlerde kullanımı kontrendikedir. Anoreksi, bulantı, kusma, ishal, stomatit, hematolojik-makrositoz, döküntü, alopesi gibi hafif yan etkiler sıklıkla folik asit replasmanı ile azaltılabilir. Hepatotoksisite, miyelosupresyon, pulmoner yan etkiler ve nörotoksisite ise daha ağır yan etkilerdendir. Bazen pulmoner nodüllerde büyüme veya ciltte akselere nodülozis gibi Mtx kesilmesini gerektiren nodüllerde artış söz konusu olabilir. HLA-DRB1*0401 ve RF pozitifliği MTX ilişkili akselere nodülozis ile ilişkili bulunmuş(1,2). Gebelik ve laktasyonda kullanılmaz. Tedavi kesildikten 3 ay sonra gebelik planlanması önerilir.

Leflunomid de bir ön ilaçtır. Pirimidin nükleotid sentez inhibisyonu, lenfosit proliferasyonu inhibisyonu yapar. Enterohepatik sirkülasyona uğramasından dolayı 2 yıla kadar plazmada aktif metabolitine rastlanabilir. Gastrointestinal sistem(GIS) ve böbreklerden eşit oranda atılır. GIS ve baş ağrısı, periferik nöropati gibi nörolojik yan etkiler, hipertansiyon, cilt döküntüsü, alopesi, sitopeni, transaminazlarda yükselme, interstisyel akciğer hastalığı yapabilir. Ciddi karaciğer hastalığı, siroz, gebelik ve laktasyonda kullanımı kontrendikedir.

Sulfasalazin kolonda Sülfapiridin ve 5-ASA ya dönüşür. Sülfapiridin antiinflamatuvar etkiden sorumludur. Standart doz 2gr/gün' dür. Baş ağrısı, döküntü, DRESS sendromu, hepatotoksisite, transaminaz yüksekliği, hematolojik- lökopeni, agranülositoz, makrositoz, megaloblastik anemi, hemolitik anemi-, geçici oligospermi kullanımı sırasında görülebilecek yan etkilerdir.

Hidroksiklorokin(HCQ) otoimmun yanıtı otofajiyi azaltarak, sitokin üretimi, T-B lenfosit proliferasyonu, NADPH oksidaz sistemi ve kalsiyum sinyalizasyon inhibisyonu yaparak düzenler. Reaktif oksijen radikal üretimini azaltır, NO düzeyini artırır, endotel fonksiyonları üzerine olumlu etki gösterir. Endoplazmik retikulumdan Ca salınımını bozarak hücre içi sinyallerin inhibisyonuna neden olur. Kan glukoz ve serum lipit konsantrasyonlarını olumlu yönde etkiler. Trombosit agregasyonu ve yapışmasını engelleyerek hafif bir antikoagülan etki gösterir. SLE ve antifosfolipid antikor sendromunda trombotik olay riskini azaltır, tükrük salgısında artış yapar. Günlük doz 5mg/kg şeklinde önerilir, renal yetmezlik varlığında doz azaltılmalı. Retinopati ve görme alanı değişimleri HCQ için kontendikasyon oluşturur. Başlangıç muayenesi fundus muayenesi, optik koherens tomografi, görme alanı muayenesi, göz dibi incelemesi içerir. Bir yıl içinde göz kontrolü tekrar edilmelidir(3). Oral mukoza, tırnaklar, ön kol ve bacak alt bölgelerinde hiperpigmentasyon yapabilir. Psöriatik cilt lezyonlarını alevlendirebilir. SSS yan etkileri, kulak çınlaması, uykusuzluk, nöromiyotoksisite, hipoglisemi gibi yan etkiler kullanımı sırasında görülebilir.

Referanslar

- 1-Kerstens PJ, Boerbooms AM, Jeurissen ME, Fast JH, Assmann KJ, van de Putte LB. Accelerated nodulosis during low dose methotrexate therapy for rheumatoid arthritis. An analysis of ten cases. J Rheumatol 1992;19:867-71
- 2-Ahmed SS, Arnett FC, Smith CA, Ahn C, Reveille JD. The HLA-DRB1*0401 allele and the development of methotrexate-induced accelerated rheumatoid nodulosis: a follow-up study of 79 Caucasian patients with rheumatoid arthritis. Medicine (Baltimore) 2001;80:271-8
- 3-Yusuf IH, Charbel Issa P, Ahn SJ. Hydroxychloroquine-induced Retinal Toxicity. Front Pharmacol. 2023;14:1196783. Published 2023 May 30. doi:10.3389/fphar.2023.1196783

ROMATOLOJİK HASTALIKLARIN TEDAVİSİNDE AKILCI STEROİD KULLANIMI

Dr. Filiz Meryem Sertpoyraz

İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.B.D

Glikokortikoidler (GK) adrenal korteks tarafından salınan steroid yapıda hormonlardır. Adrenal korteks tarafından , sirkadien ritimle sentezlenir.Sentezleri ve salgılanmaları Hipofiz-Adrenal Eksen tarafından kontrol edilir. GK'lerin antiinflamatuvar, immün süpresif ve antialerjik etkileri vardır. Oral, parenteral veya nonsistemik uygulanabilir. Tedavide seçilecek doz hastalık, klinik bulgular ve klinisyenin tecrübesine göre farklılık gösterir.Tedaviye istenilen terapötik etkiyi sağlayacak minimum dozda başlanır. Tedavi amacına ulaşıldığında doz aşamalı olarak azaltılır.

Tablo 1:Glikokortikoidlerin Etki Sürelerine göre sınıflaması

	Eşdeğer Antiinflamatuvar Doz	Proteine Bağlanma	Plazma Yarı Ömrü	Eşdeğer Tuz Tutucu Etki	Biyolojik Yarı Ömür
Kısa Etkili					
Kortizon	25	-	0.5	0.8	8-12
Kortizol	20	++++	1.5-2	1	8-12
Orta Etkili					
Metilprednizolon	4	-	>3.5	5	18-36
Prednizolon	5	++	2.1-3.5	4	18-36
Prednizon	5	+++	3.4-3.8	4	18-36
Deflazakort	6	++	---	6	12-36
Triamsilon	4	++	2 -5	5	18-36
Uzun Etkili					
Dexametazon	0.75	++	3-4.5	20-30	36-54
Betametazon	0.6	++	3-5	20-30	36-54

Doz, prednizon ve eş değeri olarak seçilir. Düşük doz $\leq 7,5$ mg/gün, orta doz: $>7,5$ mg ≤ 30 mg/günYüksek doz: >30 mg ≤ 100 mg/gün ,çok yüksek doz: >100 mg /gün, pulse tedavi: ≥ 250 /gün ,bir veya birkaç günde devam edecek şekildeki uygulamaları içerir. GK tedavi günlük, günaşırı , pulse tedavi şeklinde verilebilir. Tedavinin ani kesilmesi hastalık alevlenmesine ve adrenal krize yol açabilir. Bu nedenle tedavi kademeli doz azaltılarak kesilir.

EULAR tarafından romatolojik hastalıklarda orta/yüksek doz glukokortikoid tedavi uygulamasının doğru yönetilmesi için 10 anahtar öneri.

Eğitim ve korunma

- 1.Hasta ve bakımverene orta/yüksek doz GK tedavisinin amacı ve potansiyel riskleri açıklanmalıdır
- 2.Bu riskleri azaltmak için diyet, düzenli egzersiz, yara bakımı gibi önlemler anlatılmalıdır
- 3.Glukokortikoid osteoporozu riski bulunan hastalara uygun koruyucu/tedavi edici müdahaleler yapılmalıdır
- 4.Hasta ve tedavi ekibi, hipotalamo-hipofizer-adrenal aks baskılanması ve yönetimi hakkında bilgilendirilmelidir
- 5.Pratisyen hekimler için, orta/yüksek doz GK kullanan hasta yönetimi ile ilgili kaynaklar sağlanmalıdır Dozlama/risk-fayda göz önüne alınmalıdır.
- 6.Orta/yüksek doz GK tedavisi başlamadan önce yan etkilere zemin hazırlayan komorbiditeler göz önünde bulundurulmalıdır. Diyabet, glukoz intoleransı, kardiyovasküler hastalık, peptik ülser, tekrarlayan enfeksiyon, immünsupresyon, glokom ve osteoporozu bulunan risk-fayda oranı açısından sıkı kontrol edilmelidir
- 7.Tedavi yanıtına ulaşmak için uygun dozla başlanmalı, yetersiz tedavi riski göz önünde bulundurulmalıdır
- 8.GK tedavi gereksinimi sürekli gözden geçirilmeli, tedavi yanıtı, yetersiz tedavi ve yan etkiler açısından doz ayarlaması yapılmalıdır
- 9.Uzun süre orta/yüksek doz GK kullanımı gerekiyorsa, GK-azaltıcı immünomodülatuar tedaviler kullanılmalıdır
- 10.Tüm hastalar klinik olarak anlamlı yan etkiler açısından takip edilmelidir. Takip eden hekim, diyabet, hipertansiyon, kilo alımı, enfeksiyonlar, osteoporotik kırıklar, osteonekroz, miyopati, göz problemleri, cilt problemleri ve nöropsikolojik yan etkiler açısından uyanık olmalıdır

Kaynaklar:

1. Duru N et al. EULAR evidence-based and consensus-based recommendations on the management of medium to high-dose glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 2013;72(12):1905-13.
2. <https://www.trasdromatolojiyekitap.org/>

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S-01 OSTEOPOROTİK KOMPRESYON FRAKTÜRLÜ CUSHİNG, GUİLLIAN BARRE SENDROMLU HASTADA PSÖRİYATİK ARTRİT

Filiz Meryem Sertpoyraz, Elif Umay Altaş, Ecem BEYTORUN

İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi

Fizik tedavi ve rehabilitasyon programı olarak hastaya yürüme ve postür eğitimi, denge-koordinasyon egzersizleri, üst ve alt ekstremitte eklem hareket açıklığı ve güçlendirme egzersizleri, iş uğraşı terapisi ve bilateral ayak bileği dorsifleksörlerine yönelik elektrik stimülasyon verildi.

Tedavinin 30.seansında ağrı şiddeti VAS:2'e geriledi, kas gücü ve denge -koordinasyonunda düzelme olan hasta kısa mesafede düz zeminde desteksiz yürüyordu. Uzun mesafede denge problemi nedeniyle tek kanadien baston kullanıyordu. Metitrexate tedavisi sonrası psöriyatik cilt lezyonları, bel kalça ve topuk ağrısı geriledi. C Reaktif protein ve sedimantasyon düzeyleri geriledi.

Barthel İndeksi:95, hafif derecede bağımlıydı.FAS:3 şeklinde ilerledi.

Guillian Barre sendromu, psöriyatik artrit ve steroide bağlı kompresyon fraktürlü hastada medikal tedaviyle beraber fizik tedavi-rehabilitasyon yaklaşımı günlük yaşam aktivitesi, fonksiyonel ambulasyon skoru, ağrı üzerinde etkin tedavi yöntemidir.

1. Fleseriu M et al.Consensus on diagnosis and management of Cushing's disease: a guideline update Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 Dec;9(12):847-875. doi: 10.1016/S2213-8587(21)00235-7.

2. Leszczynska D et al.Musculoskeletal complications of Cushing syndrome.

Reumatologia. 2023;61(4):271-282. doi: 10.5114/reum/169889.

3.Singh J et al.Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis.Arthritis Rheumatol 2019 Jan;71(1):5-32.

GBS, Psöriyatik Artirit,Cushing Sendromu Cilt Bulguları

Resim 1



GBS, Psöriyatik Artirit,Cushing Sendromu Cilt Bulguları

Resim 2



GBS, Psöriyatik Artirit,Cushing Sendromu Cilt Bulguları

Resim 3



Dorsolomber MR/Multipl Kompresyon Fraktürleri

ANAHTAR KELİMELE: Steroid, Psöriyatik Artrit, Fraktür,GBS

S-02

BEHÇET SENDROMU TEDAVİSİNDE BİYOLOJİK AJAN DENEYİMİMİZ

Saliha Sunkak

Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Behçet Sendromu, tekrarlayan oral aftlarla birlikte genital aft, üveit, vasküler trombozlar ve anevrizmalar, beyinde parankimal veya vasküler tutulumlar, eritema nodosum (EN) ve papülopüstüler cilt lezyonları (PPL) ile seyreden, genellikle 20- 40 yaşlarında tanı konulan inflamatuvar, otoimmün bir romatolojik sendromdur. Belli bir coğrafyada ve bazı etnik gruplarda daha sık görülmesi kendine özgü özelliklerinden bir tanesidir. Hastalık başladıktan sonra organ tutulumları ataklar ve remisyonlar halinde kendini gösterir.

Behçet sendromu tedavisinde akut atakların hızlıca sonlandırılarak remisyon sağlanması ve atakların önlenerek remisyonun idamesi amaçlanır. Glukokortikoidler akut atakların tedavisinde ana ilaç iken remisyon idamesi için kolşisin, azatioprin, siklosporin-A, siklofosfamid ve tümör nekrozis faktör alfa inhibitörleri gibi immünsupresif veya interferon-alfa, talidomid ve apremilast gibi immünomodülatör ilaçlar kullanılmaktadır. EULAR önerilerinin 2018 güncellemesinde tümör nekrozis faktör alfa inhibitörleri konvansiyonel tedaviye dirençli her tutulum önerisinde kendine yer bulmuştur. Bizde kliniğimizde Behçet Sendromu tedavisinde biyolojik ajan (Anti TNF) deneyimimizi sunmak istedik.

Bulgular

Romatoloji polikliniğe başvuran Behçet sendromu olan hastalar tarandı. Toplam 25 hasta Behçet sendromu nedeni ile biyolojik ajan kullanmaktaydı. 25 hastanın (21 erkek, 4 kadın) yaş ortalaması 36 yıl (19-61) idi. Ortalama hastalık süresi 10 yıl idi. Ortalama CRP değeri 4,3 idi. Biyolojik ajan daha çok oküler tutulum nedeni ile başlanmıştı.

Sonuç

Behçet sendromunda biyolojik ajan tercihimiz özellikle azatiopurin, siklosporin gibi tedavileri yanıt vermeyen oküler tutulumda ön planda olduğu görülmüştür. Oküler tutulumda biyolojik ajan tercihi infliksimab olmuştur. Hastalar infliksimab tedavisi ile remisyonunda seyretilmiştir.

Biyolojik Ajan Başlama Endikasyonları

Endikasyon	Tüm Hastalar (N:25), (%)	Kullanılan ajan
Oküler tutulum	20(%80)	İnfliksımab(17),adalimumab(3)
Vasküler tutulum	2(%8)	İnfliksımab(2)
Eklem tutulumu	2(%8)	İnfliksımab(2)
Gis(gastrointestinal) tutulumu	1(%4)	İnfliksımab(1)

Anahtar Kelimeler: Behçet Sendromu, biyolojik ajan

S-03

3. BASAMAK BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNİN FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GUT TANILI HASTALARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Nurdan Yılmaz, Fatmanur Aybala Koçak

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ftr Abd, Tokat

Amaç

Gut, mono sodyum ürat monohidrat kristallerinin eklemlerde ve diğer dokularda birikimi ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada polikliniğimizde Ocak 2019- Mart 2024 yılları arasında takip edilen gut hastalarının demografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ayaktan başvuran ve ayrıntılı değerlendirmeler sonrası gut tanısı alarak takip edilen toplam 69 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet ve ürik asit düzeyleri kayıt altına alındı. Ayrıca hastalar 65 yaş üstü ve altı olmak üzere ayrı ayrı değerlendirildi.

Bulgular

Ocak 2019- Mart 2024 tarihleri arasında Fizik Tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran toplam 28553 hasta dosyası incelenmiş olup; bu hastalardan 69 kişinin gut hastalığı tanısı aldığı tespit edilmiştir. Yine bu 69 hastanın aynı tanı ile 352 kez poliklinik başvurusu yaptığı tespit edilmiştir. Tekrarlayan poliklinik başvurusu olan hastalarda ilk tanı aldığı tarihteki başvurusu esas alınarak analizler yapılmıştır. Hastaların 31 (%44.9) u kadın olup, 38 i (%55.1) erkek idi. Tüm hastaların 42 si (%60.9) 65 yaş ve üzeri idi. Hastaların yaş ortalaması $66 \pm 14,31$ idi. Hastaların ürik asit düzeyi $6,42 \pm 1,86$ idi. Cinsiyete göre yaş grup dağılımlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p:0.291$). Yaş ve cinsiyete göre ürik asit dağılımlarına bakıldığında kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ($p:0.138$); yaş gruplarına göre bakıldığında 65 yaş altı ve üstü iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde 65 yaş altı grubun ürik asit düzeyi yüksektir ($p<0.001$).

Sonuç

Bu bulgular, serum ürik asit yüksekliği ile karakterize bir hastalık olan gut hastalığının 65 yaş üzerinde daha sık görüldüğü; ürik asit düzeyinin 65 yaş altında daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak, bu ilişkilerin net olarak aydınlatılabilmesi için, longitudinal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ürik asit, gut, geriatri

S-04

AKSİYAL SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA UYKU İLE HASTALIK AKTİVİTESİ VE KLİNİK PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gizem Cengiz, Mustafa Çalış, Emel Oğuz Kökoğlu, Hüseyin Kaplan, Melih Kızıltepe
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç

Aksiyal spondiloartrit (axSpA) omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, ağrı, yapısal hasar ve fonksiyonel kayıplara neden olan bir kas iskelet sistemi hastalığıdır. Yapılan çalışmalarda axSpA hastalarında uyku bozukluklarının yaygın olduğunu görülmüştür. Uyku kalitesindeki bozulmanın ağrı, yorgunluk, hastalık aktivitesi, fonksiyonlarda kayıp ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Biz bu çalışmamızda axSpA hastalarında uyku kalitesini ve uykunun hastalık aktivitesi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Romatoloji polikliniğimizde axSpA tanısıyla takipli hastaların alındığı bu kesitsel çalışmada, hastaların rutin poliklinik takiplerinde demografik verileri olarak boy, kilo, vücut kitle indeksi kaydedildi. Ayrıca hastaların ağrı, BASDAİ, BASMI, BASFI, CRP, sedimantasyon, uyku kalitesi ile ilgili verileri kaydedildi. Hastaların verileri uyku bozukluğu olmayanlar ve olanlar olarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 114 hastanın 48 (%42,1) kadın ve %57,9'u erkek idi. Hastaların ortalama yaşı $43.95 \pm 10,17$ yıl ve ortalama VKI 27.37 ± 4.26 kg/m² idi. Uyku bozukluğu olanlarda olmayanlara göre BASDI, BASFI, hasta ve doktor globali ve entezit skorları anlamlı olarak daha yüksek idi. Ayrıca kadınlarda uyku bozukluğu daha fazla idi. Sonuçlar tablo olarak verildi.

Sonuç

Bu çalışmada axSpA hastalarında uyku bozukluğunun hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Uyku bozukluğunun fonksiyon düzeyde kötüleşme ile ilişkili olduğunu da göstermektedir. Wadeley ve arkadaşlarının çalışmasında az uyuyanlarda yorgunluk, ağrı ve hastalık aktivitesinin iyi uyuyanlara göre daha kötü olduğu bildirilmiş Verilerimiz daha önceki çalışmalarla uyumlu bulundu. Sonuç olarak axSpA hastalarında hastalık aktivitesi değerlendirildiğinde uykunun da unutulmaması gereken önemli bir parametre olduğu görülmektedir.

Uyku bozukluğu olmayan ve olan axSpA hastalarının verilerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Uyku bozukluğu var	Uyku bozukluğu yok	p
Cinsiyet, kadın/erkek	38/64	10/2	0.002
Sigara evet/hayır	59/43	9/3	0.252
HLA-B27 -/+	39/63	7/5	0.179
Yaş, yıl	43 ± 10.13	43.67 ± 11	0.926
Boy, cm	169.62 ± 10.28	164.42 ± 8.63	0.072
Kilo	78.49 ± 13.5	76.42 ± 21.99	0.775
VKI (kg/m ²)	27.30 ± 4.08	27.95 ± 5.73	0.708
MASES	1.33 ± 1.77	5.83 ± 3.85	0.001
Hasta global	3.51 ± 2.27	5.66 ± 1.97	0.002
Dr. global	2.85 ± 2	4.75 ± 1.42	0.001
BASMI	2.52 ± 0.84	2.85 ± 0.60	0.105
BASDAI	3.35 ± 2.06	6.43 ± 1.37	0.001
BASFI	2.06 ± 2.03	3.84 ± 1.80	0.006
CRP	6.80 ± 13.98	6.71 ± 6.93	0.969
Sedimantasyon	15.62 ± 13.84	19.17 ± 11.67	0.345

Anahtar Kelimeler: aksiyal spondilartirit, uyku, hastalık aktivitesi

S-05

DEV HÜCRELİ ARTERİT HASTALARINDA MORTALİTE, TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ezgi Çimen Güneş, Duygu Tecer, Özlem Kılıç

Sağlık Bakanlığı, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, ANKARA

Amaç

Dev hücreli arterit (DHA), orta ve büyük çaplı damarları tutan kronik bir vaskülitir. Elli yaş üzeri ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Çoğunlukla kranial belirti ve bulgularla tanı konulsa da nedeni bilinmeyen ateş, kilo kaybı ve halsizlik gibi konstitüsyonel semptomlar ile de prezente olabilir. Karakteristik laboratuvar bulguları, artmış sedimentasyon hızı ve C reaktif proteindir. Bu çalışmada dev hücreli arterit hastalarında takip, tedavi ve mortalite sıklığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya, Ocak 2016 ile Aralık 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak bir romatoloji polikliniğinde takip edilen dev hücreli arterit tanısı olan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri retrospektif olarak incelendi ve hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular

Dev Hücreli arterit tanısı olan 18 hastanın (11 (%61,1) erkek/ 7 (%38,9) kadın) ortalama yaşı 73 (58-89)'tür. Takiplerinde 7'si (%38,9) ex oldu. Ex olan hastaların ortalama yaşı 79 idi. Hastaların 4'ü erkek, 3'ü kadındı. Ortanca hastalık takip süresi 5 aydı. En sık geliş şikayeti 5 hasta (%71,4) baş ağrısı iken, diğer başvuru şikayetleri 1 hasta kilo kaybı (%14,3) ve 1 hasta görme kaybı (%14,3)'ydı. En sık eşlik eden komorbidite hipertansiyon varlığıydı. Üç hastada polimiyaljiya romatika birlikteliği mevcuttu. Dört hastanın (%57,1) tanısı temporal arter biyopsisi ile konulurken diğer hastalar klinik ve görüntüleme bulguları ile tanı aldı. Başvuru sırasında bakılan akut faz reaktanları tüm hastalarda yüksekti. Tüm hastalar orta-yüksek doz kortikosteroid tedavisi aldı. Kortikosteroid tedavisine ek olarak 6 hasta (%85,7) metotreksat tedavisi aldı (Tablo 1).

Sonuç

Dev hücreli arterit değişken süreli bir hastalıktır. Dev hücreli arterit kronik seyirli ve yüksek morbiditeli bir hastalık olmakla birlikte hastalığa bağlı ölüm oldukça nadirdir. Ölüm nedenleri arasında serebrovasküler olaylar, miyokard enfarktüsü ve aort anevrizmaları sayılabilir.

Tablo 1. Ölen hastaların demografik özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7
Yaş	79	89	79	71	71	69	89
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Erkek
Hastalık süresi, ay	79	25	60	3	5	2	2
Başvuru yakınması	Baş ağrısı	Baş ağrısı	Baş ağrısı	Baş ağrısı	Kilo Kaybı	Baş ağrısı	Görme kaybı
Komorbidite	-	-	Alzheimer	DM, HT, KOAH	HT, Hipotiroidi	AF, Demiyelizan Polinöropati	-
PMR varlığı	Var	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Yok
Temporal arter biyopsi	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Evet
CRP	88	63	23	220	35	46	55
ESH	100	102	57	112	76	93	79
Tedavi	GK	GK, MTX	GK, MTX	GK, MTX	GK, MTX	GK, MTX	GK, MTX

DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, AF: Atrial fibrilasyon, PMR:Polimiyaljiya romatika, CRP: C-reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, GK: Glukokortikoid, MTX: Metotreksat

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli arterit, Mortalite

S-06

ANTI-TIF1F ANTİKORUNUN EŞLİK ETTİĞİ MALİGNİTE İLİŞKİLİ DERMATOMİYÖZİT

¹Gülşah Soy Türk, ³Ebru Atalar, ²Yüksel Maraş

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş

(DM), proksimal kas güçsüzlüğü ile birlikte kutanöz döküntü ile ortaya çıkan inflamatuvar bir miyopatidir. Deri belirtileri arasında üst göz kapaklarında heliotrop döküntü (mavi-mor renk değişikliği), yüzde ve üst gövdede kırmızı lekeler, gottron papülleri ve eklemlerde kabarık pullu döküntüler yer alır (1). Mide kanserine bağlı ilk DM vakası 1916 yılında Stertz tarafından rapor edilmiştir (2). DM olgularının yaklaşık %10-25'i çeşitli malignitelerle ilişkilidir (1). Burada, transkripsiyonel aracı faktör 1 (antiTIF1 γ) antikollarına sahip bir paraneoplastik DM vakasını sunuyoruz.

Vaka sunumu

59 yaş erkek hasta, 1 ay önce başlayan halsizlik, yaygın ağrı ve eşlik eden yüzde boyunda ön ve arka gövdede yer yer olan kızarıklık ve proksimal kas güçsüzlüğü şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hasta oturduğu yerden kalkmakta zorlandığını ifade ediyordu. Son 2 ayda istemsiz 6 kg kadar kilo kaybı vardı. Romatolojik öykü sorgulamasında başka bir özellik yoktu. Özgeçmişinde hastalık öyküsü herhangi bir ilaç kullanımı olmayan hastanın 40 paket/yıl sigara kullanımı vardı. Yapılan fizik muayene de her iki göz ve göz kapağı çevresinde pembe, morumsu renk değişikliği -heliotrop eritem, ön boyun ve göğüs üst bölgesinde maküler eritem, bilateral alt ekstremite kas gücü kalça fleksörleri 4/5 diğer kas güçleri 5/5 'di, sağ supraklaviküler bölgede elen gelen kitle mevcuttu. Laboratuvar sonuçlarında CK : 997, AST : 80, ANA 1/1000 granüler, ENA panelinde: anti-JO-1 +1, anti-Ro-52 +3, anti-SS-A +, CRP : 25, sedim : 33 idi. Miyozit panelinde anti-TIF1 γ + olarak geldi. Kontrastlı Uyluk Manyetik Rezonans (MR) 'da: sağ-sol uyluk proksimal 1/2 kesim anteriorunda kuadriseps femoris kası içerisinde dağınık yerleşimli T2A serilerde hiperintens, T1A serilerde hipointens İVKM enjeksiyonu sonrasında lineer kontrast madde tutulumları gösteren yumuşak doku sinyal değişikliği şeklinde raporlandı. Elektromiyografi (EMG) 'de: üst ekstremite proksimal kaslarında miyojenik tutulumla uyumlu geldi. Sağ vastus lateralden yapılan kas biyopsi sonucu inflamatuvar miyopati ile uyumlu olarak sonuçlandı. Yüzeysel Ultrasonografide 'sağ supraklaviküler bölgede birkaç adet komşu olmak üzere büyüğü 17x10 mm boyutunda kalın ve hafif heterojen korteksli round indeksi artmış hiler kanlanan birkaç adet lenf nodu' izlendi. Malignite ekartasyonu açısından çekilen PET(Pozitron emisyon tomografisi) de 'sağ supraklaviküler, prevasküler, sol alt paratrakeal - aortikopulmoner, sağ alt paratrakeal ve subkarinal lenfatik istasyonlarda hipermetabolik tutulum gösteren metastaz açısından şüpheli lenf nodları' ve 'sağ akciğer üst lob apikal segment düzeyinde posteriorda yerleşimli yaklaşık 2x2 cm boyutlarında hipermetabolik lezyon' şeklinde sonuçlandı. Sağ akciğerden alından biyopsi sonucu adenokanser olarak raporlandı. Mevcut sonuçlarla hastaya malignite ilişkili dermatomyozit tanısı konuldu. Hastaya miyozit tedavisi için 1 mg/kg/gün prednol başlandı. Akciğer kanseri tedavisi için onkoloji tarafından kemoterapi tedavisi planlandı. Tedavi altında hastanın klinik semptomları ve laboratuvar sonuçları geriledi. Hastanın takibi tarafımızca halen devam etmektedir.

Tartışma

Dermatomyozit (DM), özellikle tanı konulduktan sonraki bir yıl içinde artan malignite riskiyle ilişkilidir ve tipik olarak 3-5 yıl boyunca malignite riski devam etmektedir (3,4). Anti-TIF1 γ , malignite ile en sık ilişkilendirilen otoantikoru temsil eder ve kanserle ilişkili miyozit tanısı için %95'lik bir prediktif değere sahiptir (5). Paraneoplastik DM 'te en iyi tedavi, alta yatan malignitenin tedavi edilmesi olup glukokortikoidler ve diğer immünomodülatör tedavilere de DM tedavisinde ihtiyaç vardır (5).

Kaynaklar

1. Silva JA, Mesquita Kde C, Igreja AC, Lucas IC, Freitas AF, Oliveira SM, Costa IM and Campbell IT: Paraneoplastic cutaneous manifestations: Concepts and updates. An Bras Dermatol 88: 9-22, 2013.
2. Sterz G: Polymyositis. Berliner Klinische Wochenschrift 53: 489, 1916.
3. Tiniakou E and Mammen AL: Idiopathic inflammatory myopathies and malignancy: a comprehensive review. Clin Rev Allergy Immunol 2017; 52(1): 20–33.
4. Qiang JK, Kim WB, Baibergenova A, et al. Risk of malignancy in dermatomyositis and polymyositis. J Cutan Med Surg 2017; 21(2): 131–136
5. Trallero-Araguás E, Rodrigo-Pendás J, Selva-O'Callaghan A, et al. Usefulness of anti-p155 autoantibody for diagnosing cancer-associated dermatomyositis: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Rheum 2012; 64(2): 523–532.

ANAHTAR KELİMELEER: Dermatomyozit, anti-TIF1 γ , idiyopatik inflamatuvar miyozit

S-07

VOGT KOYANAGI HARADA HASTALIĞI İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN NADİR BİR SPONDİLARTROPATİ OLGUSU

¹Gamze Dilek, ²Mehtap Kalcık Unan

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji kliniği

Bolu

²Sakarya Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Adapazarı/Sakarya

Olgu

50 yaş kadın hasta romatoloji polikliniğine sol diz artrit yakınması ile 3.03.2024 tarihinde ortopedi polikliniğinden yönlendirildi.

Özgeçmiş: 20 sene önce baş ağrısı görmede azalma granümatöz panüveit , alopesi bulgu ve semptomları ile Vogt Koyanagi Harada hastalığı (VKHD), tanısı konulmuş ve panüveit ile takipli hasta. 2 mg metilprednizolon gün aşırı kullanıyor.

Soygeçmiş: Özellik yok

Yakınması: 1 ay önce sol dizde ağrı yakınması olan hastaya ortopedi tarafından non-steroid tedavisi verilmiş. Fayda görmeyen hastanın dizinde şişlik gelişmiş. Sol diz MR tetkikinde evre 2 menisküs lezyonu suprapatellar efüzyon ACL strain saptanmış. 15.02.2024 CRP: 45 mg/dl sed: 48 mm/s , biyokimyasal ve hemogram parametreleri normaldi. Hastanın sol dizinden efüzyon boşaltılarak intraartiküler steroid tedavisi yapılmış. Takiplerinde sol diz artritinin devam etmesi, efüzyonun tekrarlaması ve akut faz yüksekliğinin devam etmesi nedeni ile romatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde boyun ve omuz hareketleri ağrılı , bilateral sakroiliak kompresyon testi pozitif. Sol diz şiş ağrılı kısıtlı ve ısı artışı mevcuttu. CRP 48 mg/dl, Sed: 46 mm/s idi. Hastanın tetkiklerinde Sakroiliak MR: bilateral sakroilit saptandı. RF, CCP , ANA, ANCA negatif geldi. Enfeksiyon serolojisi negatif idi. HLA B27 istenemedi Hastaya metilprednizolon 16 mg ve sulfasalazin 500 2x2 kademeli olarak başlandı . 10 gün sonra kontrol: CRP 8 mg/dl , SED: 38 mm/h. Boyun omuz hareketleri normal , sakroiliak eklem hassasiyeti azalmıştı. Sol diz ısı artışı yoktu, efüzyon azalmıştı. Hastanın metilprednizolon tedavisi 8 mg oldu, SLZ tedavisi devam edilerek takibe alındı.

Tartışma

VKHD, granümatöz panüveit ile karakterize bir otoimmün hastalıktır. Literatürde periferik eklem ağrısı, sikka semptomları, ANA pozitifliği, tırnak yatağı anormallliği en sık görülen romatolojik manifestolar olarak bildirilmiştir. Vaka sunumlarında klamidya enfeksiyonu sonrası reaktif artrit, bilateral sakroilit birlikteliği ve ülseratif kolit hastalığı ile birliktelik gösteren VKHD olgusu bildirilmiştir. HLA b27 pozitiflik oranında bir artış saptanmamış. Olgumuz VKHD ve spondilartropati birlikteliği açısından nadir bir vaka olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: sakroilit, üveit, Harada

S-08

ANKİLOZAN SPONDİLİT TANILI HASTALARDA VÜCUT FARKINDALIĞI İLE HASTALIK AKTİVİTESİ, FİZİKSEL AKTİVİTE, DEPRESYON, KİNEZYOFOBİ VE FONKSİYONEL MOBİLİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Elif Umay Altaş, Mehmet Can Genç, Filiz Meryem Sertpoyraz
İzmir Bakırçay Üniversitesi

Amaç

Ankilozan spondilit (AS), aksiyal iskeleti ve sakroiliak eklemleri etkileyen, bel ağrısı, hareket kısıtlılığı ve fonksiyon bozukluklarına neden olan kronik bir romatolojik hastalıktır. Daha önce yapılan çalışmalarda AS’de kinezyofobi varlığı araştırılmış olup, kinezyofobinin hastalık aktivitesi ve fonksiyonel kapasite ile ilişkili olduğu da belirtilmiştir. AS’de azalmış spinal mobilite ve postüral değişimlerin bu hastalarda daha önce araştırılmamış olan vücut farkındalığında azalmaya neden olabileceğini ve bu durumun kinezyofobi ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bu çalışmanın amacı, AS hastalarında vücut farkındalığının ağrı, hastalık aktivitesi, fiziksel aktivite düzeyi, depresyon, kinezyofobi ve fonksiyonel mobilite ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Prospektif olarak planlanan çalışmaya 20 AS hastası dahil edildi. Demografik verileri toplanan hastaların vücut farkındalığı Vücut Farkındalık Anketiyle (VFA), hastalık aktivitesi Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ile, fonksiyonel durum Bath AS Fonksiyonel İndeksiyle (BASFI), depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeğiyle (BDÖ,) düşme korkusu TAMPA Kinezyofobi ölçeğiyle, fiziksel aktivite Uluslararası Fiziksel Aktivite anketiyle (UFAA) değerlendirildi. Sonuç ölçümlerinin VFA ile korelasyonu analiz edildi.

Bulgular

Yaş ortalaması 44,05 olan hastaların 11’i erkek, 9’u kadındı. Demografik ve klinik veriler Tablo 1’de özetlenmiştir. VFA total skorları 93.65 ± 13.7 olarak saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde VFA ile BASDAI, BASFI ve TAMPA skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. VFA ile BDÖ ve UFAA arasında korelasyon saptanmamıştır (Tablo 2).

Sonuç

AS tanılı hastalarda vücut farkındalığı azalmış olup bu durum hastalık aktivitesi ve kinezyofobi ile ilişkilidir. Hastaların egzersiz programlarına vücut farkındalık egzersizlerinin eklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Tablo 1: Demografik ve klinik veriler

Ankilozan Spondilit (n:20)	
Cinsiyet	
Erkek	11
Kadın	9
Medeni hal	
Evli	15
Bekar	3
Dul	2
Meslek	
Çalışıyor	11
Emekli	4
Ev hanımı	5
Eğitim	
İlköğretim	6
Lise	8
Üniversite	6
	Ortalama±SS
Yaş	44.05±9.6
Boy (cm)	168.15±8.6
Kilo (kg)	77.5±15.1
Düşme sayısı (yıl)	0.2±0.8

VAS: vizüel analog skala, VFA: Vücut farkındalık anketi, BASDAI: Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath Ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, TAMPA: Kinezyofobi ölçeği, UFAA: Uluslararası fiziksel aktivite anketi

Tablo 2: Hastaların klinik parametreleri arasındaki ilişki

	VAS	VFA-total	BASDAI	BASFI	BDÖ	TAMPA	Met-dk
VAS		-.47* 0.03	0.92** 0.001	0.82** 0.001	0.65** 0.002	0.64** 0.002	-0.145 0.5
VFA-total	-.47* 0.03		-0.42 0.05	-.51* 0.02	-0.28 0.23	-.49* 0.02	0.28 0.22
BASDAI	0.92** 0.001	-0.42 0.05		0.83** 0.001	0.65** 0.002	0.66** 0.001	-0.07 0.76
BASFI	0.82** 0.001	-.51* 0.02	0.83** 0.001		0.75** 0.001	0.73** 0.001	-0.13 0.58
BDÖ	0.65** 0.002	-0.28 0.23	0.65** 0.002	0.75** 0.001		0.69** 0.001	-0.11 0.62
TAMPA	0.64** 0.002	-.49* 0.02	0.66** 0.001	0.73** 0.001	0.69** 0.001		-0.22 0.33
UFAA Met-dk	-0.145 0.5	0.28 0.22	-0.07 0.76	-0.13 0.58	-0.11 0.62	-0.22 0.33	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$. VAS: vizüel analog skala, VFA: Vücut farkındalık anketi, BASDAI: Bath Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI: Bath Ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, TAMPA: Kinezyofobi ölçeği, UFAA: Uluslararası fiziksel aktivite anketi

ANAHTAR KELİMELEER: Ankilozan Spondilit, vücut farkındalığı, kinezyofobi

S-09

BİR OLGU EŞLİĞİNDE AKSİYAL SPONDİLOARTRİT VE BRONŞEKTAZİ BİRLİKTELİĞİ

Gizem Cengiz, Hüseyin Kaplan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş

Aksiyal spondiloartrit (axSpA) genel olarak aksiyal iskelet tutulumu (omurga ve sakroiliak eklemler) ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalık olup ankilozan spondilit (AS) ve non-radyografik axSpA'dan oluşur (1). Bronşektazi, kronik öksürük ve balgam şikayeti ile birlikte olan, havayollarında genişleme ve bronş duvar kalınlaşması ile karakterize bir akciğer hastalığıdır (2). AxSpA hastalarında yapılan bir derlemede yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi taramasında (HRCT) en sık plöro-parankimal anormalliklerin (% 40-90) görüldüğü ve apikal fibrozis (%1,2-%19), ile bronşektazi (%9,5-33), sıklığının hastalık süresi ile ilişkili olduğu bildirilmiş (3). Bizde axSpA ve bronşektazinin bir arada bulunduğu vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu

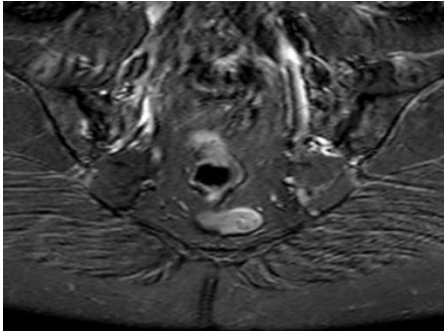
51 yaşında kadın hasta inflamatuvar karakterde bel ağrısı, sağ kalça ağrısı ve topuk ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hasta 5 yıldır axSpA tanısıyla takip edilmekteydi ve 4 yıldır etanercept tedavisi almaktaydı ve on 3 aylık sürede tedavisinden fayda görmüyordu. Şikayetlerine 2 saat süren sabah tutukluğu eşlik ediyordu. Romatolojik sorgusu üveit, inflamatuvar barsak hastalığı ve psoriasis açılarından negatifti. Artrit öyküsü yoktu. Özgeçmişinde tip-2 diyabet, hipotiroidi, sigara 6 paket/yıl, vardı. Fizik muayenede sakroiliak kompresyon testi ve FABER testi sağda pozitif, bilateral topuklarda hassasiyet, Schober 4 cm, el parmak zemin mesafesi 12 cm, boyun rotasyonu 75/80°, göğüs ekspansiyonu 5 cm, eritrosit sedimantasyon hızı 14 mm/sa, C-reaktif protein: 6,62 mg/L, biyokimya normal, HLA-B27 negatif idi. Sakroiliak eklemin magnetik rezonans görüntülemesinde aktif sakroiliiti vardı (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde; akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde sol akciğer alt lobda bronşiyal yapılarda bronşektazi ile uyumlu görünüm izlendi (resim 2). BASDAİ skoru 8 olarak bulunan hastaya sekukinumab tedavisi başlandı. Yaklaşık bir yıldır takiplerine devam ediliyor ve son ziyaret BASDAİ 2,2 olarak hesaplandı, hastada ek sorun görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

52 AS hastası ve HRCT ile yapılan prospektif bir çalışma da hastaların %40 anormallikler, lineer parankimal opasiteler (%19), lenfadenopati (%12), amfizem (%10), bronşektazi (%8) ve plevral tutulum (%8) görülmüş. Çalışma AS' de spesifik olmayan subklinik akciğer tutulumunun sık olduğu sonucuna varılmış (5). Bildiğimiz kadarıyla olgumuz axSpA ve bronşektazi birlikteliği rapor edilen ilginç vakalardan biridir. Mevcut ileri tedavilerin pulmoner açıdan hastalığı modifiye edip etmediğine dair kesin veri mevcut değildir. Yeni tedavilerin akciğer hastalığı üzerindeki etkinliğini değerlendirmek için prospektif çalışmaların planlanmasına ihtiyaç vardır.

Referanslar

- 1- Navarro-Compán, Victoria, Joerg Ermann, and Denis Poddubnyy. "A glance into the future of diagnosis and treatment of spondyloarthritis." Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease 14 (2022): 1759720X22111611.
- 2- Flume, Patrick A., James D. Chalmers, and Kenneth N. Olivier. "Advances in bronchiectasis: endotyping, genetics, microbiome, and disease heterogeneity." The Lancet 392.10150 (2018): 880-890.
- 3- Vakil-Gilani, K., et al. "AB1006 PULMONARY MANIFESTATIONS OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS (AXSPA): A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW." (2023): 1724-1725..
- 4-Sampaio-Barros, Percival D., et al. "Pulmonary involvement in ankylosing spondylitis." Clinical rheumatology 26 (2007): 225-230.



Resim 1



Resim 2

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondiloartrit; Bronşektazi; Otoimmünite

S-10

AKSİYAL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA CİNSİYETİN HASTALIK AKTİVİTESİ VE KLİNİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gizem Cengiz, Mustafa Çalış, Emel Oğuz Kökoğlu, Hüseyin Kaplan, Melih Kızıltepe

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç

Aksiyal spondiloartrit hastalığının (axSpA) radyografik olmayan axSpA ve Ankilozan Spondilit olarak iki alt gruba ayrılması erken tanı ve tedavide büyük bir dönüm noktası olmuştur. Buna rağmen axSpA hastalarında cinsiyete göre hastalık özelliklerini değerlendiren çalışmaların sayısı yeterli değildir. Bu çalışmada kadın ve erkek axSpA hastalarında hastalık aktivitesi, klinik ve laboratuvar özelliklerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Erciyes Üniversitesi romatoloji polikliniğinde axSpA tanısı ile takipli ve 2009 ASAS sınıflama kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKI) gibi demografik verileri ile BASDAI, BASMI, BASFI, hasta ve hekim globali ve akut faz değerleri kaydedildi. Kadın ve erkek olarak gruplandırılan hastaların verileri karşılaştırıldı.

Bulgular

Toplam 90 axSpA hastasının dahil edildiği bu çalışmada hastaların 45'i kadın ve geri kalan %50'i erkek idi. Hastaların ortalama yaş ve BKI sırasıyla 43.8±9,3 yıl ve 27.37±4,2 kg/m² idi. Cinsiyete göre hastalara ait değişkenlerin karşılaştırılması tablo olarak verilmiştir. Hasta ve hekim globali, BASDI, BASFI, MASES ve sedimantasyon değerleri kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek idi (hepsi için p <0.05).

Sonuç

Tartışma ve sonuç: Cinsiyete göre axSpA hastalarını değerlendiren çalışmalar hastalığın kadınlarda erkeklere göre farklı seyreden özelliklerini gösterdiler. Bu çalışmada kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığında hastalık aktivitesini gösteren BASDI ile hasta ve doktor globali, sedimantasyon değeri, fonksiyon düzeyini gösteren BASFI, entezit skoru MASES kadınlarda anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu sonuçlarımız literatürde bildirilenlere bezirdi. Ayrıca kadın ve erkekler arasında yaş, BKI, hastalık ve semptom süresi açısından fark bulunmadı. Sadece HLA-B27 pozitifliği erkeklerde anlamlı olarak yüksek idi. Bazı çalışmalarda kadınlar tanı gecikmesi süresinin daha uzun olduğunu ve periferik tutulumun kadınlarda daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda tanı gecikmesi her iki cinsiyette benzer idi. Bu çalışmamızın daha küçük bir örneklem büyüklüğüne sahip olmasına bağlı olabilir.

Sonuç olarak bu çalışmada kadınlarda hastalık aktivitesi ve fonksiyonel düzeyin erkeklerden anlamlı olarak daha kötü olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar cinsiyete göre axSpA özelliklerini belirlemek için daha büyük çalışmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: aksiyal spondiloartrit, hastalık aktivitesi, cinsiyet

S-11

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN YAŞAM KALİTESİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Gizem Cengiz, ¹Hüseyin Kaplan, ²Senem Şaş

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Ağrı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ağrı

Amaç

Romatoid artrit (RA) eklemlerde ağrı, şişlik, hassasiyet ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda RA hastalarında yaşam kalitesindeki kötüleşmenin hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bizde bu çalışmamızda RA'lı hastalarda hastalık aktivitesinin yaşam kalitesi ve hastalık ilişkili sonuç ölçütlerine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç Ve Yöntem

Erciyes Üniversitesi romatoloji polikliniğinde RA tanısı ile takipli ve 2010 ACR klasifikasyon kriterlerini tamamlayan hastalar bu kesitsel çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri olarak yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKI) ve ağrı, yorgunluk, yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi, hassas ve şiş eklemleri, hasta ve doktor globali, akut faz değerleri (CRP, sedimantasyon), RA yaşam kalitesi ve Nottingham Health Profile (NHP) skorları kaydedildi. Hastalar DAS28 skorlarına göre iki gruba (Grup A: DAS28-ESR $\leq$ 3,2 ise remisyon ve düşük hastalık aktivitesi ve Grup B: DAS28-ESR $>$ 3,2 olan orta ve yüksek hastalık aktivitesi) ayrıldı ve verileri karşılaştırıldı.

Bulgular

Toplam 90 RA hastanın yer aldığı bu çalışmada hastaların 82'si kadın ve 8'i erkek idi. Hastaların yaşı, BKI ve DAS28 skoru sırası ile ortalama $\pm$ SD 54,02 $\pm$ 9,08 yıl, 30,74 $\pm$ 5,15 kg/m² ve 4,13 $\pm$ 1,50 olarak bulundu. RA'lı hastalar remisyon ve düşük hastalık aktivitesi olanlar ile orta ve yüksek hastalık aktivitesi olanlar karşılaştırılmış olup verileri tablo 1 de sunulmuştur.

Sonuç

Bu çalışmada hastalık aktivitesini gösteren hasta ve doktor globali, hassas ve şiş eklem sayısı, yorgunluk, yaşam kalitesini gösteren RA-QoL ve NHP skorları DAS28 hastalık aktivitesi orta ve yüksek olan grupta anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Katchamart ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık aktivitesi orta ve yüksek olanlarda yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve diğer parametrelerinde kötü olduğunu bildirmişler. Çalışmamızın sonuçları literatür ve bu çalışma ile uyumlu idi. Sonuç olarak RA hastalarında yüksek hastalık aktivitesi hem yaşam kalitesinde kötüleşmeye hem de hastaların fonksiyonel ve emosyonel durumlarında kötüleşmeye neden olmaktadır. Hastalığın tedavi ile kontrolünün hayati önem taşıdığı görülmektedir.

Romatoid artritli hastaların hastalık aktivitesine göre yaşam kalitesi ve hastalık ilişkili parametrelerin karşılaştırılması (Tablo 1)

Değişkenler	Remisyon ve düşük hastalık N=30 (%33.3)	Orta ve yüksek hastalık, n=60 (%66.7)	P
Cinsiyet, Kadın, n(%)	27 (32.9)	55 (62.1)	0.537
	ortalama±SD	ortalama±SD	
Yaş, yıl	53.67±9.14	54.2±9.12	0.795
BKI, kg/m ²	30.12±4.83	31.05±5.31	0.410
Semptom süresi, yıl	14.66±8.52	14.60±8.06	0.975
Tanı süresi, yıl	12.79±7.31	13.38±7.74	0.724
Hasta global (0-10)	3.52±1.98	6.57±2.28	0.001
Dr. global (0-10)	3.35±1.73	6.12±2.28	0.001
	Ortanca(min-max)	Ortanca(min-max)	
Yorgunluk (0-10)	3 (0-9)	6(2-10)	0.001
Hassas eklem sayısı	2(0-12)	8(2-28)	0.001
Şiş eklem sayısı	0(0-5)	2(0-20)	0.001
RA-QoL	7(0-27)	18(0-30)	0.001
NHP-ağrı	17.2 (0-100)	58.38 (0-100)	0.002

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, DAS28, yaşam kalitesi

S-12

ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTADA RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI BİYOLOJİK AJAN SEÇİMİ

²Gizem Cengiz, ²Hüseyin Kaplan, ¹Tuğba Kahraman Denizhan

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD, Kayseri

Giriş

Romatolojik hastalıklarda anti-TNF ajanlar günümüzde sıkça kullanılmaktadır. Romatoid artrit (RA), sendiloartropatiler ve vaskülitler en sık kullanılan endikasyonlardandır. Organ nakli olan hastaların antiromatizmal tedavilerini yönetmek oldukça güçtür. Bu vakamızda yeni renal transplantasyon olan RA tanılı hastanın tedavi seçimi ele alınmıştır.

Vaka

Otuz altı yaşında bayan hasta 2011 yılında RF: 100, CCP: >500 ve artrit şikayetleri ile RA tanısı almış olup farlı kombinasyonlar halinde metotrexate, leflunomid, salazopirin ve hidroksiklorokinve prednisolon tedavileri almıştır. 2018 de etanersept başlanmış pandemi nedeni ile tedavisine 2020 de ara verilmiştir. Tip 1 DM, HT ve IG A nefropatisi nedeni ile kronik böbrek yetmezliği tanısı ile takipli olan hastaya 1 ay öncesinde renal transplantasyon yapılmış olup hasta nakil döneminde ilaçlarının kesilmesi ile artrit, artralji şikayetleri ile başvurmuştur. Hastanın başvuruda CRP : 9,56 mg/L, DAS 28 skoru 6,8 idi. Kullandığı ilaçlar prednisolon 20 mg , mikofonolat mofetil 2000 mg , insülin, profilaktik antifungal, antiviral ve antibakteriyel ajanlar idi. Hasta leflunomid için nefrolojiye danışıldı CYP enzim aktivitesi ve rejeksiyonu etkileyebileceği için önerilmedi. Hastaya etanersept planlandı ancak rejeksiyon açısından ilk 3 ay beklenmesi sonrasında başlanması planlandı. Hastanın eklem şikayetleri bu dönemde steroid ile rahatlatıldı.

Sonuç

Renal transplantasyon hastalarında biyolojik seçimi zordur. Yazısız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada IL1 tedavisinin güvenli olduğu, anti TNF tedavisi alan hastalarda %50 sinde ciddi advers olay bildirilmediği ancak bu hastalarda enfeksiyon riski önemli bir sorun olduğu belirtilmiştir. Bu hastalarda BK virüs enfeksiyonu ve malignite sıklığının artabileceği öngörülmektedir. özellikle 50 yaş üstü hastalarda ve yüksek enfeksiyon riski olan hastalarda anti-TNF ajanlarda dikkat etmek gerekmektedir. Bu hastalarda enfeksiyon sıklığı ve malignite sıklığının belirtilmesi ve anti-TNF ajanların güvenliği için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, anti-TNF, renal transplantasyon

S-13

YOĞUN EGZERSİZ SONRASI GELİŞEN AKSESUAR SİNİR HASARI VE KANAT SKAPULA

¹Fatma Gül Ülkü Demir, ²Havva Talay Çalış, ²Nilgün Duran

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri

²SBÜ Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç

Spinal aksesuar sinir felci insidansı nadirdir. En çok bildirilen etiyoloji, boyun çevresinde cerrahi diseksiyon sonrası iyatrojenik travmadır. Bildirilen diğer etiyolojiler; agresif yumuşak doku manipülasyonu, ağır nesnelerin kaldırılması sonrasında doğrudan darbeyi takip eden penetran travma, künt travma ve nadiren idiopatik nedene bağlıdır. Bu olgu sunumunda yoğun egzersiz ilişkili kanat skapula vakamızı sunarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yirmi iki yaşında erkek hasta, yaklaşık 1,5 sene önce başlayan sağ omuz ve sırt ağrısı, kolunu kaldırmakta güçlük ve omuz asimetrisi şikâyetleriyle fizik tedavi polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikâyetleri askerlik yaptığı dönemde başlamıştı. Hikâyesinde askerlik döneminde barfiks, mekik ve sınav ağırlıklı olmak üzere yoğun bir egzersiz programının olduğu ve şikâyetlerinin bu süreçte yavaş yavaş arttığı öğrenildi. Hastanın travma, cerrahi öyküsü, ek hastalığı mevcut değildi. Fizik muayenesinde sağ omuzda depresyon, trapezius ve sternokleidomastoid (SKM) kasında atrofi ve skapulunun aşağı, dışarı doğru yer değiştirdiği görüldü. Omuz fleksiyonu ile belirginleşen kanat skapula mevcuttu. Hastanın motor muayenesinde SKM ve trapezius kas gücü sağda 4/5 olarak değerlendirildi. Sağ omuz eklem hareketleri aktif yaptırıldığında fleksiyonun 145°, abduksiyonun 115°, dış rotasyonun 80° ile sınırlı kaldığı görüldü.

Hastaya yapılan ENMG incelemesinde sağda spinal aksesuar sinirin parsiyel lezyonu tespit edildi.

Hastaya toplamda 30 seans olacak şekilde güçlendirme, germe ve eklem hareket açıklığı egzersizleri, sıcak uygulama, elektrik stimülasyonu ve konvansiyonel TENS içeren fizik tedavi programı uygulandı. Fizik tedavi sonrası yapılan kontrol muayenesinde, trapezius ve SKM kas gücü 5/5 olarak tespit edildi. Sağ omuz eklem hareketleri her yöne açık ve ağrısızdı.

Tartışma-Sonuç

Trapezius kası disfonksiyonu omuzda asimetriye, boyun çizgisinin asimetrisine, skapulunun kanatlanmasına, ileri elevasyon ve abduksiyon hareketlerinde zayıflığa neden olur. Omuzda ağrı, asimetri ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda aksesuar sinir hasarı göz önünde bulundurulmalı, altta yatan neden mutlaka araştırılmalı ve hastaya uygun rehabilitasyon programı düzenlenmelidir.

Görsel 1



Sağ aksesuar sinir felcine bağlı sağda kanat skapula görünümü

Anahtar Kelimeler: Aksesuar sinir felci, kanat skapula

POSTER BİLDİRİLER

P-01

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VE PSORİYATİK ARTRİT BİRLİKTE GÖRÜLEBİLİR Mİ?

Gizem Cengiz, Hüseyin Kaplan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş

Psöriyatik artritis (PsA) inflamatuvar, multisistemik, psöriazis ilişkili kronik bir artritdir. Psöriazis hastalarının yaklaşık %20-30'unda PsA gelişir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) çok çeşitli klinik belirtiler, remisyon ve alevlenmelerle seyreden kronik otoimmün bir hastalıktır. Literatürde oldukça nadir görülen PsA ve SLE birlikteliği Bizde SLE ve PsA'nın eşzamanlı varlığı ile takip edilen vakamızı sunmayı amaçladık.

Vaka

Romatoloji polikliniğimizde 12 yıl önce takip edilmeye başlanmış 60 yaşında kadın hastanın ilk şikayeti eklem ağrısı ve cilt döküntüsü olarak başlamış. ANA ve anti-dsDNA pozitifliği ve beyaz küre düşüklüğü olan hastaya SLE tanısı konulup hidoksiklorokin (HCQ) başlanmış. Eklem ağrıları ve döküntüleri olan hastaya 2016 yılında yapılan cilt biyopsisi psöriazis şeklinde raporlanmış. Hastanın tedavisine ile haftada bir kez 10 mg oral metotreksat tedavisi eklenmiş ve dermatoloji ile ortak takibi başlamış. Bu dönemde yapılan sakroiliak eklem MRI ise normal imiş. Akut fazları normal seyreden fakat ANA 1/1000 granüler patern, anti-SSA (RO-52) +++, anti-SSA (RO-60) +++ olan hastaya 2019 yılında cilt biyopsisi tekrar yapılmış ve sistemik lupus eritematozus olarak raporlanmış. Takiplerde stabil giden hastanın Eylül 2023 kontrolünde metotreksat tedavisine rağmen tırnak tutulumunun yaygın olduğu görüldü ve dermatoloji görüşü alındı. Kontrol takiplerine devam eden hastanın ek sorunu olmadı.

Tartışma ve Sonuç

PsA, psöriazis ve SLE birlikteliği için literatürde bunların duyarlı gen lokuslarını paylaştığı, ortak bir IL-23/ Th17 eksenli inflamatuvar yolağını paylaştığı bildirilmiş fakat eksik olduğu bildirilmiş. Ayrıca psoriasis olan hastalarda otoimmün hastalıkların görülme riskinin normal popülasyondan daha yüksek olduğu vurgulanmış. Bu örtüşme sendromunun varlığı, eş zamanlı oluşabilir ve anti-Ro/SSA pozitifliği ile yakından ilişkilidir. Bizim vakamızda literatürdeki vakalarla uyum göstermektedir.

sakroiliak eklem grafi



Tırnak psöriazisi



Referanslar

- 1-Ocampo D V, Gladman D. F1000Res. 2019
- 2- Zucchi D, et al., Clin Exp Rheumatol. 2023
- 3- Qu Y, et al. Exp Ther Med.2023

Anahtar Kelimeler: SLE, PsA, Artrit, Ağrı

P-02

ROMATOİD ARTRİT VE DUPUYTREN KONTRAKTÜRÜNÜN BİRLİKTELİĞİ OLAN VAKA

¹Gizem Cengiz,² Tuğba Kahraman Denizhan, ¹Sarvin Moloudnejad

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AB/Romatoloji BD

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AB/Romatoloji BD

Giriş

Romatoid artrit (RA); genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşim sonrasında, immün toleransın bozulmasıyla ortaya çıkan sinoviyal inflamasyon ile karakterize bir hastalıktır. Dupuytren kontraktürü elde, parmak eklemlerinde pulleylerde meydana gelen sertlik ve parmakların açılmamasıdır. Dupuytren'in kontraktürünün kesin nedeni bilinmemekle birlikte ek olarak, genetik yatkınlığın bir faktör olabileceği düşünülmektedir bizde RA ve dupuytren kontraktürü birlikteliği olan vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğinde takip edilen 72 yaşında RA'lı kadın hasta (anti-CCP >500, RF 35), hastalık süresi 2 yıl olup 15 mg/hafta, PO metotreksat , 200 mg/gün hidroklorokin ve 5 mg/gün prednizolon almaktadır. Ayrıca hastanın 15 yıl önce başlayan diyabetes mellitus tanısı mevcut olup 3lü oral antidiyabetik tedavi alıyordu. Fizik muayenede sağ el 3. Ve 4. PİF eklemlerinde ağrı ve hassasiyeti vardı, sedimantasyon 42 mm/saat, CRP değeri normal idi, Hastanın şikayeti 2 yıl önce her iki elin palmar yüzeyinde ağrı ve sertlik şeklinde başlamıştı. Günlük işlerini yaparken zorlanıyormuş. Kavrama sırasında zorlanıyormuş.

Tartışma ve Sonuç

Daha önce yapılan çalışmalarda RA ve Dupuytren birlikteliğinin düşük insidanda görüldüğü bildirilmiş (1). Yine başka derlemede ise RA hastalarının yarısından fazlasında elin bir veya daha fazla fleksör tendonunda tenosinovit olduğu kaydedilmiştir. En sık üçüncü fleksör tendon tutulmuş, bunu ikinci dördüncü, beşinci ve birinci tendonlar izlemiştir. Fleksör tendiniti (FT) olan hastalarda Dupuytren kontraktürü, DeQuervain tenovajiniti, fleksör karpi radialis ve ulnaris tendiniti ve Aşil tendiniti görülebilmektedir. Sonuç olarak RA ve dupuytren kontraktürü birlikteliği hastaların el fonksiyonlarını olumsuz etkilemekte günlük yaşam kalitesinde kötüleşmeye neden olmaktadır.

el ve el bileği



x-ray



el ve el bileği AP

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Dupuytren kontraktürü, ağrı

P-03

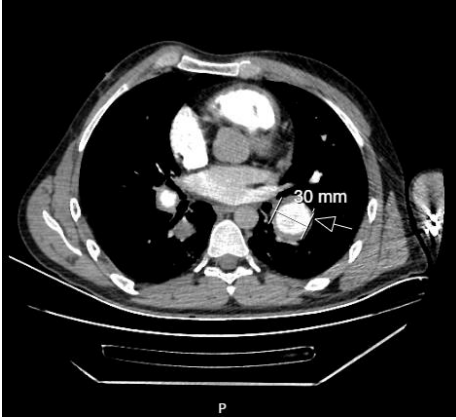
BEHÇET HASTALIĞINDA PULMONER ARTERYAL ANEVRİZMAYA BAĞLI EX

Mahmut Mede, Şeyma Fatıma Eren, Mehmet Çağlayan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

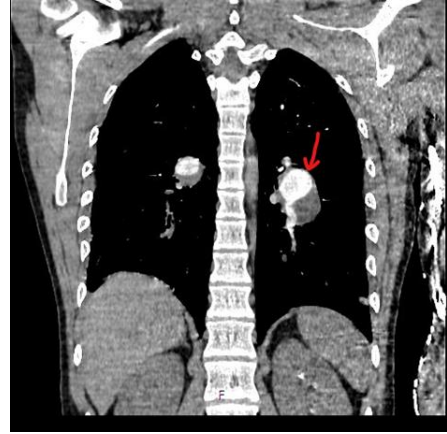
Behçet hastalığında en mortal komplikasyonlardan biri olan pulmoner arter anevrizması dikkatlice takip edilmeli, yoğun immunsupresif tedaviye başlanmalıdır. Yoğun immunsupresif tedaviye rağmen maalesef mortal seyreden bir komplikasyondur. Ayrıca hastanın tedavisini aksatması, sigarayı bırakmaması ve madde kullanması da mortalite riskini arttırmıştır.

Resim1.1.1



Yeni tanımlı behçet hastasında sol akciğerde mevcut anevrizma

Resim1.1.2



Yeni tanımlı behçet hastasında sol akciğerde mevcut anevrizma

Resim1.2.1



Hastanın 5 ay sonraki BT Anjiyografisi

Resim1.2.2



Ana pulmoner arter çapının Aort çapından daha geniş olduğu görülmekte

Anahtar Kelimeler: Behçet, pulmoner arter anevrizması, mortalite

P-04

SJÖGREN SENDROMUNDA HATALI METOTREKSAT ALIMINA BAĞLI GELİŞEN TOKSİSİTE: VAKA SUNUMU

¹Egemen Kızılay, ²Sezgin Zontul

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji BD

Metotreksat, antiproliferatif, antienflamatuvar etkileriyle romatoloji, onkoloji, dermatoloji gibi birçok klinikte farklı hastalıkların tedavisinde kullanılan bir terapötik ajandır. Yüksek dozlarda sitotoksik etki gösterdiği bildirilmektedir. Sjögren hastalığının tedavisinde de hastalık modifiye edici bir ajan olarak kullanılmaktadır. Bu vaka çalışmasının amacı Sjögren hastalığında hatalı metotreksat doz alımına bağlı gelişen toksisiteye dikkat çekmektir.

Vaka 70 yaşında kadın hasta; ağız, göz kuruluğu küçük eklemlerde artrit bulgularıyla klinikte değerlendirilmiş, laboratuvar bulguları ANA ve SSA yüksek pozitif, CRP 1,3 mg/dL, Sedimentasyon 20 mm/saat, RF ve Anti CCP negatif olan hastaya Sjögren tanısı konularak metotreksat tedavisi haftada 15 mg olarak başlanmıştır. Tedavi başlangıcından 2 hafta sonra halsizliği ağız içinde ve dudaklarında ağrılı aftöz yaraları olan hasta kliniğe tekrar başvurmuştur. Hastanın alınan anamnezinde haftalık kullanması gereken doz yerine günlük 6 tablet (15mg) metotreksat kullandığı tespit edilmiştir. Hastanın tetkiklerinde hemoglobin 11,9 g/dL, lökosit sayısı $2,03 \times 10^3/uL$, nötrofil sayısı $1,55 \times 10^3/uL$ ve trombosit sayısı $21 \times 10^3/uL$ olarak saptanıp akut Metotreksat toksisitesi olarak değerlendirilerek servise yatırışı yapılmıştır.

Hastaya oral folik asit 1x5 mg/gün ve intravenöz hidrasyon başlanmış, hematoloji ve enfeksiyon kliniğine konsülte edilmiştir. Hastanın hemogram takiplerinde hematoloji kliniğinin önerileri üzerine; nötrofil sayısının $1,00 \times 10^3/uL$ nin altına düşmesi nedeniyle 3 gün G-CSF (NEUPOGEN) tedavisi ve trombosit sayısının $50 \times 10^3/uL$ in altına düşmesi nedeniyle 2 ünite trombosit süspansiyonu verilmiştir. Hastanın takiplerinde genel durumunun düzelmesi, kan tablosunda beyaz küre ve trombosit değerlerinde düzelleme olması üzerine medikal tedavisi leflunomid ve hidroksiklorokin olarak düzenlenerek taburcu edilmiştir.

Metotreksat tedavisi yüksek dozda kullanımının toksik etkisi nedeniyle özellikle ileri yaşlı, algi düzeyi düşük veya ilaç uyumunun zor olacağı düşünülen hastalarda daha sık takiplerle ve hasta yakını eğitimiyle yürütülmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, Metotreksat

P-05

WEGENER GRANÜLOMATOZİSTE İŞİTME KAYBI İLK BULGU OLABİLİR Mİ?

¹Mekiye KASAN, ²Sezgin ZONTUL, ³Egemen KIZILAY

¹İnönü Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Malatya

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

³İnönü Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Giriş

Wegener granülomatozisi (WG), temelde vücudun herhangi bir organını etkileyebilen, küçük arter ve venleri tutan, nekrotizan granülatöz vaskülit ile karakterize, otoimmün, idiyopatik bir hastalıktır. [1] Karakteristik olarak baş ve boyun bölgesini, akciğer ve böbrekleri tutmakla beraber, vücudun herhangi bir yerinde görülebilir. WG vakalarının %70-100' ünde üst solunum yolu tutulduğundan, klasik kulak burun boğaz semptomları hastalığın ilk klinik belirtisi olabilir. Kulak tutulumunda en sık bulgu efüzyonlu seröz otitis media görülür. [2] Bu olgu sunumunda sebebi belli olmayan işitme kaybı olan ve sonrasında WG bulguları gelişen bir vakayı paylaşmak istedik.

Olgu

37 yaşında kadın hasta yaklaşık 5 aydır devam eden öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinde toraks BT görüntülemesinde sağ hemitoraksta içinde nekrotizan ve kaviter alan olan birden fazla nodüler kitle görünümü ve PR3(ANCA-C) yüksekliği olması üzerine vaskülit şüphesi ile göğüs hastalıkları tarafından polikliniğimize yönlendirildi. Ayrıntılı klinik öyküsünde öksürük ve nefes darlığına son 4 aydır yaygın eklem ağrıları, el eklemlerinde şişlik ve yaklaşık 1 yıldır işitme kaybı eşlik ettiği öğrenilen hasta ileri tetkik amacı ile kliniğimize yatırıldı. Direk bakıda orofarenks ve nazal mukozaya doğal görünümdeydi. Baş ve boyun muayenesinde lenfadenopati yoktu. 1 yıl önce bilateral efüzyonlu otitis media nedeni ile kulak -burun -boğaz (KBB) hastalıkları tarafından sağ kulağa ventilasyon tüpü ve sol kulağa parasentez işlemi yapılmış. Yine kliniğimize yatışından önce KBB hastalıkları tarafından seröz otitis media nedeni ile tedavi edilmiş. Eklemlerde yaygın hassasiyet ve bilateral metakarpofalangeal eklemlerde artrit mevcuttu. Rutin laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 104 , C-reactive protein (CRP) 9,4 mg/dl , Hb:12.50, lökositöz (13180 mm³), AST: 58 U/L (5-34), ALT:133 U/L(0-55) olarak bulundu. Kanda kreatinin, üre seviyeleri ve renal fonksiyonları normaldi. Tam idrar tahlilinde hematüri ve proteinüri yoktu. ANA ve ENA paneli negatif, MPO(ANCA-P) negatif , PR3(ANCA-C) 38 AU/ml (0-18) saptandı. TBC ARB/ PCR sonuçları negatifti. Saf ses odyogramında bilateral tip B ileti tipi işitme kaybı tespit edildi. Temporal kemik BT incelemesinde bilateral kronik otit ve bilateral otomastoidit ve kontrastlı kulak MR incelemesinde sağda kronik otit ile uyumlu bulgular izlendi. Paranasal sinüs BT incelemesinde patoloji saptanmadı. Hastaya klinik , laboratuvar ve görüntüleme bulguları eşliğinde WG tanısı konuldu. 1 mg/kg steroid ve azatioprin 3 x50 mg başlandı ve klinik düzelme sağlandı. Takiplerinde hastalık reaktivasyonu olması nedeni ile rituksimab tedavisi başlanan hasta klinik ve radyolojik olarak remisyonunda olup kliniğimizde halen takibi devam etmektedir. Tedavi sonrası yeni bir odyometre incelemesi olmamakla birlikte hasta kontrollerinde semptomatik olarak işitme kaybında düzelme tarifledi.

Sonuç

Olgumuzda diğer klinik semptomlardan yaklaşık 1 yıl önce başlayan efüzyonlu otitis media ve iletim tipi işitme kaybı öyküsü mevcuttu. WG hastalığında erken tanı ve tedavi irreversibl değişiklikleri önlemek açısından önemlidir. İşitme kaybının ilk şikayet olduğu durumlarda başvuru hekimler KBB uzmanları olduğu için nedeni tespit edilemeyen işitme kayıplarında sistemik sorgulama da yapılması ve hastaların romatoloji kliniklerine erken dönemde yönlendirilmesi önem arz etmektedir.

Kaynakça

1. Jennette, J.C., et al., Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum, 1994. 37(2): p. 187-92.
2. Greco, A., et al., Clinic manifestations in granulomatosis with polyangiitis. Int J Immunopathol Pharmacol, 2016. 29(2): p. 151-9.

Anahtar Kelimeler: Wegener granülomatozis, işitme kaybı, artrit

